



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

YONARA YASMIM FERREIRA ANJOS

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA:
TENDÊNCIAS NO BRASIL E ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS NO ESTADO
DE SERGIPE**

SÃO CRISTÓVÃO
2025

YONARA YASMIM FERREIRA ANJOS

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA:
TENDÊNCIAS NO BRASIL E ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS NO ESTADO
DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio de Oliveira Góes

Linha de pesquisa: Gestão do cuidado no contexto do SUS e as políticas em saúde e enfermagem

Área de concentração: Enfermagem, cuidado e saúde

SÃO CRISTÓVÃO
2025

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

A599v Anjos, Yonara Yasmim Ferreira
Violência interpessoal e autoprovocada : tendências no Brasil e análise da qualidade dos dados no estado de Sergipe / Yonara Yasmim Ferreira Anjos ; orientador Marco Aurélio de Oliveira Góes. – São Cristóvão, SE, 2025.
94 f. : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2025.

1. Enfermagem. 2. Agressividade (Psicologia). 3. SINAN (Sistema de recuperação da informação) - Sergipe. 4. Epidemiologia. 5. Populações vulneráveis. 6. Violência. I. Góes, Marco Aurélio de Oliveira, orient. II. Título.

CDU 616-083:614.39:316.613.434

YONARA YASMIM FERREIRA ANJOS

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA:
TENDÊNCIAS NO BRASIL E ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS NO ESTADO
DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão do cuidado no contexto do SUS e as políticas em saúde e enfermagem

Área de concentração: Enfermagem, cuidado e saúde

Aprovada em: 24 / 02 / 2025

Banca examinadora:

Marco Aurélio de Oliveira Góes – Doutor em Ciências da Saúde – UFS
(Orientador)

Allan Dantas dos Santos – Doutor em Ciências da Saúde – UFS
(Membro interno)

Cátia Maria Justo – Doutora em Ciências da Saúde – UFS
(Membro externo)

A Deus e Nossa Senhora, pela graça da paciência e da resiliência ao longo deste processo, e pela sabedoria concedida para superar os desafios dessa jornada do mestrado.

À minha rede de apoio - família e amigos – por estarem sempre ao meu lado, segurando minha mão e me encorajando diante de cada obstáculo, oferecendo-me suporte, amor e conselhos inestimáveis.

Dedico esse trabalho a você, leitor, com a sincera esperança de que ele possa contribuir para o seu enriquecimento e expansão do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

O mestrado é uma jornada fascinante, repleta de aprendizado, desafios, incertezas e alegrias. Apesar dos obstáculos, essa caminhada vale a pena quando se mantém em mente o propósito que motivou a decisão de encarar mais esse degrau na vida profissional. Percorrer esse caminho acadêmico não depende apenas de dedicação individual, mas também de uma rede de apoio que serve como porto seguro. A vocês, que foram parte essencial dessa rede, dedico meus sinceros agradecimentos. Primeiramente, a Deus, que me deu forças e sabedoria em todos os momentos dessa jornada do mestrado. Mesmo diante dos desafios pessoais – cirurgia, internações e mudanças de tratamentos –, senti Sua presença e amparo. Não posso deixar de expressar minha gratidão a Nossa Senhora que, com sua constante intercessão, faz-me sentir fortalecida. Aos meus pais, Iolanda e Laércio, minha base e maior fonte de apoio, agradeço por estarem sempre ao meu lado, me incentivando a sonhar e arriscar, me enchendo de coragem e determinação. Ao meu orientador, Marco Aurélio, sou imensamente grata pela paciência e serenidade que sempre transmitiu. Sua calma foi muito importante, permitindo-me manter tranquila. À minha irmã Yara, minha fiel parceira, sempre ao meu lado nos momentos bons e desafiadores. Aos meus irmãos mais novos, Ysadora e Laércio Filho, que mesmo à distância, me enviaram boas energias e amor. À minha sobrinha Lunna, que me enche de carinho e torna as coisas mais leves. Às minhas amigas, Izadora, Dandara, Yasmin, Carla, Jéssica, Íris e Elisangela, por me acompanharem e estarem sempre ao meu lado. Aos amigos que ganhei durante o mestrado, Enoque, Jéssica Lorrane, Leomárcio, Lucas e Mayara, por compartilharem comigo as risadas, os surtos e as conquistas acadêmicas. A jornada foi mais leve e significativa com vocês. A todos que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe pela incrível experiência de aprendizado. Ao amigo Jefferson, que me incentivou a escrever o projeto e tentar o mestrado, sendo uma ponte para este sonho. Às minhas amigas Karinne e Karine, por sempre me lembrarem de desacelerar e por me ensinarem que, com paciência e calma, tudo se ajeita. À minha psicóloga Marina, por me ajudar a manter o equilíbrio e a encontrar novas perspectivas, mesmo nos momentos de maior turbulência. À minha neurologista, Amanda Azevedo, pelos conselhos e puxões de orelha que tanto me ajudaram a superar os desafios deste período de mestrado. À Senhora Esclerose Múltipla, com quem aprendi a conviver e enfrentar. Apesar das dificuldades impostas, no mestrado me mostrou cada dia que faz parte de mim, mas não me define. A cada obstáculo superado, aprendo que nada é impossível. Nossa convivência é feita de altos e baixos, mas também de muitas conquistas. Obrigada!

Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui. Nunca desista de seus objetivos mesmo que pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.

(Albert Einstein).

RESUMO

ANJOS, Y.Y.F. **Violência interpessoal e autoprovocada: tendências no Brasil e análise da qualidade dos dados no estado de Sergipe**. 2025. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2025.

Introdução: A violência, tanto interpessoal quanto autoprovocada, é um problema de saúde pública significativo, associado a elevados índices de morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a tendência temporal das notificações de violência interpessoal e autoprovocada no Brasil e a qualidade do registro dos dados de vigilância epidemiológica da violência interpessoal e autoprovocada no estado de Sergipe, no período entre 2011 e 2023. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal e avaliativo. A análise temporal, utilizou dados do SINAN, abrangendo o período de 2011 a 2023. Paralelamente, foi conduzida uma avaliação da qualidade dos dados registrados no estado de Sergipe, considerando os critérios de completude (percentual de preenchimento das variáveis) e consistência (coerência entre campos relacionados). Este estudo utilizou dados secundários de acesso público, não havendo possibilidade de identificação dos sujeitos. **Resultados:** No Brasil, entre 2011 e 2023, as notificações de violência contra crianças e pré-adolescentes mostraram maior porcentagem registrada entre meninas (62,9%), sendo a faixa etária mais acometida de 10 a 14 anos. A violência sexual destacou-se como a mais recorrente entre vítimas do sexo feminino, sendo o estupro o tipo mais notificado. Entre as pessoas idosas, a violência afetou majoritariamente mulheres (56,7%), e observou-se falta de informações sobre a escolaridade das vítimas. A violência de repetição foi mais frequente em mulheres, sendo a residência o local mais comum de ocorrência (71,05%). A violência autoprovocada correspondeu a 25,3% de todos os casos notificados no Brasil no período. Observou-se recorrência em 39,86% dos casos, sendo o envenenamento o meio de autoagressão mais frequente (59,6%), com a residência como o local mais comum (82,6%). Houve uma tendência crescente nas taxas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Brasil entre 2011 e 2023. No caso da violência contra crianças e pré-adolescentes, as notificações aumentaram de 63,3 para 343,7 por 100 mil habitantes, com uma AAPC de 13,7%. Entre idosos, as taxas subiram de 25,8 para 133,8 notificações por 100 mil habitantes (AAPC = 12,1%). A violência autoprovocada também apresentou crescimento, especialmente entre jovens de 20 a 29 anos. A análise da qualidade dos dados em Sergipe evidenciou fragilidades na completude, com mais de 40% das variáveis apresentando preenchimento incompleto. A consistência dos dados também foi avaliada como regular, destacando incoerências em variáveis críticas, como autor da violência e as características do evento. Essas limitações comprometem a utilização dos dados para ações de planejamento e intervenção. **Conclusão:** Este estudo demonstrou a complexidade da violência, que afeta principalmente grupos vulneráveis, e exige uma resposta robusta do sistema de saúde. Foram observadas tendências crescentes nas notificações de violência e fragilidades nos registros de dados, indicando a necessidade de aprimorar a qualidade das informações para subsidiar ações de saúde pública. O trabalho contribui para o entendimento das dinâmicas da violência no Brasil e para a melhoria das estratégias de enfrentamento, visando uma resposta mais eficiente às vítimas.

Descritores: agressão; epidemiologia; populações vulneráveis; sistemas de informação em saúde; violência.

ABSTRACT

ANJOS, Y.Y.F. **Interpersonal and Self-Inflicted Violence: Trends in Brazil and Analysis of Data Quality in the State of Sergipe.** 2025. Dissertation (Master's) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Sergipe, Sergipe, 2025.

Introduction: Violence, both interpersonal and self-inflicted types, is a significant public health issue, associated with high morbidity and mortality rates. **Objective:** To evaluate the temporal trend of notifications of interpersonal and self-inflicted violence in Brazil and the quality of the recorded data on epidemiological surveillance data on interpersonal and self-inflicted violence in the state of Sergipe between 2011 and 2023. **Method:** This is an ecological time-series and evaluative study. The temporal analysis used data from SINAN, covering the period from 2011 to 2023. Simultaneously, an evaluation of the quality of data recorded in Sergipe was conducted, considering the criteria of completeness (percentage of variables filled) and consistency (coherence between related fields). This study used secondary data from public access, with no possibility of identifying the subjects. **Results:** In Brazil, between 2011 and 2023, notifications of violence against children and pre-adolescents showed a higher percentage recorded among girls (62,9%), with the most affected age group being 10 to 14 years. Sexual violence stood out as the most recurrent among female victims, with rape being the most reported type. Among elderly people, violence mainly affected women (56,7%), and a lack of information regarding the victims' education level was observed. Recurrent violence was more frequent among women, with the home being the most common place of occurrence (71,05%). Self-inflicted violence accounted for 25,3% of all cases reported in Brazil during the period. Recurrence was observed in 39,86% of cases, with poisoning being the most frequent means of self-harm (59,6%), and the home being the most common location (82,6%). A rising trend in notification rates of interpersonal and self-inflicted violence in Brazil was observed between 2011 and 2023. In the case of violence against children and pre-adolescents, notifications increased from 63,3 to 343,7 per 100.000 inhabitants, with an AAPC of 13,7%. Among the elderly, rates increased from 25,8 to 133,8 per 100.000 inhabitants (AAPC = 12,1%). Self-inflicted violence also showed growth, especially among young people aged 20 to 29. The analysis of data quality in Sergipe revealed weaknesses in completeness, with over 40% of variables presenting incomplete filling. Data consistency was also assessed as regular, highlighting inconsistencies in critical variables, such as the perpetrator of violence and characteristics of the event. These limitations hinder the effective use of the data for planning and intervention actions. **Conclusion:** This study demonstrated the complexity of violence, which mainly affects vulnerable groups and requires a robust response from the health system. Increasing trends in violence notifications and weaknesses in data recording were observed, highlighting the need to improve data quality to support public health actions. This work contributes to understanding the dynamics of violence in Brazil and improving strategies to combat it, aiming for a more effective response to victims.

Descriptors: aggression; epidemiology; vulnerable populations; health information; systems; violence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Objeto de Notificação do Viva/Sinan	19
Figura 2 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.....	20
Figura 3 - Distribuição anual das taxas brutas de notificação (A) e análise da tendência temporal da taxa de notificação de violência em crianças e pré-adolescentes por sexo (B). Brasil, 2011 – 2023	36
Figura 4 - Distribuição anual das taxas de notificação (A) e análise da tendência temporal da taxa de notificação de violência autoprovocada, interpessoal e geral na população idosa (B). Brasil, 2011 a 2023	41
Figura 5 - Distribuição dos tipos de Unidade Notificadora de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe 2011 a 2023	48
Figura 6 - Distribuição anual das notificações por tipo de Unidade Notificadora de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023	49
Figura 7 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), por sexo. Sergipe, 2011 a 2023.....	49
Figura 8 - Distribuição por faixa etária das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023	50
Figura 9 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), por grupo etário. Sergipe, 2011 a 2023	50
Figura 10 - Frequência de lesão autoprovocada entre as notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023	51
Figura 11 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), se lesão autoprovocada ou não. Sergipe, 2011 a 2023	51
Figura 12 - Frequência de Violência sexual entre as notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023	52
Figura 13 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), por Violência sexual. Sergipe, 2011 a 2023	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das notificações por violência contra crianças e pré-adolescentes, Brasil, 2011-2023 (n=962.949) (continua)	33
Tabela 2 - Características relacionadas às violências contra crianças e pré-adolescentes por sexo notificadas, Brasil, 2011-2023 (n=962.949) (continua)	34
Tabela 3 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência em crianças e pré-adolescentes (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023	37
Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas dos casos notificados de violência em idosos (n=249.770) por sexo. Brasil, 2011 a 2023	38
Tabela 5 - Caracterização quanto ao local de ocorrência, violência de repetição e lesão autoprovocada dos casos notificados de violência em idosos (n=249.770) por sexo. Brasil, 2011 a 2023	39
Tabela 6 -Caracterização quanto ao tipo de violência e meio de agressão dos casos notificados de violência em idosos (n=249.770) por sexo. Brasil, 2011 a 2023.....	40
Tabela 7 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023 (continua)	42
Tabela 8 - Variáveis sociodemográficas dos casos notificados de lesão autoprovocada (n=1.000.341) por sexo. Brasil, 2011 a 2023 (continua).....	43
Tabela 9 - Caracterização dos casos notificados de violência autoprovocada quanto a recorrência, meio utilizado e local de ocorrência por sexo. Brasil, 2011 a 2023	44
Tabela 10 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência autoprovocada (por 100 mil habitantes) por sexo e faixa etária. Brasil, 2011 a 2023	45
Tabela 11 - Análise das tendências temporais das proporções das variáveis relacionadas às notificações de violência autoprovocada. Brasil, 2011 a 2023.....	46
Tabela 12 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência autoprovocada (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023	47
Tabela 13 - Análise da completitude dos campos relacionados gerais da notificação e da pessoa atendida por Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023 (continua).....	53
Tabela 14 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados da ocorrência e motivação por Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023.....	54

Tabela 15 - Análise da completitude dos campos relacionados ao tipo de violência e meio de agressão por Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023.....	55
Tabela 16 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados relativos à violência sexual nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.486). Sergipe, 2011 a 2023 (continua).....	55
Tabela 17 - Análise da completitude dos campos relacionados a violência relacionada ao trabalho nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023	56
Tabela 18 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados de provável autoria nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023	57
Tabela 19 - Análise da completitude dos campos relacionados aos encaminhamentos nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=17.481). Sergipe, 2015* a 2023..	58
Tabela 20 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e número de envolvidos, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023 (continua).....	58
Tabela 21 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e autoria diferente da “própria pessoa”, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023	59
Tabela 22 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e tipo de violência “ameaça”, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023	60
Tabela 23 - Análise da consistência dos dados relativos ao provável autor da agressão “pai” e sexo diferente de “masculino”, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=539). Sergipe, 2011 a 2023	60
Tabela 24 - Análise da consistência dos dados relativos à pessoa com “Deficiência/transtorno”, mas com resposta “não” para todas as deficiências/transtornos, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=18.659). Sergipe, 2011 a 2023.....	61
Tabela 25 - Análise da consistência dos dados relativos à pessoa com “trabalho infantil” em pessoas com 18 anos e mais, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=12.951). Sergipe, 2011 a 2023 (continua).....	61
Tabela 26 - Análise da consistência dos dados relativos “violência sexual” com campo de tipo de violência sexual ignorado, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.486). Sergipe, 2011 a 2023	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPC	<i>Average Annual Percent Change</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BO	Boletim de ocorrência
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança do Adolescente
FNI	Ficha de Notificação e de Investigação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LNNC	Lista Nacional de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TABWIN	Tabulador para <i>Windows</i>
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPP	Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Violência: conceitos e aspectos gerais.....	17
2.2 Sistema de Informação em Saúde no Brasil	17
2.3 Sistema de Vigilância da Violência.....	18
2.4 Atributos dos sistemas de vigilância	21
2.5 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Violência	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Geral	24
3.2 Específicos.....	24
4 MÉTODO	25
4.1 Análise temporal da violência interpessoal e autoprovoçada no Brasil	25
4.1.1 Delineamento.....	25
4.1.2 Local e período do estudo.....	25
4.1.3 Fonte de dados	25
4.1.4 Variáveis do estudo	26
4.1.5 Levantamento dos dados	26
4.1.6 Análise dos dados	27
4.2 Avaliação da qualidade dos dados de violência interpessoal e autoprovoçada em Sergipe	27
4.2.1 Delineamento.....	27
4.2.2 Local e período do estudo.....	28
4.2.3 Fonte de dados	28
4.2.4 Variáveis do estudo	28
4.2.5 Levantamento dos dados	29
4.2.6 Análise dos dados	30
4.2.6.1 Análise de completitude	30
4.2.6.2 Análise da consistência.....	30
4.3 Aspectos éticos	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil.....	33
5.2 Violência contra a pessoa idosa no Brasil	38

5.3 Violência autoprovocada no Brasil.....	43
5.4 Qualidade dos dados de violência notificados em Sergipe.....	48
5.4.1 Dados Epidemiológicos das notificações de violência interpessoal/autoprovocada em Sergipe e tendências temporais.....	48
5.4.2 Avaliação da qualidade dos dados: Completitude.....	53
5.4.3 Avaliação da qualidade dos dados: Consistência	58
6 DISCUSSÃO	63
6.1 Violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil.....	63
6.2 Violência contra a pessoa idosa no Brasil	65
6.3 Violência autoprovocada no Brasil.....	67
6.4 Qualidade dos dados de violência notificados em Sergipe.....	71
7 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO A – Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada ..	86
ANEXO B – Artigo publicado na Revista Aracê	88
ANEXO C – Artigo publicado na Revista Eletrônica Acervo Saúde.....	89
ANEXO D – Qualis das Revistas Aracê e Acervo Saúde	90
ANEXO E – Trabalho relacionado ao presente estudo apresentado no VI Simpósio Interdisciplinar em Saúde e Ambiente	91
ANEXO F – Trabalhos relacionados ao presente estudo apresentados no 26º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem	92
APÊNDICE A – Preenchimento dos campos	93

1 INTRODUÇÃO

A violência é caracterizada pelo uso deliberado da força física ou do poder, seja ela de forma real ou ameaça, que pode resultar em lesão, dano psicológico ou óbito. Pode ser categorizada em três tipos: violência contra si (autoprovocada ou autoinfligida), violência interpessoal (doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas e milícias) (Organização Mundial de Saúde, 2002). Esse fenômeno complexo é impulsionado por uma série de fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, como o desemprego, a baixa escolaridade, o racismo e o sexismo (Silva; Marques; Wanzinack, 2023).

Além de representar um desafio social, a violência tem impactos na saúde pública, contribuindo para elevados índices de morbidade e mortalidade, reduzindo a qualidade de vida e elevando os custos com segurança e assistência à saúde. Determinados grupos, como crianças, pré-adolescentes e idosos, estão mais vulneráveis à violência, o que aumenta os riscos de exposição a diferentes formas de agressão (Silva; Marques; Wanzinack, 2023).

A violência infantil, por exemplo, inclui ações ou omissões que causam danos físicos, emocionais ou psicológicos, como agressões, negligência e exploração. Além de comprometer direitos fundamentais, esses episódios podem gerar impactos duradouros na saúde mental e no desenvolvimento, perpetuando ciclos de violência e acarretando custos sociais e econômicos (Garbin *et al.*, 2022). No caso dos idosos, desde 2003, o Estatuto do Idoso determina a obrigatoriedade de comunicar casos suspeitos ou confirmados de violência às autoridades responsáveis, como a polícia, o Ministério Público e os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa (Brasil, 2003; Brasil, 2022).

A violência interpessoal continua sendo um problema global. Em 2019, foram registrados 475 mil óbitos relacionados a esse fenômeno. Além disso, em 2021, cerca de um bilhão de crianças entre dois e 17 anos sofreram violência física, sexual ou emocional. Estima-se também que uma em cada três mulheres tenha sido vítima de violência física e/ou sexual ao menos uma vez desde os 15 anos de idade (World Health Organization, 2022).

Os determinantes sociais da saúde desempenham um papel central na compreensão da violência, uma vez que condições precárias de vida e acesso limitado a serviços de saúde, educação e proteção social podem aumentar a exposição a essas situações (Wanzinack; Signorelli; Reis, 2022). Nesse sentido, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), reforçam a importância de estratégias que promovam sociedades mais seguras e inclusivas, com foco na prevenção da violência e no apoio às vítimas (Cruz *et al.*, 2022).

Para aprimorar o monitoramento da violência no Brasil, foi implementado, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), criado para complementar informações dos sistemas já existentes, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e os Boletins de Ocorrência policial (BO). Em 2009, a notificação compulsória de casos de violência interpessoal e autoprovocada foi incorporada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Brasil, 2016).

Com a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a violência doméstica, sexual e outras formas de violência tornaram-se de notificação compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados. No entanto, a qualidade dos dados registrados na Ficha de Notificação e Investigação (FNI) ainda apresenta inconsistências, o que impacta as estratégias de intervenção (Brasil, 2011; Brasil, 2014; Sousa *et al.*, 2020).

A notificação, diferente da denúncia, é um instrumento essencial para identificar a ocorrência de violência em uma determinada região por meio do monitoramento e análise dos casos. Os serviços de saúde têm um papel central na identificação e encaminhamento dos casos, porém, persistem fragilidades no processo, destacando a necessidade de capacitação profissional e aprimoramento dos sistemas de informação (Cruz *et al.*, 2019; Silva; Ceribelli, 2021).

Portanto, há importância de se analisar tanto as tendências nacionais da violência, focando em grupos vulneráveis como crianças, pré-adolescentes e idosos, quanto a qualidade dos dados notificados no estado de Sergipe. Estudar a violência e a notificação nesses contextos contribui para o aprimoramento das estratégias de intervenção e planejamento de ações que possam mitigar os efeitos da violência, além de aperfeiçoar a qualidade do registro de informações e sua utilização para a tomada de decisões.

Dessa forma, esta pesquisa busca responder à seguinte questão: “Qual é o perfil da violência interpessoal e autoprovocada no Brasil e qual é a qualidade dos dados do sistema de notificação no estado de Sergipe?”. Por fim, a hipótese desse estudo é que, apesar da implementação do sistema de notificação compulsória, a qualidade das notificações no estado de Sergipe ainda apresenta fragilidades, sendo considerada regular.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Violência: conceitos e aspectos gerais

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, definido pela Organização Mundial da Saúde como o uso intencional de força física, poder real ou ameaça, resultando em lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação ou óbito. No entanto, devido à sua natureza polissêmica e abrangente, é difícil quantificar adequadamente o número de pessoas afetadas pela violência no Brasil. Identificar esse agravo é particularmente desafiador, principalmente quando se trata de violência doméstica, por envolver medo e opressão, deixando a vítima em uma situação delicada e vulnerável diante de seu agressor (Krug *et al.*, 2002; Silva; Marques; Wanzinack, 2023).

