

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência

JUNIO DE ARAUJO ALVES

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE BETIM - MG

Belo Horizonte

2016

JUNIO DE ARAUJO ALVES

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE BETIM - MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares

Coorientadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte

2016

Alves, Junio de Araújo.
AL474v Violência doméstica contra crianças no município de Betim - MG
[recurso eletrônico]. / Junio de Araújo Alves. -- Belo Horizonte: 2016.
78f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Ricardo Tavares.
Coorientador (a): Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Maus-Tratos Infantis. 2. Proteção da Criança. 3. Notificação de
Abuso. 4. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 5. Dissertação Acadêmica. I.
Tavares, Ricardo. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 325

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



FOLHA DE APROVAÇÃO

VIOLÊNCIA DOMESTICA CONTRA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE BETIM - MG


JUNIO DE ARAÚJO ALVES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 29 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Ricardo Tavares - Orientador
UFOP


Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira
UFMG


Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG

Belo Horizonte, 29 de julho de 2016.

Dedico este trabalho a todas as crianças que de alguma forma carregam em sua existência as marcas da violência. Violência esta que, ainda que não seja dita, a revela em suas significações sensíveis e são percebidas pelo olhar e pelo sentir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus o Grande Autor e Criador do universo. Sua marca pode ser percebida de maneira inconfundível desde a menor até maior de suas obras, no DNA, na sequência matemática, no formato geométrico das rosas e das galáxias... Pela vida, pelos queridos e pelos milagres até aqui.

A minha amada Daniela Hermsdorfs Alves, companheira, incentivadora e guerreira que nunca hesitou empunhar suas armas quando a luta assim nos exigiu para juntos alcançarmos a vitória.

A minha pequena Ana Carolina, filha amada que, desde o dia do seu nascimento, só enxerga o pai estudando, lendo e além da rotina de trabalho ainda tem que cumprir intermináveis tarefas acadêmicas. Aperta-me o coração quando diz: pai esse estudo não tem fim?

Aos meus pais, o Pedreiro João Agripino Alves (*In memoriam*) e a Atendente de Enfermagem Maria Bernardina A. Alves, por me ensinarem o amor e os verdadeiros valores. Sei que meu Pai se vivo estivesse ficaria orgulhoso por ter um filho Mestre e minha querida mãe sei que está radiante com mais este grau por mim alcançado.

Aos meus irmãos (os de sangue e os de coração), irmãs (*idem*), sogros, cunhados, cunhadas e primos fico agradecido por que sei que torcem sempre por mim.

A todos os amigos, vocês sempre me dão força, mesmo que eu esteja ausente, pelo correr da vida, ainda assim sei que torcem e oram por mim.

A Professora, Doutora Elza Machado de Melo, que com bravura, renúncia e elevada dose de altruísmo tem conduzido com mão forte este programa de pós-

graduação, imprimindo de forma profunda e marcante uma nova cultura de paz e não violência para nossa sociedade.

Ao Professor, Doutor Ricardo Tavares, Orientador, sem o qual não seria possível a realização desse trabalho.

Aos Amigos, Prof. Mestre Paulo Maia, Profa. Mestra Tânia Resende e a Mestranda Vanuse Braga, pelo apoio e companheirismo, vocês foram fundamentais nesta caminhada.

Agradeço também a Cleri Xavier, Eliane Goulart, Roberto, Christiane, Dr. Márcio e demais colegas da Vigilância de Betim.

Aos amigos Cassiano, Denizi Shilaucher, Edna C. Castro, Marquinho, Dra. Elisabeth Rodrigues, Dra. Mirian Leite, Dr. Adriano Neves e Leonardo Lanza, por me apoiarem.

Ao Prefeito Carlaile Pedrosa e ao Gestor do SUS Betim Dr. Mauro Reis pelo apoio institucional.

As profissionais do Núcleo de Prevenção à Violência e Construção de uma Cultura de Paz, Amanda e Lauriza.

A todos vocês o meu muito obrigado.

“Abre a tua boca em favor dos que não podem se defender, sê o protetor dos direitos de todos os desamparados, Ergue a tua voz seja justo, defende o necessitado.” Prov. 31: 7 a 9

RESUMO

A violência é um fenômeno negativo que afeta diretamente as relações sociais. Na atualidade vem colocando em risco e abalando o modelo civilizado de sociedade e tem dado causa a vários tipos de morbimortalidade, sagrando como um grave problema de saúde pública. As crianças são as vítimas mais vulneráveis das iniquidades ocorridas dentro do lar, com alta exposição de risco de perda da vida ou podem carregar sequelas que afetam para sempre seu desenvolvimento e qualidade de vida. O presente estudo teve por objetivo analisar a violência doméstica contra crianças de famílias participantes do inquérito de base populacional, realizado no Município de Betim, no ano 2014. Utilizou-se o método de amostragem estratificada por conglomerados em três estágios, a saber, setores censitários, domicílios e respondentes. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, utilizando a tabela de Kish. Foram realizadas 1.129 entrevistas nos domicílios. Foram realizadas análises descritivas, com distribuição de frequências cruzadas para as variáveis estudadas, confecção de gráficos de barras verticais e comparação dos casos de violência contra criança encontrados na pesquisa com os casos registrados no SINAM. A partir das variáveis selecionadas foram construídos cinco indicadores de violência contra criança. Foi calculada a correlação de Spearman's com a correspondente confecção de correlograma e, por fim, realizou-se análise de correspondência. Os resultados mostraram que a violência contra crianças está presente em 30% dos domicílios de Betim estudados, sendo a violência física a de maior ocorrência (24,1%), seguida da psicológica (14,9%), negligência (5,4%) e sexual (1,4%). Foi constatado que 2,7% das crianças violentadas foram levadas ao serviço de saúde por causa da agressão sofrida e que o nível de gravidade e a quantidade de violência sofrida foram determinantes para que o serviço de saúde fosse procurado. As maiores concentrações de violência ocorrem nos domicílios onde a escolaridade e a renda são menores, onde os responsáveis estão na faixa de idade entre 35 e 44 anos e, portanto, ativos para o trabalho e alguns casos sofrem influências de uso de álcool e outras drogas. Pôde-se constatar também que o sistema oficial está trabalhando com alto número de subnotificação: o banco de dados do SINAN apresentou um total de 79 domicílios notificados para violência contra crianças, relativos a todo município, em 2014, enquanto o inquérito SAUVI, dentro de sua amostra apenas, trouxe à luz a violência contra criança em 110 domicílios, sem nenhuma intersecção com os primeiros. Os resultados demonstraram uma forte correlação entre a forma de correção infantil e violência contra crianças no Município de Betim, também existe correlação entre exposição da violência e violência contra crianças e ambas com sofrimento de sequelas. Existe também significância estatística entre o número de crianças residentes no domicílio e a quantidade de formas de violência perpetradas no mesmo, mostrando que em domicílios com duas crianças chegou-se até um número de quatorze formas diferentes de violências perpetradas em um mesmo domicílio. Tais resultados mostram a grande necessidade de se construir uma rede multidisciplinar de proteção à criança em situação de violência com foco na prevenção e na promoção.

Palavras-chave: violência contra crianças; proteção; prevenção; notificação; rede.

ABSTRACT

Violence is a negative phenomenon that directly affects social relationships. In present days, it has terrified and put in risk the civilized model society, besides being the cause of several morbimortalities, becoming a serious public health problem. Children are the most vulnerable victims of inequities that occur inside home, with high exposure to risk of loss of life and the possibility of taking with them sequels that affect their development and quality of life forever. This is about a cross-sectional study, organized by population-based survey made in the city of Betim. The purpose is the study of domestic violence against children. It was used the sampling stratified method in three stages; census tracts, households and respondents. The selection of people in their households took into consideration the homogeneity of gender and age in the sample and it was based on Kish tables. The sample was calculated with a confidence level of 95% and a margin of error of up to 1.9%. The results showed that the official system is working with a high number of underreporting. It was possible to prove that while the SINAN database showed a total of 79 households reported in 2014 on violence against children, SAUVI survey revealed other 110 households with this violence. Thus, the research allowed us to know an amount of 189 cases in the year. It was also found that, the highest concentrations of violence occurs in homes where education and income are smaller and those who are responsible for the home are in the age between 35 and 44 years, therefore, able to work and in some cases suffer influence of alcohol and other drugs. Violence against children is present in 30% of Betim households, being physical violence the greater occurrence 24.1%, followed by 14,9% psychological, neglect 5.4% and sexual 1.4%. It was found that 2.7% of the abused children were taken to the health service because of the aggression suffered and that the level of severity and amount of violence suffered were decisive for the health service to be sought. Indicators were created which showed mainly the correlation between the way to correct with violence against children and sequels acquired from violence in the home. The results showed the great need to build a multidisciplinary network protection to child victims of violence with a focus on prevention and promotion.

Keywords: violence against children; protection; prevention; reporting; network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Composição dos indicadores	30
----------	----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
DATASUS ..	Departamento de Informática do SUS
DIM	Dimensão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IC	Indicador de cuidados
IEV	Indicador de exposição à violência
IFC	Indicador de forma de corrigir
IS.....	Indicador de sequelas
IVC.....	Indicador de violência contra crianças
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPT	Probabilidade Proporcional ao Tamanho
SAUVI	Saúde e Violência: subsídios para formulação de políticas de promoção e prevenção da violência.
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos e Notificações
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIP	Tribunal Penal Internacional
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1	Fenomenologia da violência.....	13
1.2	Violência contra crianças.....	15
1.3	Rede de proteção à criança e prevenção da violência.....	18
1.4	Importância da notificação	20
2	HIPOTESE / JUSTIFICATIVA.....	24
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	Objetivo geral.....	25
3.2	Objetivos específicos	25
4	MÉTODOLOGIA.....	26
	REFERÊNCIAS.....	31
6	ARTIGO CIENTÍFICO: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE BETIM-MG.....	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	APÊNDICA A - Questionário: Variáveis referentes à violência contra crianças – Inquérito SAUVI	65
	APÊNDICE B - Composição de indicadores e fórmulas estatísticas.....	68
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecimento	71
	APÊNDICE D - Tabela de endereços SINAN X SAUVI	72
	ANEXO A - Ficha do SINAN	75
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	77

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Fenomenologia da violência

A ocorrência da violência na sociedade humana pode ser caracterizada como um fenômeno negativo de proporções exponenciais que atinge de frente a saúde, a qualidade de vida e o equilíbrio harmônico das relações sociais, colocando em risco a própria modelagem do Estado regulador pactuado entre as pessoas, conforme descrito por Jacques Rousseau em sua obra “Do contrato social” (ROUSSEAU, 2004).

