



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**RENATA VIEIRA DE SOUZA AMARAL**

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS NA**  
**AGRESSÃO SEXUAL EM PERNAMBUCO, 2015-2017**

Recife  
2020



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**RENATA VIEIRA DE SOUZA AMARAL**

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS NA**  
**AGRESSÃO SEXUAL EM PERNAMBUCO, 2015-2017**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

**Aluna:** Renata Vieira de Souza Amaral  
**Orientador(a):** Paulo Germano de Frias  
**Coorientador(a):** Lygia Carmen de Moraes Vanderlei e Marcella de Brito Abath

Recife  
2020

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Ficha Catalográfica BAB-023/2020  
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

---

A485a Amaral, Renata Vieira de Souza

Avaliação do sistema de vigilância das violências na agressão sexual em Pernambuco, 2015-2017 / Renata Vieira de Souza Amaral. Orientador: Paulo Germano de Frias. Coorientadoras: Lygia Carmen de Moraes Vanderlei; Marcella de Brito Abath – Recife: Do Autor, 2020.

66 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Administração em Saúde. 2. Estudos Populacionais em Saúde Pública. 3. Violência sexual. I. Frias, Paulo Germano de: orientador. II. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes: coorientadora. III. Abath, Marcella de Brito: coorientadora. IV. Título.

CDD 364.153

---

Renata Vieira de Souza Amaral - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco,  
Recife/PE, Brasil.

E-mail: renatavieira12345@gmail.com

Paulo Germano de Frias – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira,  
Recife/PE, Brasil

E-mail: pfrias@imip.org.br

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando  
Figueira, Recife/PE, Brasil

E-mail:lygiacarmen@yahoo.com.br

Marcella de Brito Abath – Secretaria Estadual de Saude de Pernambuco, Recife/PE,  
Brasil

E-mail:marcella.abath@gmail.com

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter abençoado a minha vida e família em toda essa trajetória;

A Paulo Frias, com sua inteligência, sabedoria, paciência e educação, fez ótimas sugestões e me deu total apoio nos momentos difíceis. Lygia Carmen, que acreditou no meu projeto desde o início e a Marcella Abath “Abazinha”, a quem admiro bastante, pela sua disponibilidade e contribuição, pelas palavras de força nos momentos de dúvida e amizade eterna.

Ao IMIP pela experiência e aos professores que passaram o máximo de conhecimento rico e com didáticas boas;

Às minhas companheiras do mestrado, Ari, Ana, Dani, Gil, Sassa, Rapha e Thais, com as quais passei por muitas situações, mas sempre com união, alegria e amor;

À Natalia Nunes, eterna amiga e companheira na luta contra a violência, pela confiança suporte nos momentos ruins;

Às confidentes Rapha, Priscilla e Marcela Nassar, com as quais dividi as angústias, sofrimentos e alegrias nesse período do mestrado e da vida;

À equipe GVDANT/PS pela amizade ou por, indiretamente, ter me fortalecido e ajudado nos momentos de fraqueza;

À equipe VIVA, pela sensibilidade, companheirismo e apoio, não teria conseguido sem a ajuda de todas;

À Equipe do Hospital e Maternidade de Abreu e Lima, que em meio aos plantões agitados recebi força e apoio de todas para continuar;

À minha mãe, mulher guerreira e batalhadora a quem devo as conquistas do dia a dia, pela sua perseverança e força, por nunca desistir de ter o melhor para os filhos. Hoje, não seria essa profissional.

Aos meus filhos, Alice “Gu” e Rodrigo, que me fortaleceram nessa vida, com sacrifícios, nas ausências de casa para que tivessem orgulho e uma vida melhor, amo vocês.

Não poderia deixar de esquecer a filha de quatro patas Miney, a eterna carente, que ficou ao meu lado em todos os momentos;

À Manu, Rosi e Sandra, pela parceria, amizade e convivência.

## RESUMO

**Introdução:** A violência sexual provoca sequelas físicas, emocionais e psicológicas. Não distingue etnia, raça, idade, classe social, cultura. Está presente em toda sociedade e tem no estupro o tipo mais comum. A violência sexual é um dos objetos do sistema nacional de vigilância das violências e acidentes. O Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) propõe o uso de atributos para avaliar os sistemas de vigilância entre eles: utilidade, sensibilidade, valor preditivo, representatividade, oportunidade, aceitabilidade, simplicidade, flexibilidade e qualidade dos dados (duplicidade, completude e consistência). **Objetivo geral:** Avaliar a qualidade de dados, a oportunidade e a aceitabilidade dos registros de casos de violência sexual notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Pernambuco, Brasil, de 2015 a 2017. **Métodos:** Estudo avaliativo do sistema de vigilância das violências no estado de Pernambuco, utilizando as diretrizes propostas pelo CDC. A qualidade dos dados foi avaliada de acordo com as dimensões duplicidade (aceitável quando  $< 5\%$ ), completude e consistência (ótima quando  $\geq 90\%$ ) da informação. A oportunidade da notificação e da digitação foi aceitável no período de até 7 dias e a aceitabilidade da notificação foi mensurada por meio do total de unidades que realizam o registro no Sinan e pelo coeficiente de variação das notificações. **Resultados:** Foram estudados 4.736 registros de casos de violência sexual, após a exclusão de 221 registros duplicados; o percentual de duplicidade foi de 4,4% (regular), a completude 85,7% (boa), e a consistência 78,6% (ótima). A oportunidade da notificação foi considerada regular (72,8%) e a da digitação ruim (9,3%). Apenas 8,7% das unidades realizam a notificação, sendo a aceitabilidade considerada ruim com variação das notificações adequada. **Conclusão:** Os registros de casos de violência sexual no Sinan em Pernambuco possuem uma qualidade de dados boa, porém é necessário maior investimento para a melhoria da oportunidade e a aceitabilidade.

**Palavras chave:** Avaliação em saúde, sistema de informação, delitos sexuais, violência sexual

## Abstract

**Introduction:** Sexual violence causes physical, emotional and psychological consequences. It does not distinguish ethnicity, race, age, social class, culture. It is present in every society and rape is the most common type. Sexual violence is one of the objects of the national violence and accident surveillance system. The Center for Disease Prevention and Control (CDC) proposes the use of attributes to evaluate surveillance systems among them: usefulness, sensitivity, predictive value, representativeness, opportunity, acceptability, simplicity, flexibility and data quality (duplicity, completeness and consistency). General objective: To evaluate the quality of data, the opportunity and the acceptability of the records of cases of sexual violence notified in the Information System for Notifiable Diseases (Sinan) in Pernambuco, Brazil, from 2015 to 2017. **Methods:** Evaluative study of the information system surveillance of violence in the state of Pernambuco, using the guidelines proposed by the CDC. Data quality was assessed according to the dimensions of duplicity (acceptable when  $<5\%$ ), completeness and consistency (optimal when  $\geq 90\%$ ) of the information. The opportunity for notification and typing was acceptable within a period of up to 7 days and the acceptability of the notification was measured through the total number of units that register with Sinan and the notification variation coefficient. **Results:** 4,736 records of cases of sexual violence were studied, after the exclusion of 221 duplicate records; the percentage of duplicity was 4.4% (regular), completeness 85.7% (good), and consistency 78.6% (excellent). The opportunity for notification was considered regular (72.8%) and that of typing poor (9.3%). Only 8.7% of the units carry out the notification, and the acceptability is considered bad with adequate variation of notifications. **Conclusion:** The records of cases of sexual violence at Sinan in Pernambuco have good data quality, but greater investment is needed to improve the opportunity and acceptability.

**Keywords:** Health assessment, information system, sexual offenses, sexual violence

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Caps	Centro de Apoio Psicossocial
CDC	Centro de Prevenção e Controle de Doenças
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CIHI	Canadian Institute for Health Information
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Geres	Gerencia Regional de Saúde
Hep B	Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
LNNC	Lista Nacional de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
Viva	Vigilância de Violências e Acidentes

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Atributos e respectivos conceitos para avaliar o sistema de vigilância	17
QUADRO 2	Características relacionadas às variáveis, variável, definição e categoria	26
QUADRO 3	Atributos, conceito, nome da variável, indicador, cálculo e parâmetros para avaliar o sistema de vigilância das violências	27

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Completude das variáveis relacionadas às características da vítima e da violência sexual, número e proporção. Pernambuco, 2015-2017 (N = 4.736)	44
TABELA 2	Consistência das variáveis relacionadas à vítima e à violência sexual. Pernambuco, 2015-2017	45
TABELA 3	Oportunidade da notificação e da digitação da violência sexual. Pernambuco, 2015-2017	46
TABELA 4	Aceitabilidade das notificações de violência sexual, segundo ano de notificação. Pernambuco, 2015-2017 (N= 4.736)	47

## SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Violência: conceito e aspectos gerais .....	11
1.2 A violência sexual e suas interfaces .....	12
1.3 Sistema de vigilância das violências.....	14
1.4 Avaliação dos sistemas de vigilância.....	17
II JUSTIFICATIVA.....	20
III OBJETIVOS .....	21
3.1 Geral.....	21
3.2 Específicos .....	22
IV MÉTODOS .....	22
4.1 Desenho do estudo .....	22
4.2 Local de estudo .....	22
4.3 População, local e período do estudo.....	22
4.4 Critérios e procedimentos para seleção de participantes .....	23
4.4.1 Critérios de inclusão: .....	23
4.5 Fonte e coleta de dados .....	23
4.6 Variáveis .....	23
4.7 Análise do dados.....	23
4.7.1 Qualidade dos dados .....	24
4.7.2 Oportunidade .....	24
4.7.3 Aceitabilidade .....	24
4.8 Aspectos éticos .....	29
V RESULTADOS.....	30
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
VII RECOMENDAÇÕES .....	49
REFERÊNCIAS.....	50
Anexo A.....	60
Anexo B .....	62

## I INTRODUÇÃO

### 1.1 Violência: conceito e aspectos gerais

A violência é reconhecida como grave problema de saúde pública e violação de direitos humanos em todo o mundo e ações efetivas na prevenção e atenção às vítimas têm sido cobradas dos gestores públicos<sup>1,2</sup>. No mundo, a cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitos sofrem ferimentos não fatais como resultado deste agravo<sup>3</sup>.