Todos os indivíduos estão sujeitos à violência, mas a sua exposição pode variar de acordo com o gênero, faixa etária e condições socioeconômicas. No que se refere à violência interpessoal, homens jovens estão mais propensos a exposição, principalmente por arma de fogo. Por outro lado, mulheres são mais afetadas por diferentes formas de violência, como a autoprovocada, sexual, física, emocional e psicológica, muitas vezes provenientes de seus parceiros íntimos. As crianças enfrentam maior risco de negligência, violência sexual e física no ambiente doméstico. Por fim, pessoas idosas e pessoas portadoras de deficiência estão mais vulneráveis à violência física, emocional, psicológica e patrimonial (Mendonça *et al.*, 2020).

A violência interpessoal acarreta uma série de consequências negativas para as vítimas, sendo que mulheres, crianças e pessoas idosas enfrentam maiores consequências físicas, sexuais e psicológicas não fatais. As mulheres e as meninas sofrem problemas sexuais e reprodutivos, como gravidez indesejada, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), aborto espontâneo, natimortos, prematuridade e recém-nascidos com baixo peso ao nascer (World Health Organization, 2016).

2.2 Sistema de Informação em Saúde no Brasil

Os Sistema de Informação em Saúde (SIS) desempenham um papel crucial na avaliação das políticas de saúde sendo responsável pela coleta, armazenamento, processamento e análise de informações abrangendo epidemiologia, serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e qualidade dos cuidados (Saraiva *et al.*, 2021). Dentre os SIS, o SINAN tem como objetivo coletar e analisar dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória. Em

1990, o Ministério da Saúde (MS) implementou esse sistema com o propósito de fortalecer a vigilância epidemiológica, melhorar a qualidade das informações e o processo de notificação de doenças e agravos relevantes (Rocha *et al.*, 2020).

O SINAN é alimentado com os dados provenientes da ficha de notificação individual de doenças e agravos, os quais estão incluídos na lista nacional de notificação compulsória (LNNC). Essa lista é constantemente atualizada pelo MS, em colaboração com as secretarias estaduais e municipais de saúde, e abrange doenças transmissíveis, de interesse em saúde pública e outros agravos. A inclusão dos agravos leva em consideração sua magnitude, disseminação, transcendência, vulnerabilidade e regulamentação sanitária internacional (Girianelli *et al.*, 2018).

A inclusão da violência na LNNC ocorreu gradualmente a partir de 2009, contando com o apoio dos estados e municípios na estruturação da Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Com a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 e Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação dos casos de violência passou a ser obrigatória em todos os serviços de saúde (Brasil, 2016).

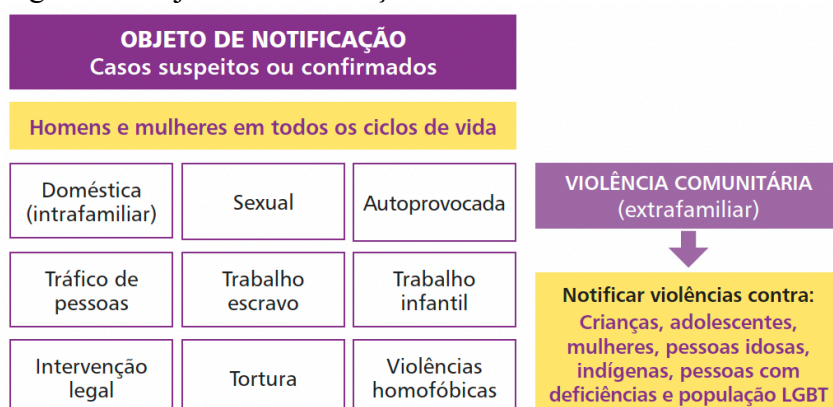
2.3 Sistema de Vigilância da Violência

A vigilância em saúde desempenha um papel fundamental na prevenção e controle de doenças e agravos, sendo uma estratégia essencial para promover a saúde pública. Ela envolve a coleta sistemática, análise, interpretação e disseminação de informações sobre a ocorrência e distribuição de doenças, bem como os fatores relacionados à saúde da população (Brasil, 2022).

No ano de 2006, o MS instituiu o VIVA por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 considerando dois componentes principais: vigilância contínua (Viva Contínuo/Sinan) e vigilância sentinela (Viva Inquérito). A vigilância contínua tem como objetivo coletar dados sobre violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde, enquanto a sentinela, é realizado por meio de pesquisas amostrais que coletam informações sobre violências e acidentes em serviços de urgência e emergência durante um período de 30 dias consecutivos (Brasil, 2016). Ambos os componentes utilizam fichas específicas para registrar as notificações. O primeiro utiliza a FNI, alimentada no SINAN e o segundo a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, que é registrada no sistema Epi Info. Sendo assim, o sistema VIVA fornece subsídios para o planejamento e implementação de ações de prevenção e controle, visando a melhoria da saúde da população (Brasil, 2016).

O MS assume, com a elaboração do Instrutivo Viva, o desafio de padronizar os conceitos, simplificar o entendimento dos campos de preenchimento e definir as categorias que compõem a ferramenta da coleta de dados. A notificação de violência é obrigatória nos casos de violência contra criança e adolescente, violência contra a mulher, violência contra a pessoa idosa, violência contra indígenas, violência contra pessoas com deficiência e violência contra a população LGBTQIAPN+. No entanto, a notificação não se aplica à violência extrafamiliar envolvendo adultos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos (Brasil, 2016).

Figura 1 - Objeto de Notificação do Viva/Sinan



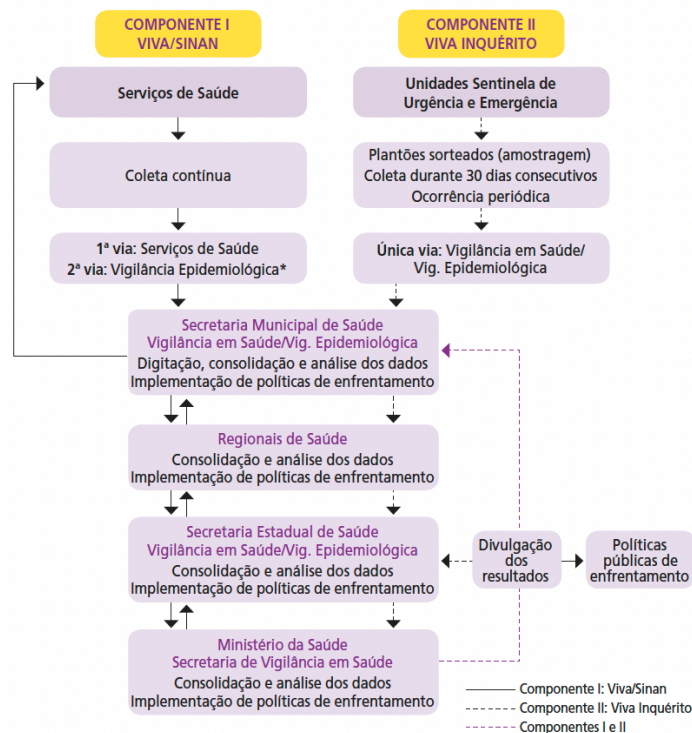
Fonte: Viva Sinan/SVS/MS (2016)

Ao identificar casos de violência, é obrigatório que o profissional preencha a FNI conforme as diretrizes do MS. Os dados coletados referem-se à vítima, ao agressor, ao local da ocorrência e às características da violência. É essencial ressaltar que essas informações são tratadas de maneira confidencial e sigilosa, a fim de proteger a identidade da vítima e das pessoas envolvidas. Assim, fica evidente a importância do SINAN para a notificação e análise dos casos, com o intuito de formular políticas de prevenção e fortalecer as ações relacionadas a esse problema (Coelho *et al.*, 2021; Brasil, 2022).

A estrutura da ficha de notificação (ANEXO A) é composta por dez blocos distintos a saber: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do provável autor da violência, encaminhamento, dados finais e campos abertos para o preenchimento de informações complementares e observações (Cruz *et al.*, 2019). Após o preenchimento da FNI pelos serviços de saúde, segue-se um fluxo que envolve a passagem da ficha até o MS. A ficha é encaminhada das instituições de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde, depois para as Regionais de Saúde, em seguida, para a Secretaria Estadual de Saúde e, por fim, chega ao MS. Durante esse

processo, ocorre a digitação da FNI, a consolidação e análise dos dados, bem como a implementação de políticas de combate à violência (Brasil, 2016).

Figura 2 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



Fonte: Viva Sinan/SVS/MS (2016)

*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.

É fundamental que se observe com cautela a qualidade da informação fornecida pela FNI, pois ela desempenha um papel crucial na tomada de decisões. Para garantir a precisão e confiabilidade dos dados, torna-se imprescindível que o preenchimento da ficha de notificação seja feito de forma fidedigna, isso permite a avaliação dos aspectos epidemiológicos, além de possibilitar o monitoramento e a avaliação do desempenho das ações de saúde pública. No entanto, a heterogeneidade na qualidade dos registros, pode interferir na elaboração de estratégias para lidar com a violência (Girianelli *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

Os campos da ficha de notificação são classificados em três categorias: campo chave, preenchimento obrigatório e essenciais (APÊNDICE A). O campo chave tem como objetivo identificar o registro no sistema. Os campos de preenchimento obrigatório são aqueles cuja ausência inviabiliza a inclusão da notificação no SINAN. Os campos essenciais são dados

necessários para a investigação do caso, bem como para o cálculo de indicadores epidemiológicos ou operacionais (Brasil, 2016).

Profissionais da área da saúde devem estar atentos aos indícios de violência, a fim de realizar adequadamente a notificação e, em determinados casos, encaminhar o paciente para a unidade de saúde apropriada. Torna-se crucial que esses profissionais possuam compreensão e empatia para acolher as vítimas de violência, fornecendo-lhes o tratamento adequado (Lopes, 2020).

É essencial que os profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas estejam cientes da importância dessas informações e sejam capacitados adequadamente para garantir a qualidade e integridade dos dados. Dessa forma, é possível obter um panorama mais preciso e confiável da situação epidemiológica, subsidiando ações efetivas no campo da saúde pública (Polidoro; Cunda; Oliveira, 2020).

2.4 Atributos dos sistemas de vigilância

Cada sistema de vigilância apresenta características ou atributos que desempenham um papel fundamental na sua capacidade de atingir seus objetivos específicos. É a combinação desses atributos que determina os pontos fortes e fracos do sistema, que devem estar equilibrados para realizar avaliações adequadas. No contexto da descrição de um sistema de vigilância, é essencial verificar atributos quantitativos e qualitativos (Ribeiro; Sanchez, 2020).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2001), os atributos da vigilância são classificados em quantitativos e qualitativos. Os quantitativos referem-se à oportunidade, representatividade, sensibilidade e Valor Preditivo Positivo (VPP). Os qualitativos incluem a simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade, estabilidade e a utilidade.

A oportunidade é um elemento fundamental no sistema de vigilância, pois está relacionada à velocidade com que ocorrem as diferentes etapas do processo de vigilância. Esse atributo está ligado à capacidade do sistema de implementar medidas adequadas de controle e prevenção de problemas de saúde pública, considerando a urgência e o tipo de resposta necessária. Além disso, a oportunidade também diz respeito ao tempo necessário para identificar tendências, surtos ou o impacto das medidas de prevenção e controle (Silva *et al.*, 2021).

Quanto à representatividade, um sistema de vigilância em saúde pública considerado representativo é capaz de descrever com precisão a ocorrência de um evento ao longo do tempo e sua distribuição na população, levando em consideração os critérios de lugar e pessoa. Dessa

forma, as informações geradas pelo sistema refletem a verdadeira ocorrência e magnitude do evento na população. A sensibilidade refere-se à proporção de casos de uma doença que o sistema é capaz de detectar, incluindo a capacidade de identificar surtos. Já o VPP é a proporção de casos notificados que realmente estão relacionados ao evento de saúde sob vigilância (Centers for Disease Control and Prevention, 2001).

A qualidade dos dados coletados reflete diretamente sua integridade e validade. A simplicidade diz respeito à estrutura e facilidade de operação do sistema, aspectos que devem ser considerados desde o estágio inicial do seu desenvolvimento. Um exemplo de sistemas simples é a utilização de uma definição de caso de fácil aplicação, na qual a pessoa responsável pela identificação do caso também pode realizar a análise e utilizar a informação (Centers for Disease Control and Prevention, 2001).

A flexibilidade consiste na capacidade do sistema de se adaptar às novas necessidades diante das mudanças nos perfis epidemiológicos e nas condições operacionais. A aceitabilidade reflete a disposição das pessoas e organizações em participar do sistema de vigilância. Já a estabilidade refere-se à confiabilidade (capacidade de coletar, gerenciar e fornecer dados de forma adequada e sem falhas) e a disponibilidade (capacidade de estar operacional quando necessário) (Brenes; Corona-Romero, 2024).

2.5 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Violência

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), fornecem um marco global para enfrentar desafios sociais, econômicos e ambientais, incluindo a violência interpessoal e autoprovocada. Entre os 17 objetivos, destaca-se o ODS 16, que busca promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, enfatizando a necessidade de reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade associadas. Esse objetivo reforça a importância de fortalecer instituições, garantir o acesso à justiça e eliminar formas de violência estrutural e cotidiana (United Nations, 2015).

A violência impacta diretamente diversos outros ODS, tornando-se um obstáculo. O ODS 3, que trata da saúde e bem-estar, reconhece a violência como um problema de saúde pública, uma vez que está associada a traumas físicos, transtornos psicológicos e maior vulnerabilidade a doenças. Uma exposição contínua pode levar a um aumento de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (Cruz *et al.*, 2022).

Esse agravamento também compromete o ODS 4, que busca garantir educação inclusiva e de qualidade para todos. Crianças expostas a ambientes violentos enfrentam dificuldades de

aprendizagem, maior evasão escolar e menor rendimento acadêmico. A violência escolar e comunitária pode impactar negativamente o desenvolvimento cognitivo e socioemocional dos jovens, comprometendo suas perspectivas futuras (Wentroba; Vogt; Botelho, 2023).

Além disso, o ODS 5, que promove a igualdade de gênero, está intrinsecamente ligado à erradicação desse impacto baseado no gênero. A violência contra mulheres e meninas é uma das violações de direitos humanos mais comuns no mundo, limitando a autonomia feminina, reduzindo oportunidades educacionais e econômicas e perpetuando ciclos de pobreza e desigualdade. O combate exige ações coordenadas entre governos, sociedade civil e organizações internacionais para a implementação de políticas públicas eficazes e redes de apoio às vítimas (Hey *et al.*, 2022).

No contexto brasileiro, a violência é um desafio persistente para o alcance dos ODS, demandando estratégias robustas de monitoramento e intervenção. O SINAN é uma das principais fontes de dados para acompanhar a incidência de violência no país, permitindo a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. O fortalecimento desse sistema é essencial para garantir que as metas dos ODS sejam atingidas de forma eficaz, contribuindo para um Brasil mais seguro e igualitário (Miranda *et al.*, 2023).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Avaliar a tendência temporal das notificações de violência interpessoal e autoprovoçada no Brasil e a qualidade do registro dos dados de Vigilância Epidemiológica da violência interpessoal e autoprovoçada no estado de Sergipe, no período entre 2011 e 2023.

3.2 Específicos

- Avaliar a tendência temporal dos casos notificados de violência em crianças e pré-adolescentes no Brasil, entre 2011 e 2023;
- Analisar a tendência das notificações de violência à pessoa idosa no Brasil, entre 2011 e 2023;
- Analisar a tendência temporal de violência autoprovoçada no Brasil, entre 2011 e 2023;
- Avaliar a qualidade dos dados coletados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica da Violência Interpessoal/Autoprovoçada no estado de Sergipe, entre 2011 e 2023.

4 MÉTODO

O presente estudo está estruturado em dois estudos distintos, cada um abordando aspectos complementares sobre a temática da violência interpessoal e autoprovoçada. O primeiro estudo foca na análise da tendência temporal das notificações no Brasil, considerando o período de 2011 a 2023 e contemplando violência contra crianças e pré-adolescentes, pessoa idosa e autoprovoçada. Já o segundo dedica-se à avaliação da qualidade dos dados coletados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica da violência interpessoal e autoprovoçada, com recorte específico para o estado de Sergipe, no mesmo intervalo temporal.

4.1 Análise temporal da violência interpessoal e autoprovoçada no Brasil

4.1.1 Delineamento

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e pré-adolescentes, pessoas idosas no Brasil a partir de dados disponíveis no SINAN.

4.1.2 Local e período do estudo

O Brasil está subdividido em cinco regiões e 26 estados e o Distrito Federal, possuindo pelo censo demográfico de 2022, uma população de 203.080.756 habitantes, sendo o sexto país mais populoso do mundo e com cerca de 40,1 milhões de pessoas entre zero e 14 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Os dados utilizados foram referentes as notificações entre 01 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2023.

4.1.3 Fonte de dados

Os dados do estudo foram obtidos das notificações de violência interpessoal e autoprovoçada no SINAN, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Os dados foram exportados do sítio eletrônico do Datasus e organizados com a utilização do programa *Microsoft Excel Office* 2016. Os dados referentes à população residente foram utilizados obtidos a partir do Censo 2022 e das projeções das

populações para os períodos intercensitários (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

4.1.4 Variáveis do estudo

A população do estudo é constituída por todos os casos notificados de violência em crianças (< 1 ano a 9 anos) e pré-adolescentes (10 a 14 anos), pessoas com mais de 60 anos e todos os casos notificados de violência autoprovocada em residentes no Brasil, registrados no SINAN, ocorridos entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2023.

No estudo sobre crianças e pré-adolescentes, as variáveis foram sexo (masculino e feminino), faixa etária (< 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos), raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena), local e regiões de ocorrência, violência de repetição, lesão autoprovocada, tipos de violência, meios de agressão e violência sexual.

Já o estudo sobre a pessoa idosa, foram analisadas as variáveis sexo (masculino e feminino), raça/cor (branca, negra, parda, amarela, indígena), escolaridade, tipo de violência, meio de agressão, região e estado de residência.

Sobre a violência autoprovocada foram analisadas as variáveis sexo (masculino e feminino), faixa etária (até 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos e mais), raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena), meio de autoagressão, região/unidade federativa de residência e local de ocorrência.

4.1.5 Levantamento dos dados

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos por meio do Tabulador para *Windows* (TABWIN), disponível no *site* do Datasus. Esse *software* permite a estratificação de informações em níveis agregado e individual, a partir de arquivos com extensão *.dbc*.

As informações foram extraídas do SINAN, utilizando a categoria “VIOL – Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”. Além disso, foram acessados arquivos auxiliares necessários para a tabulação e documentação dos dados.

Para o uso das informações, os arquivos *.dbc* foram convertidos para o formato *.dbf*, e, em seguida, os dados foram consolidados. O tratamento, armazenamento, análise, e a construção de gráficos e tabelas foram realizados no *Microsoft Excel Office 2016*, permitindo a apresentação sistematizada dos resultados.

4.1.6 Análise dos dados

Foram calculadas as taxas brutas anuais de notificação de violência interpessoal, autoprovocada e geral (por 100 mil habitantes). Analisou-se as tendências temporais por meio de modelos de regressão *jointpoint* (regressão linear segmentada), utilizando o programa *Joint Point Regression*TM 4.6 (US National Cancer Institute, Bethesda, MD, EUA) (Kim *et al.*, 2020). Para o cálculo das tendências foram utilizadas as taxas de notificação de violência na população geral, por região e unidade federativa. O ano de ocorrência do óbito foi classificado com a variável independente. Este método permitiu verificar mudanças na tendência do indicador ao longo do tempo por meio do ajuste de dados de uma série a partir do menor número de possíveis *joinpoints* (zero, que indica uma reta sem pontos de inflexão) e testa se a inclusão de mais *joinpoints* é estatisticamente significativa. Desta forma, séries temporais podem apresentar tendência crescente, decrescente ou estável e até tendências diferentes em trechos sequenciais.

O teste de permutação de Monte Carlo foi utilizado para escolher o melhor segmento de cada modelo. Considerou-se o melhor modelo aquele que apresentou maior coeficiente de determinação de resíduos (R²). A variação percentual anual média (AAPC - *Average Annual Percent Change*) para o período completo foi calculada para simplificar a comparação das tendências para os indicadores com mais de uma inclinação significativa no período. Sua estimativa é obtida pela média geométrica ponderada da APC, com os pesos iguais ao comprimento de cada intervalo de tempo do segmento. As tendências foram estatisticamente significativas quando AAPC apresentou valor de $p < 0,05$ e seu IC95% não incluir o valor zero, podendo ser crescente ou decrescente. Quando não houve significância, a tendência foi considerada estacionária (Kim *et al.*, 2000).

4.2 Avaliação da qualidade dos dados de violência interpessoal e autoprovocada em Sergipe

4.2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo avaliativo e descritivo que analisou a qualidade dos dados das notificações da violência interpessoal/autoprovocada, no estado de Sergipe, a partir de dados do SINAN.

4.2.2 Local e período do estudo

Os dados utilizados foram das violências notificadas do estado de Sergipe, o menor de todo território nacional com 21.938,188 km², população de 2.210.004 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022) e 75 municípios.

Foram utilizados dados referentes as notificações ocorridas entre 01 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2023.

4.2.3 Fonte de dados

O estudo utilizou dados secundários de acesso público relativos à violência interpessoal e autoprovocada, os quais são disponibilizados pelo Datasus.

4.2.4 Variáveis do estudo

As variáveis que foram utilizadas no estudo estão presentes na ficha de notificação. A utilização dessas variáveis levou em consideração o objetivo traçado para publicação dos resultados da pesquisa.

Foram utilizadas as variáveis presentes na ficha de notificação a saber:

Variáveis para análise dos dados epidemiológicos:

- a. Unidade Notificadora (Unidade Hospitalar, Unidade Especializada, Atenção Primária à Saúde, Pronto Socorro, Atenção especializada, Outras Unidades);
- b. Sexo (feminino, masculino, ignorado);
- c. Faixa etária (0 a 9 anos, 10 a 17 anos, 18 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 anos e mais);
- d. Lesão autoprovocada (sim, não, sem informação);
- e. Violência sexual (sim, não, ignorado/branco).

Variáveis para análise da qualidade dos dados – Completitude e Consistência:

- a. Dados de notificação (tipo de unidade, idade, sexo, gestação, raça/cor, escolaridade, município, zona de residência);
- b. Dados da pessoa atendida (situação conjugal/estado civil, orientação sexual, identidade de gênero, possuir algum tipo de deficiência ou transtorno);
- c. Dados da ocorrência (zona de ocorrência, ocorreu outras vezes, lesão autoprovocada);
- d. Caracterização de violência (motivação);

- e. Tipo de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal, outra violência);
- f. Meio de agressão (força corporal/espandimento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, substância/objeto quente, envenenamento/intoxicação, arma de fogo, ameaça, outros meios);
- g. Violência sexual (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual, outro tipo de violência sexual);
- h. Procedimento realizado (profilaxia HIV, profilaxia DST, profilaxia hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência, aborto previsto em lei);
- i. Violência relacionada ao trabalho (comunicação de acidente do trabalho);
- j. Dados do provável autor da violência (número de envolvidos, suspeita de uso de álcool, ciclo de vida do provável autor da violência, sexo do provável autor da violência);
- k. Vínculo/grau de parentesco (pai, mãe, padastro, madastra, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), ex-namorado(a), filho(a), irmão(a), amigos/conhecidos, desconhecido(a), cuidador(a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, própria pessoa, outro vínculo);
- l. Encaminhamento (rede de saúde, rede de assistência social, rede de educação, rede de atendimento à mulher, conselho tutelar, conselho do idoso, delegacia de atendimento ao idoso, centro de referência dos direitos humanos, ministério público, delegacia da criança e adolescente, delegacia da mulher, outras delegacias, justiça da infância de juventude, delegacia pública).

