

16. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas

Adalgisa Peixoto Ribeiro e Kathie Njaine



Este capítulo tem o objetivo de discutir a questão da informação sobre acidentes e violências, problematizando seu processo de construção, suas potencialidades, os limites e usos científicos e sociais.

Informação é um conceito que tem sido mundialmente discutido como uma noção fundamental para ampliar o conhecimento e contribuir para a tomada de decisões em diversos setores sociais. Na área da saúde, a importância desse conceito evidencia-se, sobretudo, no momento de identificar pontos prioritários a serem tratados pelas políticas de saúde, no planejamento e na implementação de ações que visem transformar a realidade.

Como pode a informação transformar a realidade do quadro de saúde e doença de uma população?

Alguns autores afirmam que informação é a essência das profissões na área de saúde. Esses profissionais precisam dela para sua atuação no processo de cuidado, no gerenciamento dos serviços, na avaliação das condutas e dos resultados. Em outras palavras, todas as atividades em saúde se baseiam na busca e no uso da informação (MARIN, 2010).

A partir dessa premissa, é lógico pensar que quanto maior o número e melhor a qualidade das informações disponíveis, tanto melhor será a tomada de decisões dos profissionais que atuam na atenção e também na gestão em saúde. Esse tem sido o ponto forte de debates filosóficos que hoje ocorrem no mundo sobre o poder que é delegado à informação e que podem ser aplicados ao caso da saúde. Filósofos como Pierre Lévy (1999), por exemplo, fazem refletir sobre as imperfeições dos sistemas de informação, quando “as qualidades são reduzidas a quantidades”. Lévy fala principalmente dos aspectos individuais que as estatísticas acabam ocultando.

No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) destaca como um dos seus objetivos o monitoramento e a vigilância epidemiológica dos acidentes e violências. No âmbito dessa política, o Ministério da Saúde tem implementado ações para: capacitar os profissionais de saúde que atuam desde o atendimento às vítimas até os que são responsáveis pela gestão da informação nos âmbitos municipais, estaduais e federal; aprimorar os instrumentos de coleta dos dados; e propor pesquisas que levantem informações ainda não registradas sobre os casos de acidentes e violências. O intuito dessas ações é, sobretudo, melhorar a qualidade das informações sobre esses eventos e torná-las capazes de subsidiar iniciativas para transformar o grave quadro de morbimortalidade por acidentes e violências.

16.1 Sistemas de informação em saúde: a importância dos dados

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de “coleta, processamento, análise e transmissão de informação”, necessário para o planejamento, a organização, a operacionalização e a avaliação dos serviços de saúde.

Um sistema de informação em saúde visa contribuir para melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia do atendimento em saúde, e ainda, ser uma base importante para a realização de pesquisas e para subsidiar o processo de ensino e capacitação de profissionais (MARIN, 2010).



Para saber mais sobre sistemas de informação em saúde, acesse o site do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>) e entre em Gestão do SUS > Programação, regulação, controle e financiamento da MAC > Sistemas de Informação em Saúde

De acordo com documento da Organização Pan-Americana da Saúde (CONCHA-EASTMAN; VILLAVECES, 2001), os objetivos de um sistema de vigilância para a área de acidentes e violências são:

- produzir informações confiáveis e estratégicas;
- monitorar as transições, a magnitude e a distribuição da morbidade, da mortalidade e os impactos psicológicos;
- possibilitar a percepção da realidade dos acontecimentos, a identificação de novos riscos e a formulação de possíveis associações causais;
- identificar padrões ou tipologias da violência;
- gerar hipóteses sobre a causalidade da violência;
- servir de fonte confiável para tomada de decisão;
- estimular a formação de grupos de trabalho.

Constatamos, portanto, a preocupação dos órgãos da área da saúde em garantir que a informação seja um instrumento tanto para as ações de vigilância dos acidentes e violências quanto de pesquisa e políticas públicas.

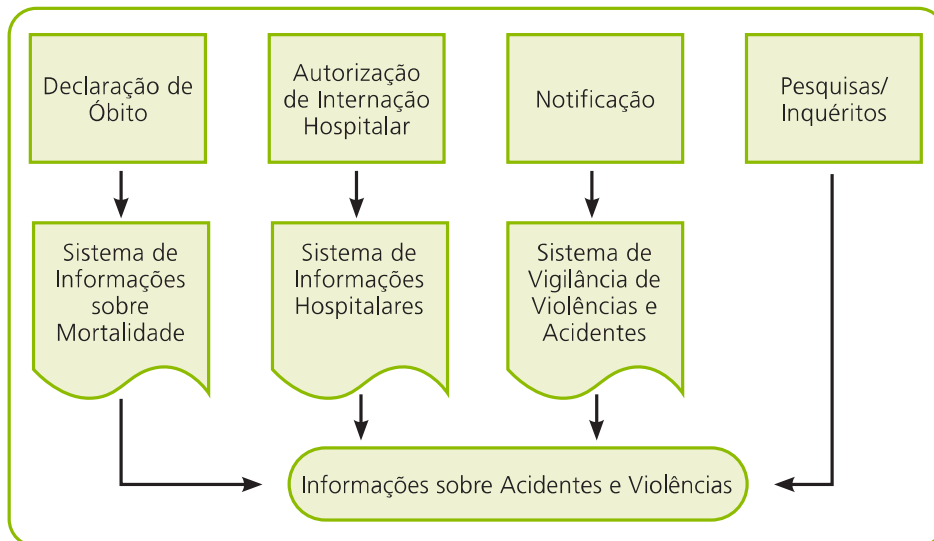
16.2 Principais fontes de dados sobre causas externas