A violência é uma temática complexa que exige a compreensão da repercussão de diversos fatores de níveis macroestruturais, regionais, microestruturais e individuais que se efetivam nas relações interpessoais<sup>4</sup> e deve ser analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois é nutrida por fatos políticos, econômicos e culturais construídos nas relações cotidianas. Pode ser conceituada como o uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação<sup>5</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de três grupos, segundo quem comete o ato violento: aquela contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida), a interpessoal (doméstica e comunitária) e a coletiva. A interpessoal, de acordo com sua natureza, é subdividida em física; psicológica/moral; negligência/abandono e sexual<sup>5</sup>.

A violência sexual envolve qualquer ação na qual a pessoa valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de arma ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais ou utilizar, de

qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção<sup>6</sup>. Possui diversos subtipos entre eles, estupro, assédio sexual, pornografia infantil e exploração sexual.

## 1.2 A violência sexual e suas interfaces

Um dos tipos mais comum da violência sexual é o estupro, definido como qualquer conduta, com emprego de violência ou grave ameaça, que atente contra a dignidade e a liberdade sexual de alguém, sem o consentimento da vítima<sup>7</sup>. Antes de 2009, para ser configurado como estupro deveria haver conjunção carnal e era considerado atentado violento ao pudor, quando houvesse constrangimento à prática de qualquer ato libidinoso. Com a mudança do código penal, com a Lei nº 12.015 Art: 213, o atentado violento foi revogado e incorporado ao estupro, inclusive para o sexo masculino. A prática de relação sexual com menores de 14 anos ou com quem tenha comprometimento mental, mesmo esse ato sendo consentido, juridicamente é considerado estupro de vulnerável<sup>8</sup>.

Outras categorias de estupro emergiram recentemente: o coletivo, no qual dois ou mais indivíduos praticam o ato contra uma ou mais pessoas de uma única vez; o virtual, no qual a vítima é ameaçada de divulgação de seu corpo nas redes sociais e o corretivo, no qual uma ou mais pessoas, em geral amigos e familiares, praticam o ato como forma de “curar” a orientação sexual das lésbicas<sup>9</sup>.

Outra forma de violência recorrente é o assédio sexual, que consiste em insistir inoportunamente com perguntas, propostas, pretensões, ou outra maneira de abordagem forçada de natureza sexual, prevalecendo-se de relações de confiança, de superioridade hierárquica, de autoridade ou no convívio no emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual<sup>7</sup>. As situações de assédio que aconteciam nas ruas quando as mulheres

eram abordadas e escutavam assobios e palavras grosseiras, antes não vistas como violência, a partir de 2018, passaram a ser consideradas importunação sexual, com pena de reclusão<sup>10</sup>.

A violência de gênero contra a mulher é a que mais deixa sequelas, sendo desumana e perene. Não escolhe nacionalidade, cultura, etnia, classe social e idade e interfere de forma significativa na vida da vítima, seja no modo de viver, adoecer e/ou morrer<sup>11</sup>. No mundo, uma em cada três mulheres sofreu violência física ou sexual em algum momento da vida<sup>12</sup>. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que a vitimização da violência sexual inicia-se na infância, a maioria tem menos de 18 anos e em 80% dos casos o perpetrador é uma pessoa conhecida (parceiro íntimo, amigo, parente)<sup>6</sup>.

Segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2016 foram registrados 49.497 casos de estupro<sup>13</sup>, sendo 50,9% em crianças<sup>6</sup>. Neste mesmo ano, no Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Doenças e Agravos de Notificação (Sinan) 31.122 casos de violência sexual, distribuídos em todas as regiões. As regiões sudeste e sul apresentaram maiores proporções, 39,2% e 19,5%, respectivamente<sup>14</sup>.

A produção de dados sobre violência sexual por diferentes setores frequentemente é discordante, provavelmente por subnotificação, em particular do setor saúde, pelo receio dos profissionais, por medo de retaliação, dificuldade e constrangimento no preenchimento da ficha<sup>15</sup>.

Moreira (2015)<sup>16</sup> observou que as maiores taxa de notificação deste agravo, em mulheres, concentram-se nos estados do Acre e Roraima, com 70,9 e 38,8/100 mil mulheres, respectivamente. As adolescentes foram mais suscetíveis a essa violência, principalmente entre menores de 13 anos, por falta de maturidade, não entendimento da

situação ou medo do agressor<sup>17</sup>. Nos adolescentes do sexo masculino, a violência sexual tem menos registros, devido à dificuldade em relatar o fato, por vergonha, receio da sociedade e preconceito contra si próprio<sup>18</sup>.

O cenário da violência sexual em Pernambuco coincide com outros estados, em 2017 foram notificados no Sinan 1.852 casos, 76% (1.408) relativos ao estupro. A maior parte ocorreu em mulheres (71,4%)<sup>10</sup>, sendo os adolescentes (43,5%) o ciclo de vida mais vitimado e a violência foi repetida em 33,6% das vítimas. Mais da metade dos casos (50,9%) ocorreu na residência, seja do agressor ou da vítima, e em 25,5% o agressor era desconhecido, seguido do parceiro íntimo (25,0%). A agressão sexual estava associada a outras violências como a física (31,4%) e psicológica (29,8%)<sup>14</sup>.

### 1.3 Sistema de vigilância das violências

A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde, vigilância de fatores de riscos relacionados à saúde, saúde ambiental e do trabalhador e pela análise de situação de saúde da população brasileira<sup>19</sup>.

Em função do impacto social e econômico que as violências e os acidentes exercem, em especial sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde vêm sendo ampliadas. Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, com o propósito de conhecer melhor a magnitude desses agravos e, em 2006, implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)<sup>7</sup>. Esse sistema de vigilância é composto por dois componentes: um pontual (VIVA-inquérito) e outro contínuo (VIVA-contínuo). O primeiro é operacionalizado por meio de pesquisa por

amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. Em 2006 a periodicidade da pesquisa era anual, entre os anos 2007 e 2011 bianualmente e a partir de então, a cada três anos, sendo o último realizado em 2017. O segundo componente, VIVA-contínuo, contempla a notificação das violências interpessoais e autoprovocadas, digitadas no Sinan.<sup>7</sup>

Para as situações de violência, as vítimas devem ser encaminhadas para serviços de referência. Nos casos de violência contra a criança e adolescente deve ser comunicado ao Conselho Tutelar; se pessoa idosa, ao Conselho do Idoso ou outro órgão de defesa; e se mulher, a sua autonomia deve ser preservada encaminhando-se para os serviços existentes no território<sup>7</sup>.

O Sinan foi desenvolvido na década de 1990, com objetivo de fornecer informações para análise do perfil de morbidade, por meio da coleta e processamento de dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. Porém, a alimentação obrigatória da base de dados do Sinan pelos municípios, estados e distrito federal, foi regulamentada somente em 1998 pela Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98<sup>20,21</sup>.

Os dados do Sinan possibilitam o cálculo de incidência, prevalência de doenças e letalidade, o acompanhamento de tendências temporais e a identificação de áreas de risco, informações essenciais para subsidiar o conhecimento sobre as condições de saúde da população e propor ações de enfrentamento para a elaboração de políticas públicas específicas<sup>21,22</sup>. A produção e divulgação desses dados contribuem para o processo decisório de gestores na área da saúde, auxilia no planejamento dos programas e políticas e na execução de ações<sup>23,21</sup>.

O Sinan é alimentado com as informações contidas na ficha de notificação individual de doenças e agravos inclusos na Lista Nacional de Notificação Compulsória, como a violência interpessoal / autoprovocada, que integrou a lista a partir de 2011. A notificação de violência contempla os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, tráfico de seres humanos, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal, violências homofóbicas. As violências extrafamiliar/comunitária também são notificadas nos casos previstos em lei na criança e adolescente, mulher, idoso, pessoa com deficiência, indígena e população LGBT - Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros<sup>7</sup>.

No ano de 2015, a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada passa por uma atualização (Anexo A) e os casos de violência sexual integram a lista de agravos que devem ser notificados de forma imediata ao município, em até 24 horas da ocorrência do fato<sup>7</sup>.

Os dados dos sistemas de informações em saúde direcionados às violências são muito utilizados para a produção do conhecimento, e é necessário que essas informações sejam válidas e confiáveis<sup>24</sup>. Portanto, dispor de um grande banco de dados e trabalhá-lo estatisticamente pode não ser suficiente, sendo necessário questionar-se sobre a sua fidedignidade e origem<sup>25</sup>.

#### 1.4 Atributos dos sistemas de vigilância

O Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) é uma das instituições pioneiras de saúde pública a estruturar sistemas de vigilância, adaptando os conceitos da epidemiologia para os acidentes e os atos de violência, os quais servem de parâmetros para as diretrizes preventivas<sup>26</sup>. Nesse modelo, o sistema de vigilância deve ser capaz de

identificar a magnitude e as características do problema de saúde, as populações que estão em risco, os fatores de risco e as tendências do problema<sup>27</sup>.

Em 1988, o CDC propôs avaliar a vigilância epidemiológica, por meio de critérios preestabelecidos e reconhecidos internacionalmente, possibilitando comparar os países. Para tanto, utilizam-se instrumentos que norteiam a mensuração de cada um dos aspectos relacionados aos eventos e aos atributos do sistema relacionados aos indicadores epidemiológicos e aos operacionais<sup>28</sup>. Esse método avalia se o sistema está atingindo suas metas, sendo útil para a prática da saúde pública e operando de maneira eficiente<sup>29</sup>.

Os atributos da vigilância são interdependentes e qualquer um deles pode interferir em outros. O CDC enumera os seguintes atributos para avaliar o sistema de vigilância: utilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade e oportunidade, simplicidade, flexibilidade, qualidade de dados e aceitabilidade<sup>28</sup> (Quadro 1).