4.2.5 Levantamento dos dados

Os dados utilizados nesse estudo foram por intermédio do TABWIN, disponível no site do Datasus. Esse tabulador permite a estratificação de informações de nível agregado e individuado, a partir de arquivos com extensão *.dbc*.

Para o *download* das informações, utilizou-se como fonte o SINAN, selecionando a modalidade “VIOL – Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”. Além disso, foram acessados arquivos auxiliares para tabulação e documentação.

Para viabilizar o uso dos dados, foi necessário convertê-los de *.dbc* para *.dbf*, seguido da consolidação dos dados. Os dados foram tratados e armazenados no *Microsoft Excel Office*

2016, onde também foram realizadas análises e construídos gráficos e tabelas para apresentar os resultados de forma sistematizada.

4.2.6 Análise dos dados

A qualidade dos dados está relacionada à completude e consistência das informações realizadas no sistema de vigilância em saúde pública. Essa característica desempenha um papel fundamental na garantia da aceitabilidade e representatividade do sistema de vigilância.

4.2.6.1 Análise de completitude

A completude é avaliada pelo percentual de registros com informação ignorada ou em branco, sendo classificada segundo o escore de Romero e Cunha (2007): excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$).

Para realizar a análise da completude dos dados, foram selecionadas as variáveis obrigatórias e essenciais presentes nas fichas de notificação e investigação de violência interpessoal. Essas variáveis são consideradas essenciais para uma análise adequada da completude dos dados e permitem compreender melhor a natureza e o contexto da violência interpessoal.

4.2.6.2 Análise da consistência

A análise de consistência visa identificar dados incorretos nas fichas de notificação, de modo que, após sua correção, seja possível alcançar uma melhor qualidade dos dados (Brasil, 2019). Para tal, é determinada a porcentagem das variáveis relacionadas que possuem valores coerentes e não contraditórios entre si. Essas variáveis são classificadas em níveis de acordo com o parâmetro adotado por Abath *et al.* (2014): níveis de coerência iguais ou superiores a 90% são considerados excelentes, entre 70% e 89% são considerados regulares, e inferiores a 70% são considerados de baixa consistência (Platt *et al.*, 2022).

O percentual de inconsistência é calculado pela divisão da quantidade de FNI com inconsistências em uma determinada categoria (numerador) pelo quantitativo total de fichas de notificação que contêm as categorias em análise (denominador).

- **Frequência de casos de violências com informação inconsistente entre lesão autoprovocada e número de envolvidos, em um determinado ano, por município de notificação.**
 - Quando o campo Lesão autoprovocada for “Sim”, o número de envolvidos deve ser igual a “Um”. Qualquer outra opção será considerada uma inconsistência. Deve se avaliar se realmente foi uma lesão autoprovocada ou rever o número de envolvidos na agressão.
- **Frequência de casos de violências com informação inconsistente entre lesão autoprovocada e provável autor da agressão, em um determinado ano, por município de notificação.**
 - Quando o campo Lesão autoprovocada for “Sim”, o provável autor da agressão deve ser a própria pessoa (Própria Pessoa = “Sim”). Qualquer outra opção será considerada uma inconsistência. Deve se avaliar se realmente foi uma lesão autoprovocada ou rever o provável autor da agressão.
- **Frequência de casos de violências com informação inconsistente entre lesão autoprovocada e tipo de violência “AMEAÇA”, em um determinado ano, por município de notificação.**
 - Quando o campo Lesão autoprovocada for “Sim”, o provável autor da agressão deve ser a própria pessoa (Própria Pessoa = “Sim”). Qualquer outra opção será considerada uma inconsistência. Deve se avaliar se realmente foi uma lesão autoprovocada ou rever o provável autor da agressão.
- **Frequência de casos de violências com informação inconsistente entre provável autor da agressão (Pai) e sexo do provável autor da agressão (Masculino), em um determinado ano por município de notificação.**
 - Quando o campo Provável autor da agressão (Pai) “Sim”, e o Número de envolvidos for = “Um”, o campo Sexo do provável autor da agressão deve ser = “Masculino”. Qualquer outra opção será considerada uma inconsistência. Deve avaliar se realmente o número de envolvidos foi igual a “Um”, se o Pai foi o autor da agressão e se o Sexo do provável autor da agressão foi preenchido de forma correta.
- **Frequência de casos de violências com informação inconsistente entre Deficiência/transtorno registrada como sim e tipos de deficiência/transtorno registradas como não.**

- Quando o campo portador de deficiência/transtorno “Sim”, e “Não” para todos os transtornos.
- **Frequência de casos de violências registradas como “trabalho infantil” registrada em pessoas de 18 anos e mais.**
- **Frequência de casos de “violência sexual” com tipo de violência sexual “ignorado”.**

4.3 Aspectos éticos

Este estudo utilizou dados secundários de acesso público, não havendo possibilidade de identificação dos sujeitos. Foram atendidos todos os princípios e diretrizes estabelecidas na Declaração de Helsinque, na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Resolução nº 510 de 2016 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

5 RESULTADOS

5.1 Violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil

No Brasil, entre 2011 e 2023, foram notificados 962.949 casos de violência contra crianças e pré-adolescentes. Observa-se uma predominância de notificações entre meninas (62,9%) em comparação aos meninos (37,1%). A faixa etária mais afetada é a de 10 a 14 anos (41,6%), com uma proporção maior entre as meninas (49,0%) do que entre os meninos (29,1%) (Tabela 1).

Em relação à raça, as crianças pardas constituem o grupo mais notificado (43,0%), seguidas pelas brancas (37,4%). Quanto ao local de ocorrência, a residência é o ambiente mais comum para os casos de violência (64,9%), sendo mais frequente entre meninas (68,0%) do que entre meninos (59,6%). Regionalmente, o Sudeste apresentou o maior número de notificações (40,2%), seguido do Sul (24,9%) e Nordeste (16,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das notificações por violência contra crianças e pré-adolescentes, Brasil, 2011-2023 (n=962.949) (continua)

Variáveis	Masculino (n=357.571)		Feminino (n=605.378)		Total (n=962.949)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária						
<1 ano	53.954	15,1	58.171	9,6	112.125	11,6
1 a 4 anos	107.911	30,2	130.861	21,6	238.772	24,8
5 a 9 anos	91.752	25,7	119.772	19,8	211.524	22,0
10 a 14 anos	103.954	29,1	296.574	49,0	400.528	41,6
Raça						
Branca	133.086	37,2	227.254	37,5	360.340	37,4
Preta	23.424	6,6	41.709	6,9	65.133	6,8
Amarela	1.972	0,6	4.153	0,7	6.125	0,6
Parda	150.925	42,2	262.972	43,4	413.897	43,0
Indígena	2.137	0,6	7.034	1,2	9.171	1,0
Sem informação	46.027	12,9	62.256	10,3	108.283	11,2
Local de ocorrência						
Residência	213.157	59,6	411.810	68,0	624.967	64,9
Habitação Coletiva	2.853	0,8	4.363	0,7	7.216	0,7
Escola	18.833	5,3	22.859	3,8	41.692	4,3
Local de pratica esportiva	2.039	0,6	1.367	0,2	3.406	0,4
Bar ou Similar	1.550	0,4	2.563	0,4	4.113	0,4
Via pública	34.538	9,7	35.331	5,8	69.869	7,3

Tabela 1 - Caracterização das notificações por violência contra crianças e pré-adolescentes, Brasil, 2011-2023 (n=962.949) (conclusão)

Variáveis	Masculino (n=357.571)		Feminino (n=605.378)		Total (n=962.949)	
	n	%	n	%	n	%
Comércio/Serviços	8.245	2,3	8.203	1,4	16.448	1,7
Indústrias/construção	358	0,1	563	0,1	921	0,1
Outros	35.807	10,0	49.944	8,3	85.751	8,9
Sem informação	40.191	11,2	68.375	11,3	108.566	11,3
Regiões						
Norte	20.809	24,2	65.307	10,8	86.116	8,9
Nordeste	61.526	17,2	100.870	16,7	162.396	16,9
Sudeste	145.286	40,6	241.497	39,9	386.783	40,2
Sul	97.531	27,3	142.303	23,5	239.834	24,9
Centro-Oeste	32.419	9,1	55.401	9,2	87.820	9,1

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

A violência de repetição foi mais frequente entre as meninas (35,1%) do que entre os meninos (25,6%), assim como as lesões autoprovocadas. Dentre os tipos de agressão, negligência/abandono foi o mais comum (35,6%), predominando entre o público masculino (50,9%). Destaca-se também a frequência de violência sexual (31,9%), sendo mais recorrente no feminino (42,8%). A força corporal ou espancamento destacou-se como o meio de agressão mais utilizado (23,5%), e a ameaça (10,4%). No contexto da violência sexual, o estupro foi o principal tipo notificado (68,2%), com prevalência marcante no grupo feminino (68,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas às violências contra crianças e pré-adolescentes por sexo notificadas, Brasil, 2011-2023 (n=962.949) (continua)

Variáveis	Masculino (n=357.571)		Feminino (n=605.378)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Violência de repetição	91.415	25,6	212.657	35,1	304.072	31,6
Lesão autoprovocada	17.903	5,0	76.451	12,6	94.354	9,8
Tipo de violência						
Física	121.891	34,1	166.296	27,5	288.187	29,9
Psicológica/Moral	53.479	15,0	111.055	18,3	164.534	17,1
Tortura	5.116	1,4	10.136	1,7	15.252	1,6
Sexual	47.989	13,4	259.210	42,8	307.199	31,9
Tráfico de seres humanos	165	0,0	391	0,1	556	0,1
Financeira/Econômica	2.194	0,6	2911	0,5	5.105	0,5
Negligência/Abandono	182.117	50,9	160.652	26,5	342.769	35,6
Trabalho infantil	5.255	1,5	4.006	0,7	9.261	1,0

Tabela 2 - Características relacionadas às violências contra crianças e pré-adolescentes por sexo notificadas, Brasil, 2011-2023 (n=962.949) (conclusão)

Variáveis	Masculino (n=357.571)		Feminino (n=605.378)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção legal	709	0,2	1.115	0,2	1.824	0,2
Meio de agressão						
Força corporal/ espancamento	84.847	23,7	141.575	23,4	226.422	23,5
Enforcamento	4.556	1,3	6.847	1,1	11.403	1,2
Objeto contundente	10.998	3,1	11.233	1,9	22.231	2,3
Objeto perfurocortante	13.148	3,7	33.158	5,5	46.306	4,8
Substância/Objeto quente	11.606	3,2	9.130	1,5	20.736	2,2
Envenenamento/Intoxicação	18.318	5,1	51.144	8,4	69.462	7,2
Arma de fogo	7.054	2,0	5.139	0,8	12.193	1,3
Ameaça	26.052	7,3	73.771	12,2	99.823	10,4
Violência Sexual*						
Assédio Sexual	14.075	29,3	77.240	29,8	91.315	29,7
Estupro	31.174	65,0	178.399	68,8	209.573	68,2
Atentado violento ao pudor	1.825	3,8	5.245	2,0	7.070	2,3
Pornografia Infantil	2.002	4,2	6.486	2,5	8.488	2,8
Exploração Sexual	1.495	3,1	7.439	2,9	8.934	2,9

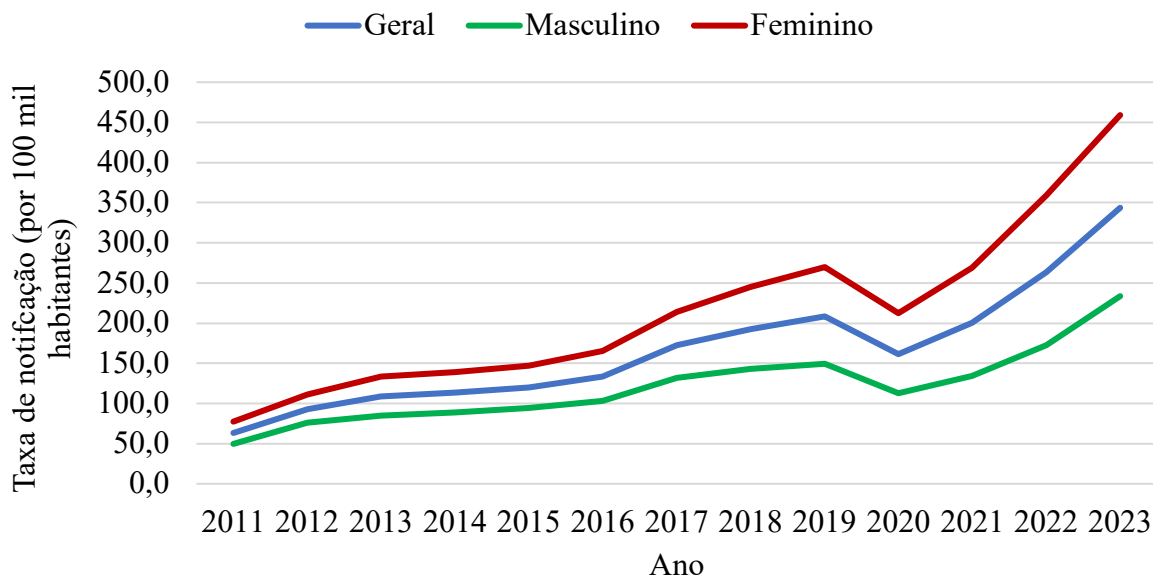
Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

*Dados referentes apenas ao tipo de violência sexual

Observou-se um aumento (AAPC = 13,7) nas taxas de notificação em ambos os sexos, com uma tendência geral crescente, saindo de 63,3 em 2011 para 343,7 notificações para cada 100 mil crianças e pré-adolescentes. A taxa bruta de notificação para meninas passou de 77,4 para 459,1 por 100 mil habitantes (AAPC = 13,1), enquanto para meninos foi de 49,7 para 233,6 (AAPC = 11,9) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição anual das taxas brutas de notificação (A) e análise da tendência temporal da taxa de notificação de violência em crianças e pré-adolescentes por sexo (B). Brasil, 2011 – 2023

A)



B)

Tipo	2011	2023	AAPC (IC 95%)	Tendência
Feminino	77,4	459,1	13,1*(10,9 a 16,1)	Crescente
Masculino	49,7	233,6	11,9*(9,7 a 15,2)	Crescente
Geral	63,3	343,7	13,7*(11,5 a 17,2)	Crescente

AAPC – Average Annual Percentage Change, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

A análise das taxas de notificação de violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil, entre 2011 e 2023, revela uma tendência crescente em todas as regiões, indicando um aumento geral das notificações. A Região Sul apresenta a maior taxa final (559,3 por 100 mil habitantes), seguida pelo Sudeste (374,6) e Centro-Oeste (397,5). Em nível estadual, Tocantins se destaca pelo maior AAPC, passando de 43,1 para 713,9 por 100 mil habitantes, sugerindo avanços na notificação ou melhorias nos registros. Estados como Ceará (AAPC = 35,5), Espírito Santo (AAPC = 23,7) e Alagoas (AAPC = 18,8) também tiveram aumentos nas taxas, enquanto a Paraíba apresentou uma tendência estacionária (AAPC = -2,8) (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência em crianças e pré-adolescentes (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023

Unidade Federativa	Taxa de Notificação (por 100 mil habitantes)		AAPC (IC 95%)	Tendência
	Inicial	Final		
Região Norte	58,5	254,2	12,1*(10,6 a 14,3)	crescente
Rondônia	13,8	125,2	20,9*(18,2 a 24,9)	crescente
Acre	101,1	240,5	6,9*(3,3 a 11,2)	crescente
Amazonas	98,5	266,1	10,4*(7,1 a 13,9)	crescente
Roraima	86,4	244,8	9,0*(5,2 a 14,3)	crescente
Pará	45,9	207,9	11,4*(8,4 a 15,6)	crescente
Amapá	28,3	120,0	11,6*(7,4 a 17,6)	crescente
Tocantins	43,1	713,9	25,2*(23,2 a 28,7)	crescente
Região Nordeste	34,5	214,2	13,6*(10,7 a 15,9)	crescente
Maranhão	19,3	75,8	8,5*(4,2 a 13,8)	crescente
Piauí	41,1	247,5	16,9*(13,4 a 22,4)	crescente
Ceará	10,9	377,5	35,5*(32,5 a 41,8)	crescente
Rio Grande do Norte	19,8	154,8	16,2*(11,3 a 23,7)	crescente
Paraíba	23,5	133,4	-2,8*(-10,3 a 4,4)	estacionária
Pernambuco	83,8	347,7	11,0*(8,0 a 14,9)	crescente
Alagoas	32,2	236,5	18,8*(16,8 a 21,9)	crescente
Sergipe	55,1	157,5	4,5*(0,3 a 7,9)	crescente
Bahia	28,1	130,3	13,7*(12,1 a 16,5)	crescente
Região Sudeste	69,1	374,6	14,9*(12,6 a 18,8)	crescente
Minas Gerais	58,2	243,7	10,1*(7,5 a 13,3)	crescente
Espírito Santo	25,7	578,5	23,7*(19,7 a 30,7)	crescente
Rio de Janeiro	79,50	509,4	14,6*(8,7 a 23,5)	crescente
São Paulo	74,22	365,0	13,6*(9,9 a 16,9)	crescente
Região Sul	103,58	559,32	9,7*(7,3 a 12,9)	crescente
Paraná	66,2	765,5	17,8*(6,9 a 33,2)	crescente
Santa Catarina	87,5	426,1	10,6*(8,4 a 13,7)	crescente
Rio Grande do Sul	153,7	423,2	6,6*(3,5 a 10,3)	crescente
Região Centro-oeste	85,7	397,5	10,9*(8,3 a 13,1)	crescente
Mato Grosso do Sul	260,8	573,6	4,3*(1,5 a 7,5)	crescente
Mato Grosso	40,3	122,0	8,4*(6,1 a 11,5)	crescente
Goiás	35,7	505,4	16,9*(13,2 a 20,9)	crescente
Distrito Federal	86,4	339,9	9,3*(4,6 a 15,5)	crescente

AAPC – Average Annual Percentage Change, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

5.2 Violência contra a pessoa idosa no Brasil

Foram notificadas no Brasil, entre 2011 e 2023, 249.770 casos de violência em pessoas com 60 anos e mais, sendo 141.639 (56,7%) em mulheres e 108.131 (43,3%) em homens. Quanto à variável raça/cor autorreferida 45,15% das notificações ocorreram em pessoas identificadas como brancas e 36,5% em pardas. A variável escolaridade não foi preenchida em 48,24% das notificações (Tabela 4).

Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas dos casos notificados de violência em idosos (n=249.770) por sexo. Brasil, 2011 a 2023

Variáveis sociodemográficas	Masculino (n=108.131)		Feminino (n=141.639)		Total (n=249.770)	
	n	%	n	%	n	%
Raça/cor						
Branca	45.863	42,41	66.904	47,24	112.767	45,15
Preta	8.046	7,44	11.202	7,91	19.248	7,71
Amarela	946	0,87	1.108	0,78	2.054	0,82
Parda	41.516	38,39	49.645	35,05	91.161	36,50
Indígena	790	0,73	802	0,57	1.592	0,64
Sem informação	10.970	10,15	11.978	8,46	22.948	9,19
Escolaridade						
Analfabeto	6.890	6,37	9.806	6,92	16.696	6,68
1ª a 4ª série incompleta do EF	16.894	15,62	21.512	15,19	38.406	15,38
4ª série completa do EF	6.810	6,30	8.328	5,88	15.138	6,06
5ª a 8ª série incompleta do EF	7.709	7,13	10.818	7,64	18.527	7,42
Ensino fundamental completo	4.931	4,56	7.452	5,26	12.383	4,96
Ensino médio incompleto	2.512	2,32	3.497	2,47	6.009	2,41
Ensino médio completo	5.834	5,40	9.128	6,44	14.962	5,99
Educação superior incompleta	567	0,52	924	0,65	1.491	0,60
Educação superior completa	1.845	1,71	3.450	2,44	5.295	2,12
Não se aplica	160	0,15	220	0,16	380	0,15
Sem informação	53.979	49,92	66.504	46,95	120.483	48,24
Região de residência						
Norte	4.662	4,31	4.408	3,11	9.070	3,63
Nordeste	22.745	21,03	26.612	18,79	49.357	19,76
Sudeste	50.190	46,42	69.717	49,22	119.907	48,01
Sul	20.054	18,55	30.672	21,66	50.726	20,31
Centro-Oeste	10.480	9,69	10.230	7,22	20.710	8,29

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

Quanto ao local, a maioria das violências notificadas em pessoas idosas ocorreram na própria residência (71,05%), principalmente em mulheres (79,23%). Nas mulheres foi mais frequente a ocorrência de violência de repetição (42,31%) quando comparado aos idosos do sexo masculino (26,24%). Entre os casos notificados de violência 13,79% (34.439) foram classificados como lesão autoprovocada (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização quanto ao local de ocorrência, violência de repetição e lesão autoprovocada dos casos notificados de violência em idosos (n=249.770) por sexo. Brasil, 2011 a 2023

Variáveis	Masculino (n=108.131)		Feminino (n=141.639)		Total (n=249.770)	
	n	%	n	%	n	%
Local ocorrência						
Residência	65.235	60,33	112.220	79,23	177.455	71,05
Habitação Coletiva	1.203	1,11	1.248	0,88	2.451	0,98
Escola	198	0,18	234	0,17	432	0,17
Local de prática esportiva	166	0,15	96	0,07	262	0,10
Bar ou Similar	2.692	2,49	627	0,44	3.319	1,33
Via pública	15.680	14,50	7.351	5,19	23.031	9,22
Comércio/Serviços	2.201	2,04	1.562	1,10	3.763	1,51
Indústrias/construção	131	0,12	35	0,02	166	0,07
Outros	5.404	5,00	4.746	3,35	10.150	4,06
Sem informação	15.221	14,08	13.520	9,55	28.741	11,51
Violência de repetição						
Sim	28.376	26,24	61.346	43,31	89.722	35,92
Não	44.681	41,32	41.595	29,37	86.276	34,54
Sem informação	35.074	32,44	38.698	27,32	73.772	29,54
Lesão Autoprovocada						
Sim	16.448	15,21	17.991	12,70	34.439	13,79
Não	79.479	73,50	108.166	76,37	187.645	75,13
Sem informação	12.204	11,29	15.482	10,93	27.686	11,08

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

Entre os tipos de violência sofrida destacou-se o uso da força física (54,54%), seguida por negligência/abandono (28,52%) e violência psicossocial/moral (23,74%). No que se refere ao modo de agressão, apesar do predomínio do uso da força corporal (39%) em ambos os sexos, nas mulheres também se destacam as ameaças (18,53%) (Tabela 6).

