

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

# Association between the compulsory notification of violence and the municipal human development index

Ângela Grubel Bandeira, Jeovany Martínez-Mesa

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4869>

Submetido em: 2022-10-14

Postado em: 2022-10-18 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

## Associação entre a notificação compulsória de violência e o índice de desenvolvimento humano municipal

### Association between the compulsory notification of violence and the municipal human development index

#### RESUMO

Objetivando conhecer se o índice de desenvolvimento humano dos municípios brasileiros (IDHM) está associado com a notificação compulsória de violência nos serviços de saúde realizou-se o presente estudo. Trata-se de um estudo observacional, com delineamento ecológico, utilizando dados dos 5565 municípios brasileiros, tanto da notificação de violência, extraídos do DATASUS como do IDHM, extraídos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os resultados demonstram que existe correlação positiva entre a notificação compulsória de violência em geral e o IDHM. A exceção foi a macrorregião Sudeste onde o coeficiente foi negativo. Na notificação compulsória de violência contra as mulheres existe correlação positiva com IDHM para a maioria das violências, exceto a macrorregião Sudeste, que se mantém negativa. Os resultados sobre a notificação compulsória contra homens, da mesma forma, indicam correlação positiva com o IDHM para a maioria das violências, com exceção da macrorregião Sudeste, que também foi negativa. O quesito tipo de violência financeira apresentou coeficiente negativo tanto no Brasil, como em todas as macrorregiões, seja para violência contra homens, seja contra mulheres. A violência psicológica apresentou-se negativa quando analisada na notificação compulsória de violência contra homens. O estudo concluiu que a notificação compulsória de violência está presente em municípios

que possuem melhores índices de desenvolvimento humano. A violência financeira ainda se mostra desconhecida e pouco abordada nos serviços de atenção primária à saúde, como, também, a violência psicológica sofrida por homens não é reconhecida, demonstrando uma cultura de tolerância a esse tipo de violência.

Palavras-chave: notificação compulsória, atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Índice de Desenvolvimento Humano.

## ABSTRACT

The aim of the present study is to verify if the Human Development Index (HDI) of Brazilian municipalities is associated with the compulsory notification of violence in the Health Services. This is an observational study, with an ecological design, using data from 5,565 Brazilian municipalities, both from the notification of violence, extracted from DATASUS, and from HDI, extracted from the United Nations Development Program (UNDP). The results demonstrate there is a positive correlation between the compulsory notification of violence in general and the HDI. The exception was the Southeast macro-region where the coefficient was negative. There is a positive correlation with HDI for most types of violence in the compulsory notification of violence against women, except by the Southeast macro-region which keeps the negative correlation. The results on compulsory notification against men, in the same way, indicate a positive correlation with the HDI for most types of violence, except, again, by the Southeast macro-region. Regarding to financial violence the coefficient was negative both in Brazil and in all macro-regions, whether for violence against men or women. Psychological violence was negative when analyzed in the compulsory notification of violence against men. The study has concluded that compulsory notification of violence is present in

municipalities that have better human development indices. Financial violence is still unknown, and little addressed in primary health care services, as well as the psychological violence suffered by men is not recognized, demonstrating a culture of tolerance to this type of violence.

Keywords: compulsory notification, primary health care, Sistema Unico de Saude, Notifiable Diseases Information System, Human Development Index

## INTRODUÇÃO

A notificação compulsória de violência é uma norma para todos os profissionais da saúde e seu histórico começa em 30 de outubro de 1975, com a lei 6.259, do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de doenças, sendo “obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas”<sup>2</sup>. Na segunda metade da década de 1980, houve o importante movimento sanitário brasileiro, que promoveu mudanças no sistema de saúde, incorporando, com a Constituição Federal de 1988, o princípio de saúde como “direito do cidadão e dever do Estado” e regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), com sua ideologia de universalização, integralidade e equidade, em Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em setembro de 1990, mesmo ano que se realizou o I Congresso Brasileiro de Epidemiologia<sup>2</sup>. Com estes avanços, foi criado, no início da década de 1990, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) apoiado pelo, já criado, Serviço de Processamento de Dados do SUS (DATASUS)<sup>3</sup>. O Sinan passou por várias reestruturações para chegar ao seu funcionamento atual, onde é alimentado,

principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (LDNC). Além disso, continua se desenvolvendo para a produção de informação, de forma descentralizada, construindo sistemas de vigilância epidemiológica de base territorial, para que cada instância, federal, estadual e municipal, possa desenvolver ações de saúde mais efetivas<sup>3</sup>.

A portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, do Ministério da Saúde<sup>4</sup> define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doença, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, incorporando “violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada”, devendo ser registrada no Sinan. E, pela portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, o Ministério da Saúde<sup>5</sup> define a notificação imediata para a Secretaria Municipal de Saúde, de “violência sexual e tentativa de suicídio”; e notificação semanal de “violência doméstica e/ou outras violências”.

O Ministério da Saúde, através do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Violência e Acidentes (VIVA)<sup>6</sup>, publicou um instrutivo para os profissionais que atuam nas unidades de saúde, com orientações para o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, com o objetivo de instruir o preenchimento de forma padronizada. Esta ficha deve ser utilizada para notificação de caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas, contra as mulheres e os homens em todas as idades. Se a violência for extrafamiliar/comunitária deverão ser notificados os casos contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT, sendo que “a notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos(às) gestores(as) e/ou aos(às) profissionais a responsabilidade de realizar a notificação

compulsória em conformidade com a legislação vigente. Compete à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais”<sup>6</sup>.

Os documentos oficiais que regulamentam a notificação compulsória de violência, como leis, portarias, programas governamentais e códigos de ética de profissionais da saúde, foram descritos em estudo que organizou uma instrução aos profissionais da saúde quanto à obrigatoriedade da notificação e aos encaminhamentos<sup>7</sup>.

Os documentos utilizados no estudo foram o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto do Idoso, a Lei Maria da Penha, a Lei da Palmada, a Lei da Notificação Compulsória, a Portaria de Terminologias adotadas na legislação nacional, a Notificação de maus tratos contra crianças na rede SUS, o Guia de notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes, o Guia de Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, o Guia de Orientações para criação e funcionamento do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar, o Manual para Atendimento às Vítimas da Violência na Rede Pública, o Guia de Vigilância Epidemiológica, a Ficha de Notificação, o Instrutivo da Notificação da Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, os Códigos de Ética dos profissionais de Enfermagem, de Psicologia, de Medicina e de Odontologia<sup>7</sup>.

A Ficha de Notificação configura-se a ferramenta utilizada como Vigilância Epidemiológica na área de saúde e deve ser preenchida em duas vias na Unidade de Saúde sendo encaminhada ao Serviço Social. Caso a violência ocorrer com criança ou adolescente, a Unidade de Saúde também deve notificar o Conselho Tutelar<sup>6,7</sup>. De acordo com Garbin et al.<sup>7</sup> o Serviço Social é responsável pelo encaminhamento da notificação de violência ao Sinan e ao órgão que dará continuidade ao tratamento e à prevenção da reincidência da violência, que será o Conselho do Idoso para pessoas com

60 anos ou mais; o Conselho Tutelar para casos de violência contra crianças e adolescentes; a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) quando a vítima de violência for mulher. O mesmo autor ainda acrescenta que a notificação seguirá para a instituição competente à Autoridade Policial: Delegacias de Polícia e Especializadas no atendimento à criança e ao adolescente, à mulher, ao homem e ao idoso, quando forem casos que necessitem Boletim de Ocorrência, instauração do inquérito e a solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência; ao Instituto Médico Legal (IML), quando for necessário exames de corpo de delito, de lesões corporais, de embriaguez ou outras perícias que interessem à Justiça; a hospitais públicos, quando o caso for de atendimentos mais abrangentes ou coleta de vestígios da violência sofrida. Já o acolhimento, que começa nas Unidades de Saúde, pode ter continuidade, com o encaminhamento ao Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência da Mulher em Situação de Violência, Vara da Infância e da Juventude, Programa Sentinela e Núcleo de Defensoria Especializada no Atendimento à Mulher<sup>7</sup>.