**Quadro 01:** Atributos e respectivos conceitos para avaliar o sistema de vigilância

Atributo	Conceito
Utilidade	Capacidade de cumprir o objetivo de prevenção e controle do evento e dar visibilidade a um agravo como problema de saúde pública.
Sensibilidade	Capacidade de detectar os casos desse evento.
Valor preditivo positivo	Representa a proporção de casos positivos que são verdadeiramente positivos.
Representatividade	Capacidade de detectar o evento em qualquer momento.
Oportunidade	Refere-se à velocidade entre as etapas do sistema de vigilância.
Simplicidade	Capacidade de atingir os objetivos de modo fácil e simples.
Flexibilidade	Capacidade de adaptar-se às mudanças, garantindo a utilidade das informações.
Aceitabilidade	Relacionado à disposição dos indivíduos, profissionais ou instituições em participar do sistema.
Qualidade de dados	Relacionado à duplicidade, completude e consistência dos dados registrados.

Fonte: Adaptação do CDC<sup>30</sup>

#### 1.4 Avaliação dos sistemas de vigilância

A avaliação é uma disciplina recente, encontrando-se em construção teórica e metodológica, sendo que três elementos lhe conferem uma definição consensual entre os estudiosos da área: (a) avaliação no sentido de formular juízos sobre o valor ou mérito de uma intervenção que visa modificar a realidade social; (b) rigor nos procedimentos de coleta de dados que suportam o julgamento do mérito e valor das ações; e (c) avaliação como ferramenta indispensável para a tomada de decisões no sentido de oferecer aos gestores todas as informações necessárias para aprimorar o processo de planejamento e de gestão dos programas, serviços e políticas<sup>31</sup>.

A avaliação na gestão dos serviços de saúde é definida como um processo de julgamento de valor para subsidiar a tomada de decisão, produzindo informações com o intuito de apoiar uma intervenção de forma oportuna<sup>32</sup>. Possibilita a reflexão sobre sua operacionalização e produz informações durante a sua execução, identificando precocemente problemas e fragilidades<sup>33</sup>. Permite disseminar um sentimento de identidade que agrega regras formais e informais em uma organização ou um sistema<sup>34</sup>. A avaliação também é usada estrategicamente para ajudar na elaboração de uma intervenção, de um modo formativo, quando utilizada na aprimoração, ou somativa, no auxílio a uma tomada de decisão<sup>35</sup>.

A manutenção de atividades avaliativas nos serviços de saúde deve ser permanente, para que as políticas públicas relacionadas ao setor saúde não apresentem limitações e implicações<sup>36</sup> e viabilize a sua institucionalização<sup>37</sup>.

As práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, como políticas, programas e serviços de saúde. Os sistemas de vigilância, como o VIVA contínuo, devem ser frequentemente avaliados para, quando necessário, serem modificados e ajustados<sup>38</sup>.

Os modelos de avaliação dos sistemas de vigilância são diversos. O do Canadian Institute for Health Information (CIHI) possibilita avaliar a gestão da qualidade da informação; o da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) a qualidade da base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (Sinasc); enquanto o CDC propõe identificar os objetivos e descrever os componentes e os recursos utilizados na sua operação<sup>39</sup>.

Existem várias formas de avaliar os sistemas de informação, uma delas é utilizar a análise de cobertura dos sistemas<sup>40</sup>, que se relaciona à sua capacidade de captar o quantitativo de eventos que acontecem, tendo como objetivo identificar a subnotificação dos casos<sup>41</sup>. Outra forma, é analisando a qualidade dos dados, em que se certifica a confiabilidade das informações disponibilizadas<sup>42</sup>.

Uma revisão sistemática realizada no Brasil revelou que as dimensões mais frequentemente analisadas no Sinan são referentes à cobertura, oportunidade, validade e não duplicidade<sup>43</sup>. Análises que observam a operacionalização desse sistema de forma integral e de acordo com as fases de construção da informação ainda são pouco frequentes<sup>44,41</sup>.

Alguns estudos publicados no Brasil que avaliaram o Sistema de Informação em Saúde analisaram a qualidade de dados no HIV e na tuberculose e apresentaram resultados ótimos à excelentes no quesito completude<sup>45,46</sup>.

A qualidade de dados se refere à validade da informação e compreende a completude, consistência e duplicidade. A completude foi utilizada no estudo nas notificações contra adolescentes em Pernambuco<sup>47</sup> e demonstrou resultados ruins no preenchimento das variáveis. A consistência foi analisada no Sinan da violência interpessoal/autoprovocada<sup>24</sup> e o Sinasc no Rio Grande do Sul<sup>48</sup> em ambos apresentou informações coerentes.

Outros atributos relacionados ao CDC foram utilizados para avaliar os sistemas de vigilância: a flexibilidade no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL<sup>49</sup>; a representatividade no sistema da vigilância da doença meningocócica<sup>50</sup> e dengue<sup>51</sup>; a oportunidade na Tuberculose<sup>46</sup> e Chikungunya<sup>52</sup>.

## **II JUSTIFICATIVA**

Considerando que:

- A violência se configura como um problema de saúde pública presente na sociedade;
- A violência sexual afeta a integridade física e psicológica das pessoas acometidas;
- Os estudos avaliativos do sistema de vigilância das violências são escassos e, em especial, os que analisaram a qualidade de dados, oportunidade e aceitabilidade;
- O CDC propõe avaliar os sistemas de vigilância por meio de critérios preestabelecidos e reconhecidos em todo o mundo;
- Há necessidade de uma avaliação do sistema de vigilância para que as informações sejam disponibilizadas com boa qualidade e possam subsidiar a tomada de ação;

Este estudo pretende mostrar a situação do sistema de vigilância das violências, na agressão sexual, em relação à qualidade e oportunidade dos dados, bem como à adesão dos profissionais em participar desse sistema de vigilância (aceitabilidade), no intuito de propor melhorias no mesmo, de forma a contribuir indiretamente para a garantia da assistência às vítimas, por meio das políticas públicas subsidiadas em dados válidos e confiáveis.

**Pergunta condutora:** Qual a qualidade, oportunidade e aceitabilidade do sistema de vigilância das violências, na agressão sexual em Pernambuco?

### **III OBJETIVOS**

#### 3.1 Geral

- Avaliar o Sistema de Vigilância das Violências, quanto à agressão sexual, em Pernambuco nos anos de 2015 a 2017.

### 3.2 Específicos

- Avaliar a duplicidade, completude e consistência dos registros do sistema de vigilância das violências, na agressão sexual;
- Mensurar a oportunidade da notificação e da digitação dos dados e a aceitabilidade do sistema de vigilância de violências, na agressão sexual.

## **IV MÉTODOS**

### 4.1 Desenho do estudo

Realizou-se um estudo avaliativo do sistema de vigilância das violências no estado de Pernambuco, utilizando as diretrizes propostas pelo CDC relacionadas à qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade.

### 4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, localizado no centro leste da Região Nordeste do Brasil, que apresenta uma extensão territorial de 98.146,32 km<sup>2</sup> com 8.796.032 habitantes, sendo o sétimo estado mais populoso do país. É composto por 184 municípios mais o distrito de Fernando de Noronha. Está dividido em 12 Regiões de Saúde, de acordo com a análise dos fluxos assistenciais, identidade cultural, potencialidades para investimento do governo e as atividades econômicas predominantes das populações, e em quatro macrorregiões, com o objetivo de organizar ações e serviços de média e alta complexidade<sup>54</sup>.

A rede de notificação da violência de Pernambuco é composta por estabelecimentos de saúde públicos e privados, dentre eles: unidades básicas de saúde, policlínicas, centros de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA), hospitais e centros de apoio psicossocial (CAPS). No estudo, foram consideradas as unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) e atualizadas no Sinan por meio de download da tabela e recebida no Sinan local (3.909 unidades notificadoras).

### 4.3 População, local e período do estudo

A população do estudo é constituída da totalidade de casos de violência sexual registrados no Sinan, no estado de Pernambuco nos anos de 2015 a 2017.

#### 4.4 Critérios e procedimentos para seleção de participantes

##### 4.4.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídos casos registrados no campo 56 como violência sexual no Sinan Pernambuco no período de 2015 a 2017, independente do local de residência, idade e sexo da vítima.

#### 4.5 Fonte e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em maio de 2019 a partir do banco de dados do Sinan, cedido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE).

#### 4.6 Variáveis

As características relacionadas à notificação, à vítima e à violência sexual, suas respectivas variáveis, definições e categorias estão descritas no Quadro 2.

#### 4.7 Análise do dados

Para a análise do banco de dados procedeu-se à identificação das duplicidades utilizando o Reclink. Foi considerado registro duplicado quando ocorria a mesma violência, no mesmo dia, na mesma pessoa e pelo mesmo agressor. Foram excluídos da contagem do banco os registros duplicados e dessa forma realizadas as tabulações referentes à completude, consistência, oportunidade e aceitabilidade. Para o processamento e análise dos dados utilizou-se o TabWin e a tabela dinâmica do Microsoft Excel. Os resultados foram expostos em tabelas com números absolutos e relativos. Os

parâmetros para avaliação da qualidade dos dados foram baseados em Romero e Cunha (2002)<sup>55</sup> e os de oportunidade em Silva *et al.* (2017)<sup>45</sup>, descritos a seguir.

Os atributos qualidade dos dados (duplicidade, completude e consistência), oportunidade e aceitabilidade, seus conceitos, indicadores, formas de cálculo e os parâmetros utilizados para o julgamento estão contidos no Quadro 3.

#### 4.7.1 Qualidade dos dados

Na qualidade de dados, além da duplicidade foi analisada a completude e a consistência.

É considerada completude quando a variável é preenchida de forma válida com Sim/Não (quando essa corresponde com a descrição da variável) e soma dos registros “Sim” e “Não”, divididos pelo total de notificações e multiplicados por cem.

A consistência da variável informa que o registro foi realizado de forma coerente e não contraditória, por esse motivo, foi realizada a relação de 13 prováveis inconsistências e consideradas as que foram marcadas com “Não” feita a divisão das informações pelo total de notificações e multiplicado por cem.