Esse fenômeno revela um ser no mundo vitimado pela violência com inúmeras significações existenciais. Assim, o ato violento pode se expressar pelo visível, como algo que se pode apreender com o olhar, mas também pelo sensível, que pode ser percebido pelos sentidos. A percepção perpassa dúvidas possíveis e se instala como verdade na expressão da existência do ser em sua totalidade: corpo que sente, pensa, fala, comunica-se e interage com o mundo fazendo-se conhecer e ser percebido (MERLEAU-PONTY, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência como um problema de saúde pública classificada na tabela de morbidades como “Causas externas”. No Brasil esse fato é comprovado pelas estatísticas apresentadas no sistema oficial do Ministério da Saúde (MS) o DATASUS que aponta, no *ranking* de causas das morbidades, as causas externas sempre no topo da lista disputando apenas com doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. A violência é também reconhecida pelo Ministério da Saúde do Brasil como grave problema de saúde pública, com grande impacto na morbimortalidade. Ela está sempre presente como temática de discussão nos movimentos globais e agenda de saúde global. Acomete toda a sociedade sem distinção (BRASIL, 2011; MINAYO, 2001).

Em 2010, morreram 468.000 pessoas no mundo, vítimas de homicídio, correspondendo a uma taxa média de mortalidade de 6,9 habitantes por 100.000 habitantes. A maioria dessas mortes ocorreu na África (36%) e nas Américas (31%), mais do que o dobro das mortes ocorridas nos outros três continentes, mostrando heterogeneidade na distribuição mundial dos homicídios. O Brasil ocupa a 26ª

posição, estando à sua frente apenas países da África e da América Latina (MINAYO, 2007).

Constatam-se as altas taxas de suicídios entre homens de países como a Lituânia, Rússia, Bielo-Rússia, Cazaquistão, Hungria, Látvia, Coreia, Guiana, Ucrânia, Japão, Eslovênia, Estônia e República da Moldávia, todas acima de 30 suicídios/100.000 habitantes. Entre mulheres, destacam-se os países: Coreia, Guiana, Japão, Suíça e China (MINAYO, 2007).

As estimativas de prevalência indicam que nos Países Baixos, aproximadamente 10% da população já foi exposta a violência doméstica. O tipo mais comum de violência doméstica é a violência interparental, que se refere à violência que ocorre entre os pais (BRASIL, 2001).

Uma pesquisa realizada na Holanda, concentrando-se sobre a influência da violência interparental sobre a criança e sobre o comportamento dos pais (estudo de entrevista qualitativa e revisão da literatura), envolvendo análises secundárias qualitativas sobre as transcrições das entrevistas das mães e dos filhos da mesma família, encontrou distorções entre o relato das mães e o das crianças principalmente no tocante à gravidade da exposição da violência (BRASIL, 2001). 6

No Brasil, no período de 1991 a 2010, 869.752 pessoas foram a óbito por homicídios; 148.329 por suicídio, e 675.692 por acidentes e violências no trânsito, sendo as taxas de mortalidade, no ano de 2010, de 27,8, 23,0 e 5,0, respectivamente (BRASIL, 2001). O Mapa da Violência aborda uma análise internacional sobre o número de homicídios de crianças com até quatro anos de idade, na qual o Brasil ocupava a 23ª posição (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Em Belo Horizonte, a taxa de homicídios sofreu diminuição importante a partir de 2007, mas continua alta em 2010 (34,9 mortes por 100.000 habitantes) (WASELFISZ, 2012). Interessante comentar que estudo em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com mulheres de 15 a 69 anos, mostrou a maior prevalência de agressão verbal em Belo Horizonte (85,5%) (MALTA et al., 2015).

Em Betim, em 2010, as taxas de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte foram, respectivamente, 58,7 e 20,1 por 100 mil habitantes, com concentração entre homens de 15 a 49 anos. Nos meses de janeiro a agosto de

2011 as causas externas representaram 11,5% dos motivos de internação, equivalendo a quase 10% do total do valor financeiro gasto. Com tantas evidências, não é casual a inclusão do tema na agenda da saúde, considerando a seguinte tipologia: violência autoinfligida, violência interpessoal, violência coletiva, cada uma podendo ser de natureza diferente: física, psicológica, sexual e/ou negligência/abandono (MALTA et al., 2015; WAISELFISZ, 2012). O Ministério da Saúde acrescenta ainda ao conjunto: tortura, tráfico de pessoas, trabalho infantil (BRASIL, 2011).

1.2 Violência contra crianças

As crianças e os adolescentes, até pela própria constituição física e a imaturidade psíquica são os mais vulneráveis a todas as formas de violência (BRASIL, 2011; MINAYO, 2001). Crianças expostas à violência interparental são mais vulneráveis a problemas de ajustamento social. Por exemplo, estas crianças mostram mais internalização de sentimentos ou, em alguns casos, apresentam externalização da violência recebida, e apresentam dificuldades no meio acadêmico. Além disso, a exposição à violência interparental está associada com níveis mais elevados de problemas emocionais (BRASIL, 2001).

Ao longo da história social humana, a violência contra criança e adolescente esteve muito vinculada ao ato de educar e tem sido considerada como um instrumento de socialização e resposta automática a desobediências e rebeldias. Paralelamente a isso, as importantes mudanças nas configurações familiares contemporâneas decorrentes da transformação cultural, demográfica e socioeconômica, aliadas à fragmentação social, aumentam as pressões sobre a família, deteriorando as relações afetivas e potencializando, por um lado, o uso da punição corporal a esse grupo etário, por outro a permissividade, a superproteção e a falta de cuidado com a formação do sujeito, resvalando-se, dessa forma, para outro aspecto da violência, a negligência. Não estaria tal fato relacionado ao deslocamento da incidência dos homicídios para as faixas de idade cada vez mais jovens (MINAYO, 2001; PINTO JÚNIOR et al., 2015), ocorrendo no âmbito juvenil a maior concentração da violência homicida (MALTA et al., 2015).

A violência contra crianças se mistura à história da cultura social no mundo sendo muitas vezes encarada como uma prática comum dentro do processo de construção da hierarquia familiar - ocorre que muitas atrocidades foram e são cometidas em nome da disciplina (MALTA et al., 2015).

Pesquisadores têm demonstrado em seus estudos que a violência doméstica sofrida por crianças e adolescentes é responsável por inúmeros agravos à sua saúde física e psicológica. Algumas sequelas foram identificadas como, por exemplo, distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão, perdas significativas e persistentes de qualidade de vida na idade adulta, além da possibilidade de a vítima repetir a violência sofrida. Esses mesmos estudos demonstram uma estreita relação entre a prática da violência e o abuso de álcool e drogas (PRISZKULNIK, 2015).

Pesquisa avaliou a exposição da criança e o papel da mãe em relação à violência interparental. Em geral, tanto mães e como crianças relataram que as crianças tinham sido expostas à violência interparental, mas foram identificadas diferenças entre suas narrativas. Em vários casos, os relatórios das crianças eram mais específicos do que os de suas mães que tendiam a não relatar as situações em que os seus filhos tinham sido testemunhas. As crianças aparentemente haviam testemunhado mais violência do que suas mães tinham assumido (BRASIL, 2001).

É muito importante que haja investimentos em pesquisas para aumentar a compreensão da dinâmica familiar em famílias expostas à violência interparental. Além disso, uma melhor compreensão das possíveis discrepâncias podem fornecer diretrizes para melhores políticas. Até agora, na maioria dos países, as crianças não são (ainda) envolvidas na avaliação e nos procedimentos de tratamento: os profissionais geralmente só falam com os pais sobre as crianças (BRASIL, 2001).

A dependência de um único informante poderia fornecer informações incompletas sobre a exposição das crianças a violência interparental e o impacto causado sobre elas e suas famílias. Esta é uma preocupação, uma vez que políticas com base em tais informações incompletas podem resultar em apoio insuficiente para as crianças e pais (BRASIL, 2001).

A recorrência da violência contra criança pode variar segundo a faixa etária estudada, a fonte de informação ou o local onde se deu o ato. É destacada pelos danos físicos e emocionais provocados por membros da própria família, muitas vezes o pai, ou namorado da mãe e até a própria mãe. Sua expressão mais conhecida é a agressão, mas pode se manifestar pela omissão e negligência que colocam em risco seres frágeis e incapazes de se defender deixando marcas profundas em seu desenvolvimento. O domicílio foi local de ocorrência mais frequente de acidentes e violência na infância, até porque é o local em que passam a maior parte do tempo (VIEIRA et al., 2015).

Maus tratos às crianças, definido como todas as formas de violência física, sexual, emocional e negligência constituem multifenômeno que envolve fatores individuais, familiares, sociais e culturais. A complexidade do problema, como é amplamente reconhecida pela psicologia e ciências sociais, requer interinstitucionalidade e multi-intervenções disciplinares, por meio da integração dos diferentes contextos de ação (SILVA et al., 2015).

Devido aos altos índices deste evento em âmbito mundial e às graves sequelas ao desenvolvimento das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, torna-se fundamental a mobilização e articulação dos setores sociais envolvidos no desenvolvimento de estratégias, identificação precoce e tratamento das consequências advindas do ato de violência, visando amenizar o sofrimento das vítimas e impedir a reprodução desse agravo no futuro. A violência ocorrida no seio familiar por aqueles que deveriam zelar pelo bem estar e proteger mostra-se chocante e dolorosa (ALBUQUERQUE et al., 2015; PRISZKULNIK, 2015).

Além disso, a agressão física ocorrida no ambiente familiar geralmente deixa marcas corporais passíveis de serem visualizadas e identificadas. Daí a importância do preparo dos profissionais da área da saúde na identificação e notificação desta e outras modalidades de violência nem sempre tão evidentes. Para tanto é importante estar atento às peculiaridades do contexto. Informações e dados poderão guiar o delineamento de ações eficazes de prevenção e assistência. Não se pode esquecer que, do mesmo modo em que são visíveis a agressão física e os castigos, também a afronta, o abandono e a negligência produzem vulnerabilidades às crianças e adolescentes, na sua face individual e coletiva (PRISZKULNIK, 2015; van ROOIJ et al., 2015). Por outro lado e, felizmente, o século XX foi considerado o "século da

criança", propiciando, deste modo que o tema esteja presente nos estudos de várias áreas de conhecimento como a psicologia, a medicina, a biologia, a pedagogia, a educação física, a história, a sociologia, entre outras (COMO et al., 2014).