Dados epidemiológicos do Sinan de notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência, no período de 2009 a 2013, em estudo junto a cidade do interior do RS, detectou o aumento das notificações, em especial a partir de 2011, concluindo que a notificação compulsória da violência se mostra um instrumento de proteção à infância e à adolescência, sendo um desafio da saúde coletiva<sup>8</sup>. Arretche<sup>9</sup> destaca que a partir da distribuição de funções entre os níveis de governo no modelo SUS e da efetivação da municipalização da atenção básica à saúde, os municípios se tornaram o foco de avaliação da qualidade de saúde. O Ministério da Saúde possui poder expressivo de indução sobre as decisões das secretarias municipais de saúde, que também dispõem de direitos institucionalizados de participação nas decisões do

Ministério da Saúde que lhe dizem respeito, portanto, em conjunto, devem se comprometer com uma gestão responsável e eficaz dos serviços de saúde<sup>9</sup>.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, a partir do pensamento de outro economista, Amartya Sen, foi apresentado pela ONU, em 1990, como alternativa para o Produto Interno Bruto PIB, como a mais importante ferramenta de medida de desenvolvimento<sup>10</sup>. A adesão ao IDH como indexador de desenvolvimento se deu por levar em consideração três aspectos fundamentais para a qualidade de vida das pessoas: longevidade, educação e renda, sendo que a longevidade está atrelada à saúde, tanto no sentido de evitar a morte prematura, como de garantir acesso à saúde física e mental de qualidade; o acesso ao conhecimento propicia o exercício da autonomia, dignidade e amplia as perspectivas de vida; a renda garante o acesso às necessidades básicas e propicia o exercício da individualidade<sup>10</sup>. Em 2013, as instituições Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA e Fundação João Pinheiro desenvolveram o IDH Municipal (IDHM) para avaliar os 5.565 municípios brasileiros, a partir dos dados do Censo Demográfico de 2010, em seus aspectos longevidade (saúde), educação e renda<sup>10</sup>.

Os estudos sobre a qualidade de vida das populações têm avançado nos últimos anos e, com isso, buscou-se compreender a multidimensionalidade dos fenômenos, utilizando indicadores como o IDHM. Uma pesquisa realizada no Estado da Bahia, utilizando o Índice de Pobreza Humana - IPH, a Análise Exploratória de Dados Espaciais - AEDE, os Censos Demográficos e o IDHM, procurou conhecer e medir fatores como taxa de mortalidade infantil, grau de instrução, renda, acesso aos serviços de saúde, habitação com saneamento básico, concluindo que as políticas públicas com foco apenas



na renda não são capazes de reconhecer a real situação, necessitando ampliar os estudos e programas de combate à pobreza<sup>11</sup>.

A pesquisa sobre dimensão socioeconômica da saúde, realizada no estado de São Paulo, que também utilizou indicadores multidimensionais, concluiu que políticas públicas comprometidas com saúde, saneamento básico e condições socioeconômicas serão capazes de melhorar o bem-estar social<sup>12</sup>. Teles et al.<sup>13</sup> analisaram a distribuição dos recursos financeiros do SUS para os municípios do Estado da Bahia, utilizando as Contas Nacionais de Saúde e o IDHM. Após essa análise, constatou-se que uma grande concentração de recursos estava destinada a poucos municípios de grande porte, que ofereciam a maior parte dos serviços de saúde, principalmente, em suas redes hospitalares, beneficiando municípios com os mais altos IDHM, sendo que as populações de IDHM mais baixo e com maiores riscos de adoecer e morrer obtinham recursos proporcionalmente menores. Desta forma, entende-se a importância de incorporar critérios de equidade no financiamento para o desenvolvimento do SUS, reparando as desigualdades sociais<sup>13</sup>. Podemos, então, observar como o IDHM tem sido valorizado nas pesquisas de políticas públicas.

Um estudo realizado em seis municípios de pequeno porte no Estado do Rio Grande do Sul, elencou elementos culturais e sociais constituintes da cidadania acerca da saúde e, em meio a tantos elementos significativos, chama a atenção a ideia de que os serviços de saúde representam o principal elemento de prioridade de investimento municipal e, desta forma, se traduz em importante item de avaliação da administração pública pela sociedade civil<sup>14</sup>. Este estudo demonstra a importância de serviços eficazes de saúde aos olhos dos cidadãos.

O presente estudo objetiva conhecer se índice de desenvolvimento humano dos municípios brasileiros (IDHM) está associado com a notificação compulsória de

violência nos serviços de saúde, no Brasil e por macrorregiões brasileiras, em geral e por sexo.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo com delineamento observacional, ecológico, com dados de acesso livre na internet. Os dados da notificação compulsória de violência dos 5.565 municípios brasileiros e Brasília do ano 2019 foram extraídos do site DATASUS<sup>15</sup>, TABNET, epidemiologia e morbidade, Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (Sinan), em agosto de 2021. O IDHM foi levantado, em agosto de 2021, junto ao site Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil<sup>16</sup>, dados do ano 2010, o índice mais atual por municípios.

