

PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde

Nyedja Patricia Silva da Cruz¹, Mirele Conceição da Silva², Henrique Landim Santos³,
Conceição Maria de Oliveira⁴

Objetivo: Identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na notificação de violência interpessoal e autoprovocada, no Distrito Sanitário III do Recife-PE, no ano de 2018. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa realizado na cidade do Recife-PE. Participaram do estudo profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) do referido DS. As entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2018, a parti de um questionário estruturado. **Resultados:** Foram entrevistados 57 profissionais onde foi verificado que as principais dificuldades enfrentadas em notificar, foi receio de sofrer represaria por parte do agressor (33,3%) e prejudicar as vítimas (20%). Dos entrevistados 43,9% relataram que a notificação deve ser função dos profissionais de saúde, porém 61,4% referiu que não se sentem capacitados em realizar a notificação. **Conclusão:** Embora a maioria dos entrevistados relataram que a notificação deve ser função dos profissionais de saúde, os mesmos não se sentem capacitados em realizá-las. Desta forma, faz-se necessário investimentos no processo de formação desses profissionais no desenvolvimento da temática para que possam identificar, acolher e notificar os casos de violência interpessoal e autoprovocada.

Palavras-chave: violência; notificação; vigilância epidemiológica; atenção básica; saúde pública; subnotificação

1Bacharela em enfermagem, UNINASSAU, Recife-PE. E-mail: nyedja_patricia25@hotmail.com. ORCID(ID): <https://orcid.org/0000-0001-6690-5724>.

2Bacharela em enfermagem, UNINASSAU, Recife-PE. E-mail: myamigona@gmail.com. ORCID(ID): <https://orcid.org/0000-0001-6451-1414>.

3Bacharel em Relações Internacionais, Recife-PE. E-mail: henrique.landim@gmail.com. ORCID(ID): <https://orcid.org/0000-0002-5915-3250>.

4Dra. Saúde Pública, Recife-PE. E-mail: profa.cmoliveira@gmail.com. ORCID(ID): <https://orcid.org/0000-0002-2220-5782>.

FILLING UP THE COMPULSORY NOTIFICATION FORM OF INTERPERSONAL AND SELF-PROTECTED VIOLENCE: Challenges faced by Health professionals

Objective: To identify the main challenges faced by health professionals in the notification of interpersonal and self-inflicted violence in the Sanitary District III of Recife, PE, in the year 2018. **Method:** This is a descriptive study of a quantitative nature carried out in the city of Recife -PE. Participants of the study were professionals working at the Family Health Units (USF) of said DS. The interviews were conducted in July 2018, based on a structured questionnaire. **Results:** 57 professionals were interviewed, where it was verified that the main difficulties encountered in reporting were fears of repression by the aggressor (33,3%) and harm to the victims (20%). Of those interviewed, 43.9% reported that notification should be a function of health professionals, but 61.4% said they did not feel capable of reporting. **Conclusion:** Although most interviewees reported that notification should be a function of health professionals, they do not feel empowered to do so. Therefore, it is necessary to invest in the training process of these professionals in the development of the subject so that they can identify, receive and notify cases of interpersonal and self-harm.

Keywords: violence; notification; epidemiological surveillance; basic attention; public health; subnotification

1 Introdução

A violência é um fenômeno que causa impacto na sociedade independente das condições sociais, idade, cor ou raça. É reconhecida desde 1993 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como um problema de saúde pública, pois afeta a qualidade de vida da população¹⁻³.

O fenômeno da violência é classificado como “o uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo, ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”^{4,6}. No mundo, a violência tem se apresentado como a terceira causa de morte. No Brasil, no ano de 2015 foram registrados 152.136 óbitos por causas externas, sendo na região Nordeste 49.214, no estado de Pernambuco 8.212 e 3.668 na cidade do Recife^{4,6}.

No país a problemática tem aumentado às despesas financeiras no Sistema Único de Saúde (SUS), onde às internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) contabilizaram um gasto de aproximadamente 1,3 bilhões

de reais por ano. Além disso, requer uma demanda maior de recursos humanos, para garantir assistência adequada e apoio psicológico às vítimas e seus familiares diante dos danos, lesões, traumas, perda ou invalidez ^{1, 3, 4, 7,8}.