1.3 Rede de proteção à criança e prevenção da violência

Alguns pesquisadores descobriram a existência de relação entre a eficácia do enfrentamento da violência e o grau de coesão entre os profissionais envolvidos no cuidado de uma criança. Outros estudos analisaram o papel dos serviços no sistema de bem-estar infantil. Então, para enfrentar o abuso, o pré-requisito para a ação integrada parece ser especificação e responsabilização dos papéis de cada profissional.

De acordo com Lane e Dubowitz (2009), a experiência clínica torna a colaboração entre os profissionais mais produtiva quando as competências de cada membro são claramente especificadas. A responsabilização dos papéis de cada profissional deve garantir consistência e continuidade das ações, na rede de cuidados (SILVA et al., 2015).

A participação italiana no debate global sobre o estado dos serviços é representada pela Comissão Italiana dos Serviços contra Abusos de Crianças (CISMAI), estrutura de cultura permanente com a função de identificar as diretrizes utilizáveis e protocolos (SILVA et al., 2015). No contexto italiano, os seguintes passos caracterizam cada intervenção: (1) o reconhecimento e notificação de abuso, (2) proteção da criança, avaliação e tratamento de diagnóstico e prognóstico (3) sintomas pós-traumáticos. Estas atividades são realizadas dentro de uma rede de trabalho de equipes multidisciplinares que envolvem principalmente psicólogos, terapeutas, psiquiatras infantis, assistentes sociais e assessores jurídicos (COMO et al., 2014). A fim de desenvolver planos de ação para a avaliação das intervenções, atenção foi dada aos papéis e às interações entre os profissionais de saúde, competências jurídica e sociais (SILVA et al., 2015). Vários estudos têm centrado a sua atenção sobre as diferentes categorias de serviços que trabalham contra o abuso infantil. A análise estrutural dos aspectos funcionais de tais serviços nos ajuda

a compreender a real capacidade das instituições para reconhecer, enfrentar e prevenir a problema do abuso infantil. Recentes pesquisas sobre redes de saúde se dirigem mais à qualidade dos serviços fornecidos, organização estrutural, desempenho, custos e benefícios, sendo menor a preocupação sobre as propriedades estruturais de redes operativas de trabalho contra o abuso infantil (COMO et al., 2014). Há, na Itália, o reconhecimento de que a luta contra este fenômeno exige o esforço conjunto de várias organizações com missões, finalidades e habilidades diferentes (SILVA et al., 2015).

Tradicionalmente as áreas responsáveis pela maioria das políticas públicas voltadas à infância e adolescência são Assistência Social, Educação e Saúde. Segundo Vieira et al. (2015), a saúde foi a área que mais capacitou profissionais, privilegiando nos conteúdos de formação, a temática da notificação, considerada ação indispensável para o dimensionamento e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Mesmo assim, ressalta investimento desigual em termos de capacitação, ainda que essa importância tenha sido reconhecida pela maioria dos gestores (COMO et al., 2014).

Considerada como uma importante conquista social, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) menciona a responsabilidade dos profissionais de saúde e instituições de comunicar os casos de violência que tiverem conhecimento, prevenindo, em seu Art. 245, penalidades para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixem de comunicar os casos suspeitos ou confirmados. Esses termos apontam para um crescimento do número de denúncias de qualquer tipo de violência já que está configurado o direito de proteção e a obrigatoriedade da notificação aos órgãos de proteção tanto das ações de violência quanto da suspeita (SANTOS et al., 2014).

Neste contexto, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica são compreendidas como seres vulneráveis no território de abrangência de uma unidade básica de saúde, e devem ser considerados como sujeitos com necessidades específicas frente aos processos de trabalho assistenciais (van ROOIJ et al., 2015).

Os estudos mostram que as informações poderiam ser usadas com sucesso para auxiliar os gestores em seus esforços para construir redes de colaboração por

meio de uma ampla gama de organização pública. Ao institucionalizar as relações entre os membros de diferentes órgãos, as unidades de saúde podem melhorar a sua capacidade de atender às necessidades de interação e completude dos diferentes grupos de trabalho (SILVA et al., 2015).

A aplicação de uma análise de redes sociais também poderia ser útil para a implantação de uma política de atendimento aos agressores porque sem essa abordagem não é possível quebrar o ciclo da violência. Informações geradas só terão valor prático se forem efetivamente discutidas, aceitas e levadas em conta pelos gestores organizacionais e participantes da rede (SILVA et al., 2015).

1.4 Importância da notificação

Estudo de revisão da literatura, realizado entre setembro e outubro de 2013, com o objetivo de analisar as produções científicas acerca da notificação de violência contra crianças e adolescentes, destacou três eixos temáticos: caracterização dos casos de violência, o profissional como um atuante na notificação e qualidade da notificação e registros de violência. A caracterização da violência, o conhecimento da equipe de saúde e a subnotificação vêm sendo abordados com muita pertinência, sendo esses temas fundamentais para melhorar tanto a qualidade quanto a quantidade da notificação (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

O termo “notificação da violência” é bastante conhecido na área da saúde, enquanto o termo “comunicação da violência” é usado em outras áreas. Os profissionais da saúde, ao realizarem o preenchimento da ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, disponível em toda unidade de saúde, devem encaminhar uma das vias para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto a segunda deve ficar na unidade de saúde. Essa ficha fornece dados a serem computados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Um relatório circunstanciado deve ser encaminhado ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes (Art.13 da Lei no 8.069/1990), alertando que esta criança necessita de proteção. O estudo de Santos et al. (2014) mostra que a

violência física (65,3%) é a mais notificada, e o principal agressor identificado é conhecido da vítima (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a inclusão violência nesse setor, assim como a obrigatoriedade da notificação desse agravo, implantou em 2006 um o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), cujo objetivo é identificar e divulgar dados de violência e acidentes no Brasil. Portanto, o MS depende da notificação da violência realizada no nível local para conhecer o perfil e monitorar os casos de violência no âmbito da vigilância epidemiológica (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Mesmo após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a inserção da violência na lista de agravos de notificação compulsória, a criação, em 2006, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e outras medidas de prevenção contra a violência e proteção às crianças e adolescentes, percebe-se que esses mecanismos ainda são insuficientes para lidar com essa temática. Falamos ainda da “violência silenciosa”, que não aparece por falta de notificação e cobertura dos serviços. Diante das subnotificações e da imprecisão no total dos casos notificados de violência ainda não se conhece a verdadeira realidade da violência contra crianças e adolescentes (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

É interessante ressaltar as particularidades de cada tipo de violência. Alguns autores revelam, assim, diferentes motivos para subnotificação. A violência sexual parece ter o registro extremamente complicado, visto que constitui evento no qual há marca registrada, um “pacto de silêncio”. Na maioria das vezes, as vítimas deixam de buscar atendimento, dado o temor de represálias, o preconceito e a vergonha, fatores que dificultam o relato dos acontecimentos. Com relação a ela, os estudos afirmam que as adolescentes estão entre as principais vítimas. Esse tipo de violência tem como principal agressor alguém conhecido da vítima, geralmente o pai ou o padrasto. O fato de o perpetrador da violência sexual ser um parente da vítima leva muitas vezes a não denúncia dos casos (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Por seu turno, a violência psicológica, assim como a negligência, por não deixar marcas de agressão física, torna-se de difícil identificação e notificação, colaborando com a cronicidade do fato e levando os adolescentes a um sofrimento

mental que pode acarretar em prejuízos no desenvolvimento psicossocial, afetivo e cognitivo (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

No caso da negligência e abandono, mesmo sendo esta uma das formas mais frequentes de violência, encontram-se fortes indícios de subnotificação, devido ao desconforto e ao despreparo dos profissionais de saúde em identificar e manejar os casos, pois os sinais produzidos podem ser mais subjetivos do que as lesões deixadas pela agressão física (SANTOS et al., 2014). Ainda sobre maus-tratos, estudos apontam que, além das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde e outros que lidam com as vítimas nessa situação, outro dificultador das notificações é a própria família. Os familiares podem negar informações que fundamentem as suspeitas e produzir relatos falsos para mascarar a situação (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Enquanto um estudo realizado no Nordeste refere que as notificações diminuíram entre 2002 e 2007, um estudo realizado no estado do Pará encontrou que, entre os anos de 2009 e 2011, o número de casos notificados teve um aumento de 80,1%, que representa, em parte, o desempenho dos profissionais na identificação dos casos, após um curso de capacitação oferecido à rede pública. A notificação da violência, mesmo obrigatória, sofre interferência do profissional que a faz, por isso, uma das temáticas que emergem desse estudo é a relação do profissional com a violência e os fatores que dificultam ou facilitam a notificação dos casos (SANTOS et al., 2014). A violência sexual parece ser a que mais sensibiliza os profissionais da saúde, no entanto, exige uma ação multiprofissional consistindo num desafio para o setor da saúde, tendo em vista a necessidade de mudança de paradigma para o enfrentamento do problema (DAYRELL, 2011).

A resistência à notificação pode ser superada com estratégias que criem condições de segurança para a prática profissional. Uma proposta a ser considerada é o compartilhamento da responsabilidade entre os profissionais que realizam o atendimento, tendo o gestor como notificante, deixando de expor um único profissional (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Outra situação identificada é a falta de preparo e a insensibilidade de alguns profissionais no atendimento às vítimas em delegacias, hospitais e conselhos tutelares. Fato que agrava a situação da subnotificação ou notificação com dados

incompletos, prejudicando a investigação e a tomada de decisões pelas autoridades responsáveis (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Quando se trata de violência intrafamiliar, geralmente os denunciantes são vizinhos ou conhecidos e não querem se envolver, por isso fornecem dados incompletos ou optam pelo anonimato. Além disso, há dificuldades estruturais dos serviços públicos, como a dificuldade para o funcionamento dos conselhos tutelares, e até a inexistência destes em alguns municípios brasileiros, precariedade dos serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a forma heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços enfrentadas por esses órgãos (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Os estudos propõem atividades e ações educativas junto às famílias, devendo ser desenvolvidas em todos os níveis de complexidade (primária, secundária e terciária), de forma preventiva. Eles têm como público-alvo os pais e abordam os direitos das crianças e dos adolescentes de crescerem sem violência e os seus efeitos para a saúde da vítima, buscando adesão ao tratamento dos agravos resultantes da violência e esclarecendo sobre os deveres dos adultos responsáveis em relação à segurança e ao bem-estar das crianças (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Todos os artigos do estudo de revisão reforçam a obrigatoriedade da notificação, por meio da lei federal, a Portaria no 1.968/2001 MS, e alguns ressaltaram, especificamente, o Código de Ética de Enfermagem como dever profissional de proteção aos seus clientes em situações de risco e agravos, valorizado e considerado um dever do(a) enfermeiro(a) diante da equipe de saúde (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Os registros de violência não são armazenados em banco de dados único, pois existem vários locais onde se podem investigar tais registros. Esse fato dificulta a precisão no número de notificações, além disso, muitos casos não chegam a ser notificados, por isso pesquisadores afirmam que, devido à subnotificação, o que se sabe sobre a violência é a ponta do *iceberg* (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

A caracterização da violência, o conhecimento da equipe de saúde e a subnotificação vêm sendo abordados com muita pertinência, sendo estes temas fundamentais para melhorar tanto a qualidade quanto a quantidade da notificação (SANTOS et al., 2014).