Tendo em vista a assimetria da variável desfecho (os diferentes tipos de violência) foi necessário realizar transformação logarítmica dos dados. A análise estatística bivariada foi realizada mediante o uso de teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 95%, usando o pacote estatístico Stata 15. As análises foram realizadas para o Brasil e, também, para cada uma das macrorregiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. As análises foram realizadas para a amostra geral e estratificadas por sexo.

## RESULTADOS

Os coeficientes de correlação entre a notificação de violência em geral e o IDHM para o Brasil e macrorregiões e estratificado por sexo são apresentados na Tabela 1. A correlação demonstra coeficiente positivo para a soma dos municípios do Brasil, das regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste. A região Sudeste é a única que obteve coeficiente negativo (Tabela 1).

Na Tabela 2 apresentam-se os coeficientes de correlação entre notificação dos diferentes tipos de violência e o IDHM para o Brasil e nas diferentes macrorregiões brasileiras, pode-se verificar que a violência autoprovocada e a violência física apresentam coeficiente positivo nos municípios totais no item Brasil, nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, a exceção é a região Sudeste que apresenta coeficiente negativo. Já a violência psicológica apresenta coeficiente positivo no item Brasil, nas regiões Norte e Nordeste, sendo seu coeficiente negativo nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A violência sexual demonstra coeficiente positivo para Brasil, regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mas nas regiões Sudeste e Sul seu coeficiente é negativo. A violência financeira apresenta coeficiente positivo apenas na região Norte (Tabela 2).

Na Tabela 3 apresentam-se os coeficientes de correlação entre notificação dos diferentes tipos de violência sofrido por mulheres e o IDHM, nas diferentes macrorregiões brasileiras. O coeficiente de correlação da violência autoprovocada e física foi positivo em Brasil, regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste. Violência psicológica com coeficiente positivo em Brasil, região Norte e Nordeste. Violência sexual com coeficiente positivo em Brasil, região Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ficando com coeficientes negativos a violência financeira em todas as regiões e no total Brasil, a violência sexual com coeficiente negativo nas regiões Sudeste e Sul, a violência psicológica com coeficiente negativo para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. E, ainda, coeficiente negativo para a violência autoprovocada e física na região Sudeste (Tabela 3).

Os coeficientes de correlação entre os tipos de violência sofrida por homens e o IDHM para o Brasil e por macrorregiões brasileiras são apresentados na Tabela 4, os quais apontam coeficiente positivo para violência autoprovocada no total Brasil e nas

regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste. A violência física apresenta coeficiente positivo em Brasil, regiões Norte e Nordeste. A violência sexual possui coeficiente positivo apenas em Brasil e região Norte. A violência psicológica e financeira tem coeficiente negativo para o total Brasil e todas as regiões (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Os dados levantados neste estudo demonstram, em geral, correlação positiva entre a notificação compulsória de violência e o IDHM, entende-se, a partir de então, que um município com mais qualidade na saúde, possui qualificação para o entendimento da violência e da importância da notificação.

Este estudo contribui para o entendimento de que índices de qualidade de vida e de saúde, como o IDHM são capazes de avaliar e apontar dados dos serviços de saúde pública, relevantes para o planejamento de ações para a melhoria da saúde da população.

Como demonstra este estudo, há a necessidade de investigação sobre a violência psicológica sofrida por homens, pois seu escore negativo na análise de notificação compulsória, demonstra que ainda é vista como relacional, ficando invisível no cotidiano. A violência entre parceiros íntimos, com o foco no homem como vítima em relacionamentos heterossexuais e da violência entre parceiros íntimos em relacionamentos homoafetivos recebe pouco interesse e pouco estudo científico, sendo a violência contra a mulher o objeto de estudo e intervenção<sup>17</sup>. A constatação dos episódios de violência nas relações conjugais, onde os papéis de vítima e de agressor são intercambiáveis, descreve tanto a violência física quanto a psicológica<sup>18</sup>, demonstrando a importância do entendimento da complexidade da violência conjugal para ser melhor atendida na saúde básica e notificada, como manda a norma vigente. A

violência financeira que apresenta coeficiente negativo, aparece pouco nos estudos científicos, sendo comum sua investigação aos idosos, que relatam ser o segundo tipo de violência mais sofrida<sup>19</sup>.