#### 4.7.2 Oportunidade

A oportunidade da notificação foi calculada subtraindo a data da notificação pela data da ocorrência da violência, objetivando a sensibilidade das unidades na captação oportuna do caso. Enquanto que a oportunidade da digitação avalia o tempo da digitação e foi feito por meio da subtração da data da digitação pela data de notificação.

#### 4.7.3 Aceitabilidade

A aceitabilidade da notificação foi analisada de duas formas: a primeira, se todas unidades de saúde fazem as notificações dos casos de violência, obtido por meio do número de unidades que realizaram a notificação nos três anos estudados dividido pelo total de unidades notificadoras existentes no Sinan (3.909) e a outra, analisando se as unidades tiveram uma variação nas notificações ao longo desse período. Primeiro, calculou-se a média de notificações de violência em cada ano por mês de notificação e o desvio padrão dos mesmos, posteriormente, dividiu-se o desvio padrão pela média multiplicado por 100.

Quadro 2 – Características relacionadas às variáveis, variável, definição e categoria.

Características	Variável	Definição	Categoria
<b>Relacionadas à notificação</b>	Data da notificação	Dia, mês e ano da notificação	dd/mm/aaaa
	Unidade notificadora	Nome da unidade notificadora	unidade de saúde; unidade de assistência social; estabelecimento de ensino; conselho tutelar; unidade de saúde indígena; centro especializado de atendimento à mulher; outros. criança: até 9 anos; adolescente : de 10 a 19 anos; adulto: de 20 – 59 anos; idoso: ≥ 60 anos
<b>Relacionadas à vítima</b>	Idade	Idade (em anos)	masculino; feminino; ignorado
	Sexo	Sexo	1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; idade gestacional ignorada; não; não se aplica; ignorado
	Gestante	Relacionado à idade gestacional	branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado
	Raça	Cor da pele, raça ou etnia declarada	analfabeto; 1ª à 4ª série incompleta do ensino fundamental (ef); 4ª série completa do ef; 5ª à 8ª série incompleta do ef; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado; não se aplica
	Escolaridade	Escolaridade declarada	solteiro; casado/união consensual; viúvo; separado; não se aplica; ignorado
	Situação conjugal / Estado civil	Situação conjugal ou estado civil	heterossexual; homossexual; bissexual; não se aplica; ignorado
	Orientação sexual	Orientação sexual declarada	travesti; mulher transexual; homem transexual; não se aplica; ignorado
<b>Relacionadas à violência sexual</b>	Identidade de gênero	Identidade de gênero declarada	dd/mm/aaaa
	Data da ocorrência	Data em que ocorreu a violência	residência; habitação coletiva; escola; local de prática esportiva; bar ou similar; via pública; comércio/serviços; indústria/construção; outro; ignorado
	Local de ocorrência	Local de ocorrência da violência	sim ;não; ignorado
	Ocorreu outras vezes	Recorrência da violência (ocorrência mais de uma vez do mesmo tipo de violência pelo mesmo agressor)	assédio sexual; estupro; pornografia infantil; exploração sexual; outros
	Tipo de violência sexual	Tipo de violência sexual	profilaxia DST; profilaxia HIV; profilaxia hepatite b; coleta de sangue; coleta de sêmen; coleta de secreção vaginal; contracepção de emergência; aborto previsto em lei
	Procedimentos realizados	Procedimentos profiláticos e exames realizados na vítima de violência sexual	pai; mãe; padastro; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado(a); ex-namorado(a); filho(a); irmão(ã); amigos/conhecidos; desconhecido(a); cuidado(a); pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa; outros
	Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima	rede da saúde; rede da assistência social; rede da 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 especializada de proteção à criança e adolescente; delegacia de atendimento à mulher; outras delegacias; justiça da criança e da juventude; defensoria pública
Encaminhamento	Tipo de encaminhamento realizado		

Fonte: Elaboração do próprio autor

**Quadro 03** – Atributos, conceito, nome da variável, indicador, cálculo e parâmetros para avaliar o sistema de vigilância das violências

Atributos		Conceito	Variável	Indicador	Cálculo	Parâmetro
Qualidade de dados	Duplicidade	Grau de repetição do mesmo evento (no mesmo dia e com o mesmo agressor e mesmo indivíduo), no universo de registros	Identificados pelo nome da vítima, o sexo, data de nascimento, nome da mãe, data da ocorrência e agressor	Proporção de registros duplicados	Total de casos com registros duplicados/ total de notificações x 100	Excelente < 1 % de duplicidade Bom 1 – 2,9 % de duplicidade; Regular 3 – 5 % de duplicidade e Ruim > 5%
	Completez	Grau de preenchimento da variável analisada	Gestante, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, local de ocorrência, ocorreu outras vezes, se ocorreu violência sexual qual o tipo, procedimento realizado, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, encaminhamento.	Proporção de notificações com campo preenchido (exceto ignorado e em branco)	Nº de notificações com campo preenchido exceto ignorado/total de notificações x 100	Ótimo ≥ 90% Regular ≥ 70% e < 90% Ruim < 70%
	Consistência	Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios	Idade (<6 anos) X Escolaridade (todas, exceto 'não se aplica')	Proporção de notificações com variáveis relacionadas preenchidas com valores coerentes	Número de notificação com variáveis relacionadas coerentes / total de notificações x 100	Ótimo ≥ 90% Regular ≥ 70% e < 90% Ruim < 70%
			Idade (<10 anos) X Situação conjugal/estado civil (todas, exceto 'não se aplica')			
			Idade (<10 anos) X orientação sexual (todas, exceto 'não se aplica')			
			Idade (<10 anos) X identidade de gênero (todas, exceto 'não se aplica')			
			Violência sexual (sim) X Tipo de violência sexual (não para todos os tipos de violência sexual)			
			Tipo de violência sexual (pornografia infantil) X Idade (>19 anos)			
			Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (coleta de secreção vaginal)			
			Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (contracepção de emergência)			
Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (aborto previsto em lei)						

Qualidade de dados	Consistência	Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios	Sexo do autor da agressão (feminino) X Vínculo (pai)	Proporção de notificações com variáveis relacionadas preenchidas com valores coerentes	Número de notificação com variáveis relacionadas coerentes / total de notificações x 100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
			Sexo do autor da agressão (masculino) X Vínculo (mãe)			
			Sexo do autor da agressão (feminino) X Vínculo (padrasto)			
			Sexo do autor da agressão (masculino) X Vínculo (madrasta)			
Oportunidade	Da notificação	Velocidade entre as etapas do sistema de vigilância, avaliada em termos de <b>disponibilidade de informação</b> do evento relacionado à saúde para planejamento e/ou execução de ações imediatas de controle/intervenção e prevenção da violência sexual	Data da notificação, data da ocorrência da violência	Proporção de casos com período entre a ocorrência da violência e a notificação $< 7$ dias	Nº de casos com notificação em até 7 dias da violência /Total de notificações x 100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
	Da digitação		Data da notificação, data da digitação	Proporção de casos com período entre a digitação e a notificação $< 7$ dias;	Nº de notificações com digitação em até 7 dias /Total de notificações x 100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
Aceitabilidade		Grau de participação dos envolvidos e instituições nas ações de vigilância de violência sexual	Unidade de saúde	Proporção das unidades de saúde notificadoras	Nº de unidades de saúde notificantes/ Total de unidades notificadoras x100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
			Tipo de violência (violência sexual)		Desvio padrão das notificações no	Adequado $\leq 20\%$ Inadequado $> 20\%$

			Coeficiente de Variação das notificações	decorrer do ano pela média das notificações no decorrer do ano x 100	
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração do próprio autor

#### 4.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e aprovado conforme parecer nº 3.313.108 (Anexo B). Atendeu aos requisitos pré-estabelecidos na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Por se tratar de um estudo com dados secundários do Sinan, foi garantido o sigilo quanto à identificação da vítima. Apresentou risco mínimo por utilizar dados nominais nas análises de duplicidade, mas esses registros não serão divulgados. Quanto aos benefícios, o estudo será uma importante ferramenta para a qualificação da informação dos sistema de vigilância das violências.

Foi assinada uma carta de confidencialidade e o termo de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao Comitê de Ética.

## V RESULTADOS

### Avaliação do sistema de vigilância das violências na agressão sexual em Pernambuco, 2015-2017

#### Evaluation of the surveillance system for violence in sexual assault in Pernambuco, 2015-2017

##### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de dados, a aceitabilidade e a oportunidade dos registros de casos de violência sexual notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Métodos:** Estudo avaliativo do sistema de vigilância das violências em Pernambuco, entre 2015-2017 utilizando as diretrizes do Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos. Avaliou-se a qualidade dos dados pela duplicidade, completitude e consistência da informação; a oportunidade da notificação e digitação e a aceitabilidade da notificação. **Resultados:** Pesquisaram-se 4.736 registros de violência sexual (excluídos 221 duplicados); a proporção de duplicidade regular (4,4%); completitude boa (85,7%); consistência ótima (78,6%); oportunidade da notificação regular (72,8%); oportunidade da digitação ruim (9,3%) e aceitabilidade ruim (8,7%), apesar da adequada variação das notificações. **Conclusão:** Os registros de violência sexual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco avaliados apresentam qualidade de dados boa, necessitando maior investimento na melhoria da oportunidade e aceitabilidade.

**Palavras chave:** Avaliação em saúde, sistema de informação, delitos sexuais, violência sexual.

**Objective:** To evaluate data quality, acceptability and timeliness of records of cases of sexual violence reported in the Notifiable Diseases Information System. **Methods:** Evaluative study of the violence surveillance system in Pernambuco, between 2015-2017 using the guidelines of the Center for Disease Prevention and Control in the United States. The quality of the data was evaluated by the duplicity, completeness and consistency of the information; the opportunity for notification and typing and the acceptability of the notification. **Results:** 4,736 records of sexual violence were searched (221 duplicates excluded); the proportion of regular duplicity (4.4%); good completeness (85.7%); optimal consistency (78.6%); opportunity for regular notification (72.8%); opportunity for poor typing (9.3%) and poor acceptability (8.7%), despite the adequate variation in notifications. **Conclusion:** The records of sexual violence in the Information System for Notifiable Diseases in Pernambuco evaluated have good data quality, requiring greater investment in improving opportunity and acceptability.