Devido à magnitude deste agravo o Brasil adotou a estratégia de notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada atendidos pelas unidades de saúde existentes no território nacional. O objetivo desta notificação é que através dos dados coletados seja realizada uma avaliação precisa sobre o impacto e características da violência, possibilitando o desenvolvimento de políticas públicas que promovam os direitos sociais e proteção à vítima ⁹.

A violência é dividida em duas tipologias para fins de notificação: autoprovocada e violência interpessoal (doméstica e comunitária). A doméstica ocorre entre os parceiros íntimos e membros da família; a comunitária acontece em qualquer ambiente social entre pessoas conhecidas ou não ⁴.

A notificação é a comunicação dos casos individuais, suspeitos ou confirmados feita através do preenchimento da ficha de notificação compulsória, onde constam informações sobre a vítima, o agressor e o tipo de violência. A informação do agravo tem por finalidade coletar dados por meio dos profissionais de saúde, transmitindo informações para o sistema de vigilância epidemiológica do território, que posteriormente é enviado para o Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN)^{1,10-11}.

É importante ressaltar que a notificação não é uma denúncia e tem como finalidade identificar a incidência da violência no território através do monitoramento e análise do comportamento do agravo. Sendo assim, o ato de notificar é o primeiro passo para garantir a assistência integral e multiprofissional da violência, pois através dos dados coletados serão desenvolvidas medidas de proteção e assistência às vítimas e familiares além de proporcionar informações sobre este fenômeno ^{4,7,12,13}.

O profissional de saúde possui papel de fundamental importância mediante ao processo de vigilância em saúde de seu território e percepção da violência, uma vez que os serviços de saúde em geral, são a principal porta de entrada destas vítimas. Através da notificação realizada pelos profissionais, é que a violência ganha visibilidade epidemiológica, além de ser uma obrigação legal e moral subentendida

no código de ética das diversas profissões de saúde. Identificar e notificar os casos possibilita o início do processo de apoio às vítimas ^{7,12-13}.

É indispensável que os profissionais de saúde tenham conhecimento amplo e reconheçam a importância e obrigatoriedade da notificação da violência interpessoal e autoprovocada ⁷. Esse é um instrumento primordial para identificar o perfil das vítimas, possibilitando o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção. Nesse sentido, estudos sobre esta temática poderão contribuir para um melhor entendimento sobre a finalidade da notificação, compreendendo os desafios que os profissionais de saúde estão enfrentando para realizar esta atividade no seu dia-a-dia para assim impactar na redução das subnotificações.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Distrito Sanitário III do Recife-PE, no ano de 2018.

2 Objetivo

2.1 Objetivo geral

Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde frente a notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Distrito Sanitário III do Recife-PE, no ano de 2018.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as unidades básicas de Saúde (UBS) que menos notificam;
- Verificar o tipo de violência que o profissional de saúde tem maior dificuldade em notificar.

3 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa realizado na cidade do Recife capital do estado de Pernambuco, situado na Região Nordeste do Brasil. Apresenta uma superfície territorial de 218,4 km², dividida em oito Distritos Sanitários (DS), e abriga uma população totalmente urbana de 1.633.697 habitantes (IBGE, 2017). A pesquisa limitou-se ao DS III, localizado na zona Norte da cidade, que

apresenta população de 137.583 habitantes e é composta por sete Unidades de Saúde da Família (USF).

Participaram do estudo todos os profissionais da área de saúde, de nível médio, superior ou técnico (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório bucal, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem) que atuam nas USF do referido DS. Foram incluídos os profissionais de saúde das USF que estavam presente no momento da coleta de dados e concordaram em participar do estudo. Excluíram-se os que estavam de férias ou afastados das atividades exercida no período de realização da pesquisa, como também os profissionais que atua há menos de seis meses.

As entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2018 pelas próprias pesquisadoras, a partir de um questionário estruturado com questões objetivas para identificar as possíveis dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam mediante notificação de violência interpessoal e autoprovocada. As perguntas do referido questionário possuem por referência o instrumento elaborado por Silva (2012). As entrevistas foram realizadas em salas específicas das unidades de saúde.

Os questionários foram digitados e analisados por meio do programa *Google forms* e Excel® 2013. Empregou-se estatística descritiva (frequência, proporção e média) para análise dos dados.

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos foi necessário utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como também foi solicitada autorização institucional por meio da carta de anuência, respeitando todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Ser Educacional S.A com o parecer N° 2.720.161 (CAAE 89787618.3.0000.5193).

4 Resultados

Foram entrevistados 57 (89,1%) dos 64 profissionais que atuam nas sete USF do DS III do Recife. No período da coleta de dados seis estavam de férias e um se recusou em responder o questionário. Observou-se predomínio dos respondentes da entrevista do sexo feminino (86,0%) e com faixa etária de 40 a 49 anos (42,1%). Quanto às características dos profissionais, os ACS totalizaram 54,4% da amostra, enfermeiros 10,5% e médicos 8,8%. Em relação ao tempo de formação profissional,

82,5% dos entrevistados relatam ter entre 10 anos ou mais de formação e 70,2% possuíam 10 anos ou mais de atuação na USF (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das frequências relacionadas ao perfil dos respondentes do estudo. Recife (PE), Brasil, 2018.

USF que atua	n	%
Apipucos	9	15,8
Córrego da Fortuna	9	15,8
Poço da Panela	8	14,0
Santana	9	15,8
São Braz	9	15,8
Sítio dos Pintos	6	10,5
União das Vilas	7	12,3
Total	57	100
Sexo	n	%
Feminino	49	86,0
Masculino	8	14,0
Total	57	100
Faixa etária	n	%
20 a 29	1	1,8
30 a 39	15	26,3

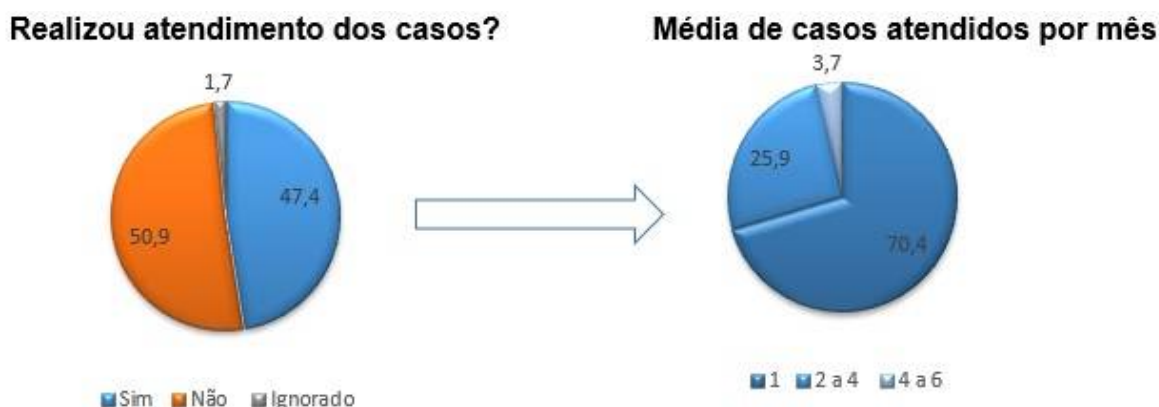
Tabela 1 – Distribuição das frequências relacionadas ao perfil dos respondentes do estudo. Recife (PE), Brasil, 2018. (Continuação)

Faixa etária	n	%
40 a 49	24	42,1
50 a 59	11	19,3
>60	6	10,5
Total	57	100
Profissão	n	%
ACS	31	54,4
ACB	4	7,0
Cirurgião(ã) dentista	5	8,8
Enfermeiro(a)	6	10,5
Médico(a)	5	8,8
Tec. de enfermagem	6	10,5
Total	57	100
Tempo de formado	n	%
1 a 4	1	1,8
5 a 10	4	7,0
10 anos ou mais	47	82,5
Ignorado	5	8,7
Total	57	100
Tempo de atuação na USF	n	%
1 a 4	4	7

5 a 10	12	21,1
10 anos ou mais	40	70,2
Ignorado	1	1,8
Total	57	100

Dos profissionais entrevistados, 50,9% relataram nunca ter atendido algum caso de violência interpessoal ou autoprovocada na unidade de saúde e 47,4% informaram que já realizaram. Destes, 70,4% citaram notificar em média um caso de violência por mês em seu local de atuação profissional (**Figura 1**).