A Estratégia de Saúde da Família se configura como uma porta de entrada para a identificação dos casos de violência, porém, há dificuldades para a notificação da violência que se mostram vinculadas ao medo dos profissionais pelas ameaças sofridas e ao sentimento de insucesso frente à assistência das vítimas, que precisam voltar ao convívio com o agressor, dada sua situação de dependência financeira e emocional, ficando registrada a importância das ações de prevenção da violência<sup>20</sup>. Estudo realizado junto a técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde constatou os sentimentos de medo da reação do agressor, principalmente, para os agentes que residem na comunidade onde trabalham, assim como o sentimento de revolta contra os agressores e contra as vítimas quando se reconciliam com os agressores, mantendo a violência<sup>21</sup>. Dados coletados com dez profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre demonstram que a notificação compulsória, muitas vezes, é entendida como uma denúncia, que não há clareza quanto à importância desta notificação para subsídio de ações de prevenção e políticas públicas de enfrentamento da violência, que existem dúvidas quanto ao preenchimento da ficha de notificação e quanto ao encaminhamento do caso para qual órgão competente; outra dificuldade mencionada se trata do tipo de violência, pois os participantes relatam não saber como notificar a violência que não for física<sup>22</sup>. Estes resultados são corroborados por um estudo transversal, realizado com 147 enfermeiros e 135 médicos do ESF do município de Teresina, no Piauí, que objetivou avaliar o conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória, concluindo que há deficiência neste conhecimento, necessitando capacitação sobre conceitos e exemplos de doenças e agravos de

notificação compulsória imediata e doenças erradicadas, estando entre os escores mais baixos de conhecimento as “epidemias modernas”, que são intoxicação exógena, violência sexual/doméstica e tentativa de suicídio<sup>23</sup>. E, também, corroborados pela pesquisa dos desafios na notificação de violência interpessoal e autoprovocada junto aos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família em Recife, Pernambuco, que constatou que as principais dificuldades foram receio de sofrer represália pelo agressor e de prejudicar as vítimas, sensação de incapacidade para realizar a notificação; demonstrando, assim, a necessidade de investimentos no processo de formação destes profissionais da saúde coletiva<sup>24</sup>. Profissionais de saúde sugerem a capacitação e educação permanente sobre a notificação compulsória de violência e destaca-se sua visão sobre a importância da abordagem multidisciplinar como estratégia de acolhimento e escuta na atenção básica<sup>22</sup>. A sensação dos profissionais de saúde de não estarem preparados para a identificação e o atendimento da situação de violência doméstica trazem o desafio do reconhecimento da violência contra a mulher, sinalizando o interesse e a importância pela educação continuada, que contemple a complexidade do tema, as estratégias de identificação do agravo, discutindo articulações com o serviço social e psicológico<sup>25</sup>. Por meio da notificação, cria-se um elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação<sup>20</sup>. Para que a notificação realmente se estabeleça é necessária a união das forças dos serviços de saúde, segurança pública e judiciário.

Ao se pensar o IDHM como importante índice de avaliação da saúde pública e aporte para o planejamento, deve-se lembrar que o debate sobre a gestão dos recursos financeiros busca o uso eficaz e eficiente para a ampliação da visão da saúde, numa transformação social<sup>26</sup>. Levando em consideração o avanço dos indicadores multidimensionais, temos a contribuição de Soares Neto et al.<sup>27</sup> que estudaram a

infraestrutura das UBSs onde atuam os profissionais do Programa Mais Médicos, correlacionando-a ao IDHM; além da conclusão de que 65,2% das UBSs que receberam médicos do PMM demonstrarem infraestrutura de média qualidade e apenas 5,8% baixa qualidade, o estudo também demonstra uma moderada relação entre o IDHM e os Níveis de Infraestrutura das UBSs, sendo que as dimensões Renda e Educação demonstram correlação aos melhores níveis, assim como o número de habitantes do município; enquanto as UBSs estarem localizadas nas regiões Norte e Nordeste estão associadas aos níveis baixos de infraestrutura<sup>27</sup>. Estes dados vêm de encontro aos dados observados neste estudo, que demonstram a região Sudeste com coeficiente negativo para correlação entre notificação da violência e IDHM. Uma pesquisa que inventariou os estudos sobre violência e segurança pública, a partir da criação da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) em 2009/2010, demonstra que a violência extrema, com homicídios, possui concentração territorial<sup>28</sup>. Os autores citam os dados do Atlas da Violência de 2020<sup>29</sup>, que compara as regiões brasileiras, explicitando que a violência se concentra nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, enquanto a região Sudeste inverteu sua posição, nos últimos anos, de maior taxa de homicídio para a menor taxa<sup>28</sup>. Desta forma, há a necessidade de um olhar especial para a região Sudeste, que, nesta pesquisa obteve índice negativo no coeficiente de correlação da Notificação da Violência com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, pois se trata de uma região com particularidades em políticas de segurança pública que influenciam na medição do IDHM.