**Keywords:** Health assessment, information system, sexual offenses, sexual violence.

## INTRODUÇÃO

As violências são um problema de saúde pública presente na sociedade que integra uma experiência humana gerando repercussões inestimáveis sobre as pessoas e populações<sup>1</sup>. Anualmente ocorrem mais de um milhão de mortes, além de ferimentos não fatais e intangíveis devido às violências. Estas podem ser auto-infligidas, interpessoais ou coletivas, caracterizadas pelo uso da força física, do poder real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade que possibilite ou resulte em dano, lesão ou morte<sup>2</sup>.

Nas violências sexuais, a pessoa vale-se de sua posição de poder para coagir, ameaçar, agredir ou forçar outras a interagir sexualmente ou usar sua sexualidade para fins lucrativos, por vingança ou outras situações, a exemplo do estupro, assédio, exploração sexual e pedofilia<sup>3</sup>. A violência sexual atinge pessoas em qualquer fase do ciclo da vida e as mulheres são as mais afetadas<sup>4</sup>. As vítimas dessa violência comumente apresentam sequelas psicológicas, físicas e emocionais<sup>5</sup> e estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos e distúrbios psicossomáticos a contraírem doenças sexualmente transmissíveis e ter gravidez indesejada<sup>6</sup>, e em muitos casos só procuram atendimento médico diante de sintomas sugestivos de gravidez<sup>7</sup>.

Para estimar e melhor compreender o problema, o Ministério da Saúde do Brasil criou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que inclui resultados de inquéritos e da vigilância contínua. Esta última capta os casos por meio da ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocada, digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)<sup>3</sup>. Entre as violências interpessoais situam-se a física, a psicológica, a negligência/abandono e a sexual<sup>1</sup>.

Estima-se que no mundo 35% das mulheres sofreram algum tipo de violência física ou sexual em algum momento da vida<sup>8</sup>. A vitimização da violência sexual inicia-se na infância, a maioria tem menos de 18 anos, e em 80% dos casos o perpetrador da violência é uma pessoa conhecida, parceiro íntimo, amigo ou parente<sup>9</sup>. De acordo com o Fórum de Segurança Pública<sup>10</sup>, em 2017 no Brasil foram registrados 66.041 casos de estupro e 7.288 de tentativas destes, mas apenas em 7,5% se realizou denúncia do caso à polícia<sup>11</sup>, seja por vergonha, falta de apoio da família, medo de represálias, sentimento de culpa e demora na elucidação do caso<sup>5</sup>.

A existência de registros no Sinan sobre os casos notificados de violência permite estimar a magnitude do problema e analisar variáveis relacionadas à notificação, à vítima e à violência sexual, aspectos fundamentais para propor intervenções efetivas. Entretanto, apesar do sistema ter quase quinze anos de implantação, poucas avaliações foram realizadas quanto à qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade, comprometendo a interpretação dos achados<sup>12-14</sup>.

Reconhecer os limites e potencialidades dos sistemas de informações é condição essencial para garantir maior utilidade aos dados produzidos. Este trabalho objetivou avaliar a qualidade de dados, a aceitabilidade e oportunidade dos registros de casos de violência sexual notificados no Sinan.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo avaliativo do sistema de vigilância das violências, utilizando as diretrizes propostas pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos relacionadas aos atributos de qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade<sup>15</sup>. Foi realizado em Pernambuco, Região Nordeste do Brasil, com população estimada de 9.473.266 habitantes em 2017<sup>16</sup>.

Foram incluídas todas as notificações de violência sexual contra homens e mulheres em qualquer faixa etária, registradas no Sinan no estado no período de 2015 a 2017. A coleta dos dados foi realizada em maio de 2019 a partir do banco de dados cedido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Os atributos qualidade dos dados (duplicidade, completude e consistência), oportunidade e aceitabilidade, seus conceitos, indicadores, formas de cálculo e os parâmetros utilizados para o julgamento estão contidos no Quadro 1. Os parâmetros para avaliação da qualidade dos dados foram baseados em Romero e Cunha (2002)<sup>17</sup> e os de oportunidade em Silva *et al.* (2017).<sup>18</sup> Utilizou-se o universo de notificações de violência sexual (4.957) registrados no Sinan e excluíram-se as duplicidades.

Para a análise do banco de dados procedeu-se à identificação das duplicidades utilizando o Reclink. Foi considerado registro duplicado quando ocorria a mesma violência, no mesmo dia, na mesma pessoa e pelo mesmo agressor. Foram excluídos da contagem do banco os registros duplicados e realizadas as tabulações referentes à completude, consistência, oportunidade e aceitabilidade. Para o processamento e análise dos dados utilizou-se o TabWin e a tabela dinâmica do Microsoft Excel. Os resultados foram expostos em tabelas com números absolutos e relativos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e aprovado conforme parecer nº 3.313.108 com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 12714019.0.0000.5201 em 08/05/2019.

## RESULTADOS

No período de 2015 a 2017 foram registradas 4.957 casos de violências sexuais em Pernambuco e excluídas para a análise 221 (4,4%) notificações duplicadas, resultando em 4.736 registros. A duplicidade foi considerada ‘regular’.

A completude das 54 variáveis estudadas alcançou 88,9% (n = 48), considerada ‘regular’; 9,3% (n = 5) ‘ótimo’ e 1,8% (n = 1) ‘ruim’. As variáveis relacionadas às características da vítima, “sexo”, “raça” e “situação conjugal” obtiveram completude ‘ótima’, enquanto a identidade de gênero, ‘ruim’. Para as variáveis relacionadas à violência, a especificação “estupro” e o “sexo do provável autor da violência” classificaram-se com ótima completude e as demais, ‘regular’ (Tabela 1).

No atributo consistência, das 13 relações de incoerência entre as variáveis estudadas, 12 foram classificadas como coerência ‘ótima’ (92,3%) e uma, relacionada à pornografia infantil e a idade em maiores de 19 anos, ‘regular’ (Tabela 2).

Em relação à oportunidade, o tempo entre a ocorrência da violência sexual e notificação e entre esta e a digitação foi de até sete dias em, respectivamente 72,8 % (regular) e 9,3% (ruim) dos casos (Tabela 3).

No que se refere à aceitabilidade, das 3.909 unidades notificadoras ativas, apenas 334 (8,4%) notificaram no período de estudo (classificada ruim), mas a variação das notificações foi inferior a 20,0%, considerada adequada, e reduziu a cada ano (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que o aumento de registros de violência sexual no Sinan acompanhou a melhora do preenchimento das variáveis nas notificações, a maior parte apresentando completude regular. Situação semelhante foi encontrada por Abath *et al*<sup>19</sup> para as violências em residentes de Recife e Santos *et al*<sup>12</sup> ao analisarem as violências contra adolescentes.

Enfatiza-se que a variável sexo, raça e situação conjugal, que tiveram ótimo preenchimento, são campos obrigatórios para digitação no Sinan e são importantes informações para realizar um diagnóstico do território<sup>20</sup>. Além disso, o preenchimento válido do campo raça/cor é um dos indicadores do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (PQA-VS), que tem como objetivo qualificar a vigilância em saúde por meio do repasse de recurso para os municípios que alcancem as metas de acordo com indicadores estabelecidos<sup>21</sup>.

O campo identidade de gênero teve completude ruim, possivelmente por preconceito ou vergonha dos profissionais em perguntar, acrescido da sua inserção recente, em 2015<sup>3</sup> na ficha de notificação de violência. Esse campo deve ser autodeclarado pela vítima e não preenchido pela interpretação do entrevistador. O preenchimento ineficaz interfere na qualidade das informações, fazendo com que as violências perpetradas contra a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) continuem também invisíveis<sup>22</sup>. A ficha de violência interpessoal/autoprovocada é a única da Lista Nacional de Agravos de Notificação que contém essa informação, necessitando atenção especial para que os casos motivados pelo preconceito e discriminação contra esse grupo sejam evidenciados e políticas públicas implementadas<sup>23</sup>.

No atributo consistência, observou-se que a relação entre diversas variáveis foi considerada ótima para quase todas, exceto tipo de violência sexual (pornografia infantil) e idade maior que 19 anos, reforçando que os profissionais não tiveram dificuldade no preenchimento, como observado em outros estados como Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro<sup>24,13</sup>.

A oportunidade da notificação observada no estudo foi regular, apesar de se preconizar que todos os casos atendidos nos serviços devem ser notificados em até 24 horas da ocorrência da violência, desde 2015. A notificação em tempo oportuno possibilita a adoção precoce de intervenção eficaz<sup>25</sup> principalmente nas sexuais que em alguns casos precisam ser administradas as medicações profiláticas. Entretanto, a oportunidade da digitação apresentou resultado ruim, diferente do observado em outros sistemas de vigilância.<sup>25,26</sup>

Quanto à aceitabilidade da notificação, mesmo tendo havido aumento no número de unidades notificadoras de 2015 a 2017, a proporção é baixa, o que a classifica como ruim. Os casos de violência deveriam ser notificados por qualquer serviço que atende às vítimas e o ato da notificação é importante para subsidiar as políticas, identificar a realidade epidemiológica do território e retirar os casos da invisibilidade.<sup>3</sup> Essa dificuldade para o registro dessas violências sinaliza que os profissionais entendem equivocadamente que a notificação da violência sexual é uma denúncia, resistindo à sua realização. Estudos sobre a aceitabilidade no sistema de vigilância das violências ainda são limitados, mas em outros sistemas, à exemplo do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), não o são, e foram encontrados resultados satisfatórios<sup>27</sup>.