Para a produção de informações úteis para viabilizar ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção de agravos, uma diversidade de dados sobre as condições de saúde dos indivíduos, é coletada por profissionais de saúde em consultas, visitas domiciliares e nos mais diversos locais de atendimento à população. Desde uma visita do agente comunitário de saúde às residências dos usuários, até a realização de exames complementares mais complexo, são necessárias informações que favoreçam um cuidado adequado.

Até mesmo quando a vida termina, o registro de dados sobre a pessoa que morreu, as condições de saúde e os eventos que provocaram sua morte ajudam a conhecer as principais causas de mortalidade de uma população e a planejar ações de prevenção, atenção e reabilitação.

Tratam-se de fontes diferentes de dados que vão produzir informações e conhecimento. A Figura 1 mostra as principais fontes oficiais de dados, que alimentam sistemas de informação na área da saúde que, por sua vez, subsidiam a produção de conhecimento sobre morbidade e mortalidade por acidentes e violências.

Figura 1 – Fluxograma da produção de informações sobre acidentes e violências



Fonte: Elaboração das autoras.

Destacamos, a seguir, fontes de dados sobre acidentes e violências, na área da saúde.

16.2.1 Declaração de Óbito (DO)

Documento base do **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**, implantado desde 1976 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ser o instrumento-padrão para a coleta dos dados sobre mortalidade, que baseiam os cálculos das estatísticas vitais e epidemiológicas brasileiras. Seu preenchimento é uma atribuição exclusiva do médico e, em casos de mortes por acidentes e violências, apenas o médico do Instituto Médico Legal (IML) pode preenchê-lo. A DO é usada também pelos Cartórios de Registro Civil para as formalidades legais de sepultamento. Coleta dados sobre identificação, local de ocorrência e condições e causas do óbito.

O SIM foi criado em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país e conta com boa cobertura (96,1%, em 2011). Somente no ano de 2016, 155.861 pessoas morreram no Brasil por causas externas (acidentes e violências), o que representou 11,9% de todas as mortes ocorridas no país, neste ano (DATASUS, 2018). Os dados do SIM, registrados a partir do ano de 1979, estão disponíveis na Internet, no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde.

16.2.2 Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Documento que registra todos os atendimentos realizados nas internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de produzir relatórios que subsidiam os pagamentos aos estabelecimentos de saúde. Entre os dados registrados encontram-se identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos, entre outros.

A AIH é o documento que alimenta o **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Criado em 1993, dispõe de dados que se referem apenas às internações financiadas pelo SUS. É importante destacar que, essas internações correspondem a cerca de 70% a 80% do total de internações realizadas no país. Os dados relativos aos atendimentos nos serviços de emergência (pronto-socorro) e as internações realizadas em hospitais privados não integram esse sistema. Em 2017, as internações hospitalares por causas externas representaram 10,1% do total, com tendência crescente nos últimos anos.

As principais informações registradas pelo SIH/SUS, a partir de 1984, estão disponíveis no site do DATASUS.

16.2.3 Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

É a comunicação de casos suspeitos ou confirmados de violência, realizada por profissionais de saúde aos gestores do SUS. Realizada por meio de uma Ficha padronizada contendo os dados da vítima, da ocorrência, do provável autor da violência e dos encaminhamentos realizados.

A notificação de violência é o documento base para o **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**, implantado em 2006, inicialmente em serviços de referência para atendimento de pessoas vítimas de violência. Em 2009, o VIVA passou a integrar o **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**, ampliando gradativamente o número de municípios e unidades notificadoras em todo o país. Em 2014, a notificação das violências em serviços de saúde se tornou compulsória com a Portaria 1.271/2014, o que universalizou as notificações facilitando sua expansão (BRASIL, 2015). No período de 2011 a 2015, houve um aumento considerável no número total das notificações de casos de violência, passando de 107.530 para 242.347. Dentre elas, 67,1% foram de violência contra a mulher, de todas as faixas etárias (BRASIL, 2017).

As informações registradas no Sinan sobre Violências, a partir de 2009, estão disponíveis no site do DATASUS.

16.2.4 Pesquisas e inquéritos

Diversas pesquisas que investigam a ocorrência de eventos violentos e acidentes estão em desenvolvimento no país. Essas pesquisas oferecem informações a partir de estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou ambas, que ajudam a compor o panorama sobre os impactos das causas externas na saúde e na vida da população.