As limitações deste estudo se pautam no fato do IDHM fornecer dados de 2010, os dados mais atuais do índice de desenvolvimento humano por Município disponíveis, sendo que as tabelas do ano 2017 fornecem dados apenas por Estado.

Os resultados deste estudo devem servir de subsídio para a discussão do enfrentamento da violência na atenção primária à saúde, não como um ponto de chegada, mas como um ponto de partida para novas investigações quanto à notificação compulsória de violência e aos indicadores de saúde da população.

Através das análises, percebe-se que há correlação entre a notificação compulsória de violência e o IDHM e que o IDHM se mostra um índice importante na avaliação de saúde pública. Entende-se, também, a partir deste estudo, que a violência financeira ainda se mostra desconhecida e pouco abordada nos serviços de atenção primária à saúde e que a violência psicológica sofrida por homens não é reconhecida, demonstrando uma cultura de tolerância a esse tipo de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Presidência da República Casa Civil* 1975; 30 out.
2. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde Pan American Health Organization Fundação Oswaldo Cruz* (Vol. 1). Brasília: MS; 2009.
3. Souza, W. V. de, & Domingues, C. M. A. S. (2009). Notificação Compulsória de Doenças e Agravos no Brasil. In *A Experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde – Volume I Produção e Disseminação de Informações sobre Saúde no Brasil* (pp. 39–48).
4. Brasil. Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. 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. *Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro* 2010; 31 ago.
5. Brasil. Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Ministério da Saúde, Brasil, Gabinete do Ministro* 2014; 6 jun.
  6. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva instrutivo 2016: notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2ª Edição. Brasília: MS; 2016.
  7. Garbin, C. A. S., Dias, I. de A., Rovida, T. A. S., & Garbin, A. J. Í. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: Obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(6), 1879–1890. doi:10.1590/1413-81232015206.13442014
  8. Cezar, P. K., Arpini, D. M., & Goetz, E. R. (2017). Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes TT - Records of Compulsory Notification of Violence Against Children and Adolescents TT - Registros de Notificación Obligatoria de Violencia contra Niños y Adolescentes. *Psicol. Ciênc. Prof.*, 37(2), 432–445. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000200432%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/ygd7q](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200432%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/ygd7q)

9. Arretche, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 331–345. doi:10.1590/s1413-81232003000200002
10. PNUD. (2013). Pnud Brasil. Índice de Desenvolvimento Humano. Retrieved from [www.br.undp.org](http://www.br.undp.org)
11. Santos, E. I. dos, Carvalho, Í. C. S. de, & Barreto, R. C. S. (2017). Pobreza multidimensional no estado da Bahia: Uma análise espacial a partir dos censos de 2000 e 2010. *Revista de Administração Pública*, 51(2), 240–263. doi:10.1590/0034-7612152341
12. Milian, G. A. (2019). Dimensão socioeconômica da saúde no estado de São Paulo. *Planejamento e Políticas Públicas*, 53. Retrieved from <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/889>
13. Teles, A. S., Coelho, T. C. B., & Ferreira, M. P. da S. (2016). Sob o prisma da equidade: Financiamento federal do sistema único de saúde no Estado da Bahia. *Saude e Sociedade*, 25(3), 787–800. doi:10.1590/S0104-12902016152020
14. Mejía, M. G., Périco, E., & Oliveira, L. B. (2015). O papel das identidades culturais e dos serviços públicos de saúde no processo de municipalização ocorrido nas últimas décadas em pequenas localidades do Rio Grande Do Sul, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(5), 1629–1637. doi.org/10.1590/1413-81232015205.06642014
15. Ministério da Saúde. (2021). DATASUS Departamento de Informática do SUS. Retrieved from [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br)
16. PNUD, IPEA, & Fundação João Pinheiro. (2021). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Retrieved from [www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br)
17. Cezario, A. C. F., Fonseca, D. S., Do Carmo Lopes, N., & Lourenço, L. M.