Tabela 6 -Caracterização quanto ao tipo de violência e meio de agressão dos casos notificados de violência em idosos (n=249.770) por sexo. Brasil, 2011 a 2023

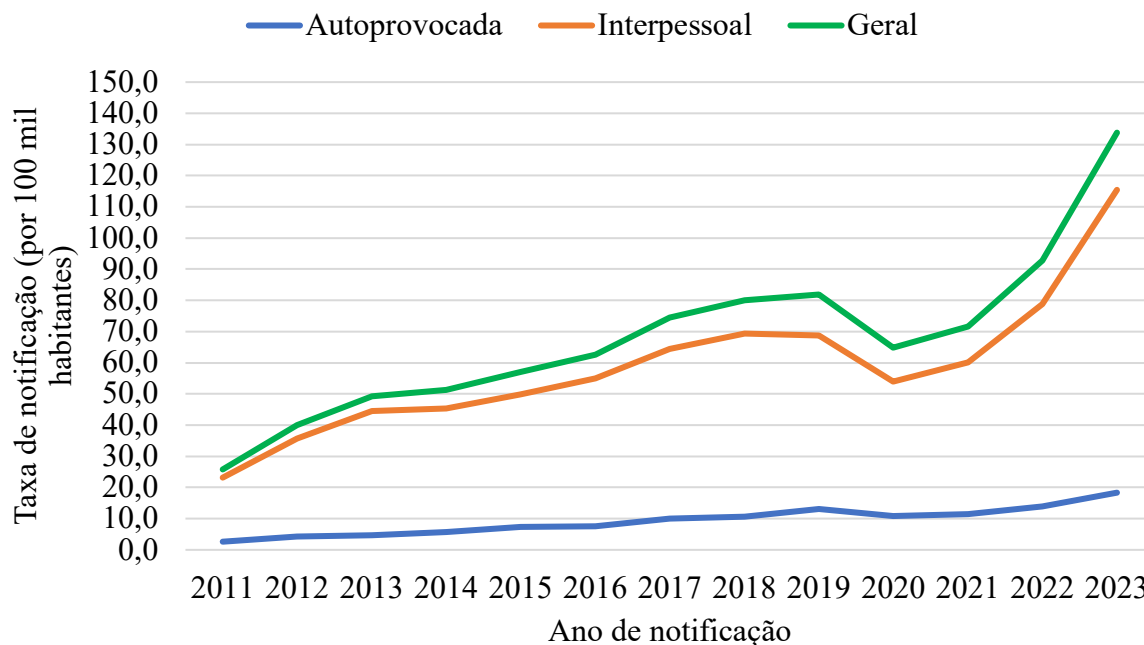
Variáveis	Masculino (n=108.131)		Feminino (n=141.639)		Total (n=249.770)	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de violência						
Física	67.194	62,14	69.035	48,74	136.229	54,54
Psicossocial/moral	16.199	14,98	43.100	30,43	59.299	23,74
Violência Sexual	346	0,32	4.540	3,21	4.886	1,96
Negligência/Abandono	28.530	26,38	42.693	30,14	71.223	28,52
Meio de agressão						
Força						
corporal/Espancamento	44.137	40,82	53.279	37,62	97.416	39,00
Enforcamento	4.759	4,40	4.154	2,93	8.913	3,57
Objeto Contundente	7.591	7,02	4.684	3,31	12.275	4,91
Objeto perfuro-cortante	11.310	10,46	6.301	4,45	17.611	7,05
Envenenamento	6.490	6,00	10.835	7,65	17.325	6,94
Arma de fogo	4.231	3,91	1.432	1,01	5.663	2,27
Ameaça	8.507	7,87	26.234	18,52	34.741	13,91

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

As taxas de notificação de violência em pessoas idosas no Brasil saíram de 25,8 (2011) para 133,8 (2023) notificações, havendo uma tendência crescente (AAPC = 12,1). A violência autoprovocada saiu de 2,6 (2011) para 18,3 (2023) e interpessoal 23,2 (2011) para 115,4 (2023), ambas apresentando tendência crescente, com AAPC = 15,5 e 11,6, respectivamente (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição anual das taxas de notificação (A) e análise da tendência temporal da taxa de notificação de violência autoprovocada, interpessoal e geral na população idosa (B). Brasil, 2011 a 2023

A)



B)

Tipo	2011	2023	AAPC (IC 95%)	Tendência
Autoprovocada	2,6	18,3	15,5*(10,2 a 21,0)	Crescente
Interpessoal	23,2	115,4	11,6*(4,5 a 19,3)	Crescente
Geral	25,8	133,8	12,1*(5,4 a 19,3)	Crescente

AAPC – Average Annual Percentage Change, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

Na análise das taxas de notificação de violência em pessoas idosas, verifica-se importantes diferenças entre as regiões do país, sendo a região centro-oeste a que apresenta maiores taxas tanto no primeiro ano da avaliação (52,2 casos para cada 100 mil habitantes) como no ano final (158,5 casos por 100 mil habitantes). Quando se avalia a tendência temporal das notificações de violência em pessoas idosas, em a região norte apresenta o maior percentual de crescimento para o período (AAPC = 17,5), seguida pelo nordeste (AAPC = 15,9) e sudeste (AAPC = 13,3) (Tabela 7).

O Mato Grosso do Sul e Roraima apresentaram em 2011 as maiores taxas de notificação de violência em pessoas idosas, 185,3 e 65,2 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. O estado de Sergipe apresentou a menor taxa de notificação em 2011 (2,6 casos por 100 mil habitantes). No período final da avaliação (2023), as maiores taxas foram identificadas no Ceará

(343,5 por 100 mil habitantes), no Mato Grosso do Sul (334,7 por 100 mil habitantes) e Tocantins (314,9 por 100 mil habitantes) (Tabela 7).

Quanto a avaliação de tendência da taxa de notificação de violência contra a pessoas idosa, apenas 6 unidades federativas apresentaram tendência estacionária (Piauí, Maranhão, Paraíba, Minas Gerais e Distrito Federal), todas as demais apresentaram tendência crescente. Os maiores percentuais de crescimento para o período foram identificados no Ceará (AAPC = 42,2), Pará (AAPC = 19,1), Rio de Janeiro (AAPC = 18,2) e Paraná (AAPC = 16,1) (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023 (continua)

Unidade Federativa	Taxa de Notificação (por 100 mil habitantes)		AAPC (IC 95%)	Tendência
	Inicial	Final		
Região Norte	11,9	97,2	17,5*(15,1 a 22,5)	Crescente
Rondônia	7,57	64,2	15,8*(9,2 a 29,8)	Crescente
Acre	26,1	74,1	7,6*(3,4 a 12,1)	Crescente
Amazonas	16,3	95,1	10,4*(7,1 a 13,9)	Crescente
Roraima	65,2	193,0	8,3*(4,1 a 12,7)	Crescente
Pará	4,4	59,1	19,1*(15,1 a 23,3)	Crescente
Amapá	8,1	47,3	10,0*(0,5 a 20,5)	Crescente
Tocantins	26,9	314,9	24,7*(16,1 a 33,9)	Crescente
Região Nordeste	16,4	127,4	15,9*(14,2 a 9,8)	Crescente
Maranhão	6,5	37,8	3,9*(-1,8 a 9,8)	Estacionária
Piauí	24,4	49,0	2,6 (-1,9 a 7,2)	Estacionária
Ceará	4,5	343,5	42,2*(32,6 a 52,5)	Crescente
Rio Grande do Norte	17,2	59,6	7,1*(4,9 a 9,4)	Crescente
Paraíba	14,1	44,6	-6,1(-13,6 a 2,1)	Estacionária
Pernambuco	32,0	182,7	15,8*(10,2 a 21,7)	Crescente
Alagoas	34,6	71,7	6,2* (1,1 a 11,6)	Crescente
Sergipe	2,6	67,5	7,8*(2,7 a 13,2)	Crescente
Bahia	14,8	73,4	13,8*(8,0 a 19,9)	Crescente
Região Sudeste	24,8	139,2	13,3*(11,7 a 15,8)	Crescente
Minas Gerais	26,6	102,3	7,6(-0,5 a 16,5)	Estacionária
Espírito Santo	10,1	147,7	11,9*(3,6 a 20,8)	Crescente
Rio de Janeiro	17,1	220,4	18,2*(12,3 a 24,4)	Crescente
São Paulo	28,4	123,1	10,3*(7,5 a 13,1)	Crescente
Região Sul	38,6	130,8	8,2*(5,2 a 12,1)	Crescente
Paraná	19,6	175,2	16,1*(3,9 a 29,6)	Crescente
Santa Catarina	49,2	95,9	2,6*(0,4 a 4,9)	Crescente
Rio Grande do Sul	48,9	111,9	3,8*(1,0 a 6,6)	Crescente
Região Centro-oeste	52,2	158,5	9,4*(6,6 a 13,6)	Crescente

Tabela 7 – Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023 (conclusão)

Unidade Federativa	Taxa de Notificação (por 100 mil habitantes)		AAPC (IC 95%)	Tendência
	Inicial	Final		
Mato Grosso do Sul	185,3	334,7	2,5*(0,1 a 5,1)	Crescente
Mago Grosso	14,3	50,4	6,7*(3,0 a 10,5)	Crescente
Goiás	22,6	156,9	11,4*(3,7 a 19,8)	Crescente
Distrito Federal	23,1	103,6	7,9(-0,9 a 17,5)	Estacionária

AAPC – *Average Annual Percentage Change*, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

5.3 Violência autoprovoçada no Brasil

Entre 2011 e 2023, foram notificados no Brasil 1.000.341 casos de violência autoprovoçada, correspondendo a 25,28% de todos os casos de violência notificados. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos (28,8%), sendo mais predominante entre indivíduos da raça/cor branca (45,6%). Geograficamente, as notificações concentraram-se na região Sudeste (48,0%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Variáveis sociodemográficas dos casos notificados de lesão autoprovoçada (n=1.000.341) por sexo. Brasil, 2011 a 2023 (continua)

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lesão autoprovoçada*						
Sim	308.821	27,14	691.520	24,53	1.000.341	25,28
Não	828.938	72,86	2.127.699	75,47	2.956.637	74,72
Faixa etária						
até 14 anos	18.057	5,85	76.655	11,09	94.712	9,47
15-19 anos	52.416	16,97	152.129	22,00	204.545	20,45
20-29 anos	98.125	31,77	190.178	27,50	288.303	28,82
30-39 anos	63.782	20,65	128.098	18,52	191.880	19,18
40-49 anos	39.099	12,66	87.774	12,69	126.873	12,68
50-59 anos	20.879	6,76	38.685	5,59	59.564	5,95
60 anos e mais	16.463	5,33	18.001	2,60	34.464	3,45
Raça/cor						
Branca	137.673	44,58	322.163	46,59	459.836	45,97
Preta	21.663	7,01	43.804	6,33	65.467	6,54
Amarela	2.577	0,83	5.943	0,86	8.520	0,85
Parda	116.422	37,70	255.801	36,99	372.223	37,21
Indígena	2.640	0,85	3.358	0,49	5.998	0,60
Sem informação	27.846	9,02	60.451	8,74	88.297	8,83

Tabela 8 - Variáveis sociodemográficas dos casos notificados de lesão autoprovocada (n=1.000.341) por sexo. Brasil, 2011 a 2023 (conclusão)

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Região de residência						
Norte	13.229	4,28	27.319	3,95	40.548	4,05
Nordeste	48.685	15,76	107.021	15,48	155.706	15,57
Sudeste	145.774	47,20	334.563	48,38	480.337	48,02
Sul	72.796	23,57	158.357	22,90	231.153	23,11
Centro-Oeste	28.337	9,18	64.260	9,29	92.597	9,26

*Considerada a totalidade de notificações por violência interpessoal e autoprovocada.

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

A recorrência da violência autoprovocada foi descrita em 39,86% dos casos. O envenenamento foi o meio de autoagressão mais frequente (59,6%), e o local mais comum para a ocorrência foi a residência (82,6%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização dos casos notificados de violência autoprovocada quanto a recorrência, meio utilizado e local de ocorrência por sexo. Brasil, 2011 a 2023

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ocorreu outras vezes?						
Sim	105.708	34,23	293.029	42,37	398.737	39,86
Não	203.113	65,77	398.491	57,63	601.604	60,14
Meio de autoagressão						
Arma de fogo	6.129	1,98	1.956	0,28	8.085	0,81
Enforcamento	40.109	12,99	27.532	3,98	67.641	6,76
Envenenamento	154.485	50,02	441.455	63,84	595.940	59,57
Objeto contundente	5.637	1,83	10.201	1,48	15.838	1,58
Objeto perfuro-cortante	52.990	17,16	112.287	16,24	165.277	16,52
Substância ou objeto Quente	3.855	1,25	7.400	1,07	11.255	1,13
Outros	263.205	14,77	600.831	13,11	864.036	13,63
Local de ocorrência						
Residência	235.174	76,15	591.351	85,51	826.525	82,62
Habitação Coletiva	3.196	1,03	3.856	0,56	7.052	0,70
Escola	2.285	0,74	7.322	1,06	9.607	0,96
Bar ou Similar	2.488	0,81	2.028	0,29	4.516	0,45
Via pública	24.578	7,96	23.745	3,43	48.323	4,83
Comércio/Serviços	2.482	0,80	3.407	0,49	5.889	0,59
Outros	38.618	12,50	59.810	8,65	98.428	9,84

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

As taxas de notificação de violência autoprovocada no Brasil no sexo feminino saíram de 9,67 (2011) para 119,68 (2023), apresentando uma tendência crescente (AAPC = 22,27). As maiores taxas de notificação de violência autoprovocada ocorreram em pessoas de 15 a 19 anos. Em todas as faixas etárias houve tendência crescente. A faixa etária de até 14 anos também apresentou um crescimento, com taxas que variaram de 2,23 (2011) para 54,65 (2023), refletindo uma tendência crescente (AAPC = 28,96) (Tabela 10).

Tabela 10 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência autoprovocada (por 100 mil habitantes) por sexo e faixa etária. Brasil, 2011 a 2023

Taxa de notificação (por 100 mil habitantes)				
Variável			AAPC (IC95%)	Tendência
	2011	2023		
Sexo				
Masculino	5,47	54,65	20,05* (17,40 a 26,65)	crescente
Feminino	9,67	119,68	22,27* (19,45 a 28,92)	crescente
Faixa etária				
até 14 anos	2,23	54,65	28,96* (24,34 a 41,60)	crescente
15-19 anos	15,21	236,79	26,29* (22,51 a 36,35)	crescente
20-29 anos	12,6	175,34	24,24* (21,34 a 32,90)	crescente
30-39 anos	10,94	106,84	18,07* (14,87 a 23,02)	crescente
40-49 anos	7,97	77,35	20,29* (17,59 a 24,76)	crescente
50-59 anos	4,97	41,75	18,60* (16,78 a 21,78)	crescente
60 anos e mais	2,62	18,37	15,36* (14,01 a 17,75)	crescente

AAPC – Average Annual Percentage Change, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

No período analisado, houve tendência crescente da proporção de violência autoprovocada em relação às demais violências notificadas, assim como das lesões de repetição. A proporção de indivíduos pardos aumentou (AAPC = 3,93), enquanto a de indivíduos brancos apresentou uma tendência decrescente (AAPC = - 1,34) (Tabela 11).

A participação da região nordeste e centro-oeste na notificação de violência autoprovocada foi crescente, sendo decrescente na região sul e estacionária nas demais. Em relação ao meio utilizado, o uso de objeto perfuro-cortante exibiu uma tendência crescente (AAPC = 5,66) (Tabela 11).

Tabela 11 - Análise das tendências temporais das proporções das variáveis relacionadas às notificações de violência autoprovocada. Brasil, 2011 a 2023

Variável	Proporção (%)		AAPC (IC95%)	Tendência
	2011	2023		
Lesão autoprovocada	13,90	29,54	7,03*(5,79 a 9,90)	crescente
Lesão repetitiva	27,21	46,35	4,63*(4,12 a 5,53)	crescente
Raça/cor				
Branca	50,31	42,71	-1,34*(-1,64 a -0,97)	decrecente
Preta	6,39	7,20	0,42 (-0,30 a 1,30)	estacionária
Amarela	0,79	0,96	2,91*(0,57 a 8,93)	crescente
Parda	25,44	43,30	3,93*(3,54 a 4,66)	crescente
Indígena	0,35	0,63	8,56*(4,62 a 10,46)	crescente
Sem informação	16,72	5,21	-7,88*(-10,59 a -0,71)	decrecente
Região de residência				
Norte	4,25	4,36	0,96 (-0,22 a 2,87)	estacionária
Nordeste	13,35	17,75	2,27*(1,11 a 3,74)	crescente
Sudeste	49,91	48,41	-0,16 (-0,56 a 0,97)	estacionária
Sul	23,82	18,94	-2,09*(-2,78 a - 0,12)	decrecente
Centro-Oeste	8,67	10,54	1,95*(1,35 a 2,90)	crescente
Meio de autoagressão				
Arma de fogo	1,85	0,57	-9,55*(-11,11 a 7,15)	decrecente
Enforcamento	6,62	6,55	-1,13*(-1,79 a -0,04)	decrecente
Envenenamento	39,66	59,25	4,58 (3,62 a 7,07)	crescente
Objeto Contundente	1,77	1,85	1,11 (-0,31 a 2,79)	estacionária
Objeto perfuro-cortante	10,10	18,70	5,66*(4,46 a 7,12)	crescente
Substância ou Objeto Quente	1,81	1,00	-4,96*(-6,38 a -3,50)	decrecente
Local de ocorrência				
Residência	76,19	83,32	0,62*(0,50 a 0,89)	crescente
Via pública	7,64	4,99	-3,97*(-4,63 a -2,53)	decrecente
Outros	16,16	11,69	-1,87*(-2,56 a -0,83)	decrecente

AAPC – *Average Annual Percentage Change*, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

A taxa nacional de notificações de violência autoprovocada aumentou de 7,62 (2011) para 87,95 (2023), com tendência crescente (AAPC = 21,38). Em todas as regiões e unidades federadas houve tendência crescente da taxa de notificação de violência autoprovocada. Entre as unidades federativas, destacaram-se Sergipe (AAPC = 43,22) e Distrito Federal (AAPC = 52,12), com as maiores proporções de crescimento das taxas de notificação de violência autoprovocada (Tabela 12).

Tabela 12 - Análise das tendências temporais das taxas de notificação de violência autoprovocada (por 100 mil habitantes) por região e unidade federada. Brasil, 2011 a 2023

Região/UF de residência	Taxa de notificação (por 100 mil habitantes)		AAPC (IC95%)	Tendência
	2011	2023		
Região Norte	3,88	43,83	20,56*(17,29 a 25,97)	crescente
Rondônia	2,25	68,09	40,72*(32,61 a 63,88)	crescente
Acre	4,11	119,78	31,75*(25,90 a 52,83)	crescente
Amazonas	2,91	25,07	17,17*(12,65 a 24,52)	crescente
Roraima	11,63	117,38	16,05*(10,94 a 24,77)	crescente
Pará	1,17	20,40	30,44*(26,38 a 38,11)	crescente
Amapá	8,00	39,79	14,65*(5,79 a 30,54)	crescente
Tocantins	18,36	123,41	18,10*(16,16 a 20,99)	crescente
Região Nordeste	3,69	58,01	24,50*(21,17 a 30,23)	crescente
Maranhão	0,97	20,46	22,53*(16,98 a 32,67)	crescente
Piauí	6,1	59,87	20,16*(15,67 a 43,94)	crescente
Ceará	0,83	75,38	42,58*(38,79 a 37,90)	crescente
Rio Grande do Norte	3,28	73,39	29,78*(25,64 a 41,48)	crescente
Paraíba	4,98	64,95	25,85*(21,85 a 33,17)	crescente
Pernambuco	4,71	77,67	25,62*(21,18 a 43,94)	crescente
Alagoas	24,31	83,17	11,45*(7,48 a 17,12)	crescente
Sergipe	0,24	59,9	43,22*(37,45 a 59,61)	crescente
Bahia	1,22	40,7	29,83*(24,37 a 37,90)	crescente
Região Sudeste	8,97	101,98	22,59*(20,26 a 25,69)	crescente
Minas Gerais	11,87	107,55	17,96*(12,90 a 26,55)	crescente
Espírito Santo	1,85	148,33	30,09*(24,38 a 59,79)	crescente
Rio de Janeiro	2,8	77,67	27,61*(23,77 a 34,12)	crescente
São Paulo	10,63	104,66	21,06*(17,43 a 27,15)	crescente
Região Sul	12,66	114,13	18,04*(13,87 a 27,81)	crescente
Paraná	5,44	121,61	24,56*(20,65 a 34,47)	crescente
Santa Catarina	16,70	124,61	15,34*(11,60 a 26,41)	crescente
Rio Grande do Sul	17,38	98,89	15,53*(9,03 a 32,00)	crescente
Região Centro-Oeste	8,88	116,15	24,29*(20,69 a 30,53)	crescente
Mato Grosso do Sul	35,79	117,79	11,21*(8,56 a 14,64)	crescente
Mato Grosso	2,74	58,48	24,16*(19,05 a 33,88)	crescente
Goiás	3,75	98,39	29,26*(25,34 a 46,10)	crescente
Distrito Federal	2,69	234,10	52,14*(47,62 a 68,71)	crescente
BRASIL	7,62	87,95	21,38*(18,43 a 30,75)	crescente

AAPC – Average Annual Percentage Change, IC95% = Intervalo de Confiança de 95%. * valor de $p < 0,05$

Fonte: Dados extraídos do Datasus (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (2025)

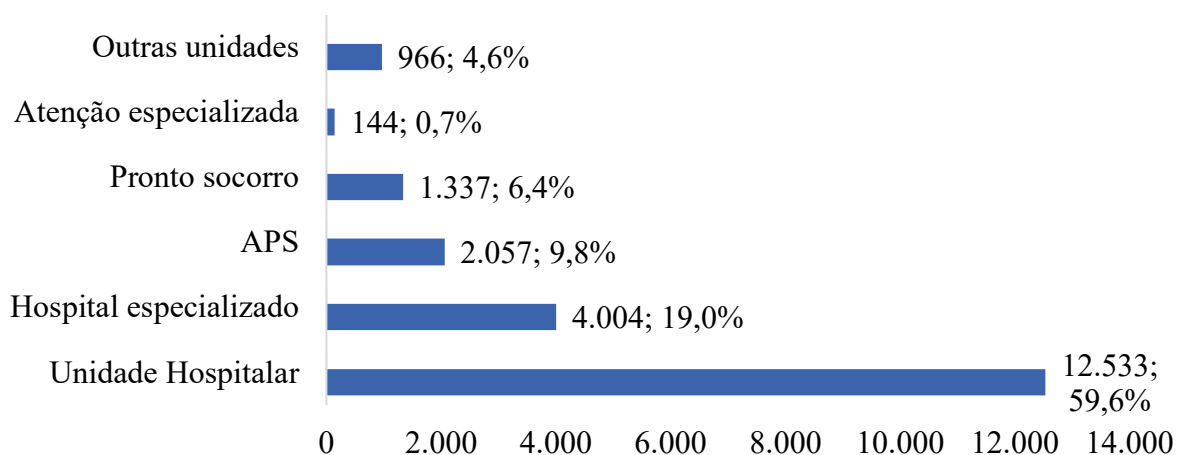
5.4 Qualidade dos dados de violência notificados em Sergipe

5.4.1 Dados Epidemiológicos das notificações de violência interpessoal/autoprovocada em Sergipe e tendências temporais

- **Unidades Notificadoras**

Durante o período houve o registro de 21.041 notificações em 350 unidades de saúde do estado de Sergipe, sendo a maioria notificada em serviços hospitalares ou unidade especializada no atendimento a violência (Figura 5).