Figura 1 – Percentual dos atendimentos de casos de violência interpessoal e autoprovocada nas USF do DS III, Recife (PE), Brasil, 2018.



Os principais tipos de violências atendidas pelos profissionais entrevistados foram violência psicológica/moral (33,3%), seguida pela negligência/abandono (16,7%) e física (11,1%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Distribuição e frequência do tipo de violência interpessoal e autoprovocada mais atendidas pelos profissionais nas USF do DS III, Recife (PE), 2018.

Tipo de violência mais atendida na USF (Múltipla escolha)	n	%
Física	8	11,1
Psicológica/moral	24	33,3
Tortura	1	1,4
Sexual	7	9,7

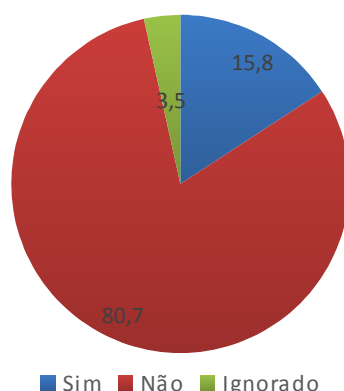
Tráfico de seres humanos	0	0,0
Financeira/econômica	6	8,3
Negligência/abandono	12	16,7

Tabela 2 – Distribuição e frequência do tipo de violência interpessoal e autoprovocada mais atendidas pelos profissionais nas USF do DS III, Recife (PE), 2018.

Tipo de violência mais atendida na USF (Múltipla escolha)	n	%
Intervenção legal	3	4,2
Não lembro	4	5,6
Ignorado	7	9,7
Total	72	100,0

No que se refere ao conhecimento dos profissionais de saúde 68,4% responderam que sabiam o que é a violência interpessoal e autoprovocada e 19,3% afirmaram que não. Sobre o conhecimento da ficha de notificação desse evento 33,3% responderam que conheciam a ficha e 61,4% afirmaram que não. Quanto à utilização da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada 80,7% dos profissionais entrevistados relataram que nunca utilizaram a ficha de notificação e 15,8% afirmaram já terem utilizados na USF (**Figura 2**).

Figura 2 – Percentual referente a utilização da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada nas USF do DS III, Recife-PE, 2018



No que se refere à compreensão dos profissionais sobre a notificação de violência 43,9% dos entrevistados relataram que a notificação deve ser função dos profissionais de saúde, porém 61,4% referiu que não se sentem capacitados em realizar a notificação (**Tabela 3**).

Em relação às principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em notificar a violência interpessoal e autoprovocada destacou-se o receio de sofrer represália por parte do agressor (33,3%) e prejudicar as vítimas (20,0%). Os tipos de violência que o profissional de saúde tem maior dificuldade em notificar foram psicológica/moral (21,8%), seguida de violência sexual (15,8%) e física (13,9%). Dos profissionais entrevistados três relataram que na unidade de saúde não possui a ficha de notificação compulsória de violência e um relatou que a função do ACS é apenas identificar. Responderam ainda que os casos de violência não devem ser apenas de responsabilidade policial e judicial 82,5% dos profissionais (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Distribuição e frequência referente a compreensão do profissional de saúde sobre a notificação da violência interpessoal e autoprovocada nas USF do DS III, Recife(PE), 2018.