2 HIPÓTESE / JUSTIFICATIVA

Existe violência doméstica contra criança em Betim e ela é subnotificada.

Segundo Algeri e Souza (2006), cada vez mais a problemática da violência domina o silêncio da esfera familiar, tornando-se uma evidência na sociedade. Embora a Constituição Federal reze que é obrigação do Estado, da família e da sociedade a defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, tal determinação é insípida para a realidade brasileira.

O atraso nos cuidados e a subnotificação da violência contra crianças e adolescentes estão relacionados ao silêncio devido ao pacto familiar. A violência deve ser estudada por diversos ângulos, pois, dependendo da razão que desencadeou este fenômeno é que se estabelecerá uma adequada intervenção (ALGERI; SOUZA, 2006).

Para Saliba et al. (2007) existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional.

É mediante tal situação que o presente trabalho propõe estudar a violência contra crianças e a sua notificação, no município de Betim.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar o perfil de violência doméstica contra crianças em famílias do município de Betim.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar fatores relacionados com a violência doméstica contra crianças.
- b) Analisar o acesso das crianças das famílias entrevistadas aos cuidados básicos de saúde, entendidos como direitos.
- c) Verificar se os casos de violência encontrados no SAUVI estão registrados no SINAN-Betim.

4 METODOLOGIA

Este trabalho se insere dentro do Projeto de Pesquisa intitulado “SAUVI- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência,” que consiste de inquérito domiciliar realizado em Betim e Belo Horizonte e tem por objetivo estudar o perfil de violência e fatores associados, entre diferentes grupos populacionais dos municípios envolvidos.

Consideraram-se, como população alvo, todas as pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos nos municípios de Belo Horizonte e Betim. Utilizou-se, no inquérito SAUVI, amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderá o questionário. A unidade amostral primária foi o setor censitário, a secundária o domicílio e a terciária a pessoa que responderá o questionário. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish (1965), disponibilizadas pelo Professor Emilio Suyama do Departamento de Estatística da UFMG. O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010 e no inquérito SAUVI, 2014.

A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança e 95%.

Foi utilizado como instrumento questionário geral organizado em blocos temáticos: condições sócio-demográficas, saúde, trabalho, ambiência, ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência autoinfligida (APÊNDICE A). Em cada casa foi entrevistado um adulto, escolhido, por meio da tabela de Kish, entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio. Para homens e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, foi acrescentado um bloco específico

para idosos. Em domicílios onde havia adolescente, ele foi convidado a preencher um questionário, autoaplicável, especificamente elaborado para essa faixa etária.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, como atividade de disciplina ofertada em dois semestres consecutivos, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher. A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Também foi solicitado a eles que fizessem as sugestões que julgassem importantes. Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes por, no mínimo, 80 por cento dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões retornadas desde que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista.

O trabalho de campo foi precedido de extensa preparação que incluiu a elaboração de manual detalhado sobre a pesquisa, o treinamento dos entrevistadores e a constituição de equipes por entrevistadores, mestrando e supervisor, responsáveis por regiões específicas dos municípios. Foi realizada também intensa campanha junto à mídia – redes de televisão Globo, Band, SBT, Record, Rede Minas, TV UFMG e TV Assembleia Legislativa; jornais e emissoras de rádio dos dois municípios; jornal do ônibus – e junto a instituições de amplo contato com a população, como serviços de saúde e igrejas. Foi feito um site para a pesquisa na página da Faculdade de Medicina da UFMG. Também foram utilizados outros instrumentos no sentido de facilitar a disposição dos moradores dos domicílios sorteados, em responderem: envio de carta da UFMG aos domicílios selecionados, avisando sobre a pesquisa e sobre a seleção daquele domicílio; uso de crachás e uniformes; telefone exclusivo da pesquisa; possibilidade de checar a identidade do entrevistador, no momento de sua chegada ao município. As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2015.

As respostas dos questionários foram transportadas para planilhas, por uma equipe permanente, que dirimia, coletivamente, as dúvidas encontradas. Depois disso, foram digitadas, todas elas, por um único profissional. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Em seguida, dois outros profissionais fizeram a conferência de todo o banco, questionário por questionário.

Para o presente estudo, foram utilizadas as variáveis do questionário SAUVI referentes à violência contra crianças entre as famílias entrevistadas (APÊNDICE B). É necessário destacar que a amostra da pesquisa SAUVI é representativa para o município, para homens e mulheres acima de 20 anos, mas não para crianças. Desta forma, a amostra de crianças do presente estudo é constituída apenas pelas crianças encontradas nos domicílios pesquisados e não permite inferência para o município. Além do banco SAUVI, também será utilizado banco de dados secundários, especificamente, o banco de notificações de violência doméstica contra criança do SINAN do Município (ANEXO A).

Foram realizadas análises descritivas, com distribuição de frequências cruzadas para as variáveis estudadas e confecção de gráficos de barras verticais. A partir das variáveis selecionadas foram construídos cinco indicadores (WITTKOWSKI et al., 2004), a saber: Indicador de Forma de Corrigir (IFC), Indicador de Violência contra a Criança (IVC), Indicador de Exposição à Violência (IEV), Indicador de Sequelas (IS) e Indicador de Cuidados (IC), cujas composições são apresentadas no Quadro 1. Para tanto, as categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas atribuindo-se (-1) para as respostas NÃO e (1) para as resposta SIM. Todos esses indicadores IFC, IVC, IEF, IS e IC foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1. (APÊNDICE B). É importante notar que quanto mais próximo de um forem esses indicadores padronizados, maiores serão os indicativos, segundo a opinião do entrevistado, de mais violência e de melhores características. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski et al. (2004). O Quadro 1 apresenta a composição desses indicadores.

Quadro 1 – Composição dos indicadores

Indicador de Forma de Corrigir (IFC)	Indicador de Violência contra a Criança (IVC)	Indicador de Exposição à Violência (IEV)	Indicador de Sequelas (IS)	Indicador de Cuidados (IC)
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças:	Alguma criança já passou por alguma das situações descritas:	Alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como:	Esta criança teve ou ficou com alguma sequela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão:	
<ul style="list-style-type: none"> - Com conversa, orientação, negociação - Param de conversar - Gritam com elas - Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada - Trancam no quarto, colocam em um canto? - Usam medidas humilhantes / constrangedoras - Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha - Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc.) - Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc.) - Amarram - Outra coisa 	<ul style="list-style-type: none"> - Sofreu xingos, ameaças - Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação") - Foi machucada por correção - Foi ameaçada / ferida por arma de fogo - Foi ameaçada / ferida por arma branca - Perdeu à força objetos pessoais - Teve a mesada cortada - Ficou trancada no quarto ou no canto (mais de 1/2h) - Sofreu humilhação ou constrangimento - Apanhou com a mão (palmada) - Apanhou / foi ferida com objeto - Foi amarrada - Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos - Ficou só sem a presença de um adulto em casa - Teve livre acesso a lugares altos ou à rua 	<ul style="list-style-type: none"> - Agressão física, por força corporal / espancamento - Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) - Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) - Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra) - Agressão com arremesso de substância / objeto - Envenenamento - Agressão sexual - Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) - Outras 	<ul style="list-style-type: none"> - Emocionais / Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo) - Física (lesão, deformidade, cicatrizes) - Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória) - Outros 	<ul style="list-style-type: none"> - Recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? - A criança é levada a consultas conforme estabelecido pela caderneta da criança? - A vacinação da criança está em dia conforme o calendário vacinal para a idade? - Nos últimos 12 meses, alguma criança da casa foi ao dentista? - Nos últimos 12 meses, alguma criança da casa parou de estudar?

Foi calculada correlação de Spearman's entre os indicadores construídos (IFC, IVC, IEV, IS e IC) e confecção do correlograma correspondente, considerando as respectivas significâncias. Foi feita também análise de correspondência para estudar a associação entre ocorrência de violência e o número de crianças residindo no domicílio. Por fim, comparou-se o banco SAUVI com o banco do SINAN, caso a caso, para verificar se os casos relatados de violência contra crianças encontrados na pesquisa estavam notificados. A identificação dos casos foi feita pelo endereço do domicílio, identificado por logradouro, número, bairro e CEP.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número CAAE 02235212.2.0000.5149 (ANEXO B) com anuência do Município de Betim. Cada entrevistador apresentou a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado por ambos, ficando uma cópia para cada um (APÊNDICE C).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. M. et al. Terminologia da enfermagem caracterizadora da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.3, p.452-459, junho 2015.
- ALGERI, S.; SOUZA L. M. Violência contra crianças e adolescentes: Um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.14, n.4, jul./ago. 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, 2011.
- COMO, M. R.; TROBIA, A.; MANNA, G. Prevention of violence against children and psychosocial models of intervention: network analysis of an inter-institutional service. **Children and Youth Services Review**, v.47, Part 3, p.416-427, Dec. 2014.
- DAYRELL, M. **Drogas e vulnerabilidade à morte por homicídios: um estudo em uma área urbana**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.
- LANE, W. G.; DUBOWITZ, H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? **Child Abuse Negl.**, v.33, n.2, p.76-83, 2009.
- MALTA, D. C. et al. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1095-1105, 2015.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, supl. p. 1259-1267, 2007.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.1,n.2, p.91-102, Ago. 2001.
- PINTO JUNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES V.; SANTOS J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.124-131, 2015.
- PRISZKULNIK, L. Proteção da criança: qual criança? **Pediatria Moderna**, v.51, p.186-190, 2015.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social e outros escritos**. São Paulo: Cultrix, 2004.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.3, p.472-477, 2007.

SANTOS, T. et al. Análise da produção científica sobre a notificação da violência contra adolescentes. Universidade de Pernambuco - UPE - Recife (PE) – Brasil. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p. 560-567, out./dez., 2014.