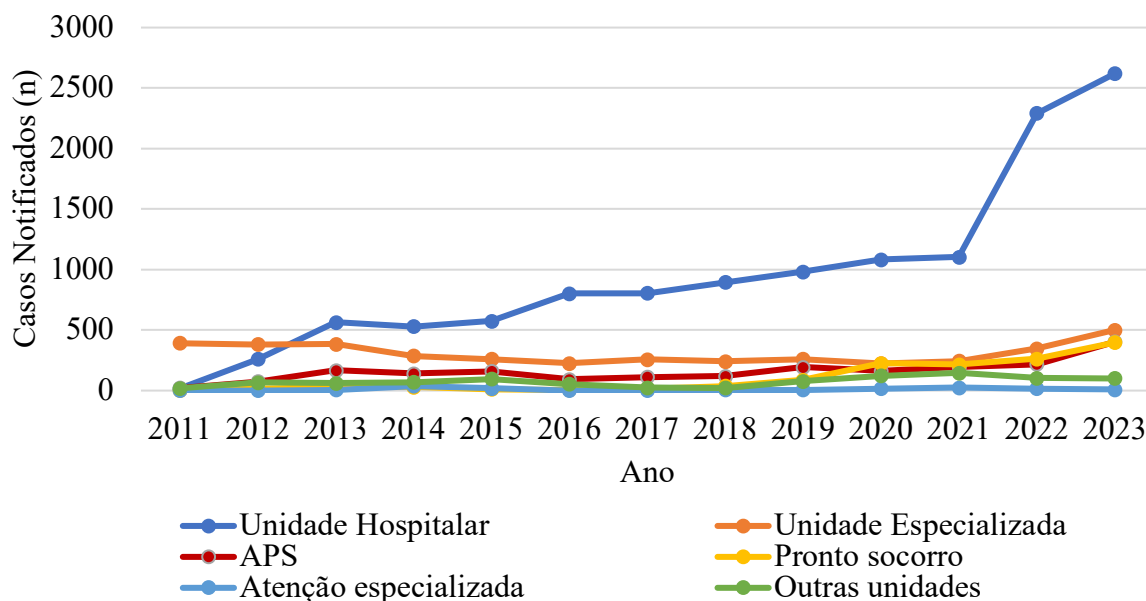
Figura 5 - Distribuição dos tipos de Unidade Notificadora de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe 2011 a 2023



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Ao analisar a distribuição anual das notificações, observa-se que a Unidade Hospitalar registra maior número de casos, com um aumento significativo a partir de 2021 (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição anual das notificações por tipo de Unidade Notificadora de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023



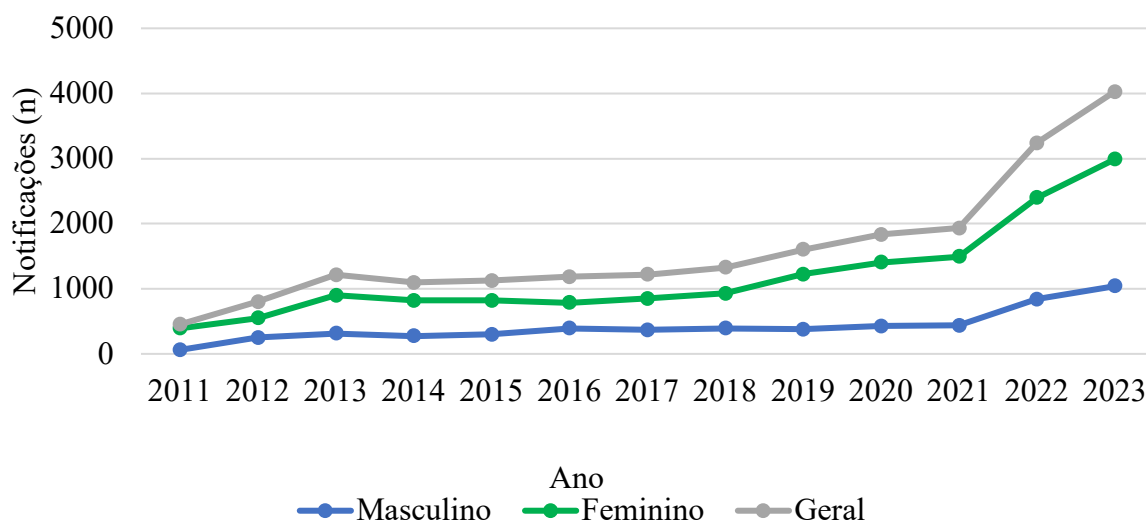
Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

- **Por sexo**

Observou-se que a maioria dos casos notificados foram do sexo feminino, totalizando 15.553 casos (73,9%), seguido pelo masculino com 5.470 (26,0%) e por fim Ignorado 18 (0,1%).

Houve um aumento de casos a partir de 2020 em todos os grupos (Figura 7).

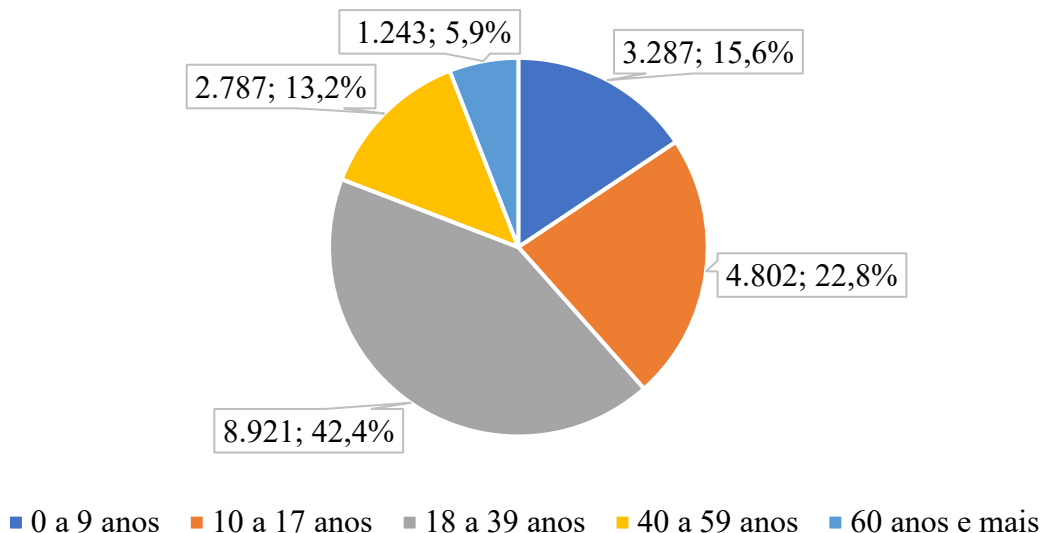
Figura 7 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), por sexo. Sergipe, 2011 a 2023



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A faixa etária mais afetada é a de 18 a 39 anos, com 8.921 casos, correspondendo a 42,4% do total (Figura 8).

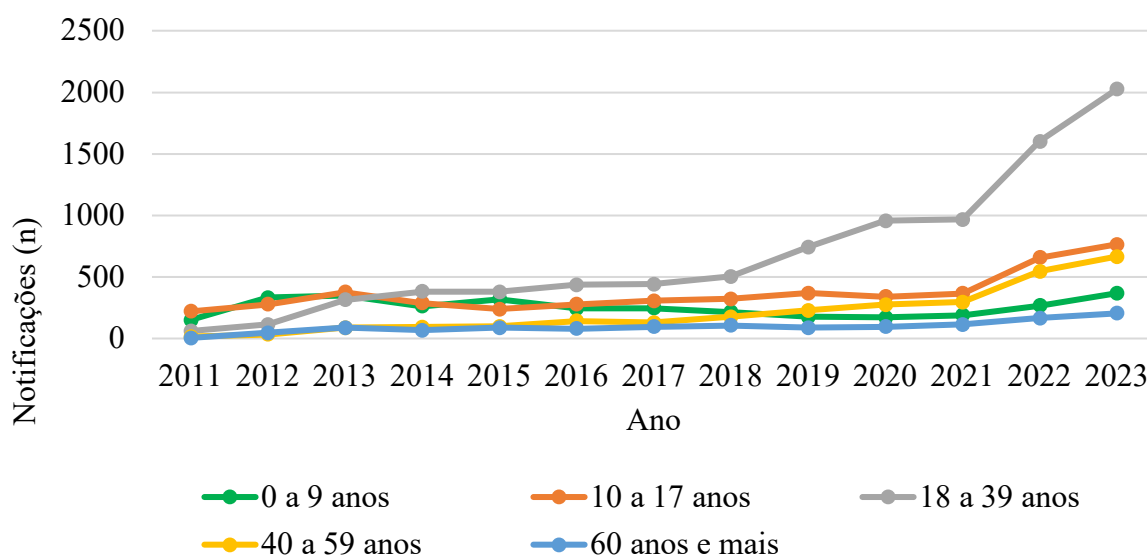
Figura 8 - Distribuição por faixa etária das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Houve um aumento nas notificações no grupo de 18 a 39 anos a partir de 2017, culminando em 2023 (Figura 9).

Figura 9 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), por grupo etário. Sergipe, 2011 a 2023

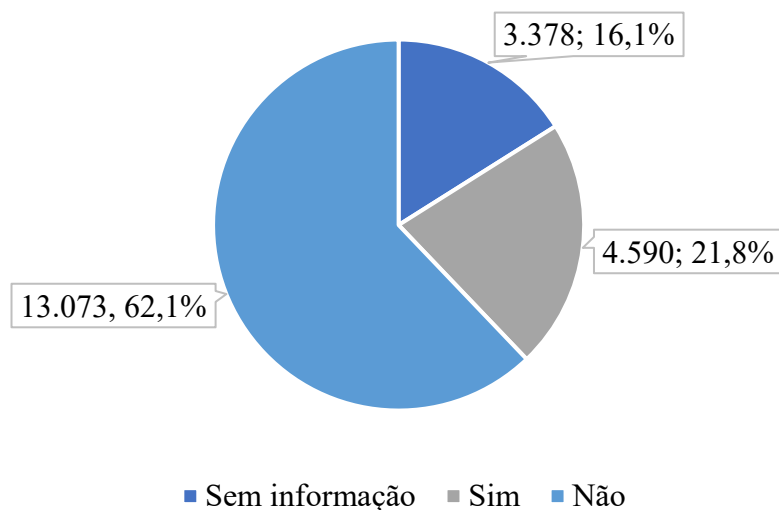


Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

- **Lesão autoprovocada**

A maioria dos casos não foram de lesões interpessoais/autoprovocadas. Uma parcela dos casos não houve informação disponível (Figura 10).

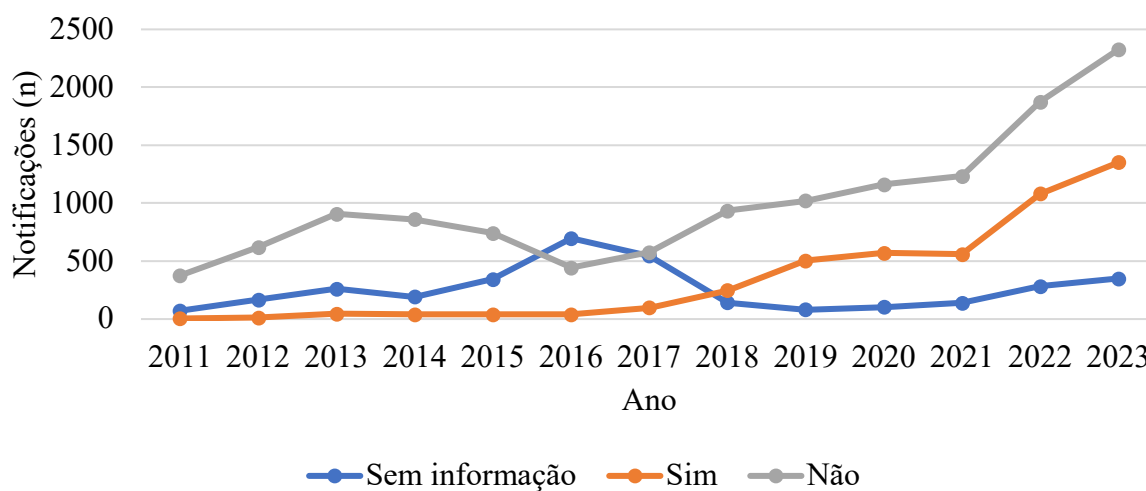
Figura 10 - Frequência de lesão autoprovocada entre as notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A variável “Sim” apresentou-se inicialmente estável e baixa, mas começou a subir a partir de 2018 (Figura 11).

Figura 11 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), se lesão autoprovocada ou não. Sergipe, 2011 a 2023

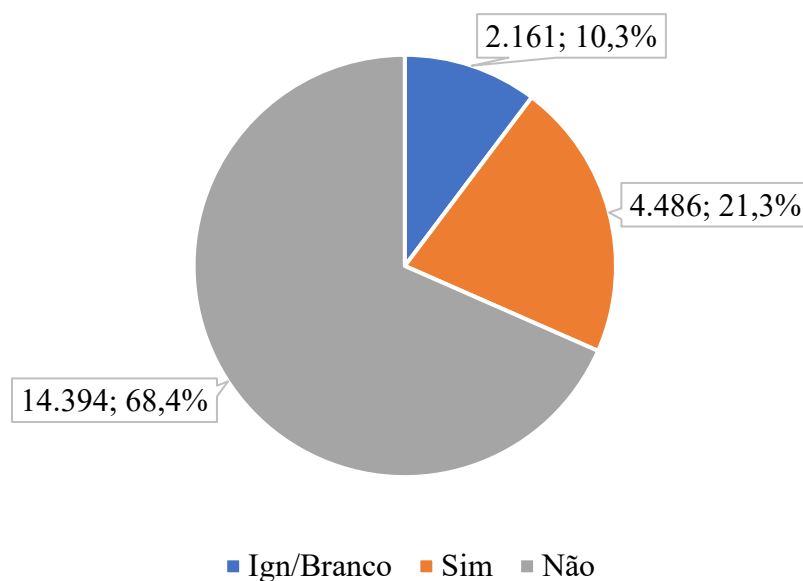


Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

- **Violência Sexual**

A maior parte das notificações indica ausência de violência sexual, seguido por uma parcela que confirmou a ocorrência de tal violência, enquanto uma menor proporção ficou sem resposta ou foi marcada como branco (Figura 12).

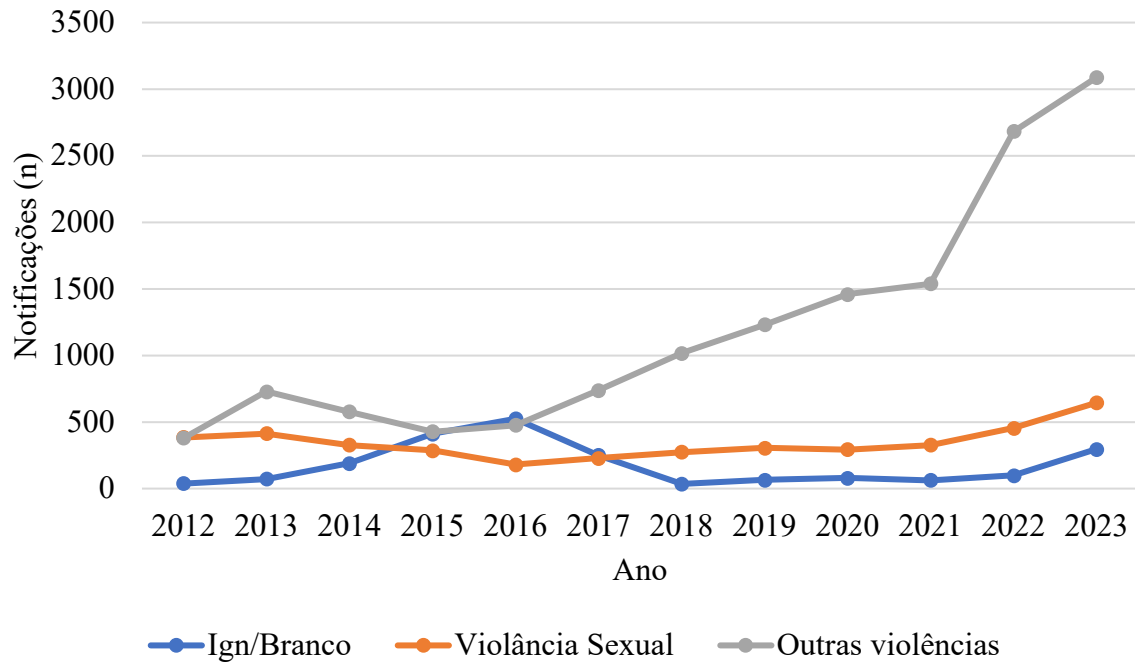
Figura 12 - Frequência de Violência sexual entre as notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Observa-se um aumento das notificações na categoria “Outras violências” a partir de 2017, atingindo um pico em 2023 (Figura 13).

Figura 13 - Distribuição anual das notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041), por Violência sexual. Sergipe, 2011 a 2023



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

5.4.2 Avaliação da qualidade dos dados: Completitude

As variáveis tipo de unidade (99,3%), idade (100,0%), sexo (99,9%) e município (100,0%) apresentaram classificação excelente (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise da completitude dos campos relacionados gerais da notificação e da pessoa atendida por Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023 (continua)

Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%	%	
Dados de notificação				
Tipo de unidade	137	0,7	99,3	excelente
Idade	0	0,0	100,0	excelente
Sexo	18	0,1	99,9	excelente
Gestação	3.303	15,7	84,3	regular
Raça/cor	5.395	25,6	74,4	regular
Escolaridade	9.885	47,0	53,0	ruim
Município	0	0,0	100,0	excelente
Zona de residência	2.039	9,7	90,3	bom

Tabela 13 - Análise da completitude dos campos relacionados gerais da notificação e da pessoa atendida por Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023 (conclusão)

Campos avaliados	Ignorados/em branco n	%	Completitude %	Classificação
Dados da Pessoa Atendida				
Situação conjugal / Estado civil	6.816	32,4	67,6	ruim
Orientação Sexual* (n=17.481)	7.339	42,0	58,0	ruim
Identidade de gênero* (n=17.481)	7.981	45,7	54,3	ruim
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?	6.440	30,6	69,4	ruim

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

*campo incorporado em 2014, sendo avaliado a partir de 2015

Considerando a completitude dos dados relacionados à ocorrência e motivação da violência interpessoal/autoprovocada, a classificação foi predominantemente regular ou ruim (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados da ocorrência e motivação por Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023

Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%		
Dados da Ocorrência				
Zona de ocorrência	4.207	20,0	80,0	regular
Ocorreu outras vezes	8.971	42,6	57,4	ruim
Lesão autoprovocada	3.378	16,1	83,9	regular
Caracterização de violência				
Motivação* (n=17.481)	7.866	45,0	55,0	ruim

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

*campo incorporado em 2014, sendo avaliado a partir de 2015

Ao analisar a completitude dos dados referentes ao tipo de violência e ao meio de agressão, a classificação foi considerada regular em todas as variáveis analisadas. Sendo a maior porcentagem observada na violência sexual (89,7%) (Tabela 15).

Tabela 15 - Análise da completitude dos campos relacionados ao tipo de violência e meio de agressão por Violência Interpessoal/Autoprovoçada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023

Agressões por violência interpessoal/religiosa (n = 21.611): Sergipe, 2011 a 2023				
Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%	%	
Tipo de violência				
Física	2.486	11,8	88,2	regular
Psicológica/Moral	2.591	12,3	87,7	regular
Tortura	2.821	13,4	86,6	regular
Sexual	2.161	10,3	89,7	regular
Tráfico de seres humanos	2.808	13,3	86,7	regular
Financeira/Econômica	2.806	13,3	86,7	regular
Negligência/Abandono	2.354	11,2	88,8	regular
Trabalho infantil	2.817	13,4	86,6	regular
Intervenção legal	2.836	13,5	86,5	regular
Outra violência	2.917	13,9	86,1	regular
Meio de agressão				
Força corporal/espancamento	4.504	21,4	78,6	regular
Enforcamento	4.727	22,5	77,5	regular
Objeto contundente	4.745	22,6	77,4	regular
Objeto perfurocortante	4.689	22,3	77,7	regular
Substância/Objeto quente	4.747	22,6	77,4	regular
Envenenamento/Intoxicação	4.687	22,3	77,7	regular
Arma de fogo	4.681	22,2	77,8	regular
Ameaça	4.604	21,9	78,1	regular
Outros meios	4.976	23,6	76,4	regular

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Relacionado à violência sexual, estupro teve a maior completitude com apenas 6,5% dos casos Ignorados/em branco, resultando em uma completitude de 93,5%. Já em relação aos procedimentos realizados, a coleta de sangue apresentou uma completitude de 90,3%. (Tabela 16).

Tabela 16 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados relativos à violência sexual nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovoçada (n=4.486). Sergipe, 2011 a 2023 (continua)

2025 (continua)				
Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%		
Violência Sexual				
Assédio sexual	922	20,6	79,4	regular
Estupro	292	6,5	93,5	bom
Pornografia infantil	953	21,2	78,8	regular
Exploração sexual	947	21,1	78,9	regular

Tabela 16 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados relativos à violência sexual nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.486). Sergipe, 2011 a 2023 (conclusão)

Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%	%	
Outro tipo de violência sexual	951	21,2	78,8	regular
Procedimento realizado				
Profilaxia HIV	843	18,8	81,2	regular
Profilaxia DST	856	19,1	80,9	regular
Profilaxia Hepatite B	947	21,1	78,9	regular
Coleta de sangue	437	9,7	90,3	bom
Coleta de sêmen	1.060	23,6	76,4	regular
Coleta de secreção vaginal	826	18,4	81,6	regular
Contracepção de emergência	845	18,8	81,2	regular
Aborto previsto em lei	699	15,6	84,4	regular

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Em relação à violência no trabalho, ambas variáveis apresentaram uma classificação regular (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise da completitude dos campos relacionados a violência relacionada ao trabalho nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023

Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%	%	
Violência Relacionada ao Trabalho	4.794	22,8	77,2	regular
Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	2.409	11,4	88,6	regular

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A classificação para os dados sobre provável autoria é, em sua maioria, regular ou ruim, destacando que a variável relacionada a suspeita de uso de álcool é muito ruim (47,4%) (Tabela 18).