Compreensão do profissional de saúde sobre a notificação	n	%
Sim	25	43,9
Não	15	26,3
Não sei	9	15,8
Ignorado	8	14
Total	57	100
Sente-se capacitado (a) para notificar algum caso de violência interpessoal e autoprovocada na USF	n	%
Sim	18	31,6
Não	35	61,4
Ignorado	4	7
Total	57	100

Tabela 3 – Distribuição e frequência referente a compreensão do profissional de saúde sobre a notificação da violência interpessoal e autoprovocada nas USF do DS III, Recife(PE), 2018. (Continuação)

Principais dificuldades em notificar casos de violência interpessoal e autoprovocada na USF	n	%
--	----------	----------

(questão de múltipla escolha)		
Não saber identificar os casos com exatidão	10	9,5
Não saber como preencher a ficha de notificação	7	6,7
Receio de acabar prejudicando a vítima	21	20,0
Receio de sofrer represálias por parte do agressor	35	33,3
Falta de articulação com outros setores de saúde	15	14,3
Não ter tempo de preenchê-las ou devido sua extensão e complexidade	3	2,9
Outros motivos	10	9,5
Ignorado	4	3,8
Total	105	100,0
Tipos de violência que tem maior dificuldade em notificar (questão de múltipla escolha)		
	n	%
Física	14	13,9
Psicológica/Moral	22	21,8
Sexual	16	15,8
Tráfico de seres humanos	6	5,9
Financeira/econômica	3	3,0
Negligência/abandono	4	4,0
Trabalho infantil	6	5,9
Intervenção legal	5	5,0
Não lembro	10	9,9
Ignorado	15	14,9
Total	110	100

Tabela 3 – Distribuição e frequência referente a compreensão do profissional de saúde sobre a notificação da violência interpessoal e autoprovocada nas USF do DS III, Recife(PE), 2018. (Continuação)

Casos de violência são apenas de responsabilidade policial e judicial		
	n	%
Sim	4	7,0
Não	47	82,5
Ignorado	6	10,5
Total	57	100

5 Resultados

A notificação compulsória dos casos de violência interpessoal ou autoprovocada deve ser realizada por todos os profissionais que atuam na

assistência à saúde, inclusive nas USF ¹³. Entretanto, sabe-se que a experiência profissional contribui para realizar uma melhor conduta frente ao caso de violência, pois o profissional tem maior habilidade e segurança no ato de notificar, devido à facilidade de comunicação com os moradores e a confiança adquirida entre a comunidade e a equipe de saúde ^{13,15}. Nesse estudo, constatou-se que a maioria dos entrevistados apresentava mais de 10 anos de formação e de atuação nas USF.

Contudo, aproximadamente metade dos entrevistados alegou nunca ter atendido casos de violência na sua unidade e os que já atenderam afirmaram notificar em média um caso por mês. A comunicação dos casos de violência não é uma tarefa fácil, pois envolve vários fatores como medo, ansiedade e incertezas. Por esses motivos, muitos profissionais apresentam fragilidades na realização das notificações, o que explicaria o baixo número de notificação desse fenômeno ^{13,15}.

Visando diminuir a subnotificação os médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, dentistas e ACB necessitam participar de treinamentos, ofertados pela vigilância epidemiológica, em relação ao instrutivo de preenchimento da ficha de notificação e de maior investimento na educação continuada dos mesmos. Isso facilitará o conhecimento amplo e segurança desses profissionais na resolutividade diante a notificação dos casos de violência ¹⁴.

Estudos realizados no Rio Grande do Sul em 2014 e no Rio de Janeiro no período de 2009 a 2016 indicaram pouco preparo dos profissionais da área de saúde para diagnosticar e intervir nas situações de violência. Pesquisa realizada no estado do Ceará, no período de janeiro a abril de 2012, afirmou que devido à desinformação, negação e medo, os profissionais de saúde se omitem desse procedimento o que dificulta aproximação da prática ^{16,17}.

Mesmo diante desses fatos constatou-se que o maior número de casos notificados foi de violência psicológica/moral, um tipo de violência dificilmente notado por não deixar marcas físicas ¹⁸⁻¹⁹. A violência psicológica/moral é caracterizada por qualquer ação que cause danos emocionais como grito, humilhações, desrespeito, ou coloque em risco a autoestima, a identidade e o desenvolvimento pessoal ²⁰⁻²¹.