Oriundos de fontes variadas e usados com múltiplos propósitos, os dados clínicos e resultados de pesquisas e inquéritos são bastante heterogêneos, muitas vezes não adequados aos tradicionais sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade por acidentes e violências.

Alguns inquéritos de base populacional também são desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Um exemplo é o Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes em unidades de urgência e emergência, que tem

o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das pessoas que foram vítimas de violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), atendidas em unidades de urgência e emergência selecionadas. Compõe o VIVA e foi realizado nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. A previsão é de que seja realizado a cada três anos (SOUTO *et al.*, 2017).

O acesso às informações produzidas por pesquisas e inquéritos ocorre primordialmente por meio de artigos científicos publicados em periódicos da área da saúde e publicações do Ministério da Saúde.

Outras fontes de setores distintos ao da saúde ajudam a compor o quadro epidemiológico de informações sobre acidentes e violências. No entanto, as informações provenientes dessas fontes não têm articulação direta com as da área da saúde. Entre elas podemos citar:

- Boletim de Ocorrência Policial (BO) ou Ofício da Polícia – ficha usada nas delegacias de polícia, complementada por outras fontes como Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT) ou Polícia Militar. Esse documento baseia-se na observação e descrição do evento e registra o número de feridos e mortos causados por acidentes ou violências. No caso de óbito, uma cópia do BO acompanha o corpo ao (IML) e serve de complementação às informações da Declaração de Óbito (DO), no momento do seu preenchimento ou no decorrer das investigações;
- Sistemas de Resgate – não existe no país um sistema de informação nacional sobre resgates de vítimas de acidentes e violências. Alguns municípios organizam bancos de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), do Corpo de Bombeiros e do Batalhão de Trânsito. Porém, esses bancos não são integrados. Nos municípios em que as bases de dados estão informatizadas, a recuperação dessas informações pode ser realizada pelo link direcionado a outros bancos de instituições, como o Corpo de Bombeiros, delegacias de polícia e hospitais que fazem parte desse fluxo.
- Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) – ficha de notificação de acidente de trabalho ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para obtenção de benefícios. O sistema cobre somente a população trabalhadora formal, excluindo categorias como empregados domésticos sem carteira assinada, trabalhadores informais em geral e aqueles vinculados a outras modalidades de previdência.

16.3 Refletindo sobre a qualidade das informações produzidas sobre causas externas

A qualidade dos dados disponíveis por meio dos sistemas de informação é um elemento essencial para a produção de indicadores de saúde que possam cumprir seus objetivos de basearem a tomada de decisões de gestores e de trabalhadores da saúde.

Para avaliar a qualidade dos dados, é necessário considerar alguns atributos como a **cobertura** dos eventos, a **completitude** dos dados e a **confiabilidade** das informações.

Os sistemas de informação brasileiros têm cobertura variável entre eles, como mencionado anteriormente. Essa cobertura também varia dependendo da região geográfica. Um exemplo é o SIM, que alcançou em 2013 a cobertura média nacional de 95% de todas as mortes ocorridas no Brasil, nesse ano. No entanto, existem regiões em que esse registro ultrapassou a média nacional, como é o caso da Região Sul (99%) e da Região Sudeste (97%). Por outro lado, na Região Norte a cobertura do SIM em 2013 foi de 88% (BRASIL, 2015).

Essas diferenças revelam disparidades nos registros que se devem a uma série de fatores que afetam o acesso a serviços de saúde, como a falta de infraestrutura adequada para atendimento, a grande dificuldade de deslocamento observado em municípios mais isolados, algumas vezes agravado pelas condições climáticas extremas que colaboram para o isolamento geográfico das localidades. Soma-se a isso, os sepultamentos sem registro e questões culturais observadas em algumas tribos indígenas, onde os recém-nascidos são mantidos resguardados de contatos com outras pessoas, dificultando o registro dos óbitos infantis (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O SIH não tem cobertura universal das internações hospitalares por acidentes e violências no país, pois abrange somente as que são realizadas em hospitais próprios e da rede conveniada, não registrando os atendimentos realizados em serviços da rede privada. O sistema VIVA/Sinan, por sua vez, apesar de ter universalizado sua coleta de dados por meio da notificação compulsória, ainda não tem cobertura avaliada como satisfatória no país.

Uma das variáveis que historicamente tiveram seu preenchimento negligenciado nas fichas que alimentam os sistemas de informação é

Cobertura é a capacidade de um sistema de registrar o máximo possível dos eventos ocorridos no país sobre determinado agravo à saúde. A cobertura dos sistemas de informação constitui uma importante qualidade para que se tenha uma fotografia mais próxima da realidade.

Completitude é o grau de preenchimento dos dados em um sistema de informação, ou seja, o completo preenchimento de todos os campos dos instrumentos de coleta de dados. Esse atributo vem melhorando ao longo do tempo, mas muitas variáveis ainda aparecem com informações ignoradas ou não preenchidas.