Tabela 18 - Análise da completitude dos campos relacionados aos dados de provável autoria nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=21.041). Sergipe, 2011 a 2023

Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%	%	
Dados do provável autor da violência				
Número de envolvidos	5.775	27,4	72,6	regular
Suspeita de uso de álcool	11.059	52,6	47,4	muito ruim
Ciclo de vida do provável autor da violência*	7.021	40,2	59,8	ruim
Sexo do provável autor da violência	5.743	27,3	72,7	regular
Vínculo/grau de parentesco				
Pai	6.263	29,8	70,2	regular
Mãe	6.227	29,6	70,4	regular
Padrasto	6.306	30,0	70,0	regular
Madrasta	6.354	30,2	69,8	ruim
Cônjuge	6.296	29,9	70,1	regular
Ex-Cônjuge	6.325	30,1	69,9	ruim
Namorado(a)	6.304	30,0	70,0	regular
Ex-Namorado(a)	6.351	30,2	69,8	ruim
Filho(a)	6.295	29,9	70,1	regular
Irmão(ã)	6.336	30,1	69,9	ruim
Amigos/conhecidos	6.157	29,3	70,7	regular
Desconhecido(a)	6.229	29,6	70,4	regular
Cuidador(a)	6.345	30,2	69,8	ruim
Patrão/chefe	6.345	30,2	69,8	ruim
Pessoa com relação institucional	6.350	30,2	69,8	ruim
Policial/agente da lei	6.358	30,2	69,8	ruim
Própria pessoa	6.274	29,8	70,2	regular
Outro vínculo	6.328	30,1	69,9	ruim

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Quanto aos encaminhamentos, todas as variáveis apresentam uma classificação regular, ressaltando que esse campo foi incorporado à FNI de violência em 2014, sendo avaliada a partir de 2015 (Tabela 19).

Tabela 19 - Análise da completitude dos campos relacionados aos encaminhamentos nas notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=17.481). Sergipe, 2015* a 2023

Campos avaliados	Ignorados/em branco		Completitude	Classificação
	n	%	%	
Encaminhamento				
Rede de saúde	2.956	16,9	83,1	regular
Rede de Assistência Social	3.096	17,7	82,3	regular
Rede de Educação	3.130	17,9	82,1	regular
Rede de Atendimento à Mulher	3.304	18,9	81,1	regular
Conselho Tutelar	2.770	15,8	84,2	regular
Conselho do idoso	3.053	17,5	82,5	regular
Delegacia de Atendimento ao Idoso	2.985	17,1	82,9	regular
Centro de Referência dos Direitos Humanos	3.360	19,2	80,8	regular
Ministério Público	3.193	18,3	81,7	regular
Delegacia da Criança e Adolescente	3.284	18,8	81,2	regular
Delegacia da Mulher	3.277	18,7	81,3	regular
Outras delegacias	3.288	18,8	81,2	regular
Justiça da Infância de Juventude	3.127	17,9	82,1	regular
Delegacia Pública	3.382	19,3	80,7	regular

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

*campo incorporado em 2014, sendo avaliado a partir de 2015

5.4.3 Avaliação da qualidade dos dados: Consistência

Na análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e ao número de envolvidos entre os anos de 2011 e 2023, a classificação dos anos de 2019 a 2023 (95% e 93,9%, respectivamente) foi considerada excelente (Tabela 20).

Tabela 20 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e número de envolvidos, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023 (continua)

Ano	Dados inconsistentes n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011*	0	0,0	-	-
2012	6	46,2	53,8	baixa
2013	19	42,2	57,8	baixa
2014	9	22,0	78,0	regular
2015	8	20,5	79,5	regular
2016	18	43,9	56,1	baixa

Tabela 20 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e número de envolvidos, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023 (conclusão)

Ano	Dados inconsistentes n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2017	18	18,4	81,6	regular
2018	34	13,8	86,2	regular
2019	25	5,0	95,0	excelente
2020	37	6,5	93,5	excelente
2021	35	6,3	93,7	excelente
2022	83	7,7	92,3	excelente
2023	83	6,1	93,9	excelente
Total	375	8,2	91,8	excelente

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

*Não houve notificação

A análise relacionada à lesão autoprovocada e autoria diferente da “própria pessoa”, obteve uma classificação excelente nos anos de 2019 (92,4%), 2021 (90,7%) e 2023 (91,9%) (Tabela 21).

Tabela 21 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e autoria diferente da “própria pessoa”, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023

Ano	Dados Inconsistentes n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011	5	100,0	0,0	baixa
2012	11	84,6	15,4	baixa
2013	33	73,3	26,7	baixa
2014	29	70,7	29,3	baixa
2015	25	64,1	35,9	baixa
2016	25	61,0	39,0	baixa
2017	23	23,5	76,5	regular
2018	42	17,1	82,9	regular
2019	38	7,6	92,4	excelente
2020	63	11,1	88,9	regular
2021	52	9,3	90,7	excelente
2022	109	10,1	89,9	regular
2023	110	8,1	91,9	excelente
Total	565	12,3	87,7	regular

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Quanto aos dados relacionados à lesão autoprovocada e meio de agressão “ameaça”, a classificação foi excelente nos anos de 2018 (97,6%) a 2023 (98,3%) (Tabela 22).

Tabela 22 - Análise da consistência dos dados relativos à lesão autoprovocada e tipo de violência “ameaça”, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.590). Sergipe, 2011 a 2023

Ano	Inconsistente n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011	4	80,0	20,0	baixa
2012	5	38,5	61,5	baixa
2013	5	11,1	88,9	regular
2014	12	29,3	70,7	regular
2015	21	53,8	46,2	baixa
2016	10	24,4	75,6	regular
2017	21	21,4	78,6	regular
2018	6	2,4	97,6	excelente
2019	15	3,0	97,0	excelente
2020	26	4,6	95,4	excelente
2021	18	3,2	96,8	excelente
2022	35	3,2	96,8	excelente
2023	23	1,7	98,3	excelente
Total	201	4,4	95,6	excelente

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Ao analisar o provável autor da agressão identificado como pai e sexo diferente de masculino, observou-se uma classificação excelente em sua maioria, com exceção dos anos de 2014, 2015 e 2018 que a classificação foi regular (Tabela 23).

Tabela 23 - Análise da consistência dos dados relativos ao provável autor da agressão “pai” e sexo diferente de “masculino”, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=539). Sergipe, 2011 a 2023

Ano	Inconsistente n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011	1	3,4	96,6	excelente
2012	1	3,3	96,7	excelente
2013	1	2,0	98,0	excelente
2014	4	12,5	87,5	regular
2015	5	12,8	87,2	regular
2016	3	9,7	90,3	excelente
2017	2	9,1	90,9	excelente
2018	5	10,6	89,4	regular
2019	0	0,0	100,0	excelente
2020	1	2,3	97,7	excelente
2021	4	8,2	91,8	excelente
2022	3	5,2	94,8	excelente
2023	3	3,9	96,1	excelente
Total	33	6,1	93,9	excelente

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Os dados relacionados a pessoa com “Deficiência/transtorno” nos casos de violência interpessoal/autoprovocada, a classificação mostrou excelente em todos os anos avaliados (Tabela 24).

Tabela 24 - Análise da consistência dos dados relativos à pessoa com “Deficiência/transtorno”, mas com resposta “não” para todas as deficiências/transtornos, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=18.659). Sergipe, 2011 a 2023

Ano	Inconsistente n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011	2	0,5	99,5	excelente
2012	5	0,7	99,3	excelente
2013	5	0,4	99,6	excelente
2014	7	0,7	99,3	excelente
2015	5	0,5	99,5	excelente
2016	4	0,3	99,7	excelente
2017	5	0,4	99,6	excelente
2018	4	0,3	99,7	excelente
2019	7	0,5	99,5	excelente
2020	12	0,8	99,2	excelente
2021	12	0,7	99,3	excelente
2022	15	0,5	99,5	excelente
2023	19	0,6	99,4	excelente
Total	102	0,5	99,5	excelente

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Os dados sobre “trabalho infantil” apresentou uma classificação excelente em todos os anos avaliados (Tabela 25).

Tabela 25 - Análise da consistência dos dados relativos à pessoa com “trabalho infantil” em pessoas com 18 anos e mais, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=12.951). Sergipe, 2011 a 2023 (continua)

Ano	Inconsistente n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011*	0	0,00	-	-
2012	1	0,52	99,5	excelente
2013	0	0,00	100,0	excelente
2014	0	0,00	100,0	excelente
2015	1	0,18	99,8	excelente
2016	0	0,00	100,0	excelente
2017	0	0,00	100,0	excelente
2018	0	0,00	100,0	excelente
2019	0	0,00	100,0	excelente
2020	0	0,00	100,0	excelente
2021	1	0,07	99,9	excelente

Tabela 25 - Análise da consistência dos dados relativos à pessoa com “trabalho infantil” em pessoas com 18 anos e mais, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=12.951). Sergipe, 2011 a 2023 (conclusão)

Ano	Inconsistente n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2022	1	0,04	99,96	excelente
2023	0	0,00	100,0	excelente
Total	4	0,03	99,97	excelente

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

*Não houve notificação

Quanto a consistência dos dados de violência sexual, observou-se que a classificação foi regular apenas nos anos de 2013 e 2017, sendo excelente nos demais (Tabela 26).

Tabela 26 - Análise da consistência dos dados relativos “violência sexual” com campo de tipo de violência sexual ignorado, entre os casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada (n=4.486). Sergipe, 2011 a 2023

Ano	Inconsistente n	Inconsistência %	Consistência %	Classificação
2011	18	4,9	95,1	excelente
2012	24	6,3	93,8	excelente
2013	42	10,2	89,8	regular
2014	27	8,2	91,8	excelente
2015	12	4,2	95,8	excelente
2016	13	7,2	92,8	excelente
2017	24	10,5	89,5	regular
2018	9	3,3	96,7	excelente
2019	4	1,3	98,7	excelente
2020	7	2,4	97,6	excelente
2021	9	2,7	97,3	excelente
2022	27	5,9	94,1	excelente
2023	30	4,7	95,3	excelente
Total	246	5,5	94,5	excelente

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

6 DISCUSSÃO

6.1 Violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil

Os resultados deste estudo revelam uma tendência crescente significativa nas notificações de violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil, entre 2011 e 2023. Segundo a OMS e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), essa faixa etária abrange indivíduos de zero a 14 anos, sendo que a fase de transição, conhecida como pré-adolescência, ocorre entre os 10 e 14 anos (Brasil, 1990; Ribeiro; Coenga, 2022). Esse aumento é evidenciado pela análise das taxas de notificação, que passaram de 63,3 para 343,7 por 100 mil habitantes, com uma AAPC de 13,7. A predominância das vítimas do sexo feminino, representando 62,9% dos casos, e a alta incidência na faixa etária de 10 a 14 anos (41,6%) destacam a vulnerabilidade de meninas mais velhas, especialmente em relação à violência sexual. Essa fase representa um período de transição física e emocional, no qual as crianças podem não possuir os recursos necessários para identificar e denunciar situações abusivas (Silva *et al.*, 2024).

Em relação à distribuição racial, observou-se que crianças e pré-adolescentes pardos foram os mais afetados (43,0%), seguidos por crianças brancas (37,4%). Um estudo sobre o perfil das vítimas de violência no Brasil também analisou a raça/cor, mas de forma agrupada, encontrando uma prevalência maior entre indivíduos de cor preta/parda (67,6%), seguido por branca/amarela (29,8%) (Silva *et al.*, 2024). Esses resultados são consistentes com os achados do presente estudo, que identificou 49,8% e 38,0% para os mesmos grupos, respectivamente.

A vulnerabilidade de meninas em relação à violência sexual, evidenciada pelos índices de notificações nessa população, destaca a necessidade de proteção de gênero na infância. Essa vulnerabilidade pode estar associada a fatores socioculturais que reforçam estereótipos de gênero, tornando as meninas mais suscetíveis a esse tipo de violência, especialmente dentro do ambiente doméstico (Ferraz; Veloso; Cabral, 2021).

O ambiente residencial foi o principal local de ocorrência dos episódios de violência (64,9%), especialmente entre meninas. Um estudo sobre violência no Brasil, realizado entre 2009 e 2017, mostrou que 56,7% dos casos de violência infantil ocorreram no ambiente doméstico (Soares; Guimarães; Bonfada, 2021). Esses dados ressaltam a complexidade da violência no lar, pois, embora o ambiente familiar seja teoricamente um espaço seguro, muitas vezes torna-se o cenário de agressões, frequentemente perpetradas por adultos próximos às vítimas (Pedroso; Leite, 2021).

Os tipos de violência mais comuns foram negligência ou abandono (35,6%) e violência física (29,9%). Entre os meninos, a negligência ou abandono predominou (50,9%), enquanto as meninas foram mais frequentemente vítimas de violência sexual. Esse padrão reflete uma divisão de vulnerabilidades de gênero que é amplamente reconhecida em estudos sobre violência infantil, indicando que os fatores de risco variam conforme o sexo da criança (Oliveira *et al.*, 2021). Os achados deste estudo corroboram com a literatura, que identifica a negligência/abandono como os principais tipos de agressão contra crianças. Essa predominância pode ser atribuída à ausência de vontade ou capacidade para cuidar da criança, frequentemente influenciada por condições socioeconômicas, físicas, emocionais ou mentais dos genitores/responsáveis (Mata; Silveira; Deslandes, 2017).

A negligência, em particular, é uma forma silenciosa de violência, muitas vezes subnotificada, mas cujos impactos são duradouros. Ela compromete o acesso a cuidados básicos, como alimentação, saúde e educação, essenciais para o desenvolvimento integral da criança. Além disso, as condições socioeconômicas, aliadas a fatores como desemprego, abuso de substâncias e conflitos familiares, são frequentemente apontadas como catalisadores desse tipo de violência (Alves; Moreira; Silva, 2021).

A violência sexual mostrou-se mais comum entre vítimas do sexo feminino (42,8%), em comparação com o masculino (13,4%). Um estudo realizado no sul do Brasil revelou que 75% das notificações de violência referem-se a crianças e adolescentes, com predominância em menores de 15 anos. Esses dados reforçam a necessidade de estratégias preventivas específicas para proteger pré-adolescentes do sexo feminino, que apresentam maior vulnerabilidade a esse tipo de agravo. A educação sexual emerge como uma estratégia essencial, promovendo o conhecimento sobre mudanças hormonais e corporais, além de capacitar essa população a distinguir expressões de afeto de situações de abuso (Santos *et al.*, 2020).

Entre os tipos de violência sexual, o estupro apresentou o maior percentual, representando 68,2% dos casos. Uma pesquisa realizada no Brasil entre 2011 e 2014 mostrou uma prevalência elevada desse tipo de violência em vítimas menores de 14 anos, faixa etária protegida por lei que define tais atos como crime sexual contra vulnerável. Esses resultados evidenciam a gravidade da violência sexual infantil e demanda iniciativas preventivas que levem em conta o impacto psicológico e físico profundo nas jovens vítimas, especialmente em contextos em que o agressor é uma pessoa próxima (Cerqueira *et al.*, 2017).

Ao observar a violência por sexo, nota-se que as notificações foram consistentemente mais elevadas entre o público feminino, cuja taxa passou de 77,4 em 2011 para 459,1 em 2023 (AAPC = 13,1). Entre os meninos, as taxas aumentaram de 49,7 para 233,6 no mesmo período

(AAPC = 11,9). Esses dados indicam que, embora o aumento das notificações seja significativo para ambos os sexos, as meninas são mais afetadas, refletindo vulnerabilidades específicas de gênero (Oliveira *et al.*, 2024).

A análise das taxas de notificação de violência contra crianças e pré-adolescentes entre 2011 e 2023 revela uma tendência geral de aumento em todas as regiões do Brasil, com variações significativas entre os estados. O Sudeste concentrou o maior número de notificações, seguido do Sul e Nordeste, e em termos estaduais, Tocantins, Ceará e Espírito Santo destacaram-se com as maiores AAPCs. Esses resultados refletem tanto a heterogeneidade das políticas públicas de enfrentamento da violência quanto as diferenças regionais no acesso e na eficácia dos sistemas de saúde e assistência social (Lucca *et al.*, 2021; Platt; Guedert; Coelho, 2021).

O uso de dados secundários pode apresentar limitações. A qualidade e a completude das notificações podem variar entre regiões, estados e municípios, além de oscilar ao longo do tempo, impactando a precisão dos resultados. Essas variações podem comprometer a padronização dos dados, dificultando comparações e a identificação de tendências nacionais. Além disso, a dependência de registros pode não captar todos os casos de violência devido à subnotificação, um problema comum em dados de saúde pública, especialmente em casos de violência, que muitas vezes permanecem ocultos.

Por fim, o aumento constante das taxas de notificação em todas as regiões brasileiras, mesmo com variações entre estados, sugere que a violência contra crianças e pré-adolescentes é uma questão nacional persistente. Esse aumento nas notificações pode refletir tanto uma realidade preocupante quanto um maior esforço de notificação, sendo crucial continuar avançando nas políticas de proteção e assistência às vítimas. Superar esse problema demanda um esforço articulado entre diferentes setores, além da mobilização da sociedade civil, para reduzir a incidência de violência e assegurar o desenvolvimento das crianças e pré-adolescentes (Barcellos *et al.*, 2021).

6.2 Violência contra a pessoa idosa no Brasil

A análise de notificações de violência interpessoal e autoprovocada contra idosos no Brasil, entre 2011 e 2023, revela questões complexas que abrangem aspectos sociais, econômicos e de saúde pública. Com um total de 249.770 casos notificados, observa-se uma prevalência significativa de violência contra mulheres (56,7%) em comparação aos homens (43,3%). Esta disparidade de gênero pode ser explicada a diversos fatores, como a maior

expectativa de vida das mulheres, que resulta em uma população idosa feminina mais numerosa, além da vulnerabilidade social que as torna mais suscetíveis à violência. Os estereótipos de gênero e as dinâmicas familiares também podem contribuir para a subnotificação entre homens, que enfrentam mais barreiras culturais e emocionais para reportar situações de violência (Sousa *et al.*, 2021).

A análise sociodemográfica aponta que a maioria dos casos envolve pessoas que se autodeclararam brancas (45,15%) e pardas (36,5%), o que reflete tanto a composição demográfica do país quanto desigualdades no acesso à proteção social. A alta proporção de notificações sem informação sobre escolaridade (48,24%) destaca falhas na coleta de dados, dificultando análises sobre a influência do nível educacional na vulnerabilidade à violência. Um estudo realizado no Nordeste entre 2012 e 2018 mostrou que a população parda representou 61,3% dos casos, com a escolaridade ausente em 11.317 registros (Lima; Palmeira; Macedo, 2021).

Geograficamente, a concentração de casos ocorre nas regiões Sudeste (48,01%), Sul (20,31%) e Nordeste (19,76%), possivelmente devido à densidade populacional, diferenças nos sistemas de notificação e variação no acesso a serviços de saúde e proteção. Essa disparidade regional pode também refletir influências culturais e econômicas que afetam a percepção e a notificação da violência (Machado *et al.*, 2020).

O fato de a maioria das ocorrências de violência acontecer na residência da vítima (71,05%) destaca a vulnerabilidade dos idosos em seus próprios lares, onde frequentemente dependem de cuidadores ou familiares para sua subsistência. Esse dado levanta questões sobre a qualidade do cuidado familiar e a necessidade de monitoramento para prevenir casos recorrentes, especialmente entre as mulheres (43,31%), que são mais afetadas pela violência de repetição (Lopes *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020).

Outro dado é a prevalência de lesões autoprovocadas (13,79%), destacando problemas de saúde mental entre os idosos, que frequentemente lidam com isolamento, doenças crônicas e perda de autonomia. Depressão e outros transtornos mentais podem ser fatores preditivos dessas ocorrências, apontando para a necessidade de expandir o acesso a serviços de saúde mental e apoio psicossocial para essa faixa etária (Araújo *et al.*, 2024).

Entre os tipos de violência notificados, o uso de força física (54,54%) se destaca, seguido por negligência/abandono (28,52%) e violência psicossocial/moral (23,74%). A violência física, embora frequentemente registrada, pode representar apenas uma fração dos casos, já que formas mais sutis, como violência psicológica, tendem a ser subnotificadas. A negligência/abandono, ligada à omissão de cuidados, reflete a sobrecarga de cuidadores e a falta de políticas de apoio ao cuidador familiar (Oliveira *et al.*, 2018).

O uso da força corporal (39%) é o tipo de agressão mais frequente, com variações entre os sexos. As mulheres, além da violência física, enfrentam mais ameaças (18,53%), revelando um padrão de intimidação com impactos potenciais na saúde mental e qualidade de vida. Um estudo no Nordeste destacou que a violência física representou 15,7% dos casos e a violência de repetição 12,1% (Lima; Palmeira; Macedo, 2021).

A análise temporal mostra um aumento substancial na taxa de notificações, de 25,8 em 2011 para 133,8 em 2023, com uma AAPC de 12,1. Esse crescimento pode indicar melhorias nos sistemas de notificação e maior conscientização, ou um aumento real dos casos. Estados como Ceará e Pará tiveram crescimento expressivo, possivelmente devido ao aumento no acesso a informações e serviços de saúde e segurança, encorajando a busca por ajuda, podendo justificar a tendência crescente observada nesse estudo (Moroskoski *et al.*, 2021).

A tendência de crescimento das notificações em quase todas as unidades federativas, com destaque para o Ceará (AAPC = 42,2) e o Rio de Janeiro (AAPC = 18,2), acompanha a transição demográfica no Brasil e no mundo. No entanto, esse aumento não segue um padrão espacial uniforme entre as regiões brasileiras (Souza *et al.*, 2020).

6.3 Violência autoprovoçada no Brasil

Os resultados apresentados revelam um panorama preocupante e em expansão das notificações de violência autoprovoçada no Brasil entre 2011 e 2023. Apesar da possibilidade de subnotificação, observou-se um aumento no número de casos registrados, totalizando 1.000.341 ocorrências, o que representa 25,3% do total notificado. A análise sociodemográfica destacou relacionadas ao sexo, faixa etária, raça/cor e região de residência, evidenciando a complexidade do fenômeno e suas múltiplas determinações.

Em relação à faixa etária, os grupos mais afetados foram jovens de 20 a 29 anos, seguidos por adolescentes de 15 a 19 anos. Esse padrão etário, também identificado em um estudo no Nordeste brasileiro (Arruda *et al.*, 2021), pode estar associado a pressões sociais e os desafios típicos do início da vida adulta, incluindo questões de identidade, independência e inserção no mercado de trabalho. A maior autonomia e a menor supervisão parental nessa fase da vida contribuem para a maior vulnerabilidade, associada a desconexões familiares e sociais (Bahia *et al.*, 2020).

Quanto a variável raça/cor, o maior número de notificações foi registrado entre indivíduos autodeclarados brancos, em consonância com estudos nacionais (Paixão *et al.*, 2021). Por outro lado, estudos regionais, como no Espírito Santo, relataram maior prevalência

entre indivíduos pardos (Tavares *et al.*, 2020). Essa aparente discrepância pode refletir a subjetividade da autodeclaração racial e a diversidade da composição étnica do Brasil, além de problemas relacionados à escassez de dados e ao preenchimento inadequado dessa variável nos sistemas de vigilância (Mata; Daltro; Ponde, 2020).

Regionalmente, a maior concentração de notificações foi observada no Sudeste, possivelmente devido à maior densidade populacional, urbanização e maior eficiência dos serviços médicos na região (Bahia *et al.*, 2020). A urbanização facilita o acesso a serviços de saúde e pode estar associada a melhores práticas de registro e notificação. No entanto, o crescimento das notificações em estados como Distrito Federal e Sergipe reforça a necessidade de estratégias de vigilância ampliadas e mais equitativas em todas as regiões do país (Paixão; Campos, 2024).