O segundo e terceiro tipos de violência mais evidentes no presente estudo foram violência negligencia/abandono e física. Resultados semelhantes foram expostos na pesquisa realizada no Brasil em 2012 e 2015 por serem violência notória e deixar marcar evidentes ²². Esses tipos de violência tem um maior índice de

notificação por estar relacionado a um grupo vulnerável de pessoas como idosos e crianças, que na maioria das vezes precisam de atendimento no serviço de saúde ¹⁸⁻¹⁹.

Mais da metade dos profissionais entrevistados afirmaram ter conhecimento do que é uma violência interpessoal e autoprovocada, porém não sabiam da existência da ficha de notificação. Tais achados merece atenção quanto à apresentação desse instrumento e treinamento para o seu preenchimento ¹⁷.

Em algumas unidades o primeiro relato sobre a existência desse instrumento foi durante a realização da coleta dos dados desta pesquisa. Tal fato também foi apontado no estudo sobre a subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde, realizado nas unidades básicas de Belo Horizonte-MG ²³.

A notificação da violência interpessoal ou autoprovocada é importante uma vez que viabiliza dimensionar a ocorrência desse fenômeno, avaliar as necessidades de investimentos por meio dos núcleos de vigilância e assistência, bem como permite o conhecimento do problema. Desta forma, possibilita o direcionamento de políticas públicas para a prevenção desse evento ¹⁶.

A maioria dos profissionais afirmou nunca ter utilizado a ficha de notificação compulsória na unidade. Esta informação pode estar relacionada pelo não conhecimento das fichas, como também o despreparo para realizar a identificação de violência. Um dos fatores que pode influenciar na não notificação da violência interpessoal ou autoprovocada seria a ausência da temática nas instituições de ensino superior, proporcionando qualificação aos profissionais quanto à notificação compulsória da violência ^{16,24}.

Os profissionais das USF alegaram que a notificação dos casos de violências interpessoal e autoprovocada é função dos profissionais de saúde, em paralelo afirmaram não se sentirem capacitados em realiza-la. É necessário mostrar o valioso o papel da equipe de saúde frente à violência para um melhor entendimento desse problema ²⁵.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais na notificação foram o receio de sofrer represália pelo agressor e prejudicar a vítima. Muitos desses profissionais que atuam nas USF residem na comunidade, onde tem que obedecer às regras impostas pelo “poder paralelo”, que os dominam através do terror e medo) ^{3,13,25}.

Muitas das vezes a equipe da USF é compreendida pelos moradores como laços parentesco, tornado os profissionais frágeis em saber lidar com a notificação de violência. Estudo qualitativo, realizado em 24 municípios do interior do estado São Paulo no ano 2014 evidenciou que a maioria dos profissionais sentem medo e insegurança de notificar, porque a população vê a notificação como uma denúncia e temem pela sua vida e de seus familiares ^{13,27}.

Os tipos de violência que o profissional tem maior dificuldades em notificar foram psicológica/moral, sexual e física. Neste caso houve uma contraposição dos profissionais, pois dois desses tipos violência informados foram as mais notificadas por eles, psicológica/moral e física, o que torna evidente que esses profissionais precisam de treinamento em relação ao preenchimento da ficha, assim como dos conceitos dos tipos de violência ¹⁷.

Mais da metade dos profissionais responderam que o caso de violência não é apenas de responsabilidade policial e judicial, como também dos setores de saúde, por ser a principal porta de entrada dessas vítimas em situação de violência, pois esse fenômeno afeta diretamente a saúde individual e coletiva ²⁸.

Qualquer profissional pode receber e acolher as vitima em situação de violência, proporcionar uma escuta qualificada, realizar a notificação e encaminha-las para os setores responsáveis. No estudo realizado em três unidades de saúde de um município brasileiro no ano de 2018, fala que para cada tipo de notificação será tomada uma decisão e trajetória específica, isto é, de acordo com o caso diagnosticado pelo profissional de saúde ²⁹. A vítima deve ser encaminhada para os setores responsáveis tais como, ao serviço social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência ²⁹⁻³⁰.