SILVA, P. A. et al. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.142-150, Jan. 2015.

van ROOIJ, F. B. et al. Violência interparental: semelhanças e discrepâncias entre narrativas de mães e seus filhos. **J. Child Fam. Stud.**, v.24, n.11, p.3350-3362, 2015.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3407-3416, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: os jovens no Brasil**. Brasília: Instituto Sangari, Ministério da Justiça, 2012.

WITTKOWSKI, K. M. et al. Combining several ordinal measures in clinical studies. **Stat. Med.**, v.23, n.10, p.1579-92. May 2004.

6 ARTIGO CIENTÍFICO

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE BETIM - MG

Junio de Araujo Alves¹

Ricardo Tavares²

Elza Machado de Melo³

- 1 Mestrando em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina. UFMG. Email: junio.saude@yahoo.com.br.
- 2 Professor Adjunto – Nível III do Departamento de Estatística. UFOP.
- 3 Professora Titular do Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina / UFMG.

RESUMO

A violência é um fenômeno negativo que afeta diretamente as relações sociais. Na atualidade vem colocando em risco e abalando o modelo civilizado de sociedade e tem dado causa a vários tipos de morbimortalidade, sagrando como um grave problema de saúde pública. As crianças são as vítimas mais vulneráveis das iniquidades ocorridas dentro do lar, com alta exposição de risco de perda da vida ou podem carregar sequelas que afetam para sempre seu desenvolvimento e qualidade de vida. O presente estudo teve por objetivo analisar a violência doméstica contra crianças de famílias participantes do inquérito de base populacional, realizado no Município de Betim, no ano 2014. Utilizou-se o método de amostragem estratificada por conglomerados em três estágios, a saber, setores censitários, domicílios e respondentes. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, utilizando a tabela de Kish. Foram realizadas 1129 entrevistas nos domicílios. Foram realizadas análises descritivas, com distribuição de frequências cruzadas para as variáveis estudadas, confecção de gráficos de barras verticais e comparação dos casos de violência contra criança encontrados na pesquisa com os casos registrados no SINAN. A partir das variáveis selecionadas foram construídos 5 indicadores de violência contra criança. Foi calculada a correlação de Spearman's com a correspondente confecção de correlograma e, por fim, realizou-se análise de correspondência. Os resultados mostraram que a violência contra crianças está presente em 30% dos domicílios de Betim estudados, sendo a violência física a de maior ocorrência (24,1%), seguida da psicológica (14,9%), negligência (5,4%) e sexual (1,4%). Foi constatado que 2,7% das crianças violentadas foram levadas ao serviço de saúde por causa da agressão sofrida e que o nível de gravidade e a quantidade de

violência sofrida foram determinantes para que o serviço de saúde fosse procurado. As maiores concentrações de violência ocorrem nos domicílios onde a escolaridade e a renda são menores, onde os responsáveis estão na faixa de idade entre 35 e 44 anos e, portanto, ativos para o trabalho e alguns casos sofrem influências de uso de álcool e outras drogas. Pôde-se constatar também que o sistema oficial está trabalhando com alto número de subnotificação: o banco de dados do SINAN apresentou um total de 79 domicílios notificados para violência contra crianças, relativos a todo município, em 2014, enquanto o inquérito SAUVI, dentro de sua amostra apenas, trouxe à luz a violência contra criança em 110 domicílios, sem nenhuma intersecção com os primeiros. Os resultados demonstraram uma forte correlação entre a forma de correção infantil e violência contra crianças no Município de Betim, também existe correlação entre exposição da violência e violência contra crianças e ambas com sofrimento de sequelas. Existe também significância estatística entre o número de crianças residentes no domicílio e a quantidade de formas de violência perpetradas no mesmo, mostrando que em domicílios com duas crianças chegou-se até um número de quatorze formas diferentes de violências perpetradas em um mesmo domicílio. Tais resultados mostram a grande necessidade de se construir uma rede multidisciplinar de proteção à criança em situação de violência com foco na prevenção e na promoção.

Palavras-chave: Violência contra crianças. Proteção. Prevenção. Notificação. Rede.

ABSTRACT

Violence is a negative phenomenon that directly affects social relationships. In present days, it has terrified and put in risk the civilized model society, besides being the cause of several morbimortalities, becoming a serious public health problem. Children are the most vulnerable victims of inequities that occur inside home, with high exposure to risk of loss of life and the possibility of taking with them sequelae that affect their development and quality of life forever. This is about a cross-sectional study, organized by population-based survey made in the city of Betim. The purpose is the study of domestic violence against children. It was used the sampling stratified method in three stages; census tracts, households and respondents. The selection of people in their households took into consideration the homogeneity of gender and age in the sample and it was based on Kish tables. The sample was calculated with a confidence level of 95% and a margin of error of up to 1,9%. The results showed that the official system is working with a high number of underreporting. It was possible to prove that while the SINAN database showed a total of 79 households reported in 2014 on violence against children, SAUVI survey revealed other 110 households with this violence. Thus, the research allowed us to know an amount of 189 cases in the year. It was also found that, the highest concentrations of violence occurs in homes

where education and income are smaller and those who are responsible for the home are in the age between 35 and 44 years, therefore, able to work and in some cases suffer influence of alcohol and other drugs. Violence against children is present in 30% of Betim households, being physical violence the greater occurrence 24,1%, followed by 14,9% psychological, neglect 5,4% and sexual 1,4%. It was found that 2,7% of the abused children were taken to the health service because of the aggression suffered and that the level of severity and amount of violence suffered were decisive for the health service to be sought. Indicators were created which showed mainly the correlation between the way to correct with violence against children and sequels acquired from violence in the home. The results showed the great need to build a multidisciplinary network protection to child victims of violence with a focus on prevention and promotion.

Keywords: Violence against children. Protection. Prevention. Reporting. Network

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno negativo que afeta diretamente as relações sociais (ROUSSEAU, 2004).

Na atualidade vem colocando em risco e abalando o modelo civilizado de sociedade e tem dado causa a vários tipos de morbimortalidades, se sagrando como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2001).

Diante de um quadro iníquo que vem prevalecendo em meio a sociedade humana, as crianças por sua própria constituição física e a imaturidade psíquica são os mais vulneráveis a todas as formas de violência (BRASIL, 2011; MINAYO, 2001). Crianças expostas à violência interparental são mais propensas a problemas de ajustamento social. Por exemplo, estas crianças mostram mais internalização de sentimentos ou em alguns casos apresentam externalização da violência recebida, e apresentam dificuldades no meio acadêmico. Além disso, a exposição à violência interparental está associada com níveis mais elevados de problemas emocionais (BRASIL, 2001).

Pesquisadores têm demonstrado em seus estudos que a violência doméstica sofrida por crianças e adolescentes é responsável por inúmeros agravos à sua saúde física e psicológica. Algumas sequelas foram identificadas como, por exemplo, distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão, perdas significativas e persistentes de qualidade de vida na idade adulta, além da possibilidade de a vítima repetir a violência sofrida. Esses mesmos estudos demonstram uma estreita relação entre a prática da violência e o abuso de álcool e drogas (PRISZKULNIK, 2015).

Ao longo da história social humana, a violência contra criança e adolescente esteve muito vinculada ao ato de educar e tem sido considerada como um instrumento de socialização e resposta automática a desobediências e rebeldias. Paralelamente a isso, as importantes mudanças nas configurações familiares contemporâneas decorrentes da transformação cultural, demográfica e socioeconômica, aliadas à fragmentação social, aumentam as pressões sobre a família, deteriorando as relações afetivas e potencializando, por um lado, o uso da punição corporal a esse grupo etário, por outro a permissividade, a superproteção e a falta de cuidado com a formação do sujeito, resvalando-se, dessa forma, para outro aspecto da violência, a negligência. Não estaria tal fato relacionado ao deslocamento da incidência dos homicídios para as faixas de idade cada vez mais jovens (MINAYO, 2001; PINTO JÚNIOR et al., 2015), ocorrendo no âmbito juvenil a maior concentração da violência homicida (MALTA et al., 2015).

O domicílio foi local de ocorrência mais frequente de acidentes e violência na infância até porque é o local em que passam a maior parte do tempo (VIEIRA et al., 2015).

Os maus tratos às crianças são definidos como todas as formas de violência física, sexual, emocional e negligência e constituem multifenômeno que envolve fatores individuais, familiares, sociais e culturais. A complexidade do problema é amplamente reconhecida pela psicologia e ciências sociais, requerendo assim interinstitucionalidade e multi-intervenções disciplinares, por meio da integração dos diferentes contextos de ação (SILVA et al., 2015).

Tradicionalmente as áreas responsáveis pela maioria das políticas públicas voltadas a infância e adolescência são Assistência Social, Educação e Saúde. Segundo Vieira et al. (2015), a saúde foi a área que mais capacitou profissionais,

privilegiando nos conteúdos de formação, a temática da notificação, considerada ação indispensável para o dimensionamento e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Mesmo assim, ressalta que o investimento é insuficiente em termos de capacitação, ainda que essa importância tenha sido reconhecida pela maioria dos gestores de saúde (COMO et al., 2014).

Considerada como uma importante conquista social, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) menciona a responsabilidade dos profissionais de saúde e instituições de comunicar os casos de violência que tiverem conhecimento, prevendo, em seu Art. 245, penalidades para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixem de comunicar os casos suspeitos ou confirmados. Esses termos apontam para um crescimento do número de denúncias de qualquer tipo de violência já que está configurado o direito de proteção e a obrigatoriedade da notificação aos órgãos de proteção tanto das ações de violência quanto da suspeita (SANTOS et al., 2014).