Confiabilidade pode ser definida como o grau de concordância entre os registros dos eventos nos sistemas de informação e a realidade. Para garantir a confiabilidade dos dados é fundamental a correta identificação e dos eventos e a codificação adequada das causas de morte e de internação hospitalar.

a raça/cor da pele, que foi incluída no SIM em 1990, mas somente a partir de 2000 pode ser trabalhada devido à melhoria de seu registro. Entre as mortes por acidentes e violências registradas no SIM, figuravam como raça/cor “ignorada” 5,4% em 2010, reduzindo para 3,5% em 2016; no SIH/SUS 40,3% das pessoas internadas por acidentes e violências em 2010 não tiveram essa informação registrada, em 2016 esse percentual reduziu para 27,6%; no Sinan, em 2010 um percentual de 22% das notificações de violência não teve informação da raça/cor, em 2014 esse percentual foi de 15,9% (DATASUS, 2018).

A variável escolaridade também melhorou seu registro, mas ainda possui um alto percentual de ausência de informação: em 2010, 36,9% das pessoas que morreram por acidentes e violências no Brasil tiveram escolaridade desconhecida, em 2016 esse percentual chegou a 23,6% (DATASUS, 2018).

Apesar das instruções claras e padronizadas para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados dos sistemas de informação brasileiros, a completude ainda é um desafio. Autores como Correia *et al.* (2014) destacam que somente orientar como preencher não é garantia de informação de qualidade, mas é necessário capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos no processo para que se apropriem dessa tarefa fundamental para o conhecimento da real situação de saúde da população e para o planejamento de respostas.

No registro das causas não naturais de morbidade e mortalidade tem sido comum encontrar erros de codificação. No caso das internações, isso ocorre na determinação do diagnóstico principal e secundário. O primeiro é a natureza da lesão, ou seja, as consequências do acidente ou violência (fraturas, queimaduras, ferimentos, entre outras) e o diagnóstico secundário é o tipo de causa externa que ocasionou a lesão (atropelamento, agressão, entre outras). Os equívocos ou incompletudes em relação ao registro do diagnóstico secundário podem gerar sub-registro de internações por causas externas e distorções quanto aos tipos específicos dessas causas no SIH-SUS (TOMIMATSU *et al.*, 2009).

No caso da mortalidade, a causa básica da morte é a situação (acidente ou violência) que originou as lesões. Os erros ocorrem frequentemente quando os médicos legistas registram somente as lesões encontradas e não a causa básica da morte na Declaração de Óbito.

Um indicador utilizado na análise da confiabilidade da informação sobre causas externas é a proporção de mortes ou internações por lesões com causas indeterminadas ou mal definidas. No Brasil, os percentuais de

óbitos por causas externas com intenção indeterminada reduziram passaram de 9,6% em 2009 para 6,6% em 2016. No entanto, em alguns estados essa tendência foi de crescimento, principalmente em Pernambuco (passou de 7,9% para 9,4%), em Espírito Santo (passou de 3,3% para 7%) e em Mato Grosso do Sul (de 2,3% para 5,9%). Vale a pena destacar alguns estados que melhoraram consideravelmente nesse indicador, como o Rio de Janeiro (passou de 25,5% em 2009 para 9% em 2016), o Rio Grande do Norte (passou de 19,2% para 6,1%) e a Bahia (passou de 18,6% para 10,8%) (DATASUS, 2018).

Em relação às informações sobre as internações por lesões advindas de acidentes e violências, também se observa uma melhora do indicador proporção de internações por lesões classificadas como causas externas com intenção indeterminada: em 2013 representaram 13,4% de todas as internações por causas externas no país (BRASIL, 2015) e, em 2016, reduziram para 8,5% (DATASUS, 2018).

Além de considerar este indicador como forma de analisar a confiabilidade das informações, ainda pode-se usar a mortalidade proporcional por causas mal definidas (classificadas no capítulo XVIII da **Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão – CID-10**), a mortalidade proporcional por diagnósticos incompletos e os estudos especiais, que utilizam metodologias diversas para comparar os dados da declaração de óbito com informações clínicas, achados de necropsias e informações em grupos de indivíduos com doenças específicas, por exemplo (CASCAO; COSTA; KALE, 2012).

Os problemas que impactam a qualidade dos dados ocorrem em todas as etapas da produção da informação, levando a uma representação equivocada da realidade. Em relação às informações sobre a mortalidade por acidentes e violências, descreve-se a seguir alguns problemas que podem impactar sua qualidade:

- a) Classificação das variáveis presentes na DO como em indispensáveis, obrigatórias e secundárias. Essa classificação, preconizada pelo Ministério da Saúde, quando da informatização do sistema de mortalidade, com o objetivo de ajudar na crítica e na correção dos dados, contribuiu para a cultura do não preenchimento de algumas variáveis como raça/cor e escolaridade, consideradas menos importantes e dispensáveis (MESSIAS *et al.*, 2016).
- b) Dificuldade na definição da causa básica das mortes violentas. É importante destacar que, quando se trata de algumas causas específicas de lesões que provocaram a morte, a determinação da sua intencionalidade e, portanto, da causa básica do óbito,