O envenenamento foi identificado como o método de autoagressão mais frequentemente relatado, seguido pelo uso de objetos perfuro-cortantes. Esses achados estão alinhados com um estudo realizado em Goiás, que também apontou o envenenamento como a forma predominante de violência autoprovocada (Rodrigues *et al.*, 2020). Ademais, a residência destacou-se como o principal local de ocorrência desses eventos, corroborando com os dados de um estudo nacional (Paixão; Campos, 2024). Os resultados ressaltam a urgência de políticas públicas de prevenção direcionadas, como o controle no acesso a medicamentos e substâncias tóxicas, bem como a implementação de intervenções voltadas ao fortalecimento do suporte familiar e domiciliar ao enfrentamento dessa problemática.

A notificação de violência autoprovocada exibiram um aumento consistente ao longo do período analisado. A análise temporal evidenciou um crescimento substancial em ambos os sexos, com destaque para mulheres. Essa tendência crescente também foi observada entre adolescentes com até 14 anos, corroborando os achados de um estudo nacional que observou padrões semelhantes de crescimento entre o público feminino e na faixa etária mais jovem (Aragão; Mascarenhas, 2022). O aumento das taxas entre adolescentes reforça a necessidade de desenvolver e implementar ações preventivas e educativas específicas para esse grupo, priorizando intervenções escolares e comunitárias que promovam saúde mental e estratégias de enfrentamento.

A análise das proporções das variáveis associadas às notificações de violência autoprovocada no Brasil durante o período avaliado revelou um aumento na proporção geral de lesões autoprovocadas. Os resultados estão em consonância com um estudo realizado no Brasil (Oliveira; Dutra; Fófano, 2024), sugerindo tanto um agravamento no cenário da saúde mental quanto um avanço na sensibilidade e cobertura do sistema de notificações. Esse aprimoramento

pode estar contribuindo para uma identificação e registro mais abrangentes desses eventos, destacando a importância de sistemas de vigilância robustos e eficazes para monitorar e enfrentar essa problemática.

Ao analisar a lesão autoprovocada repetitiva, observamos uma tendência crescente, o que destaca a necessidade de atenção especial a essa variável. A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, estabelece que as tentativas de suicídio devem ser notificadas à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o conhecimento da ocorrência (Brasil, 2014). Essa medida busca garantir uma articulação com a rede assistencial, assegurando que o indivíduo receba atendimento imediato, o que contribui para a redução do risco de novas ocorrências e de um eventual suicídio efetivo (Cesa; Pizzutti; Dhamer, 2024).

Quanto a avaliação da variável raça/cor revelou que a proporção entre indivíduos autodeclarados pardos apresentou a maior taxa de crescimento, enquanto entre os brancos foi identificada uma tendência decrescente. Esses achados são corroborados por um estudo realizado em Pernambuco, que também registrou um aumento nas notificações entre a população parda (Arruda *et al.*, 2021). Tais resultados ressaltam a importância de considerar a autodeclaração como um aspecto subjetivo, além de evidenciar desafios relacionados à escassez de dados e ao preenchimento inadequado dessa variável. Essas limitações podem comprometer a qualidade e a completitude dos registros, impactando a interpretação dos dados e a formulação de políticas fundamentadas em evidências epidemiológicas (Platt *et al.*, 2022).

Os métodos de autoagressão apresentam variações importantes. O uso de objetos perfuro-cortantes destacou-se como o método com maior tendência de crescimento, enquanto o envenenamento permanece como a forma predominante. Em contrapartida, métodos como o uso de armas de fogo e substâncias ou objetos quentes apresentaram tendências decrescentes. Um estudo realizado no Brasil identificou um aumento nos casos de autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas, evidenciando que esse método é mais prevalente em mulheres. Já entre os homens, observa-se uma maior preferência por métodos irreversíveis e invasivos, como o uso de objetos perfuro-cortantes e enforcamento (Paixão *et al.*, 2021). É fundamental destacar que a tentativa de suicídio resulta de um processo multifatorial, influenciado pela história de vida e pelos contextos individuais de cada vítima (Mann; Michel; Auerbach, 2021).

Convém salientar que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em conjunto com a OMS, emitiu um alerta epidemiológico sobre casos de intoxicações por substâncias químicas relacionadas a desafios em redes sociais. O alerta recomenda a adoção de estratégias de vigilância e monitoramento dessas plataformas, com o objetivo de identificar tendências ou

desafios virais que incentivem comportamento de risco. Além disso, sugere o desenvolvimento de campanhas de conscientização voltadas especialmente para adolescentes e seus familiares, destacando os perigos associados a desafios online que envolvem substâncias tóxicas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

O ambiente domiciliar permaneceu como principal local de ocorrência das lesões autoprovocadas, com uma proporção crescente ao longo do período analisado. Um estudo com participantes do VIVA inquérito, realizado nos serviços de urgência e emergência, corroborou os achados do presente estudo, destacando que a residência é o local mais frequente para tentativas de suicídio, com maior prevalência entre mulheres (Bahia *et al.*, 2017). Esses resultados reforçam a necessidade de implementar intervenções preventivas focadas no ambiente doméstico, além de ampliar o suporte às famílias e comunidades. A OMS ressalta que o estigma e o tabu associados aos transtornos mentais e ao suicídio continuam sendo desafios globais, dificultando a abordagem e a discussão adequada do tema em diversos países (World Health Organization, 2024).

Observou-se uma tendência crescente nas taxas de notificação de lesões autoprovocadas por regiões e unidades federativas do Brasil. Os maiores aumentos foram registrados no Distrito Federal e em Sergipe. Uma pesquisa nacional que analisou as notificações de violência entre 2011 e 2018 também apontou um aumento em todas as regiões, exceto no Norte, onde as taxas permaneceram estáveis (Aragão; Mascarenhas, 2022). Outro estudo, que avaliou o risco de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2000 e 2022, evidenciou uma tendência de crescimento em todas as regiões, com destaque para o Nordeste (Souza *et al.*, 2024). O referido aumento pode refletir tanto o crescimento real dos casos de violência quanto a ampliação da cobertura e sensibilidade do sistema de vigilância em saúde, permitindo uma identificação e notificação mais precisas dos episódios de violência autoprovocada (Paixão; Campos, 2024).

Esses resultados reforçam a importância de implementar intervenções baseadas em evidências, adaptadas às particularidades regionais e às dinâmicas específicas de cada estado. É crucial identificar as áreas de maior risco e os grupos populacionais mais vulneráveis a esses agravos, de modo que os profissionais possam atuar de forma direcionada na prevenção do suicídio e na promoção da saúde mental (Souza *et al.*, 2024). Ademais, o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental, com ênfase na prevenção de comportamentos suicidas, é fundamental para lidar com o aumento das notificações e mitigar o impacto dessa problemática no país (Arruda *et al.*, 2021).

6.4 Qualidade dos dados de violência notificados em Sergipe

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que a qualidade geral das notificações no estado de Sergipe é classificada como regular. A consistência das notificações, especialmente em variáveis essenciais aumentou nos últimos anos. Campos obrigatórios demonstraram maior completitude de dados, enquanto os campos considerados essenciais menor completitude.

Os dados obtidos destacam a unidade hospitalar como maior fornecedora de notificações de violência interpessoal/autoprovocada. Estudo realizado em Goiás evidenciou que a atenção secundária realizou o maior número de notificações (Bastos *et al.*, 2024). No entanto, conforme o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é função da Atenção Primária à Saúde (APS) organizar e articular os serviços, fortalecendo uma rede integrada de ações (Gomes; Oliveira, 2020). Nesse contexto, o fortalecimento das ações na APS é fundamental para fomentar uma cultura de notificação nessas unidades, contribuindo para a implementação efetiva de políticas públicas voltadas à prevenção e promoção da saúde.

O aumento nas notificações foi observado a partir de 2020, especialmente entre indivíduos do sexo feminino e na faixa etária de 18 a 39 anos. Esse fenômeno pode refletir os impactos da pandemia de COVID-19, período em que a ONU recomendou medidas de isolamento social. Embora necessárias para conter a propagação do vírus, tais medidas agravaram crises econômicas e intensificaram situações de estresse, aumentando os fatores de vulnerabilidade para determinados grupos. A convivência prolongada entre vítimas e agressores pode ter exacerbado os episódios de violência, elevando os índices de abuso e risco de exposição à violência (Roesch *et al.*, 2020).

Em relação à lesão autoprovocada, mais da metade não se enquadrava nesse perfil. São resultados consistentes com achados de um estudo realizado no Paraná (Andrade *et al.*, 2020). Apesar de outras formas de violência sejam mais frequentes, destaca-se que comportamentos autolesivos são mais comuns entre crianças e adolescentes, frequentemente associados à instabilidade psicológica característica dessa faixa etária (Fonseca; Marin, 2022). Esses achados reforçam a necessidade de abordagens preventivas, como campanhas de conscientização e programas voltados à saúde mental, especialmente direcionados aos adolescentes, público mais vulnerável a esse tipo de violência (Leite *et al.*, 2022).

Quanto à distribuição dos tipos de violência, a sexual foi registrada em parte das notificações, sendo considerada uma das formas mais graves devido às suas consequências duradouras para as vítimas. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul apontou maior prevalência desse tipo de violência em meninas menores de 15 anos (Santos *et al.*, 2020).

Ressalta-se que o ambiente familiar tem um impacto significativo nesses casos, uma vez que, frequentemente, o agressor possui vínculo direto com a vítima.

A análise da completitude dos dados revelou que variáveis como idade e sexo apresentaram excelente completitude, enquanto raça/cor foi classificada como regular e escolaridade como ruim. Em contraste, um estudo realizado em Pernambuco destacou a completitude excelente para a variável raça/cor (Beringuel *et al.*, 2023). De forma consistente com nossos achados, a escolaridade também foi classificada como ruim em Goiás (Bastos *et al.*, 2024). Campos essenciais, como raça/cor e escolaridade, são fundamentais para identificar desigualdades sociais e situações de vulnerabilidade, evidenciando sua relevância em análise de equidade em saúde. A baixa completitude deve ser abordada com estratégias de coleta de dados mais robustas e completas.

Quanto as variáveis orientação sexual e identidade de gênero apresentaram lacunas em seu preenchimento, configurando como uma completitude ruim. Uma análise conduzida no Rio Grande Sul observou uma melhoria progressiva no preenchimento dessas variáveis ao longo dos anos, refletindo uma maior conscientização dos profissionais sobre sua relevância (Polidoro; Cunda; Oliveira, 2020). Essas informações são fundamentais para compreender as especificidades do público LGBTQIAPN+ e para subsidiar a formulação de estratégias voltadas à promoção da equidade e à redução de desigualdades nesse grupo.

A qualidade da completitude do bloco “dados da ocorrência” foi classificada como regular e ruim. Esses resultados corroboram com um estudo realizado no Espírito Santo, onde foi classificado como ruim (Caliman *et al.*, 2022). A ausência de dados detalhados sobre a dinâmica do evento violento pode dificultar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção. Dispor de informações mais completas sobre o local onde a violência ocorreu facilita o mapeamento das áreas de maior incidência, o que, por sua vez, contribui para o planejamento e implementação de medidas mais eficazes.

Ao analisar os dados referentes ao tipo de violência e aos meios de agressão, observou-se que a completitude foi classificada como regular em todas as variáveis analisadas. Entre os blocos relacionados à violência sexual, apenas a variável “estupro” mostrou melhor preenchimento, enquanto, no que se refere aos procedimentos realizados, apenas “coleta de sangue” atingiu uma classificação considerada boa. Corroborando com nossos achados, uma análise realizada no Brasil também identificou classificação regular para os dados relacionados ao tipo de violência e aos meios de agressão. Diferentemente dos nossos resultados, todas as variáveis referentes aos procedimentos realizados apresentaram completitude regular (Sousa *et*

al., 2020). Esses resultados refletem a persistência de lacunas importantes no registro de dados, que podem comprometer a qualidade das análises e a formulação de estratégias de intervenção.

Os dados relacionados ao provável autor da violência revelaram que a variável “suspeita de uso de álcool” apresentou uma classificação de completitude muito ruim. Resultados semelhantes foram observados em um estudo, que também classificaram essa variável como ruim (Caliman *et al.*, 2022). Esse achado merece uma atenção, considerando que o consumo de álcool é conhecido como um fator de risco para a perpetração de atos violentos, especialmente em casos de violência doméstica, com impacto sobre mulheres por seus parceiros íntimos (Sousa *et al.*, 2021). A subnotificação ou o preenchimento inadequado dessa variável limita a capacidade de compreender o papel do álcool na dinâmica dos episódios de violência. Isso prejudica o delineamento de planos preventivos eficazes, como campanhas de conscientização sobre o impacto do consumo de álcool associado à violência.

No que diz respeito ao “vínculo/grau de parentesco” do provável autor da violência, os dados analisados indicaram classificações predominantemente regulares e ruins. Esse padrão de resultados encontra respaldo por um estudo que evidenciou uma situação semelhante, onde a variável “madrasta” foi a única considerada regular, enquanto as demais receberam classificação ruim (Sousa *et al.*, 2020). Esse tipo de achado sugere uma possível influência do tipo de vínculo familiar na dinâmica da violência, sendo fundamental uma melhor completitude do preenchimento para aprofundar investigações de como as relações familiares podem contribuir para a violência.

O encaminhamento da vítima de violência desempenha um papel crucial no processo de acolhimento, assistência integral e direcionamento dos tratamentos necessários. No entanto, a avaliação da qualidade do preenchimento dessa variável revelou uma classificação considerada regular. Em contraste, um estudo apontou uma classificação ruim para esse campo de preenchimento obrigatório, destacando um problema recorrente nos sistemas de registro (Caliman *et al.*, 2022). Essa disparidade reforça a necessidade de qualificação contínua dos profissionais envolvidos e da padronização nos processos de registro, com vistas a garantir um acompanhamento mais eficaz das vítimas.

A análise da consistência dos dados relativos às lesões autoprovocadas revela um excelente desempenho geral ao longo dos anos, com destaque para os períodos mais recentes (2019 a 2023), cujas porcentagens de consistência superaram 93%. Embora a subnotificação e preenchimento inadequado ainda seja um desafio presente, estudo destaca um aumento nas notificações, o que reflete esforços contínuos de aprimoramento nos sistemas de informação e no preenchimento dos dados (Vasconcelos *et al.*, 2024).

Quanto a consistência relacionada ao provável autor da violência, o resultado mostrou uma classificação excelente, confirmando o preenchimento adequado da variável na maioria dos anos avaliados. Em contrapartida, um estudo realizado no Mato Grosso do Sul identificou uma classificação regular para essa mesma variável (Freitas *et al.*, 2024). A diferença nos resultados, evidencia a importância de monitoramento contínuo para reduzir as inconsistências nos sistemas de vigilância em saúde.

No que se refere ao campo “deficiência/transtorno”, os dados apresentaram uma classificação excelente em todos os anos analisados. Esses resultados corroboram com um estudo brasileiro que obteve classificação semelhante (Platt *et al.*, 2022). Esse achado está alinhado com a literatura, que destaca a exposição de pessoas com deficiência a situações de violência, reforçando a relevância de manter essa variável com alta consistência e completude nas notificações (Moreira; Mouro, 2021).

Quanto a consistência dos dados sobre violência sexual, foi considerada excelente, exceto em 2013 e 2017, quando a classificação foi regular. Um estudo realizado em Santa Catarina corrobora com os achados desse estudo (Platt *et al.*, 2022). Vale ressaltar que a violência sexual ainda é um dos tipos de violência mais subnotificados (Vasconcelos *et al.*, 2024), o que evidencia a necessidade de programas de conscientização e capacitação dos profissionais de saúde para garantir maior precisão no preenchimento dos dados.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários. Destaca-se a incompletude e inconsistência em alguns campos das fichas de notificação, o que pode comprometer a precisão dos dados analisados. A qualidade do preenchimento das fichas depende da capacitação dos profissionais de saúde, que pode ser desigual em diferentes regiões e unidades notificadoras.

A coleta de dados referentes a violência contra a população LGBTQIAPN+ no Brasil enfrenta desafios estruturais e sociais. A dificuldade com a padronização dos registros nos sistemas de notificação, o medo de represálias e discriminação dificultam a denúncia, resultando em subnotificação. O conservadorismo agrava a falta de compreensão sobre identidade de gênero e orientação sexual, comprometendo a qualidade dos dados (Santos *et al.*, 2022).

Com base nessas análises, destaca-se a importância de políticas públicas que incentivem a integração entre os sistemas de saúde, assistência social e segurança pública para aumentar o apoio psicossocial a populações vulneráveis e melhorar a resposta frente à violência. Programas voltados para a formação de profissionais de saúde, incluindo capacitações específicas em

acolhimento de vítimas de violência, podem contribuir para uma abordagem mais humanizada e eficaz, além de melhorar a qualidade dos registros.

Por fim, a vigilância epidemiológica das notificações de violência interpessoal e autoprovocada desempenha papel fundamental na construção de políticas preventivas, principalmente quando há qualidade e consistência nos dados coletados. A análise das notificações ao longo do tempo permite não só compreender a evolução e os fatores relacionados à violência, como também avaliar a efetividade das políticas públicas vigentes.

Este estudo contribui para o aprimoramento das políticas de proteção e intervenção, ao mesmo tempo em que reforça a necessidade de dados consistentes e completos, essenciais para a elaboração de estratégias de saúde pública eficazes.

7 CONCLUSÃO

A análise da violência interpessoal e autoprovocada no Brasil evidenciou a relevância do monitoramento epidemiológico para a identificação de tendências e a elaboração de políticas públicas. Este estudo demonstrou que a violência é um fenômeno complexo, envolvendo grupos vulneráveis como crianças, pré-adolescentes, pessoas idosas e indivíduos que praticam violência autoprovocada, o que exige uma resposta robusta do sistema de saúde.

A pesquisa avaliou a qualidade dos dados de notificação no SINAN, revelando fragilidades na completitude e consistência das informações em Sergipe. Esses desafios podem impactar diretamente a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção, reforçando a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde e da padronização no preenchimento das FNI.

Ao longo deste estudo, foi possível traçar o perfil da violência em grupos etários específicos, com destaque para o aumento das notificações em crianças, pré-adolescentes e pessoas idosas. A violência autoprovocada também apresentou um crescimento preocupante, especialmente entre jovens adultos, demandando maior atenção das políticas públicas voltadas à saúde mental e à prevenção do suicídio.

A avaliação da qualidade das notificações no estado de Sergipe revelou que, embora haja um sistema de notificação em operação, a qualidade dos registros foi classificada como regular, confirmando a hipótese inicial. O aprimoramento desses dados é essencial para garantir uma resposta mais efetiva às vítimas de violência e possibilitar o desenvolvimento de ações mais precisas e adaptadas à realidade local. No entanto, observou-se uma queda nas notificações em 2020, devido à pandemia de COVID-19 e suas repercussões no sistema de saúde. Essa redução pode ter impactado a coleta de dados, mascarando a verdadeira extensão da violência durante esse período. Novos estudos poderão ser necessários para avaliar o impacto da pandemia sobre as notificações e identificar soluções que garantam a continuidade e a qualidade das informações.

Como principal contribuição, este estudo aponta a necessidade de melhorias contínuas no sistema de notificação de violências, não apenas em Sergipe, mas em todo o Brasil. O fortalecimento da completitude e da consistência dos dados pode subsidiar o desenvolvimento de políticas de saúde pública mais eficientes, proporcionando uma assistência integral e eficaz às vítimas de violência interpessoal e autoprovocada.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. D. B. *et al.* Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 131–142, 2014. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>
- ALVES, H. V. S.; MOREIRA, M. M. L. M.; SILVA, M. G. S. N. Negligência infantil, violências, relacionamentos destrutivos e encarceramento feminino: Uma análise de gênero. **Revista da ANPEGE**, [s. l.], v. 17, n. 32, p. 386-408, 2021. <https://doi.org/10.5418/ra2021.v17i32.12469>
- ANDRADE, C. M. *et al.* Violência interpessoal e autoprovocada: caracterização dos casos notificados em uma regional de saúde do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 25, e63758, 2020. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.63758>
- ARAGÃO, C. M. C.; MASCARENHAS, M. D. M. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. **Revista do SUS**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. e20211820, 2022. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>
- ARAÚJO, C. A. H. *et al.* Violência doméstica, obesidade e desnutrição em pessoas idosas de uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e16462023, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.16462023>
- ARRUDA, L. E. S. *et al.* Lesões autoprovocadas entre adolescentes em um estado do nordeste do Brasil no período de 2013 a 2017. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 105-118, 2021. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-011>
- BAHIA, C. A. *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- BAHIA, C. A. *et al.* Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. e2019060, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>
- BASTOS, A. P. A. *et al.* Perfil Epidemiológico de violência autoprovocada e avaliação da incompletitude das notificações de residentes de Aparecida de Goiânia/Goiás, 2013 a 2022. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”**, [s. l.], v. 10, p. 4–6, 2024.
- BARCELLOS, T. M. T. *et al.* Violência contra crianças: descrição dos casos em municípios da baixada litorânea do Rio de Janeiro. **Revista Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 25, n. 4, e20200485, 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0485>
- BERINGEL, B. M. *et al.* Evolução da completitude das informações sobre suicídios no estado de Pernambuco, Brasil, 1996 a 2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, n. 1, e31010209, 2023. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010209>

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. **Define a lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e**. Brasília,

DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. **O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. **Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais**. [S. l.], 2019. Brasília, DF:

Ministério da Saúde. Disponível em:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovoçada**. 2. ed.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovoçada_2ed.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRENES, E.; CORONA-ROMERO, A. M. Sistema de vigilancia epidemiológica para Covid-19 y su aplicación en el cantón de Parrita, Puntarenas, Costa Rica. **Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 5–15, 2024.

<https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.91.593>

CALIMAN, M. O. S. et al. Vigilância epidemiológica das tentativas de suicídio: Avaliando a qualidade dos dados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s. l.], n. 28, p. 58-70, 2022. <https://doi.org/10.19131/rpesm.346>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. **Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems**, [s. l.], 2001. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>. Acesso em: 17 jun. 2023.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C.; FERREIRA, H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014.

Revista Brasileira de Segurança Pública, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 24-48, 2017.

<https://doi.org/10.31060/rbsp.2017.v11.n1.779>

CESA, A. A.; PIZZUTTI, A. L.; DHAMER, T. Tentativa de suicídio na população infantil: o que fazer?. **Revista Destaques Acadêmicos**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 322-331, 2024.

<https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v16i3a2024.3861>

COELHO, A. C. V. D. *et al.* Análise das notificações de violência de repetição em mulheres no estado do Ceará-Sinan, 2014-2019. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 14, p. e411101422178, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22178>

CRUZ, D. K. A. *et al.* Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. **Revista do SUS**, [s. l.], v. 31, n. spe1, e20211047, 2022. <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200010.especial>

CRUZ, N. P. S. da *et al.* Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovoçada: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde. **Revista Hum@nae**, [s. l.], v. 13, n. 2, 2019.

FERRAZ, M. M. P.; VELOSO, M. M. X.; CABRAL, I.S. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero. **Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**, [s. l.], v. 29, n. 9, p. 134-150, 2021.