O termo “notificação da violência” é bastante conhecido na área da saúde, enquanto o termo “comunicação da violência” é usado em outras áreas. Os profissionais da saúde, ao realizarem o preenchimento da ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, disponível em toda unidade de saúde, devem encaminhar uma das vias para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto a segunda deve ficar na unidade de saúde. Essa ficha fornece dados a serem computados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Um relatório circunstanciado deve ser encaminhado ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes (Art.13 da Lei no 8.069/1990), alertando que esta criança necessita de proteção. O estudo de Santos et al. (2014) mostra que a violência física (65,3%) é a mais notificada, e o principal agressor identificado é conhecido da vítima (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a inclusão da violência, como problema a ser tratado nesse setor, assim como a obrigatoriedade da notificação desse agravo, implantou em 2006 o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), cujo objetivo é identificar e divulgar dados de violência e acidentes no Brasil. Portanto, o MS depende da notificação da violência realizada no nível local para

conhecer o perfil e monitorar os casos de violência no âmbito da vigilância epidemiológica (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Mesmo após a promulgação do ECA, a inserção da violência na lista de agravos de notificação compulsória, a criação, em 2006, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e outras medidas de prevenção contra a violência e proteção às crianças e adolescentes, percebe-se que esses mecanismos ainda são insuficientes para lidar com essa temática. Falamos ainda da “violência silenciosa”, que não aparece por falta de notificação e cobertura dos serviços. Diante das subnotificações e da imprecisão no total dos casos notificados de violência ainda não se conhece a verdadeira realidade da violência contra crianças e adolescentes (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

É interessante ressaltar as particularidades de cada tipo de violência. Alguns autores revelam, assim, diferentes motivos para subnotificação. A violência sexual parece ter o registro extremamente complicado, visto que constitui evento no qual há uma marca registrada, o “pacto de silêncio”. Na maioria das vezes, as vítimas deixam de buscar atendimento, dado o temor de represálias, o preconceito e a vergonha, fatores que dificultam o relato dos acontecimentos. Esse tipo de violência tem como principal agressor alguém conhecido da vítima, geralmente o pai ou o padrasto. O fato de o perpetrador da violência sexual ser um parente da vítima leva muitas vezes a não denúncia dos casos (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Por seu turno, a violência psicológica, assim como a negligência, por não deixar marcas de agressão, torna-se de difícil identificação e notificação, colaborando com a cronicidade do fato e levando as vítimas a um sofrimento mental que pode acarretar em prejuízos no desenvolvimento psicossocial, afetivo e cognitivo (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

No caso da negligência e abandono, mesmo sendo esta uma das formas mais frequentes de violência, encontram-se fortes indícios de subnotificação, devido ao desconforto e ao despreparo dos profissionais de saúde em identificar e manejar os casos, pois os sinais produzidos podem ser mais subjetivos do que as lesões deixadas pela agressão física (SANTOS et al., 2014). Ainda sobre maus-tratos, estudos apontam que, além das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, outro dificultador das notificações é a própria família. Os familiares podem

negar informações que fundamentem as suspeitas e produzir relatos falsos para mascarar a situação (PINTO JÚNIOR et al., 2015). Outra situação identificada é a falta de preparo e a insensibilidade de alguns profissionais no atendimento às vítimas em delegacias, hospitais e conselhos tutelares. Fato que agrava a situação da subnotificação ou notificação com dados incompletos, prejudicando a investigação e a tomada de decisões pelas autoridades responsáveis (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Os registros de violência não são armazenados em banco de dados único, pois existem vários locais onde se podem investigar tais registros. Esse fato dificulta a precisão no número de notificações, além disso, muitos casos não chegam a ser notificados, por isso pesquisadores afirmam que, devido à subnotificação, o que se sabe sobre a violência é a ponta do *iceberg* (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

A caracterização da violência, o conhecimento da equipe de saúde e a subnotificação vêm sendo abordados com muita pertinência, sendo estes temas fundamentais para melhorar tanto a qualidade quanto a quantidade de notificações (SANTOS et al., 2014). É mediante tal situação que o presente trabalho tem como objetivo investigar o perfil de violência doméstica contra crianças em famílias do município de Betim.

METODOLOGIA

Este trabalho se insere dentro do Projeto de Pesquisa intitulado “SAUVI- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência,” que consiste de inquérito domiciliar realizado em Betim e Belo Horizonte e tem por objetivo estudar o perfil de violência e fatores associados, entre diferentes grupos populacionais dos municípios envolvidos.

Consideraram-se, como população alvo, todas as pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos nos municípios de Belo Horizonte e Betim. Utilizou-se, no inquérito SAUVI, amostragem estratificada por conglomerados em vários

estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderá o questionário. A unidade amostral primária foi o setor censitário, a secundária o domicílio e a terciária a pessoa que responderá o questionário. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish (1965), disponibilizadas pelo Professor Emilio Suyama do Departamento de Estatística da UFMG. O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010 e no inquérito SAUVI, 2014.

A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança e 95%.

Foi utilizado como instrumento questionário geral organizado em blocos temáticos: condições sócio-demográficas, saúde, trabalho, ambiência, ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência autoinfligida. Em cada casa foi entrevistado um adulto, escolhido, por meio da tabela de Kish, entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio. Para homens e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, foi acrescentado um bloco específico para idosos. Em domicílios onde havia adolescente, ele foi convidado a preencher um questionário, autoaplicável, especificamente elaborado para essa faixa etária.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, como atividade de disciplina ofertada em dois semestres consecutivos, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher. A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Também foi solicitado a eles que fizessem as sugestões que julgassem importantes. Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes por, no mínimo, 80 por cento dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões

retornadas desde que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista.

O trabalho de campo foi precedido de extensa preparação que incluiu a elaboração de manual detalhado sobre a pesquisa, o treinamento dos entrevistadores e a constituição de equipes por entrevistadores, mestrando e supervisor, responsáveis por regiões específicas dos municípios. Foi realizada também intensa campanha junto à mídia – redes de televisão Globo, Band, SBT, Record, Rede Minas, TV UFMG e TV Assembleia Legislativa; jornais e emissoras de rádio dos dois municípios; jornal do ônibus – e junto a instituições de amplo contato com a população, como serviços de saúde e igrejas. Foi feito um site para a pesquisa na página da Faculdade de Medicina da UFMG. Também foram utilizados outros instrumentos no sentido de facilitar a disposição dos moradores dos domicílios sorteados, em responderem: envio de carta da UFMG aos domicílios selecionados, avisando sobre a pesquisa e sobre a seleção daquele domicílio; uso de crachás e uniformes; telefone exclusivo da pesquisa; possibilidade de checar a identidade do entrevistador, no momento de sua chegada ao município. As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2015.

As respostas dos questionários foram transportadas para planilhas, por uma equipe permanente, que dirimia, coletivamente, as dúvidas encontradas. Depois disso, foram digitadas, todas elas, por um único profissional. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Em seguida, dois outros profissionais fizeram a conferência de todo o banco, questionário por questionário.

Para o presente estudo, foram utilizadas as variáveis do questionário SAUVI referentes à violência contra crianças entre as famílias entrevistadas (ANEXO B). É necessário destacar que a amostra da pesquisa SAUVI é representativa para o município, para homens e mulheres acima de 20 anos, mas não para crianças. Desta forma, a amostra de crianças do presente estudo é constituída apenas pelas crianças encontradas nos domicílios pesquisados e não permite inferência para o município inteiro. Além do banco SAUVI, também será utilizado banco de dados

secundários, especificamente, o banco de notificações de violência doméstica contra criança do SINAN do Município.

Foram realizadas análises descritivas, com distribuição de frequências cruzadas para as variáveis estudadas e confecção de gráficos de barras verticais. A partir das variáveis selecionadas foram construídos cinco indicadores (WITTKOWSKI et al., 2004), a saber: Indicador de Forma de Corrigir (IFC), Indicador de Violência contra a Criança (IVC), Indicador de Exposição à Violência (IEV), Indicador de Sequelas (IS) e Indicador de Cuidados (IC), cujas composições são apresentadas no Quadro 1. Para tanto, as categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas atribuindo-se (-1) para as respostas NÃO e (1) para as resposta SIM. Todos esses indicadores IFC, IVC, IEF, IS e IC foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1. É importante notar que quanto mais próximo de um forem esses indicadores padronizados, maiores serão os indicativos. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski et al. (2004).

Foi calculada correlação de Spearman's entre os indicadores construídos (IFC, IVC, IEV, IS e IC) e confecção do correlograma correspondente, considerando as respectivas significâncias. Foi feita também análise de correspondência para estudar a associação entre ocorrência de violência e o número de crianças residindo no domicílio. Por fim, comparou-se o banco SAUVI com o banco do SINAN, caso a caso, para verificar se os casos relatados de violência contra crianças encontrados na pesquisa estavam notificados. A identificação dos casos foi feita pelo endereço do domicílio, identificado por logradouro, número, bairro e CEP.

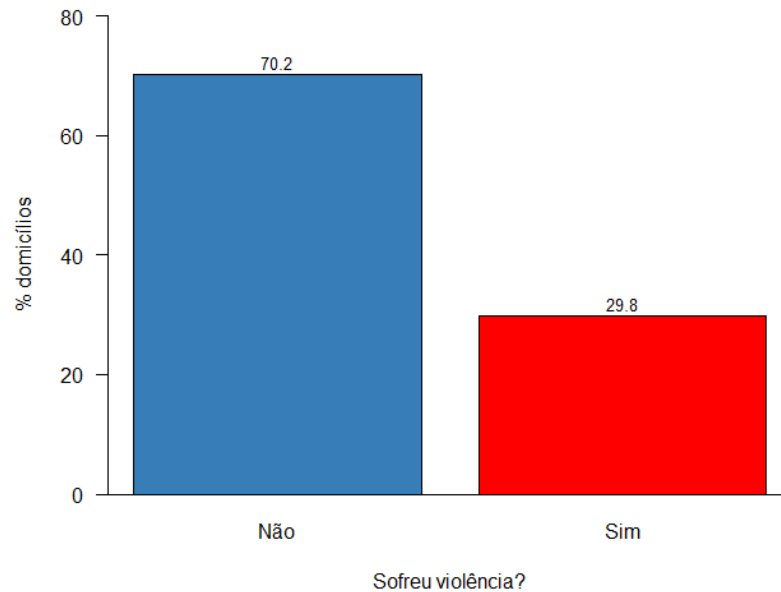
Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número CAAE 02235212.2.0000.5149 com anuência do Município de Betim. Cada entrevistador apresentou a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado por ambos, ficando uma cópia para cada um.