Todas as causas de morbidade e mortalidade na população são nomeadas por meio de um instrumento, usado internacionalmente, que as agrupam e classificam, segundo determinados critérios. Trata-se da **Classificação Internacional de Doenças**, que existe desde 1893 e vem sendo periodicamente revista, chegando-se à décima revisão, usada no Brasil a partir de 1996. Atualmente, a décima primeira revisão, aprovada em 2018, ainda não foi adotada pelos sistemas de informação brasileiros.

nem sempre são tarefas fáceis ou estão claramente colocadas, nem mesmo para os técnicos mais experientes. Um exemplo é determinar se uma morte provocada por uma arma de fogo se trata de uma agressão interpessoal ou foi resultado de uma violência autoinfligida ou mesmo se ocorreu por um acidente. A forma como essa morte é registrada nos sistemas de informação influencia a produção de conhecimento sobre homicídios, suicídios ou acidentes.

- c) Dificuldade na codificação dos óbitos a partir das informações registradas na DO. Essa codificação é realizada pelas equipes treinadas da vigilância epidemiológica dos municípios, de acordo com a CID-10, a partir das informações registradas pelos médicos na DO. Trata-se de um processo relativamente simples quando as informações na DO são suficientes para caracterizar as circunstâncias do óbito. No entanto, ainda é comum encontrar indefinições e registros que não oferecem subsídios para a adequada codificação, o que impõe aos técnicos codificadores a necessidade de buscarem informações complementares em outros locais, como no próprio IML ou na imprensa (MESSIAS *et al.*, 2016).
- d) Baixa valorização da DO por parte dos médicos. O desconhecimento ou a pouca sensibilização em relação à relevância do documento e seu papel social como base para o conhecimento epidemiológico e para subsidiar políticas públicas em saúde, pode estar na base desse problema (COSTA; FRIAS, 2011). Essa baixa valorização também pode ser identificada pelo fato de alguns médicos registrarem somente a causa do óbito e repassarem para funcionários administrativos o preenchimento das informações consideradas menos nobres da DO. Essa negligência em relação à responsabilidade ética e jurídica do médico em preencher a declaração de óbito pode impactar negativamente a confiabilidade dos dados (SCHOEPS *et al.*, 2013).
- e) Falha no processo formativo das escolas médicas. Muitas escolas médicas não preparam devidamente os profissionais para o preenchimento completo, correto e fidedigno das DO. Muitos estudos mostram que existe essa lacuna na formação profissional, que não incluem no currículo de graduação ou o fazem de forma deficitária, o treinamento para essa atribuição médica. As capacitações pontuais, realizadas para suprir essa falha, não têm sido satisfatórias, devido à grande relevância epidemiológica desse documento (MESSIAS *et al.*, 2016).

- f) Uso das informações da DO em processos judiciais. O temor do uso inadequado das informações sobre as circunstâncias da morte, contidas na DO, que oferece um parecer técnico sobre as causas da morte, pode contribuir para o incremento do indicador proporção de óbito por causa indeterminadas. No entanto, aspectos legais e jurídicos do uso dessas informações precisam ser esclarecidos para evitar penalizações indevidas dos profissionais no exercício do seu trabalho (LOZADA *et al.*, 2009).

Além dessas questões indicadas acima, outros pontos podem ser lembrados por seu potencial de influenciar a qualidade das informações sobre acidentes e violências, como: a) a falta de clareza nas metodologias e nas orientações dos manuais de preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, que pode afetar a completitude; b) a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que pode levá-los a valorizar pouco o preenchimento de fichas, atribuindo a elas um valor de atividade meramente burocrática em detrimento dos atendimentos emergenciais; e c) o desconhecimento das ações e medidas concretamente geradas a partir da informação que produzem ao preencher os documentos base dos sistemas de informação.

Essa diversidade de problemas na produção dos dados é bastante diferenciada se compararmos as macrorregiões do Brasil e também as especificidades locais. As regiões Norte e Nordeste enfrentam dificuldades na operacionalização do sistema, evidenciando as heterogeneidades em relação aos atributos da qualidade dos dados produzidos sobre acidentes e violências (ANDRADE; SZWARCOWALD, 2007).

16.4 Avanços na produção de informação sobre acidentes e violências

Algumas iniciativas para auxiliar na melhoria da informação sobre acidentes e violências no país já vêm sendo tomadas pelo Ministério da Saúde, desde 1993. No quadro a seguir, destacam-se algumas resoluções que favoreceram os esforços para a qualificação das informações.