- (2015). Violência entre parceiros íntimos: uma comparação dos índices em relacionamentos hetero e homossexuais. *Temas Em Psicologia*, 23(3), 565–575. doi:10.9788/TP2015.3-04
18. Alvim, S. F., & Souza, L. de. (2005). Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicologia : Teoria e Prática*, 7(2), 171–206.
19. Bolsoni, C. C., Coelho, E. B. S., Giehl, M. W. C., & D’Orsi, E. (2016). Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 671–669.
20. Nascimento, V. F., Rosa, T. F. L., Terças, A. C. P., Hattori, T. Y., & Nascimento, V. F. (2019). Desafios No Atendimento Aos Casos De Violência Doméstica Contra a Mulher Em Um Município Matogrossense. *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 23(1), 15–22. doi:10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6625
21. Silva, C. D., Gomes, V. L. de O., de Oliveira, D. C., Marques, S. C., da Fonseca, A. D., & Martins, S. da R. (2015). Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(1), 22–29. doi:10.1590/S0080-623420150000100003
22. Ribeiro, R. U. P., & Silva, A. L. da. (2018). Notificação Compulsória De Violência Na Atenção Básica À Saúde: O Que Dizem Os Profissionais? *Revista LEVS*, 21(21), 164. doi:10.36311/1983-2192.2018.v21n21.p164
23. Sousa, S. P. O., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. da C. B., & Almeida, R. A. M. de. (2012). Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de

- Teresina, Estado do Piauí, Brasil - 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(3), 465–474. doi:10.5123/s1679-49742012000300012
24. Cruz, N. P., Silva, M. C., Oliveira, C. M., & Santos, H. L. (2019). *Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpressoa e Autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde*. 2(Id), 1–16.
25. Gomes, N. P., Erdmann, A. L., Bettinelli, L. A., Higashi, G. D. C., Carneiro, J. B., & Diniz, N. M. F. (2013). The meaning of professional training for the care of women victims of domestic violence. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 17(4), 683–689. doi:10.5935/1414-8145.20130012
26. Duarte, L. S., Pessoto, U. C., Guimarães, R. B., Heimann, L. S., Carvalheiro, J. da R., Cortizo, C. T., & Ribeiro, E. A. W. (2015). Regionalização da saúde no Brasil: Uma perspectiva de análise. *Saude e Sociedade*, 24(2), 472–484. doi:10.1590/S0104-12902015000200007
27. Soares Neto, J. J., Machado, M. H., & Alves, C. B. (2016). O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(9), 2709–2718. doi:10.1590/1413-81232015219.16432016
28. Ferreira, H., & Soares, M. K. (2021). Violência e Segurança Pública: uma síntese da produção da Diest nos últimos dez anos. *Boletim de Análise Político-Institucional*. doi:10.38116/bapi29art14
29. Cerqueira, D., Bueno, S., Alves, P., Lima, R., Silva, E., Ferreira, H., ... Figueiredo, T. da S. (2020). Atlas da Violência 2020. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea*. doi:10.38116/riatlasdaviolencia2020

Tabela 1. Coeficiente de correlação entre violência em geral e segundo os sexos com IDHM Brasil e por macrorregiões.

	Geral		Feminino		Masculino	
	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*
Brasil	0,38 4407	<0,001	0,39 4252	<0,001	0,25 (3523)	<0,001
Norte	0,29 367	<0,001	0,29 344	<0,001	0,18 276	<0,001
Nordeste	0,26 1184	<0,001	0,24 1124	<0,001	0,16 823	<0,001
Sudeste	-0,11 1486	<0,001	-0,10 1461	<0,001	-0,12 1323	<0,001
Sul	0,13 1047	<0,001	0,12 1015	<0,001	0,09 854	0,012
Centro-oeste	0,16 323	0,004	0,18 308	0,002	0,03 247	0,656

\* Correlação de Pearson

Tabela 2. Coeficiente de correlação entre diferentes tipos de violência e IDHM. Brasil e Macrorregiões.