Quadro 1 – Composição dos indicadores

Indicador de Forma de Corrigir (IFC)	Indicador de Violência contra a Criança (IVC)	Indicador de Exposição à Violência (IEV)	Indicador de Sequelas (IS)	Indicador de Cuidados (IC)
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças:	Alguma criança já passou por alguma das situações descritas:	Alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como:	Esta criança teve ou ficou com alguma sequela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão:	
<ul style="list-style-type: none"> - Com conversa, orientação, negociação - Param de conversar - Gritam com elas - Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada - Trancam no quarto, colocam em um canto? - Usam medidas humilhantes / constrangedoras - Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha - Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc.) - Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc.) - Amarram - Outra coisa 	<ul style="list-style-type: none"> - Sofreu xingos, ameaças - Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação") - Foi machucada por correção - Foi ameaçada / ferida por arma de fogo - Foi ameaçada / ferida por arma branca - Perdeu à força objetos pessoais - Teve a mesada cortada - Ficou trancada no quarto ou no canto (mais de 1/2h) - Sofreu humilhação ou constrangimento - Apanhou com a mão (palmada) - Apanhou / foi ferida com objeto - Foi amarrada - Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos - Ficou só sem a presença de um adulto em casa - Teve livre acesso a lugares altos ou à rua 	<ul style="list-style-type: none"> - Agressão física, por força corporal / espancamento - Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) - Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) - Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra) - Agressão com arremesso de substância / objeto - Envenenamento - Agressão sexual - Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) - Outras 	<ul style="list-style-type: none"> - Emocionais / Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo) - Física (lesão, deformidade, cicatrizes) - Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória) - Outros 	<ul style="list-style-type: none"> - Recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? - A criança é levada a consultas conforme estabelecido pela caderneta da criança? - A vacinação da criança está em dia conforme o calendário vacinal para a idade? - Nos últimos 12 meses, alguma criança da casa foi ao dentista? - Nos últimos 12 meses, alguma criança da casa parou de estudar?

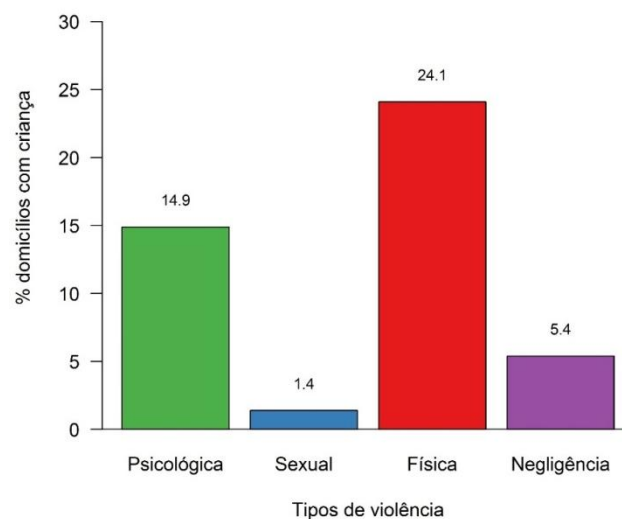
RESULTADOS

Foram encontradas crianças em 357 domicílios entre os estudos, sendo que em 29,8% desses (n=110) houve relato de violência contra crianças (Gráfico 1), aos quais irão se referir todas as análises feitas de agora em diante.

GRÁFICO 1 - Percentual de domicílios com crianças que sofreram ou não violência

Fonte: Dados da pesquisa

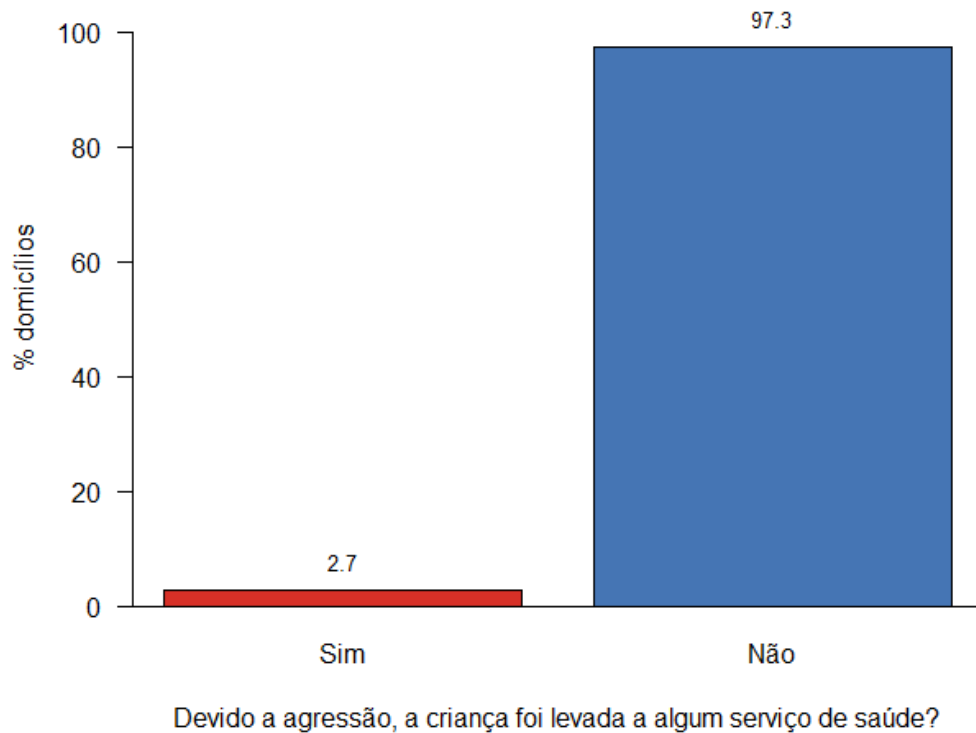
O Gráfico 2 aponta que, do total de violências perpetradas contra criança em domicílios com crianças no município de Betim-MG, 24,1% foi a violência física, 14,9% foi a violência psicológica, 5,4% negligência e 1,4% violência sexual.

GRÁFICO 2 - Percentual de domicílios com crianças que sofreram violência segundo o tipo de violência

Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 3 demonstra que, do total de domicílios que apresentaram violência contra criança, apenas 2,7% levaram as vítimas para serem socorridas em algum serviço de saúde.

GRÁFICO 3 - Percentual de domicílios com crianças que sofreram violência segundo a procura ou não por serviço de saúde



Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico da amostra dos entrevistados de domicílios com crianças, assim como a distribuição da violência contra a criança segundo as variáveis estudadas.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados e distribuição de violência contra criança no domicílio segundo variáveis estudadas

Variáveis estudadas	O domicílio teve violência contra criança?						Total	
	Não		Sim		Não informado		N	%
	n	%	N	%	n	%		
Sexo								
Homem	99	71,2	36	25,9	4	2,9	139	38,9
Mulher	148	67,9	69	31,7	1	,5	218	61,1
Faixa etária								
Até 24	27	73,0	9	24,3	1	2,7	37	10,4
25 ---- 34	104	70,3	42	28,4	2	1,4	148	41,5
35 ---- 44	61	62,2	36	36,7	1	1,0	98	27,5
45 ---- 54	35	81,4	8	18,6	0	0,0	43	12,0
55 ---- 64	9	64,3	5	35,7	0	0,0	14	3,9
65 ou +	11	64,7	5	29,4	1	5,9	17	4,8
Cor/Raça								
Branca	60	77,9	17	22,1	0	0,0	77	21,6
Negra	33	70,2	14	29,8	0	0,0	47	13,2
Amarela	9	52,9	8	47,1	0	0,0	17	4,8
Parda	142	66,7	66	31,0	5	2,3	213	59,7
Indígena	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Escolaridade								
Sem Ensino Fundamental	46	67,6	20	29,5	2	2,9	68	19,0
Ensino Fundamental	89	77,4	24	20,9	2	1,7	115	32,2
Ensino Médio	93	62,4	53	35,6	3	2,0	149	41,7
Ensino Superior	16	76,2	5	23,8	0	0,0	21	5,9
Pós-graduação	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	1,1
Estado civil								
Casado	150	67,6	68	30,6	4	1,8	222	62,2
Solteiro	28	73,7	10	26,3	0	0,0	38	10,6
Viúvo	9	64,3	5	35,7	0	0,0	14	3,9
União estável (amasiado, amigado)	53	74,6	17	23,9	1	1,4	71	19,9
Separado/divorciado	7	58,3	5	41,7	0	0,0	12	3,4
Renda (em S.M.)								
Sem renda	53	70,7	22	29,3	0	0,0	75	21,0
Até 1	64	66,0	31	32,0	2	2,1	97	27,2
Entre 1 e 3	110	71,0	42	27,1	3	1,9	155	43,4
Entre 3 e 5	14	73,7	5	26,3	0	0,0	19	5,3
Mais de 5	6	54,5	5	45,5	0	0,0	11	3,1

Continua

Tabela 1 - conclusão

Variáveis estudadas	O domicílio teve violência contra criança?						Total	
	Não		Sim		Não informado			
	n	%	N	%	n	%	N	%
Ingere bebida alcoólica?								
Sim	69	69,0	29	29,0	2	2,0	100	28,0
Não	161	70,3	65	28,4	3	1,3	229	64,1
Já bebi e não bebo mais	14	58,3	10	41,7	0	0,0	24	6,7
Não informado	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	1,1
Toma remédio para dormir?								
Sim	16	66,7	8	33,3	0	0,0	24	6,7
Não	93	64,1	48	33,1	4	2,8	145	40,6
Não informado	138	73,4	49	26,1	1	0,5	188	52,7
Tem violência na família?								
Não	222	73,3	76	25,1	5	1,7	303	84,9
Sim	25	46,3	29	53,7	0	0,0	54	15,1
Total								
Total	247	69,2	105	29,4	5	1,4	357	100,0

Os resultados demonstram que nos domicílios onde foi encontrada violência contra crianças 31,7% dos responsáveis eram mulheres e 25,9% eram homens; já com relação à faixa etária ficou evidenciado que nos domicílios onde os responsáveis têm entre 35 e 44 anos e estão na fase de produção economicamente ativa é a faixa de maior perpetração da violência infantil.

Com relação à cor/raça o maior percentual de violência infantil está presente naqueles domicílios onde os responsáveis se declararam da cor amarela seguida da cor parda.

No aspecto escolaridade a violência contra as crianças teve uma distribuição numérica aproximada entre as camadas com uma elevação para os responsáveis com pós-graduação, onde 75% dos domicílios apresentaram violência, porém foi encontrada uma amostra pequena para esta categoria, pois os domicílios de responsáveis pós-graduados foram apenas quatro representando 1% do todo. Já os responsáveis que possuem nível médio de escolaridade 41,7% do todo apresentaram um percentual de 35,6% de perpetração de violência contra crianças.

Nos lares onde os responsáveis são separados ou divorciados a ocorrência da violência também é maior 41,7%.

Nos domicílios onde o responsável declara não possuir nenhuma renda somada àqueles que percebem até um salário mínimo mensal, são aqueles que concentram 61,13% da violência infantil.

Domicílios onde os responsáveis usam ou declaram que já utilizaram bebida alcoólica representam 70,7% da ocorrência de violência doméstica contra crianças.

Em 53,7% dos domicílios em que ocorre violência contra crianças também está presente a violência familiar com outros membros da família.