Para saber mais sobre qualidade da informação em saúde, consulte publicações da série Saúde Brasil, que apresenta a situação de saúde do Brasil, segundo a compreensão institucional do Ministério da Saúde (MS). Suas análises são úteis para a gestão em saúde e são produzidas a partir de dados dos sistemas de informações gerenciados pelo MS, em parceria com os estados e municípios. Disponíveis em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/obras-publicadas/>

Quadro 1 – Histórico de resoluções sobre produção de informação

Ano	Resolução	Avanço
1993	Portaria SAS/MS n. 119/1993 (BRASIL, 1993)	Incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) o registro específico da atenção ao acidentado do trabalho, momento importante dentro do SUS para que se estabelecesse a cultura da defesa dos direitos do trabalhador.
1996	Portaria GM n. 2.390/1996, atualizada pelas Portarias GM n. 820/1997, e GM n. 443/2000 (BRASIL, 1996, 1997a, 2000)	Criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), em cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde. A Ripsa vem ajudando a promover a adequada disponibilização de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas.
1997	Portaria SAS n. 142/1997 (BRASIL, 1997b)	Determinou e orientou o preenchimento de campos específicos na Autorização de Internação Hospitalar, em casos compatíveis com as causas externas (acidentes ou violências). Contribuiu para o melhor esclarecimento das circunstâncias dos acidentes e violências, por exigir o registro do diagnóstico secundário (lesão ou ferimento que gerou a necessidade de internação). Seu cumprimento passou a esclarecer melhor 80% das internações por essas causas.
2001	Portaria MS/GM n. 737/2001 (BRASIL, 2001a)	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. A partir dela houve no Ministério da Saúde um movimento positivo, no sentido da elaboração de portarias, normas e outros documentos técnicos que ampliaram a possibilidade de coleta de dados e de qualificação da informação sobre os acidentes e violências no SUS.
2001	Portaria GM/MS n. 1.969/2001 (BRASIL, 2001b)	Estabeleceu um roteiro de preenchimento do registro de causas externas e de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho e, ainda, sobre as responsabilidades técnicas a respeito dos fluxos da informação.
2002	Portaria/SAS n. 970/2002 (BRASIL, 2002)	Instituiu, no âmbito do SUS, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas (SISAV), desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde. Foi um instrumento operacional de registro de causas externas, destinado a subsidiar estudos e pesquisas para informar o planejamento das ações de prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situação de acidentes ou violências. Esse processo foi interrompido em 2003, quando ocorreu a revisão dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.
2003	Lei Federal n. 10.778/2003, regulamentada pelo Decreto n. 5.099/2004 (BRASIL, 2003, 2004a)	Estabeleceu a notificação compulsória, em todo o território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde; instituiu os serviços de referência sentinela aos quais seriam notificados compulsoriamente os casos de violência.
2004	Portaria MS n. 2.406/2004 (BRASIL, 2004b)	Estabeleceu a Ficha de Notificação/ Investigação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais e o fluxo para notificação.
2005	Resolução CFM n. 1.779/2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005)	O Conselho Federal de Medicina regulamentou a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.
2009	Portaria MS n. 116/2009 (BRASIL, 2009)	Regulamentou a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.
2011	Portaria n. 104/2011, atualizada pela Portaria n. 1.271/2014 (BRASIL, 2011, 2014) e pela Portaria GM n. 204/2016 (BRASIL, 2016).	Tornou compulsória a notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências; incluiu a violência sexual e a tentativa de suicídio como eventos de notificação imediata, em até 24 horas a partir do conhecimento de sua ocorrência, à Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Elaboração das autoras.

Os objetivos da Ripsa são:

- criar um conjunto de dados básicos e indicadores consistentes, atualizados e de amplo acesso;
- articular instituições que contribuem para a geração e análise de dados e indicadores;
- implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações;
- promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados;
- promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;
- contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).



Para saber mais sobre a Ripsa, consulte o site da Rede Interagencial de Informações para a Saúde em www.ripsa.org.br.

Considerando a magnitude e a gravidade dos eventos violentos no país e a capacidade de preveni-los, o Comitê de Informação para Acidentes e Violência da Ripsa revisou e elaborou, em 2005, indicadores para o monitoramento nos principais grupos afetados, que possam ter comparabilidade nacional e internacional, disponibilidade e facilidade de acesso aos dados. Alguns agravos, como os acidentes de transporte, suicídios, agressões e quedas, foram selecionados para ser monitorados.

Iniciativas da Secretaria de Vigilância em Saúde têm procurado capacitar profissionais responsáveis pelos registros dos dados sobre morbimortalidade por acidentes e violências, em diversas partes do país, para que busquem melhorar a qualidade das informações produzidas. Além disso, tem empreendido esforços para ampliar a implantação das fichas de notificação de acidentes e violências interpessoais nos serviços de saúde brasileiros.

Estudos realizados ao longo do tempo vêm demonstrando as melhorias na qualidade das informações sobre violências e acidentes no Brasil (NJAINÉ; REIS, 2005; BRASIL, 2015; MESSIAS *et al.*, 2016). A significativa melhoria da informação sobre mortalidade por causas externas em algumas capitais deveu-se principalmente à iniciativa das Secretarias Municipais de Saúde, de buscar articulação com outros setores, como o de segurança pública e capacitar seus profissionais. Muitas das iniciativas para a melhoria da qualidade da informação sobre causas externas foram, contudo, viabilizadas pelo processo de descentralização do SIM.