O número de notificações de violência sexual também foi ampliado entre 2015 e 2017, achados similares foram observados em Santa Catarina para as violências contra as mulheres<sup>14</sup>. Esse incremento pode ser decorrente do fortalecimento da vigilância de

violências nos municípios e influência da implantação da notificação intersectorial nos serviços de assistência social, conselho tutelar, organismos de políticas públicas para as mulheres, casas abrigo, centros especializados de atendimento às mulheres ou outros que atendam essas vítimas<sup>3</sup>.

Os registros no Sinan são realizados mediante o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). Para os serviços que não possuem essa numeração (como os casos dos serviços supracitados), as notificações são inseridas com o cadastro da vigilância municipal ou da unidade de saúde adscrita da sua residência. Talvez, por esse motivo, tenha ocorrido o aumento das notificações e de unidades notificadoras, apesar de não se distinguir as fontes e outros setores pois a informação sobre esses serviços é bloqueada para visualização no banco de dados<sup>3</sup>.

A avaliação do Sinan utilizando os atributos do CDC a partir de dados secundários é restritiva permitindo o julgamento de alguns deles para a violência sexual, pelas características do agravo. O sistema de vigilância das violências não realiza investigação de casos e não necessita de exames comprobatórios da violência. A circunscrição do estudo a apenas três atributos agregou limites a pesquisa. Para minimizá-los foi ampliado para três as dimensões da qualidade dos dados consideradas (duplicidade, completude e consistência), duas para a oportunidade e duas para retratar a consistência. Mudanças nos parâmetros e classificações adotadas neste estudo podem também determinar resultados distintos se outros fossem utilizados. Abordagens adicionais com coleta de dados primários complementares possibilitariam ampliar a avaliação para outros atributos.

Os resultados mostraram um aumento no número de notificações na agressão sexual, com qualidade de dados regular no que se refere à duplicidade e à completude e ótima no que diz respeito à consistência das variáveis. As oportunidades da notificação e da digitação dos casos, além da aceitabilidade da notificação por parte dos serviços estão

aquém do esperado. Em consequência, para que o Sinan subsidie a elaboração de diagnósticos mais precisos sobre a violência sexual e a formulação de políticas públicas direcionadas ao seu enfrentamento há necessidade de investimentos com vistas à ampliação das notificações, da oportunidade e da melhoria da qualidade dos dados.

**REFERÊNCIAS**

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a prevenção da violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. 2015
2. Krug, E. G. (Ed.) et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília; Ministério da Saúde, 2016.
4. Nunes MCA, Morais NA. (2016). Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, 17(2), 21-36
5. Contreras JM, Bott S, Guedes A *et al.* Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual; 2010.
6. Rosenstock SC, Guillén EC. Abuso sexual en el paciente pediátrico. Revista Medicina Legal de Costa Rica ISSN 2215 -5287 Vol. 36 (1) Marzo 2019
7. Sousa TCCS, Coelho ASF, Matos DV *et al.* Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. Cad. Saúde Colet., 2019, Rio de Janeiro, 27 (2): 117-123
8. WHO. Violence against women [Internet]. 2019. Disponível em:  
<https://apps.who.inrhis/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1> acesso em 01 fev. 2020.
9. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. Am J LifestyleMed 2011; 5:407-17
10. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 13º anuário brasileiro de segurança pública [Internet]. São Paulo; 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>

11. Pesquisa Nacional de Vitimização. Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça, 2013
12. Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR *et al* . Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12):3907-3916, 2016
13. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB *et al* . Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad. Saúde Coletiva*, 2018, Rio de Janeiro.
14. Delziovo CR, Bolsoni CC, Lindner SR *et al* . Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 27(1):e20171493, 2018
15. Center For Disease Control And Prevention. Updated Guidelines for Evaluating Surveillance System: recommendations from the Guidelines Working Group. *MMWR*, 2001; 50 (RR-13): 1-35.
16. IBGE, 2019 acesso em 06/02/2020 através do link <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>
17. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):701-714.
18. Silva GDM, Bartholomay P, Cruz OG *et al* . Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3307-3319, 2017
19. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS *et al* . Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(1):131-142, jan-mar 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme 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 estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de janeiro de 2011; Seção 1:37.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
22. Santos CJ. Crimes de preconceito e de discriminação. Editora Saraiva: São Paulo, 2017.
23. Cortez PA, Souza MVR, Salvador AP, Oliveira LFA. Sexismo, misoginia e LGBTQ fobia: desafios para promover o trabalho inclusivo no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(4), e290414, 2019
24. Agranonik M, Jung RO. Qualidade dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e sobre mortalidade no Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5):1945-1958, 2019
25. Ribeiro IG, Percio J, Moraes C. Avaliação do sistema nacional de vigilância da doença meningocócica: Brasil, 2007-2017. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 28(3):e2018335, 2019
26. Silva GDM, Bartholomay P, Cruz OG, Garcia LP. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3307-3319, 2017
27. Paula Júnior FJ, Matta ASD, Jesus R *et al.* Avaliação do sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(2):339-348, abr-jun 2017

**Quadro 01** – Atributos, conceito, nome da variável, indicador, cálculo e parâmetros para avaliar o sistema de vigilância das violências

Continua

Atributos		Conceito	Variável	Indicador	Cálculo	Parâmetro
Qualidade de dados	Duplicidade	Grau de repetição do mesmo evento (no mesmo dia e com o mesmo agressor e mesmo indivíduo), no universo de registros	Identificados pelo nome da vítima, o sexo, data de nascimento, nome da mãe, data da ocorrência e agressor	Proporção de registros duplicados	Total de casos com registros duplicados/ total de notificações x 100	Excelente < 1 % de duplicidade Bom 1 – 2,9 % de duplicidade; Regular 3 – 5 % de duplicidade e Ruim > 5%
	Completez	Grau de preenchimento da variável analisada	Gestante, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, local de ocorrência, ocorreu outras vezes, se ocorreu violência sexual qual o tipo, procedimento realizado, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, encaminhamento.	Proporção de notificações com campo preenchido (exceto ignorado e em branco)	Nº de notificações com campo preenchido exceto ignorado/total de notificações x 100	Ótimo ≥ 90% Regular ≥ 70% e < 90% Ruim < 70%
	Consistência	Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios	Idade (<6 anos) X Escolaridade (todas, exceto 'não se aplica')	Proporção de notificações com variáveis relacionadas preenchidas com valores coerentes	Número de notificação com variáveis relacionadas coerentes / total de notificações x 100	Ótimo ≥ 90% Regular ≥ 70% e < 90% Ruim < 70%
			Idade (<10 anos) X Situação conjugal/estado civil (todas, exceto 'não se aplica')			
			Idade (<10 anos) X orientação sexual (todas, exceto 'não se aplica')			
			Idade (<10 anos) X identidade de gênero (todas, exceto 'não se aplica')			
			Violência sexual (sim) X Tipo de violência sexual (não para todos os tipos de violência sexual)			
			Tipo de violência sexual (pornografia infantil) X Idade (>19 anos)			
			Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (coleta de secreção vaginal)			
			Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (contracepção de emergência)			
Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (aborto previsto em lei)						

Conclusão

Qualidade de dados	Consistência	Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios	Sexo do autor da agressão (feminino) X Vínculo (pai)	Proporção de notificações com variáveis relacionadas preenchidas com valores coerentes	Número de notificação com variáveis relacionadas coerentes / total de notificações x 100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
			Sexo do autor da agressão (masculino) X Vínculo (mãe)			
			Sexo do autor da agressão (feminino) X Vínculo (padrasto)			
			Sexo do autor da agressão (masculino) X Vínculo (madrasta)			
Oportunidade	Da notificação	Velocidade entre as etapas do sistema de vigilância, avaliada em termos de <b>disponibilidade de informação</b> do evento relacionado à saúde para planejamento e/ou execução de ações imediatas de controle/ intervenção e prevenção da violência sexual	Data da notificação, data da ocorrência da violência	Proporção de casos com período entre a ocorrência da violência e a notificação $< 7$ dias	Nº de casos com notificação em até 7 dias da violência /Total de notificações x 100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
	Da digitação		Data da notificação, data da digitação	Proporção de casos com período entre a digitação e a notificação $< 7$ dias;	Nº de notificações com digitação em até 7 dias /Total de notificações x 100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
Aceitabilidade		Grau de participação dos envolvidos e instituições nas ações de vigilância de violência sexual	Unidade de saúde	Proporção das unidades de saúde notificadoras	Nº de unidades de saúde notificantes/ Total de unidades notificadoras x100	Ótimo $\geq 90\%$ Regular $\geq 70\%$ e $< 90\%$ Ruim $< 70\%$
			Tipo de violência (violência sexual)	Coefficiente de Variação das notificações	Desvio padrão das notificações no decorrer do ano pela média das	Adequado $\leq 20\%$ Inadequado $> 20\%$

			notificações no decorrer do ano x 100	
--	--	--	---------------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 1** - Completude das variáveis relacionadas às características da vítima e da violência sexual, número e proporção. Pernambuco, 2015-2017 (N = 4.736)

		<b>Continua</b>		
<b>Características</b>	<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Classificação</b>
<b>Relacionadas à vítima</b>	Sexo	4736	100	Ótimo
	Gestante	4191	88,5	Regular
	Raça/ cor	4306	90,9	Ótimo
	Escolaridade	3413	72,1	Regular
	Situação conjugal / estado civil	4282	90,4	Ótimo
	Orientação sexual	3767	79,5	Regular
	Identidade de gênero	3072	64,9	Ruim
<b>Relacionadas à violência sexual</b>	Local de ocorrência	3940	83,2	Regular
	Ocorreu outras vezes	3702	78,2	Regular
	<b>Tipo de violência sexual</b>			
	Assédio	3927	82,9	Regular
	Estupro	4319	91,2	Ótimo
	Pornografia infantil	3820	80,7	Regular
	Exploração sexual	3829	80,8	Regular
	Outras violências sexuais	3414	72,1	Regular
	Total	3861	81,5	-
	<b>Procedimento realizado</b>			
	Profilaxia DST	3541	74,8	Regular
	Profilaxia HIV	3509	74,1	Regular
	Profilaxia Hep B	3451	72,9	Regular
	Coleta de sangue	3555	75,1	Regular
	Coleta de sémen	3438	72,6	Regular
	Coleta de secreção vaginal	3511	74,1	Regular
	Contracepção de emergência	3549	74,9	Regular
	Aborto previsto em lei	3697	78,1	Regular
	<b>Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida</b>			
	Pai	4172	88,1	Regular
	Mãe	4180	88,3	Regular
	Padrasto	4177	88,2	Regular
	Cônjuge	4191	88,5	Regular
	Ex-cônjuge	4186	88,4	Regular
	Namorado (a)	4192	88,5	Regular
	Ex-namorado (a)	4186	88,4	Regular
	Filho (a)	4190	88,5	Regular
	Desconhecido (a)	4181	88,3	Regular
	Irmão (ã)	4177	88,2	Regular
	Conhecido (a)	4175	88,2	Regular
Cuidador (a)	4168	88	Regular	
Patrão/chefe	4181	88,3	Regular	
Pessoa com relação institucional	4180	88,3	Regular	
Policial/agente da lei	4177	88,2	Regular	