FONSECA, A. C. S.; MARIN, A. H. Violência autoprovoçada no Brasil: Caracterização dos casos notificados entre 2009 e 2021. **Revista Psicologia e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 131-146, 2022. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v14i3.2005>

FREITAS, G. A. *et al.* Análise da completude e consistência dos registros de violência contra as mulheres indígenas na macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020. **Revista do SUS**, [s. l.], v. 33, e20231075, 2024. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024V33E20231075.PT>

GARBIN, C. A. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de violência infantil em escolas municipais de ensino básico. **Revista Archives of Health Investigation**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. 102-106, 2022. <http://doi.org/10.21270/archi.v11i1.5139>

GIRIANELLI, V. R. *et al.* Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030075>

GOMES, B. P. G.; OLIVEIRA, L. B. da S. Assistência de Enfermagem frente às mulheres em situação de violência doméstica: dificuldades e estratégias para uma atenção integral e humanizada na APS. **Epitaya E-Books**, v. 11, n. 11, p. 73-83, 2020. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2020137p73>

HEY, A. *et al.* Desafios para o ODS 16: uma perspectiva sobre violência e homofobia em relação à Justiça. **Conjecturas**, [s. l.], v. 22, n. 5, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2022**. [s. l.], 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 10 dez. 2024.

KIM, H. J. *et al.* *Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Statistic in Medicine*, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 335-351, 2000. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(20000215\)19:3<335::AID-SIM336>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(20000215)19:3<335::AID-SIM336>3.0.CO;2-Z)

KRUG, E. G. *et al.* *World Health Organization. World report on violence and health*, 2002. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 11 de novembro de 2024.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência recorrente contra adolescentes: uma análise das notificações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, n. spe, p. e3682, 2022. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6277.3681>

LIMA, I. V. S.; PALMEIRA, C. S.; MACEDO, T. T. S. Violência contra a pessoa idosa na região Nordeste do Brasil no Brasil no período de 2012 a 2018. **Journals Bahiana**, v. 10, n. 2, p. 252-261, 2021. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3865>

LOPES, C. L. O Papel do Enfermeiro na Violência Sexual de Crianças e Adolescentes. **Revista Psicologia & Saberes**, [s. l.], v. 9, n. 15, p. 125-140, 2020. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1162>

LOPES, L. G. F. *et al.* Violência contra a pessoa idosa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 9, p. 2257-2268, 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236354p2257-2268-2018>

LUCCA, R. *et al.* Políticas públicas e as cartilhas para o enfrentamento da violência sexual infantil: algumas possibilidades. **Revista Humanidades e Inovação**, [s. l.], v. 8, n. 55, p. 209-217, 2021.

MACHADO, D. R. *et al.* Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1119-1128, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>

MANN, J. J.; MICHEL, C. A.; AUERBACH, R. P. Improving Suicide Prevention Through Evidenced-Based Strategies: A Systematic Review. **The American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 178, n. 7, p. 611-624, 2021. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

MATA, K. C. R.; DALTRO, M. R.; PONDE, M. P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 74-87, 2020. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i1.2842>

MATA, N. T.; SILVEIRA, L. M. B.; DESLANDES, S. F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 9, p. 2881-2888, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>

MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 2247–2257, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>

MIRANDA, W. D. *et al.* Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 4, e00119022, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022>

MOREIRA, L. C.; MOURO, F. R. D. Crianças e adolescentes com deficiência em situação de violência: cruzamento de conectores sociais. **Revista Educação Especial**, [s. l.], v. 31, 2021.

MOROSKOSKI, M. *et al.* Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 4993-5002, 2021.

OLIVEIRA, F. S.; DUTRA, H. F.; FÓFANO, G. A. Panorama epidemiológico do suicídio no Brasil: tentativas e óbitos. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, [s. l.], v. 10, 2024.

OLIVEIRA, I. A. *et al.* Violência contra crianças: avaliação das características epidemiológicas no Brasil e no estado de Goiás. **Revista Educação em Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 51-60, 2021. <https://doi.org/10.37951/2358-9868.2021v9i1.p51-60>

OLIVEIRA, K. S. M. *et al.* Violência contra idosos: concepção dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 39, p. e57462, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>

OLIVEIRA, M. L. *et al.* Impacto da pandemia de COVID-19 na incidência de violência sexual domiciliar contra crianças e adolescentes no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 10, p. 1-12, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.00712023>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alerta epidemiológico - Intoxicações por substâncias químicas associadas a desafios em redes sociais**. [s. l.], 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-intoxicacoes-por-substancias-quimicas-associadas-desafios-em-redes>. Acesso em: 29 dez. 2024.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (org.). **Rapport mondial sur la violence et la santé**. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2002.

PAIXÃO, A. A. T.; CAMPOS, A. L. B. Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por lesões autoprovocadas entre adolescentes e jovens no Brasil, 2013-2022. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s. l.], v. 14, e141051, 2024. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1051>

PAIXÃO, B. T. A. *et al.* Suicídio e lesões autoprovocadas: análise do perfil epidemiológico e prevalência dos casos no Brasil entre 1996 e 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 9, p. 1-11, 2021. <https://doi.org/10.25248/REAS.e8583.2021>

PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 3, e2020809, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300003>

PLATT, V. B. *et al.* Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. e2021441, 2022. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000100012>

PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, [s. l.], v. 39, e2020267, 2021. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; OLIVEIRA, D. C. de. 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. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 195–206, 2020. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p195-206>

RIBEIRO, D. C. L.; COENGA, R. E. O programa “Siminina” e suas Interfaces Educativas: a Cultura do Brincar em um Espaço de Ensino Não Formal. **Revista Ensino**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 18-23, 2022. <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2022v23n1p18-23>

RIBEIRO, I. G.; SANCHEZ, M. N. Avaliação do sistema de vigilância da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com ênfase em influenza, no Brasil, 2014 a 2016 *. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 3, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300013>

ROCHA, M. S. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100009>

RODRIGUES, M. F. *et al.* Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, [s. l.], v. 6, n. 2, e600003, 2020. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N2.600003>

ROESCH, E. *et al.* Violence Against women during covid-19 pandemic restrictions. **BMJ**, v. 369, p. 1-2, 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1712>

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. D. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 701–714, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>

SANTOS, G. K. *et al.* Caracterização e tendência temporal das notificações de violência sexual no Rio Grande do Sul. **Revista Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 8, e277985796, 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5796>

SANTOS, R. O. *et al.* Caracterização das notificações de violência autoprovocada e lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, [s. l.], v. 15, n. 45, p. 26-47, 2022.

SARAIVA, L. I. M. *et al.* Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [s. l.], v. 9, p. e6418, 2021. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e6418.2021>

SILVA, A. A. D. *et al.* Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa Nacional de Imunizações - Módulo Registro do Vacinado, Brasil, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. e2019596, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100028>

SILVA, E. N.; MARQUES, G. L. W. B.; WANZINACK, C. Perfil dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada no Paraná entre 2015 e 2018. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1–15, 2023. <https://doi.org/10.32811/25954482-2023v6n1.708>

SILVA, S.; CERIBELLI, C. O papel do enfermeiro frente a violência infantil na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [s. l.], v. 8, p. e5001, 2021. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5001.2021>

SILVA, S. M. *et al.* Fatores associados à recorrência de violência em crianças e adolescentes. Mato Grosso-Brasil, 2013 a 2019. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 7, p. 1-12, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02912024>

SOARES, M. L. M.; GUIMARÃES, N. G. M.; BONFADA, D. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e

2017. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 11, p. 5751-5763, 2021.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>

SOUSA, C. M. de S. *et al.* Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, p. 477-487, 2020.
<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139>

SOUSA, R. C. R. *et al.* Fatores associados ao risco de violência contra mulheres idosas: um estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 29, p. e3394, 2021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>

SOUZA, D. G. *et al.* Temporal Trends and Identification of Suicide Mortality Risk Areas in Brazil (2000–2022): Are We Dealing with an Underestimated Epidemic?. **Medicina**, [s. l.], v. 60, n. 12, 2083, 2024. <https://doi.org/10.3390/medicina60122083>

SOUZA, T. A. *et al.* Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil: análise dos indicadores por Unidades Federativas. **Revista Brasileira de Geriatria**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. e200106, 2020.

TAVARES, F. L. *et al.* Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016. **Avances em Enfermería**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 66-76, 2020.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79960>

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals: sustainable development knowledge platform, 2015**. Disponível em: <https://sdgs.un.org/goals>. Acesso em: 03 fev. 2025.

VASCONCELOS, N. M. *et al.* Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, e07732023, 2024.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>

WANZINACK, C.; SIGNORELLI, M. C.; REIS, C. Violência e determinantes sociais da saúde no Brasil: associação entre homicídios, urbanização, população, desigualdade e desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 10, e00282621, 2022.
<https://doi.org/10.1590/0102-311XEN282621>

WENTROBA, J. C.; VOGT, P.; BOTELHO, L. L. R. Objetivos do desenvolvimento sustentável e o contexto educacional brasileiro. **Revista de Estudos Interdisciplinares**, [s. l.], v. 5, n. 2, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/252276>. Acesso em: 25 mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. [s. l.], 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 27 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Violence Prevention Unit: approach, objectives and activities, 2022-2026.** [s. l.], 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-violence-prevention-unit--approach--objectives-and-activities--2022-2026>. Acesso em: 25 out. 2024.

ANEXO A – Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)		3 Data da notificação	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09			
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora		☐ 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros					
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência			
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)					
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento			
	12 (ou) Idade		13 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado ☐ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
Dados da Pessoa Atendida	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Dados Complementares								
Dados da Ocorrência	33 Nome Social		34 Ocupação					
	35 Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	36 Orientação Sexual		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		37 Identidade de gênero:		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Travesti 2-Mulher Transexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona		51 Hora da ocorrência			
		1 - Urbana 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado		(00:00 - 23:59 horas)				
52 Local de ocorrência		01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado 02 - Habitação coletiva 06 - Via pública		53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?		
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 03.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Dados do provável autor da agressão	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Própria pessoa ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Outros ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã) ☐ Pessoa com relação institucional		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			

Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 03.06.2015			

ANEXO B – Artigo publicado na Revista Aracê

ANÁLISE TEMPORAL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL
E AUTOPROVOCADA CONTRA O IDOSO NO BRASIL <https://doi.org/10.56238/arev6n3-213>

Data de submissão: 16/10/2024

Data de publicação: 16/11/2024

Yonara Yasmim Ferreira Anjos

Mestranda em Enfermagem

Programa de Pós-graduação em Enfermagem- PPGEN

Universidade Federal de Sergipe, UFS, Brasil

E-mail: yonaraanjos@academico.ufs.br

Cátia Maria Justo

Doutora em Ciências da Saúde

Universidade Federal de Sergipe, UFS, Brasil

E-mail: catiajusto@academico.ufs.br

Marco Aurélio de Oliveira Góes

Doutor em Ciências da Saúde

Programa de Pós-graduação em Enfermagem- PPGEN

Universidade Federal de Sergipe, UFS, Brasil

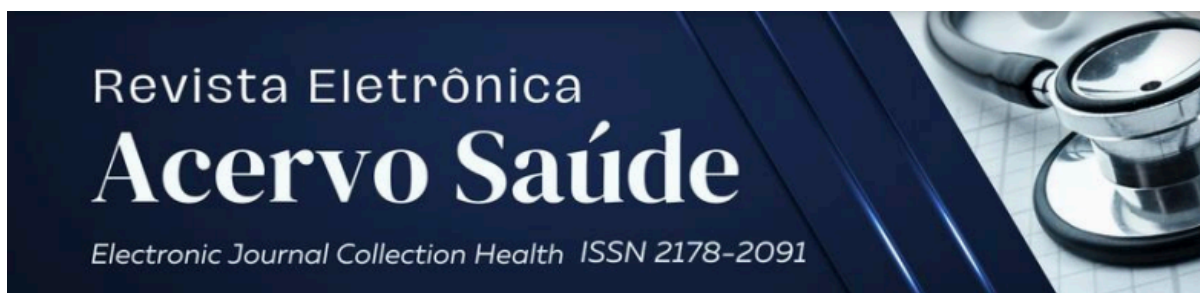
E-mail: maogoes@academico.ufs.br

RESUMO

A violência contra a pessoa idosa constitui um fenômeno cada vez mais frequente, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No Brasil, em 2011 foi implantada a notificação universal da violência para alguns grupos vulnerabilizados, entre eles, as pessoas idosas. O presente estudo tem como objetivo descrever as características dos casos notificados e avaliar a tendência das notificações de violência ao idoso no Brasil. Foi realizado um estudo de série temporal dos casos notificados de violência em pessoas com 60 anos e mais no Brasil entre os anos de 2011 e 2023. Foram notificadas no Brasil, entre 2011 e 2023, 249.770 casos de violência em pessoas com 60 anos e mais, sendo 141.639 (56,7%) em mulheres e 108.131 (43,3%) em homens. A maioria das violências ocorreram na própria residência (71,05%) e foram classificados como lesão autoprovocada (13,79%). Destaca-se o uso da força física (54,54%), seguida por negligência/abandono (28,52%). Houve no período o crescimento das taxas de notificação de violência em pessoas idosas de 25,8 para 133,8 casos por 100 mil habitantes (AAPC = 12,1), tanto para a violência autoprovocada como para a violência interpessoal. Para a garantia de uma cidadania plena à pessoa idosa é necessário que os serviços de saúde estejam atentos para todas as formas de violência, estabelecendo além da notificação do caso, o acesso ao cuidado integral, além de ações de prevenção.

Palavras-chave: Violência interpessoal, Violência autoprovocada, Tendência temporal, Idoso.

ANEXO C – Artigo publicado na Revista Eletrônica Acervo Saúde



Análise temporal das notificações de violência contra crianças e pré-adolescentes no Brasil

Temporal analysis of notifications of violence against children and pre-adolescents in Brazil

Análisis temporal de las notificaciones de violencia contra niños y preadolescentes en Brasil

Yonara Yasmim Ferreira Anjos¹, Marco Aurélio de Oliveira Góes¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência temporal dos casos notificados de violência em crianças e pré-adolescentes no Brasil, desde a implantação da notificação universal por todos os serviços de saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico de série temporal dos casos notificados de violência em pessoas de zero a 14 anos no Brasil entre os anos de 2011 e 2023. A população do estudo foi constituída por todos os casos notificados em crianças e pré-adolescentes residentes no Brasil, registrados no SINAN, ocorridos entre 01 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2023. **Resultados:** No Brasil, entre 2011 e 2023, foram notificados 962.949 casos de violência contra crianças e pré-adolescentes, sendo a faixa etária mais afetada de 10 a 14 anos (41,6%). Dentre os tipos de agressão, negligência/abandono foi o mais comum (35,6%) e no contexto da violência sexual, o estupro foi o principal tipo notificado (68,2%). Houve aumento significativo nas taxas de notificação em ambos os sexos, com tendência geral crescente de 63,3 para 343,7 casos por 100 mil habitantes (AAPC = 13,7). **Conclusão:** A persistência da violência infantil como um problema de saúde pública reforça a importância de esforços contínuos em políticas de proteção, educação e apoio às vítimas.

Palavras-chave: Epidemiologia, Maus-tratos infantis, Populações vulneráveis, Sistemas de informação em saúde, Violência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the temporal trend of reported cases of violence against children and pre-adolescents in Brazil, since the implementation of mandatory reporting by all health services. **Methods:** An ecological time-series study was conducted on reported cases of violence against individuals aged zero to 14 years in Brazil between 2011 and 2023. The study population included all reported cases of violence involving children and pre-adolescents residing in Brazil, as recorded in the SINAN database, from January 1, 2011, to December 31, 2023. **Results:** Between 2011 and 2023, 962.949 cases of violence against children and pre-adolescents were reported in Brazil, with the most affected age group being 10 to 14 years (41,6%). Among the types of aggression, neglect/abandonment was the most common (35,6%), and within the context of sexual violence, rape was the most frequently reported type (68,2%). There was a significant increase in notification rates across both sexes, with an overall upward trend from 63,3 to 343,7 cases per 100.000 inhabitants (AAPC = 13,7). **Conclusion:** The persistence of child violence as a public health issue underscores the importance of ongoing efforts in protective policies, education, and support for victims.

Keywords: Epidemiology, Child maltreatment, Vulnerable populations, Health information systems, Violence.

¹ Universidade Federal de Sergipe, UFS, São Cristóvão – SE.

ANEXO D – Qualis das Revistas Aracê e Acervo Saúde

Qualis Periódicos

* Evento de Classificação:

CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2017-2020 ▾

Área de Avaliação:

☐ -- SELECIONE -- ▾ +

ISSN:

☒ 2358-2472

Título:

☐

Classificação:

☐ -- SELECIONE -- ▾

Consultar

Cancelar

Periódicos

ISSN	Título	Área com publicação no quadriênio	Classificação	Área mãe
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	DIREITO	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	EDUCAÇÃO	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	HISTÓRIA	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	INTERDISCIPLINAR	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA
2358-2472	ARACÊ - DIREITOS HUMANOS EM REVISTA	SOCIOLOGIA	A2	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA

▾

Qualis Periódicos

* Evento de Classificação:

CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2017-2020 ▾

Área de Avaliação:

☒ ENFERMAGEM ▾ +

ISSN:

☒ 2178-2091

Título:

☐

Classificação:

☐ -- SELECIONE -- ▾

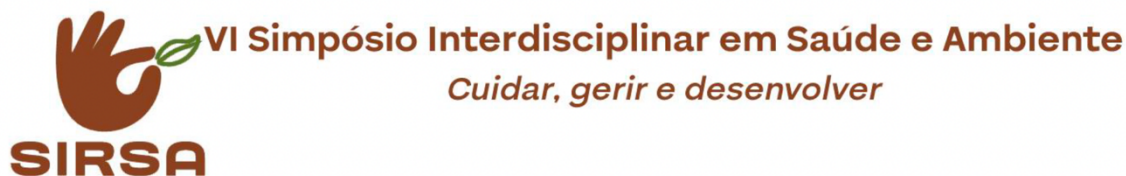
Consultar

Cancelar

Periódicos

ISSN	Título	Área com publicação no quadriênio	Classificação	Área mãe
2178-2091	REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE	ENFERMAGEM	B1	INTERDISCIPLINAR

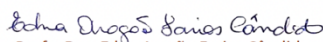
ANEXO E – Trabalho relacionado ao presente estudo apresentado no VI Simpósio Interdisciplinar em Saúde e Ambiente

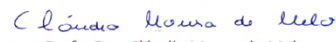


CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho “PADRÃO TEMPORAL DOS TRÊS MAIORES MÉTODOS DE LESÕES AUTOPROVOCADAS ENTRE ADULTOS NO BRASIL”, de autoria de Yonara Yasmim Ferreira Anjos; Jefferson Felipe Calazans Batista; Jéssica Lorrane Barreto Silva Santos; Enoque Chaves de Almeida Junior; Mayara Santos Cavalcante; José Lucas dos Santos; Leomárcio Santos Souza; Marco Aurélio de Oliveira Góes, foi apresentado oralmente no VI Simpósio Interdisciplinar em Saúde e Ambiente, realizado em 20 a 22 de maio de 2024, em Aracaju, SE.


Profa. Dra. Margarete Zanardo Gomes
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Saúde e Ambiente
Universidade Tiradentes


Profa. Dra. Edna Aragão Farias Cândido
Presidente da Comissão Organizadora
VI SIRSA


Profa. Dra. Cláudia Moura de Melo
Presidente da Comissão Científica
VI SIRSA



ANEXO F – Trabalhos relacionados ao presente estudo apresentados no 26º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem



APÊNDICE A – Preenchimento dos campos

A FNI da Violência Interpessoal/Autoprovocada é dividida em blocos, com os campos de preenchimento classificados como obrigatório (a ausência de dado impede a inclusão da notificação no SINAN), essencial (dado necessário para a investigação do caso ou para o cálculo de indicador epidemiológico ou operacional) e chave (dado que identifica o registro no sistema). É importante ressaltar que alguns campos não possuem indicação se são obrigatórios, essenciais ou chave (Brasil, 2016).

CAMPO	PREENCHIMENTO
Número da Ficha de Notificação Individual	Chave
DADOS GERAIS	
Tipo de Notificação	Obrigatório
Agravo/doença	Chave
Data da Notificação	Chave
Unidade Federativa	Obrigatório
Município de Notificação	Chave
Unidade Notificadora	Obrigatório
Nome da Unidade Notificadora	Obrigatório
Unidade de Saúde	Obrigatório
Data da Ocorrência da Violência	Obrigatório
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	
Nome do Paciente	Obrigatório
Data de Nascimento	Obrigatório
Idade	Obrigatório
Sexo	Obrigatório
Gestante	Obrigatório
Raça/Cor	Essencial
Escolaridade	Essencial
Número de Cartão do SUS	Não possui definição de preenchimento
Nome da Mãe	Essencial
DADOS DE RESIDÊNCIA	
Unidade Federativa	Obrigatório
Município de Residência	Obrigatório
Distrito	Essencial
Bairro	Essencial
Logradouro	Essencial
Número	Essencial
Complemento	Essencial
Geocampo 1	Não possui definição de preenchimento
Geocampo 2	Não possui definição de preenchimento
Ponto de Referência	Essencial
CEP	Essencial
DDD e Telefone	Essencial

CAMPO	PREENCHIMENTO
DADOS DE RESIDÊNCIA	
Zona	Essencial
País	Obrigatório
DADOS DA PESSOA ATENDIDA	
Nome Social	Não possui definição de preenchimento
Ocupação	Não possui definição de preenchimento
Situação Conjugal/Estado Civil	Essencial
Orientação Sexual	Obrigatório
Identidade de Gênero	Obrigatório
Possui algum tipo de deficiência/transtorno?	Essencial
Se sim, qual o tipo de deficiência/transtorno?	Não possui definição de preenchimento
DADOS DA OCORRÊNCIA	
Unidade Federativa	Obrigatório
Município de Ocorrência	Obrigatório
Distrito	Essencial
Bairro	Essencial
Logradouro	Não possui definição de preenchimento
Número	Não possui definição de preenchimento
Complemento	Não possui definição de preenchimento
Geocampo 3	Não possui definição de preenchimento
Geocampo 4	Não possui definição de preenchimento
Ponto de Referência	Não possui definição de preenchimento
Zona	Não possui definição de preenchimento
Hora da Ocorrência	Essencial
Local de Ocorrência	Obrigatório
Ocorreu outras vezes?	Essencial
A lesão foi autoprovocada?	Essencial
VIOLÊNCIA	
Essa violência foi motivada por?	Obrigatório
Tipo de Violência	Obrigatório
Meio de Agressão	Essencial
VIOLÊNCIA SEXUAL	
Caso tenha ocorrido violência sexual, qual tipo?	Essencial
Procedimento Realizado	Essencial
DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA	
Número de Envolvidos	Não possui definição de preenchimento
Vínculo/Grau de parentesco com a pessoa atendida	Obrigatório
Sexo do provável autor da violência	Obrigatório
Suspeita de uso de álcool	Não possui definição de preenchimento
Ciclo de vida do provável autor da violência	Obrigatório
ENCAMINHAMENTO	
Encaminhamento	Obrigatório
DADOS FINAIS	
Violência Relacionada ao Trabalho	Essencial

CAMPO	PREENCHIMENTO
DADOS FINAIS	
Caso seja sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho	Obrigatório
Circunstância da Lesão	Essencial
Data do Encerramento	Obrigatório

Fonte: Adaptado VIVA: instrutivo – Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (2016)