Com relação às informações sobre morbidade hospitalar, sabemos que apenas uma parte das consequências de agressões e traumas é computada pelas estatísticas, em função de limitações do SIH-SUS – que não inclui os muitos casos atendidos nas emergências, prontos-socorros e as internações ocorridas em unidades de saúde não conveniadas ao SUS –, da ausência de denúncias às autoridades públicas e, ainda, do desconhecimento sobre a magnitude das agressões dirigidas às crianças, mulheres e aos idosos.

Nesse contexto a implantação do Sistema VIVA, em seus dois componentes, já descritos anteriormente neste capítulo, foi um avanço para o conhecimento dos acidentes e violências que chegam nos serviços de saúde do SUS.

Ainda em relação ao Sistema VIVA é importante destacar que as fichas usadas para as notificações têm sido aprimoradas e, atualmente inclui variáveis importantes para a qualificação dos dados e ampliação de sua cobertura, como a possibilidade da notificação de diversas unidades notificadoras, além das Unidades de Saúde, como Unidades de Assistência Social, Estabelecimentos de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, entre outros. Além disso, outras expressões de violência como tráfico de seres humanos, trabalho infantil, trabalho escravo, tortura, intervenção legal e homofobia; e variáveis que permitem maior visibilidade das vulnerabilidades como orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência (sexismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua e outros) também foram incorporadas.

Mesmo diante dessas conquistas, uma questão importante desafia a vigilância desses eventos: a cobertura da notificação das violências no sistema Sinan, que ainda não abrange todos os municípios e todos os serviços de saúde do SUS.

A informação é um direito de todos os cidadãos. Portanto, os sistemas de informação também têm um papel social, ajudando na compreensão da magnitude do problema dos acidentes e violências e no compartilhamento de decisões que dizem respeito à população em geral, como medidas de prevenção e de promoção da saúde e cultura de paz, e crescimento da cidadania.

Coerente com o novo modelo de assistência à saúde, muitos profissionais da área vêm reforçando a necessidade de trabalhar a informação em nível local. Então, é importante incentivar a realização de análises da situação de saúde da população em nível municipal, de forma a auxiliar na tomada de decisões no próprio local.

No caso brasileiro, existem avanços significativos em relação às tecnologias relacionadas à informação, mas ainda se percebe um descompasso entre sua produção e seu uso e apropriação para ajudar: a) a compreender a complexidade do quadro de saúde da população; e b) adequar as respostas do setor saúde aos processos que envolvem saúde-doença-cuidado (MORAES; GOMÉZ, 2007).

16.5 A informação e a comunicação sobre acidentes e violências nas mídias

Como as mídias tradicionais e as mídias digitais podem contribuir para disseminar informações sobre violência e saúde? As mídias têm importante papel na sociedade, porém quando se trata de violências, ainda prevalece uma atuação desses meios muito centrada na relação dos eventos violentos com a questão da criminalidade. Esse tem sido o papel preponderante dos noticiários e programas televisivos, radiofônicos e das notícias que circulam na internet. Entretanto, é importante considerar que esses meios podem contribuir para ampliar a consciência da população sobre a complexidade do fenômeno da violência, exercendo assim um papel de promoção da saúde e prevenção desses eventos.

Atualmente, com a velocidade de divulgação de informações, principalmente com a ampliação do acesso à internet e às mídias sociais, alguns cuidados são essenciais para prevenir a disseminação de conteúdos que não correspondem à verdade, as chamadas *fake news*. Alguns estudiosos destacam que é necessário observar as fontes, a consistência e a confiabilidade da informação, verificando assim sua qualidade e veracidade (TOMAÉL *et al.*, 2001). Na área da saúde, o grande número de pessoas que buscam informações em saúde e a proliferação de fontes e conteúdos produzidos têm se tornado um problema de saúde pública (SILVA; LUCE; SILVA FILHO, 2017). No caso da violência, é comum a disseminação de notícias, que, muitas vezes, se referem a contextos totalmente diversos, acontecidos em ocasiões e locais que não condizem com o fato narrado. Essas incoerências podem levar a interpretações equivocadas pelos leitores dessas mídias.

Os dados sobre acidentes e violências podem e devem constituir informações a serem divulgadas por esses meios no sentido de difundir as múltiplas causas da violência que não são somente criminais, sua magnitude, suas consequências, resoluções morais, emocionais e intelectuais para os conflitos, e serviços de atendimentos a pessoas em situação de violência.

Neste sentido, também é necessário que pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e jornalistas, que atuam em instituições de saúde, se empenhem em divulgar os dados em linguagem ética e comunicativa,



Para saber mais!