Considerações

A maioria dos profissionais entrevistados afirmaram saber o que é uma violência interpessoal e autoprovocada, mas não conheciam a ficha de notificação compulsória de violência. Constatou-se ainda que uma parcela considerável desses profissionais relataram que os principais tipos de violência mais atendidos nas USF foram psicológica/moral, negligência/abandono e física.

Contudo, as principais dificuldades enfrentadas para notificar os casos de violência interpessoal e autoprovocada foram receio de sofrer represália pelo

agressor e de prejudicar a vítimas. Fatores que podem ter contribuído com o baixo percentual de profissionais que já notificaram algum caso de violência.

Embora a maioria dos entrevistados relataram que a notificação deve ser função dos profissionais de saúde, os mesmos não se sentem capacitados em realiza-las. Desta forma, faz-se necessário investimentos no processo de formação desses profissionais no desenvolvimento da temática para que possam identificar, acolher e notificar os casos de violência interpessoal e autoprovocada.

Referências

1. ALMEIDA, A.H.V. et al. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arq. Odontol**, Belo Horizonte, v. 48, n. 2, jun. 2012.
2. HOLANDA, V.R. et al. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. **Rev. Rene**. 14(1):209-17VR .2013.
3. OLIVEIRA, M.T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, mar. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde, **VIVA: vigilância de violências e acidentes**, Brasília / DF • 2017, 1ª edição do Viva
5. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Acesso em 2018 J. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pe.def>>.
6. VELOSO, M.M.X.et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, Mai 2013.
7. GARBIN, C.A.S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015.
8. JORGE, C.M.H.P. et al. Óbitos por violência na capital de mato grosso, brasil: circunstâncias e fatores associados Baiana de Saúde Pública. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 71-92 jan. / mar. 2016.
9. SILVA, M.C.M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, pp. 403-412, set. 2013.
10. APOSTOLICO, M.R. et al. Características da violência contra crianças em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 266-273, Abril. 2012.
11. SOUSA, S.P.O. et al. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município

- de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 465-474, set. 2012.
12. GARBIN, C.A.S. et al. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 179-186, mar. 2016.
 13. MOREIRA, G.A.R. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(10):4267-4276, 2014.
 14. MOREIRA, G.A.R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatra**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, Jun. 2013.
 15. FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Notificação da Violência: Percepções de Operadores do Direito e Conselheiros Tutelares. **Psicol. cienc. Prof.** Brasília, v. 36, n. 4, p. 907-920, Dez. 2016.
 16. CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicol. Cienc. prof**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 432-445, Jun. 2017.
 17. GIRIANELLI, V.R. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. Saúde Colet.** 2018, Rio de Janeiro, 26 (3): 318-326.
 18. ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, Set. 2012.
 19. RATES, S.M.M. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665, mar. 2015.
 20. FONSECA, D.H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N.; S. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, 24 (2), 307-314, 2012.
 21. GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-665, Dez. 2012.
 22. SINIMBU, R.B. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista saúde em foco** 2016.
 23. KIND L. 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.
 24. FERNANDES, T.B. et al. Notificação de violência: conhecimento de cirurgiões-dentistas que atuam na Região Carbonífera, SC. **Revista da ABENO**, V. 18, N. 2 p 124-134, Dec. 2018

25. PINHEIRO, B.K.; AKEMI. I.M. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene**. 2012; 13(2):354-64.
26. OLIVEIRA, G.P. et al. Uso do sistema de informação sobre mortalidade para identificar subnotificação de casos de tuberculose no Brasil. **Rev. bras. pidiemiol**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 468-477, Set. 2012.
27. GARBIN, C.A.S. et al. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J Health Sci Inst**, 32 (4):385-9. 2014.
28. PARAIBA, P.M.F.; SILVA, M.C.M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, jun. 2015.
29. EGRY, E. Y. et al. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (1):83-92, 2018.
30. CAMPOS, M. L. Violência contra a mulher: uma relação entre dimensões subjetivas e a produção de informação. **Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf. Campinas**, SP v.15 n.2 p. 349-367 Maio/ago. 2017.