	auto-provocada		física		psicológica		sexual		financeira	
	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*
Brasil	0,35 4230	<0,001	0,33 4203	<0,001	0,14 3501	<0,001	0,13 2577	<0,001	-0,02 3910	0,274
Norte	0,26 367	<0,001	0,24 347	<0,001	0,11 252	0,073	0,62 225	0,35	0,02 320	0,783
Nordeste	0,14 1184	<0,001	0,21 1100	<0,001	0,07 856	0,034	0,08 597	0,043	-0,22 1059	<0,001
Sudeste	-0,10 1486	<0,001	-0,13 1463	<0,001	-0,32 1313	<0,001	-0,23 926	<0,001	-0,42 1448	<0,001
Sul	0,19 956	<0,001	0,08 989	0,010	-0,08 812	0,030	-0,06 626	0,110	-0,22 837	<0,001
Centro-oeste	0,21 237	0,001	0,09 304	0,137	-0,05 254	0,39	0,07 199	0,30	-0,24 246	<0,001

\* Correlação de Pearson

Tabela 3. Coeficiente de correlação entre diferentes tipos de violência e IDHM. Brasil e Macrorregiões. Feminino.

	auto-provocada		física		psicológica		sexual		financeira	
	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*
Brasil	0,31 5562	<0,00 1	0,33 4025	<0,00 1	0,12 3371	<0,00 1	0,10 2474	<0,00 1	-0,30 3899	0,061
Norte	0,23 367	<0,00 1	0,24 344	<0,00 1	0,11 252	0,073	0,62 225	0,35	-0,01 319	0,949
Nordeste	0,26 1184	<0,00 1	0,19 1034	<0,00 1	0,05 814	0,165	0,07 564	0,112	-0,25 1056	<0,00 1
Sudeste	-0,14 1486	<0,00 1	-0,13 1437	<0,00 1	-0,32 1283	<0,00 1	-0,26 891	<0,00 1	-0,41 1445	<0,00 1
Sul	0,15 910	<0,00 1	0,05 948	0,102	-0,10 777	0,006	-0,94 600	0,021	-0,24 834	<0,00 1
Centro-oeste	0,22 217	0,001	0,08 290	0,167	-0,10 245	0,133	0,05 194	0,47	-0,25 245	<0,00 1

\* Correlação de Pearson

Tabela 4. Coeficiente de correlação entre diferentes tipos de violência e IDHM. Brasil e Macrorregiões. Masculino

	auto-provocada		física		psicológica		sexual		financeira	
	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*	R (N)	Valor-p*
Brasil	0,24 2510	<0,001	0,15 3277	<0,001	-0,13 1951	<0,001	0,19 931	<0,001	-0,48 374	<0,001
Norte	0,13 159	0,099	0,09 256	0,148	-0,08 132	0,349	0,04 72	0,715	-0,37 34	0,033
Nordeste	0,07 524	0,091	0,07 748	0,060	-0,30 405	<0,001	-0,40 175	<0,001	-0,69 78	<0,001
Sudeste	-0,14 957	<0,001	-0,19 1270	<0,001	-0,44 859	<0,001	-0,48 371	<0,001	-0,67 158	<0,001
Sul	0,11 697	0,004	-0,01 776	0,823	-0,27 417	<0,001	-0,35 247	<0,001	-0,58 75	<0,001
Centro-oeste	0,01 173	0,986	-0,04 227	0,557	-0,33 138	<0,001	-0,03 66	0,034	-0,65 29	<0,001

\* Correlação de Pearson

## Conflito de interesses

### Declaração de Conflito de Interesse

Os autores do artigo intitulado “Associação entre a notificação compulsória de violência nos serviços de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal no Brasil” declaram não possuir conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico.


11/10/2022.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Angela Grubel', written over a horizontal line.


### Contribuição de autoria

AGB<sup>1</sup>: concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.  
JMM<sup>2</sup>: análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

<sup>1</sup>Mestranda. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia. Faculdade Meridional IMED. Rua Senador Pinheiro, 304 Vila Rodrigues. 99070-220 Passo Fundo RS Brasil. [angela\\_grubel@solarti.com.br](mailto:angela_grubel@solarti.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-0840-3379>

<sup>2</sup>Doutor em Epidemiologia. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia. Faculdade Meridional IMED. Passo Fundo RS Brasil. [jeovanyimm@gmail.com](mailto:jeovanyimm@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-1607-2247>

### Agradecimento

Aos cientistas que trabalham pelo bem da saúde, buscando levar o conhecimento ao alcance todos.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.