**Conclusão**

<b>Relacionadas à violência sexual</b>	Própria pessoa	4198	88,6	Regular	
	Outros agressores	4096	86,5	Regular	
	Sexo do provável autor da violência	4309	91	Ótimo	
	<b>Encaminhamento</b>				
	Rede de saúde	4114	86,9	Regular	
	Rede de Assistência social	3961	83,6	Regular	
	Rede de educação	3921	82,8	Regular	
	Rede de Atendimento a mulher	3961	83,6	Regular	
	Conselho Tutelar	4126	87,1	Regular	
	Conselho do Idoso	3930	83	Regular	
	Delegacia do Idoso	3932	83	Regular	
	Centro de Referência dos Direitos humanos	3928	82,9	Regular	
	Ministério Público da União	3928	82,9	Regular	
	Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	3334	70,4	Regular	
	Delegacia de Atendimento à Mulher	3978	84	Regular	
	Outras Delegacias	3949	83,4	Regular	
Justiça da infância e Juventude	3929	83	Regular		
Defensoria Pública	3922	82,8	Regular		

Fonte: Elaboração própria

Parâmetro: Ótimo  $\geq 90\%$ , Regular  $\geq 70\%$  e  $< 90\%$ , Ruim:  $< 70\%$

a) DST: Doença sexualmente Transmissível

b) HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

c) Hep B: Hepatite B

**Tabela 2** - Consistência das variáveis relacionadas à vítima e a violência sexual. Pernambuco, 2015-2017

Relação entre as variáveis	Nº de registros esperados	Nº de registros considerados	%	Classificação
Idade (<6 anos) X Escolaridade ('não se aplica')	551	551	100	Ótima
Idade (<10 anos) X Situação conjugal/estado civil ('não se aplica')	830	830	100	Ótima
Idade (<10 anos) X orientação sexual ('não se aplica')	830	830	100	Ótima
Idade (<10 anos) X identidade de gênero ('não se aplica')	830	830	100	Ótima
Violência sexual (sim) X Tipo de violência sexual (não para todos os tipos)	4451	4294	96,5	Ótima
Tipo de violência sexual (pornografia infantil) X Idade (>19 anos)	1852	1604	86,6	Regular
Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (coleta de secreção vaginal)	345	345	100	Ótima
Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (contracepção de emergência)	345	345	100	Ótima
Sexo da vítima (masculino) X Procedimento realizado (aborto previsto em lei)	345	345	100	Ótima
Sexo do autor da agressão (feminino) X Vínculo (pai)	77	72	93,5	Ótima
Sexo do autor da agressão (masculino) X Vínculo (mãe)	4185	3948	94,3	Ótima
Sexo do autor da agressão (feminino) X Vínculo (padrasto)	77	71	92,2	Ótima
Sexo do autor da agressão (masculino) X Vínculo (madrasta)	4185	3954	94,5	Ótima

Fonte: Elaboração própria

Parâmetro: Ótimo  $\geq 90\%$ , Regular  $\geq 70\%$  e  $< 90\%$ , Ruim:  $< 70\%$

**Tabela 3** - Oportunidade da notificação e da digitação da violência sexual. Pernambuco, 2015-2017

Oportunidade	Tempo	N	%	Classificação
<b>Entre a ocorrência e notificação</b>	≤ 7 dias	3446	72,8	Regular
	> 7 dias	1290	27,2	
	Total	4736	100,0	
<b>Entre a notificação e digitação</b>	≤ 7 dias	442	9,3	Ruim
	> 7 dias	4294	90,7	
	Total	4736	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Parâmetro: Ótimo ≥ 90%, Regular ≥ 70% e < 90%, Ruim: < 70%

**Tabela 4** - Aceitabilidade das notificações de violência sexual segundo ano de notificação. Pernambuco, 2015-2017 (N= 4.736)

Ano da notificação	Nº de unidades com notificação	Total de unidades notificadoras	%	Classificação	Nº de notificações	Média mensal	Coefficiente de variação	Classificação
2015	153	3909	3,9	Ruim	1423	118,5	12,1	Adequado
2016	149	3909	3,8	Ruim	1519	126,6	11,1	Adequado
2017	201	3909	5,1	Ruim	1794	149,5	8,4	Adequado
<b>Total</b>	<b>334*</b>	<b>3909</b>	<b>8,5</b>	<b>Ruim</b>	<b>4736</b>	<b>131,5</b>	<b>14,3</b>	<b>Adequado</b>

Fonte: Elaboração própria

Proporção de unidades notificadoras: Ótimo ≥ 90%, Regular ≥ 70% e < 90%, Ruim: < 70%

Coefficiente de variação: Adequado ≤ 20%, Inadequado > 20%

\*O total de unidades notificantes não corresponde ao somatório para os três anos em questão, mas ao número de unidades com notificação em pelo menos um dos anos analisados.

## VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou que as informações registradas no Sinan quanto às notificações de violência sexual em Pernambuco no período estudado apresentaram a qualidade de dados relacionados à duplicidade e completude da maioria das variáveis regular, enquanto a consistência foi ótima. A oportunidade da notificação e digitação foi regular e a aceitabilidade considerada ruim, pelo baixo número de unidades notificantes, porém adequada pela baixa variação das notificações. As informações apresentaram melhorias em comparação a estudos anteriores.

Os resultados sugerem a necessidade de investimentos para induzir os profissionais a notificar os casos de violência sexual atendidos, considerando o pequeno número de unidades que registram o evento, o que impossibilita o diagnóstico preciso da situação no estado. A baixa aceitabilidade do sistema de vigilância das violências mostrou que ainda existe uma resistência dos profissionais à notificação dos casos.

Por outro lado, o tempo para notificar e digitar as fichas no Sinan necessita de maior agilidade, apontando para a imprescindibilidade de maior mobilização dos profissionais e equipes de vigilância epidemiológica, para que possam realizar os encaminhamentos e articulação requerida com os serviços no tempo correto.

Diante do exposto, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a melhoria das informações relacionadas à qualidade de dados, oportunidade e aceitabilidade do sistema de vigilância das violências, ao sinalizar aspectos que necessitam de investimentos com vistas ao seu aperfeiçoamento.

## VII RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados do presente estudo avaliativo do sistema de vigilância das violências na agressão sexual recomenda-se:

1. Formar a equipe da vigilância epidemiológica dos municípios para instituir rotina de limpeza do banco de dados e com isso reduzir as duplicidades e manter a consistência e completude no sistema;
2. Orientar os profissionais quanto à importância do preenchimento das variáveis (completude), principalmente as autodeclaradas como a “raça/cor” e “orientação sexual” e sua relevância para subsidiar as políticas públicas;
3. Orientar para que os profissionais que realizam o atendimento às vítimas de violência notifiquem após o atendimento, reduzindo a velocidade entre a ocorrência e a notificação do caso;
4. Reforçar com os municípios a necessidade de maior agilidade nos fluxos de recebimento das fichas pela vigilância epidemiológica e digitação para que ocorra em até 7 dias, como preconizado;
5. Ampliar a implementação de notificações intersetoriais envolvendo os serviços de saúde e proteção social;
6. Repensar o Sinan de forma que os registros notificados por serviços que não possuem Cnes sejam visualizados no sistema.

## REFERÊNCIAS

1. Beiras A, Nascimento M, Incrocci M. Programas de atenção a homens autores de violência contra as mulheres: um panorama das intervenções no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.28, n.1, p.262-274, 2019
2. Drawin CR. O paradoxo antropológico da violência. In: ROSARIO, A.B., Neto, F. K., Moreira, J. O. (Org). Barbacena: Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais (EdUEMG), 2011. p.12.30
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 1-22.
4. Lima, NN et *al.* O Cenário da Morbimortalidade por Violência em Pernambuco. In: *Saúde Pernambuco: reflexões, evidências e experiências da vigilância em saúde*. Recife, 2019. p. 169-194
5. Krug, EG. (Ed.) et al. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
6. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *Am J Lifestyle Med* 2011; 5:407-17

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília; Ministério da Saúde, 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
9. Câmara dos Deputados, Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Mapa da Violência contra a Mulher, 2018 [21.01.2020]. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf>
10. Brasil. Lei 13.718 de 24 de setembro de 2018. Tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro. Diário Oficial da União. Edição: 185. Seção: 1. Página: 2. 25/09/2018
11. Almeida HB. From shame to visibility: Hashtag Feminism and Sexual Violence in Brazil. Sex., Salud Soc. (Rio J.) no.33 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2019 Epub Feb 10, 2020

12. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual; 2010.
13. WHO. Violence against women [Internet]. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1> acesso em 01 fev. 2020.
14. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2018. Rio de Janeiro, 2018.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Estatísticas Vitais. morbimortalidade. 2019 .Acessado em 10/09/18. Disponível em : [http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/ext10)  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/ext10>
16. Kind I, Orsine MLP, Nepumuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013
17. Moreira GAR, Soares PS, Farias FNR, Vieira LJES. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. Revista Brasileira de Promoção à Saúde, Fortaleza, 2015. 28(3): 327-336, jul./set.

18. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Malta DC, Lima CM, Silva MMA. Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental – Brasil, 2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2):535-544, 2019
19. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: teoria e intervenção. Curitiba, Juruá, 2014, 138
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2018 ago 13; Seção 1:87
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Roteiro para uso do Sinan Net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais de Violência Interpessoal / Autoprovocada. Brasília; Ministério da Saúde, 2017.
22. Maia DAB, Frias PG, Assuncao RS, Vidal AS, Vanderlei LCM . Avaliação da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco, 2014\*. *Epidemiologia e Servicos de Saude*, v. 28, p. e2018187, 2019
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. –  
Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007

24. Silva ARD, Oliveira TMD, Lima CFD, Rodrigues LB, Bellucci JN, Carvalho MGO. Information systems as a tool for decision making in health care: na integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016
25. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. Cad. Saúde Coletiva, 2018, Rio de Janeiro.
26. Minayo MC de S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
27. Sleet DA, Dahlberg LL, Basavaraju SV, Mercy JA, McGuire LC, Greenspan A. Injury prevention, violence prevention, and trauma care: building the scientific base. MMWR 2011;60 (supplement): 78-85.
28. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O (eds). Injury surveillance guidelines. Geneva: Center for Disease Control and Prevention/ World Health Organization, 2002.
29. Fischiman A. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 5. Ed. Rio de Janeiro, MEDSI: 421-41.1993.

30. Romanguera RA, German RR, Klauck N. Evaluating public health surveillance. In: Teutsch SM, Churchill RE. Principles of Public Health Surveillance. Oxford; Oxford University Press, 2000.
31. Center For Disease Control And Prevention. Updated Guidelines for Evaluating Surveillance System: recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR, 2001; 50 (RR-13): 1-35.
32. Serapioni M, Lopes CMN, Silva MGC. Avaliação em Saúde. In: Rouquayrol, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 7. ed. p:533-557.
33. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(4): 821-828.
34. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: Conceitos básicos para prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, org. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-13.
35. Mayne, J. Building an evaluative culture: the key to effective evaluation and results management. Canadian Journal of Program Evaluation, Ottawa, v. 24, n. 2, p. 1-30, 2010

36. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2016. p 79.
37. Pisco LA. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.
38. Felisberto E, Freese Eduardo, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1079-1095, jun, 2010
39. Waldman EA. Vigilância como prática de saúde pública. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 487-528.
40. Goto DYN, Larocca LM, Felix JVC, Kobayashi VL, Chaves MMN. Avaliação da oportunidade de notificação da dengue no Estado do Paraná. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3):355-62.
41. Figueiroa BQ, Vanderlei LCM, Frias PG de, Carvalho PI ; Szwarcwald CL. Análise da cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, v. 29, p. 475-484, 2013.
42. Pereira CCB, Vidal SA, Carvalho PI, Frias PG. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 13 (1): 39-49 jan. / mar., 2013

43. Bonilha EA, Vico ESR, Freitas M, Barbuscia DM, Gualleguillos TGB, Okamura MN *et al.* Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de maternidades da rede pública no município de São Paulo, 2011. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 27(1):201712811, 2018
44. Lima CRDA, Schramm JM DA, Coeli CM, Silva MEMD. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde; Review of data quality dimensions and applied methods in the evaluation of health information systems. *Cad. saúde pública*. 2009. 25(10): 2095-2109.
45. Figueiroa BQ, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA, Carvalho PI, Pereira CCB, Barreto IC, Maria LFBS, Lira PIC. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Mortalidade no estado de Pernambuco em 2012\*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, p. e2018384, 2019.
46. Silva GDM, Bartholomay P, Cruz OG, Garcia LP. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3307-3319, 2017
47. Meirelles MQB, Lopes AKB, Lima KC. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(6):427–34.

48. Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR *et al* . Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12):3907-3916, 2016
49. Agranonik M, Jung RO. Qualidade dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e sobre mortalidade no Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5):1945-1958, 2019
50. Paula Júnior FJ, Matta ASD, Jesus R, Guimarães RP, Souza LRO, Jonas Lotufo Brant JL. Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL: avaliação de uma ferramenta para a vigilância sentinela de síndrome gripal, Brasil, 2011-2012\* *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(2):339-348, abr-jun 2017
51. Ribeiro IG, Percio J, Moraes C. Avaliação do sistema nacional de vigilância da doença meningocócica: Brasil, 2007-2017. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 28(3):e2018335, 2019
52. Jakeline Ribeiro Barbosa JR, Barrado JCS, Zara ALSA, Siqueira Júnior JB. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009\*. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(1):49-58, jan-mar 2015

53. Silva NM, Teixeira RAG, Cardoso CG, Siqueira Junior JB, Coelho GE, Oliveira ESF. Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública\*. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(3):e2017127, 2018
54. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(1):131-142, jan-mar 2014.
55. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019 / Secretaria Estadual de Saúde – Recife, 2016.p 38
56. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3):701-714.

## Anexo A

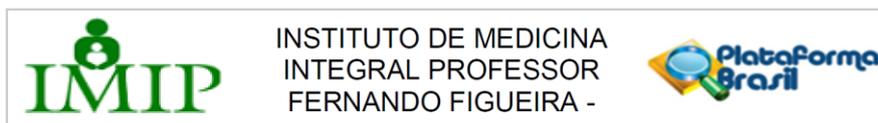
### Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas 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, indígenas e população LGBT.</p>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros	
	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Unidade de Saúde	
	9 Data da ocorrência da violência		10 Nome do paciente	
Notificação Individual	11 Data da notificação		12 (ou) Idade	
	13 Sexo		14 Gestante	
	15 Raça/Cor		16 Escolaridade	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência	
	21 Distrito		22 Bairro	
Dados de Residência	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	29 CEP		30 (DDD) Telefone	
	31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)	
	33 Nome Social		34 Ocupação	
Dados da Pessoa Atendida	35 Situação conjugal / Estado civil		36 Orientação Sexual	
	37 Identidade de gênero		38 Possui algum tipo de deficiência/transorno?	
	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		40 UF	
	41 Município de ocorrência		42 Distrito	
Dados de Ocorrência	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
	51 Hora da ocorrência		52 Local de ocorrência	
	53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?	



## Anexo B

### APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS, NA AGRESSÃO SEXUAL, EM PERNAMBUCO, 2015-2017

**Pesquisador:** Paulo Germano de Frias

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12714019.0.0000.5201

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.313.108

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo e descritivo do sistema de vigilância das violências no estado de Pernambuco, utilizando as diretrizes propostas pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) relacionadas à oportunidade, aceitabilidade e qualidade dos dados.

Serão utilizados dados secundários disponíveis no Sinan referentes aos anos de 2015 a 2017, cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. A população de estudo será obtida por meio dos casos de violência sexual notificados no Sinan no período de estudo.

##### Objetivo da Pesquisa:

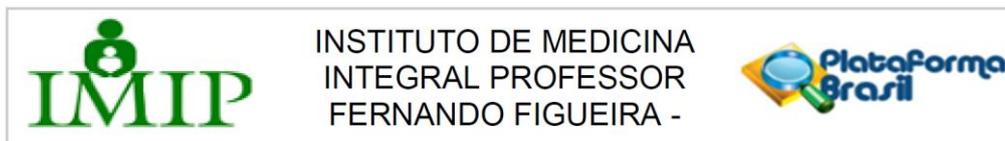
Avaliar o sistema de vigilância das violências, na agressão sexual, em Pernambuco nos anos de 2015 a 2017.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

Apresenta risco mínimo por utilizar dados nominais nas análises de duplicidade mas esses registros não serão divulgados. Não se faz necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Endereço:** Rua dos Coelhos, 300  
**Bairro:** Boa Vista **CEP:** 50.070-902  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 3.313.108

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios, a partir do estudo será uma importante ferramenta para a qualificação da informação dos sistema de vigilância das violências.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Factível, interessante

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Solicita dispensa do TCLE por se tratar de um estudo com dados secundários provenientes do Sinan.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

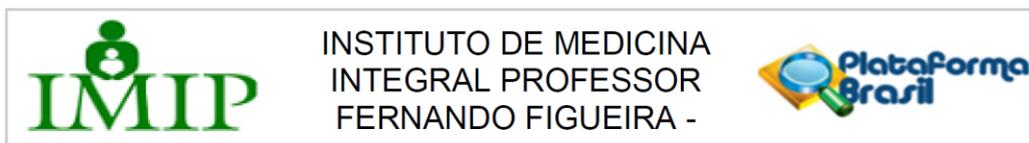
Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1308481.pdf	27/04/2019 22:11:28		Aceito
Outros	CurriculoLattesRenataVieira.pdf	27/04/2019 22:09:48	Paulo Germano de Frias	Aceito
Outros	CurriculosLattesLygiaCarmendeMoraesVanderlei.pdf	27/04/2019 22:09:15	Paulo Germano de Frias	Aceito
Outros	CurriculosLattesMarcelladeBritoAbath.pdf	27/04/2019 22:08:03	Paulo Germano de Frias	Aceito
Outros	CurriculosLattesPauloGermanodeFrias.pdf	27/04/2019 22:06:51	Paulo Germano de Frias	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	27/04/2019 22:02:57	Paulo Germano de Frias	Aceito
Outros	Cartadeanuencia2.pdf	27/04/2019 22:02:10	Paulo Germano de Frias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensadotermo.pdf	27/04/2019 22:01:35	Paulo Germano de Frias	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	27/04/2019 22:01:11	Paulo Germano de Frias	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_16_04_19.doc	16/04/2019	Paulo Germano de	Aceito

**Endereço:** Rua dos Coelhos, 300  
**Bairro:** Boa Vista **CEP:** 50.070-902  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 3.313.108

/ Brochura Investigador	Projeto_16_04_19.doc	16:47:27	Frias	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	16/04/2019 16:47:10	Paulo Germano de Frias	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	16/04/2019 16:46:44	Paulo Germano de Frias	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 08 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**Carmina Silva dos Santos**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua dos Coelhos, 300  
**Bairro:** Boa Vista **CEP:** 50.070-902  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br