- Exemplos de iniciativas do setor saúde para profissionais da mídia sobre como abordar eventos violentos:

“Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia”. Documento elaborado em 2000, como parte do “Suicide Prevention Program” (Supre), iniciativa da OMS para a prevenção do suicídio. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf

- Exemplos de iniciativas do setor saúde para profissionais desse setor lidarem com as mídias de forma educativa e técnica sobre temas complexos: “Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”. Documento do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, publicado em 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_midia_profissionais_saude.pdf

O objetivo desse documento é contribuir para que profissionais de saúde, aperfeiçoem a prática de conceder entrevistas, preparar *releases* e subsidiar com informações os diferentes tipos de veículos de comunicação (jornal, revista, TV, rádio e Internet), capacitando-se como um porta-voz dos serviços e uma fonte com credibilidade para a imprensa.

pois quando se trata de estatísticas é importante saber narrar e mostrar a relevância das informações, da forma mais clara possível. Por exemplo: quando mostramos um dado sobre prevalência de mortalidade de jovens por homicídios, é importante destacar não somente o número de mortes, mas também contar um pouco da estória desses jovens que morrem. Quem são? Como e onde viviam? Quais são as políticas públicas para jovens no Brasil? Como prevenir esses homicídios? Como a arma de fogo contribui para a letalidade em geral? Como é a situação dos jovens em outros países?

Enfim, apesar de hoje já se ver muitos avanços em termos do tratamento dos eventos violentos nas mídias em geral, ainda precisamos avançar na negociação de agendas comuns que deem visibilidade a situações de interesse para o conhecimento público, o que poderia favorecer o desenvolvimento de círculos de atenção social, essenciais à produção e reprodução de sentidos e às ações coletivas (CAVACA; VASCONCELLOS-SILVA, 2015).

Para consolidar seus conhecimentos

1. Existe no seu município um sistema de informações sobre o atendimento pré-hospitalar (Samu, Corpo de Bombeiros), hospitalar e pós-hospitalar (serviços de reabilitação) de pessoas em situação de acidentes e violências?
2. Como são registradas as informações geradas no atendimento às vítimas de acidentes e violências? Essas informações são registradas nos prontuários/fichas de atendimento? Usa-se a CID-10? É possível identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?
3. As informações geradas nos eventuais serviços de reabilitação às vítimas de acidentes e violências são registradas nos prontuários? Usa-se a CID-10? É possível identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?
4. Existe algum tipo de capacitação para que os profissionais responsáveis pelos registros aprimorem a qualidade de registro das informações sobre acidentes e violências?
5. Como as mídias locais tratam a questão da violência em seu município? Elas apresentam os dados dos serviços de saúde? Costumam entrevistar os profissionais de saúde?

16.7 Referências

- ALMEIDA, W. S. *et al.* Captação de óbitos não informados ao Ministério da Saúde: pesquisa de busca ativa de óbitos em municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 200-211, 2017.
- ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1207-1216, 2007.
- BRASIL. Decreto n. 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 2004a.
- BRASIL. *Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 18 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 26 jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 23, 18 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 443, de 26 de abril de 2000. Institui Comissão Geral de Coordenação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. *Diário Oficial da União*: seção 2, Brasília, DF, p. 9, 28 abr. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 19 maio 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 820, de 25 de junho de 1997. Fica instituída a Rede Integrada de Informações para a Saúde - Ripsa no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 13223, 26 jun. 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 67, 9 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.969, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 87, 2 out. 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.390, de 11 de dezembro de 1996. Fica instituída a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), com objetivos de estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes, transparentes e de fácil acesso. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26817, 12 dez. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 84, 8 nov. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 970, de 11 de dezembro de 2002. Aprova e institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas/SISAV. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 142, de 13 de novembro de 1997. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 26499, 17 nov. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria n.119, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAISUS) a atenção ao acidentado do trabalho o código 044-2 (Atendimento específico para acidente do trabalho). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 13796, 15 set. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações de óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 12 fev. 2009.

CASCAO, A. M.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Qualidade da informação sobre mortalidade numa coorte de diabéticos: Estado do Rio de Janeiro, 2000 a 2003. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 134-142, 2012.

CAVACA, A. G.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Diseases neglected by the media: a theoretical approach. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 19, n. 2, p. 83-94, 2015.

CONCHA-EASTAMAN, A.; VILLAVECES, A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistema de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. Washington, DC: Organización Pan-Americana de la Salud, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n. 1.779, de 5 de dezembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2005.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.11, p. 4467-4478, 2014.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1267-1274, 2011. Suplemento 1.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2018. Site. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 maio 2020.

LÉVY, P. *A inteligência coletiva*. São Paulo: Loyola, 1999.

LOZADA, E. M. K. et al. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 223-228, 2009.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MESSIAS, K. L. M. et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1255-1267, 2016.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

NJAINE, K.; REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 313-340.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

SCHOEPS, D. *et al.* SIM e SINASC: representação social de enfermeiros e profissionais de setores administrativos que atuam em hospitais no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1483-1492, 2013.

SILVA, L. M.; LUCE, B. F.; SILVA FILHO, R. C. Impacto da pós-verdade em fontes de informação para a saúde. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, Brasília, DF, v. 13, p. 271-287, 2017.

SOUTO, R. M. C. V. *et al.* Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2811-2823, 2017.

TOMAÉL, M. I. *et al.* Avaliação de fontes de informação na internet: critérios de qualidade. *Informação & Sociedade: estudos*, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2001.

TOMIMATSU, M. F. A. I. *et al.* Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 413-420, jun. 2009.