TABELA 2 - Número de domicílios segundo a quantidade de crianças e total de violências

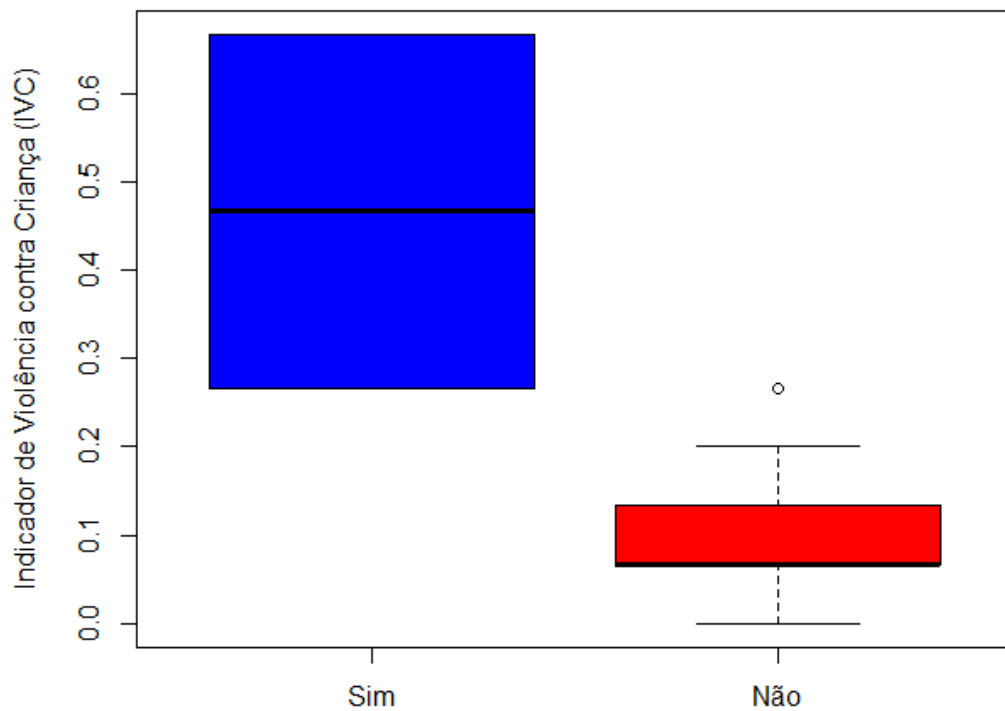
Quantidade de crianças no domicílio	Total de violências contra criança no domicílio								Total
	0	1	2	3	4	10	14		
Uma	181	37	15	7	2	0	0	242	
Duas	53	21	10	2	2	1	1	90	
Três	9	2	3	1	0	0	0	15	
Quatro	0	0	2	0	0	0	0	2	
Total	243	60	30	10	4	1	1	349	

A tabela 2 mostra que as crianças sofreram violências de várias formas, sendo que em alguns domicílios, elas sofreram praticamente todas elencadas no questionário, ao todo 15 formas. A distribuição da quantidade de formas de violência perpetrada contra a criança, considerando o número de crianças no domicílio, é a seguinte:

- a) nos domicílios com uma criança, verifica-se que em 37 deles, as crianças foram submetidas a uma forma de violência; em 15 a duas formas; em sete a três formas; em duas a quatro formas de violência;
- b) nos domicílios com duas crianças, verifica-se que em 21 deles, as crianças foram submetidas a uma forma de violência; em 10 a duas formas de violência; em duas a três formas; em duas a quatro formas; em uma a 10 formas de violência e em outro a 14 formas de violência;
- c) nos domicílios com três crianças, verifica-se que em dois deles, as crianças foram submetidas a uma forma de violência; em três a duas formas de violência; em uma a três formas de violência;

- d) nos domicílios com quatro crianças, verifica-se que em duas a duas formas de violência.

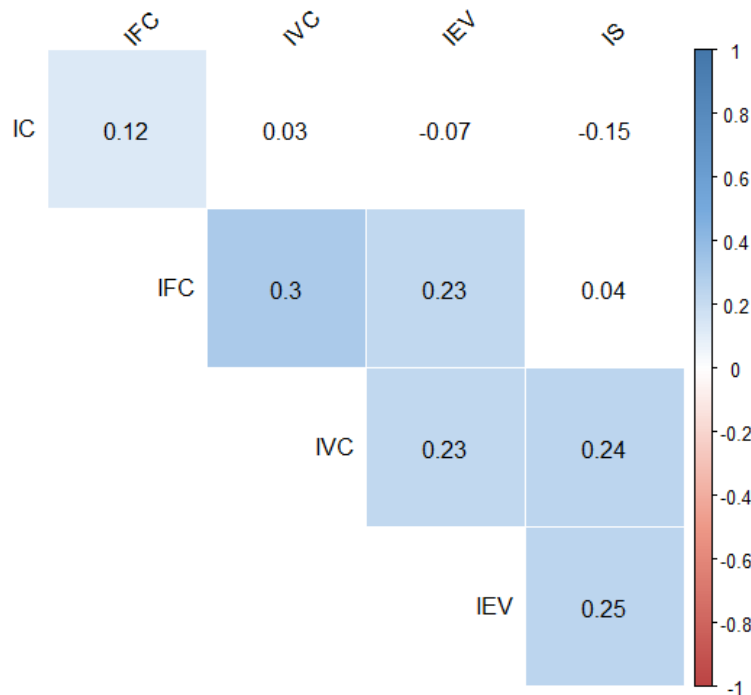
Gráfico 4 - Distribuição do indicador de violência contra criança (IVC) segundo a procura ou não por serviço de saúde



Após essa agressão, a criança foi levada a algum serviço de saúde?

Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 4 mostra que 50% de famílias que levam suas crianças ao serviço de saúde apresentam um indicador de violência contra criança maior ($IVC=0,45$) do que o indicador de violência dos 50% que não levam ($IVC=0,1$). Em outras palavras, quando o indicador de violência é maior, as famílias levam mais as crianças aos serviços por esta causa.

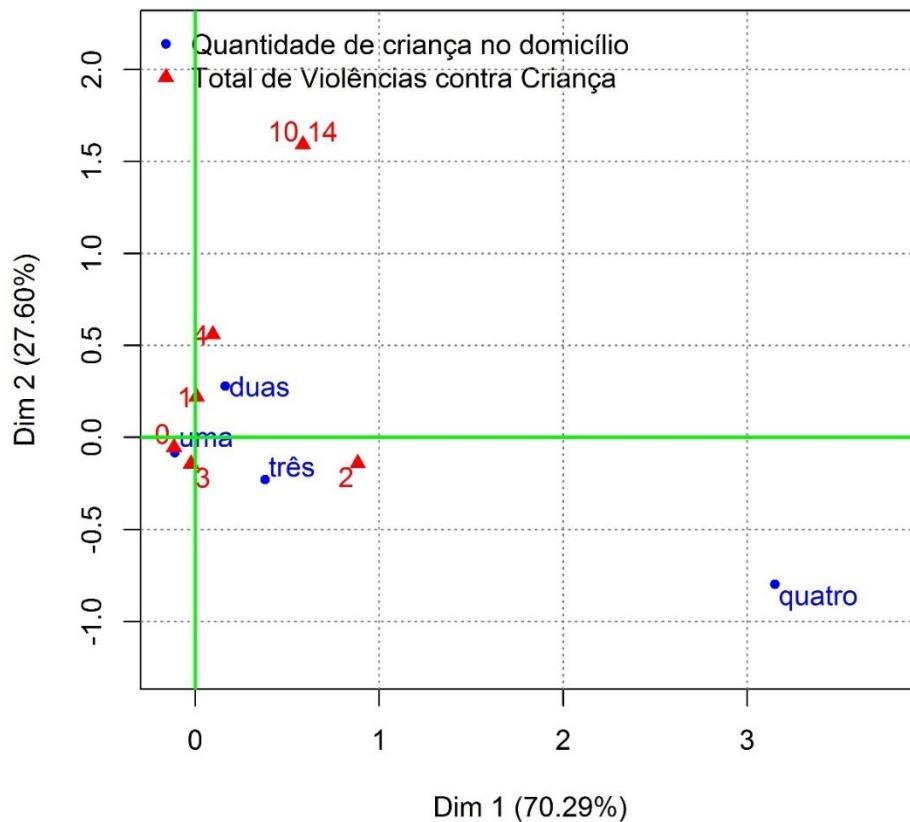
Gráfico 5 - Correlograma entre os indicadores propostos.

Fonte: Dados da pesquisa

IFC: Indicador de forma de corrigir; IVC: Indicador de Violência contra criança; IEV; IEV: Indicador de Exposição à Violência; IS: Indicador de Sequelas; IC: Indicador de Cuidados.

O Gráfico 5 aponta correlação e significância estatística dos indicadores da pesquisa: o indicador de forma de corrigir (IFC) mostrou correlação forte com indicador de violência contra crianças (IVC); foram encontradas também correlações, um pouco menos fortes do que a anterior, entre o indicador de cuidados (IC) com indicador de forma de corrigir (IFC); o IFC com indicador de exposição a violência (IEV); o IVC se correlacionou com IEV e com indicar de sequelas (IS), por fim o IEV demonstrou correlação com IS.

GRÁFICO 6 - Mapa de correspondência entre a quantidade de crianças no domicílio e o total de violências contra criança nesse domicílio



Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 6 apresenta o mapa de correspondência entre a quantidade de crianças no domicílio e o total de violências contra criança nesse domicílio. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (quantidade de crianças no domicílio: uma, duas, três, mais de três) e dos perfis coluna (total de violências contra criança: 0, 1, 2, 3, 4, 10, 14) devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5. A Tabela 4, referente à quantidade de crianças no domicílio, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 'duas' que tem uma representatividade maior na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 5, referente ao total de violências contra criança, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 2 (em negrito), exceto os níveis '0' e '2' que é melhor representado na dimensão 1 (em negrito).

TABELA 3 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Quantidade de crianças no domicílio)

Quantidade de crianças no domicílio	Dimensão 1	Dimensão 2
Uma	0,634	0,358
Duas	0,256	0,744
Três	0,597	0,219
Quatro	0,934	0,060

TABELA 4 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (total de violências contra criança no domicílio)

Total de violências contra criança no domicílio	Dimensão 1	Dimensão 2
0	0,816	0,175
1	0,001	0,996
2	0,975	0,025
3	0,006	0,219
4	0,027	0,947
10	0,119	0,880
14	0,119	0,880

Com base no Gráfico 6, verifica-se uma associação maior entre domicílios com uma criança e àqueles que tiveram nenhuma, uma e/ou três violências contra criança. Para os domicílios com duas crianças, observou-se uma associação maior com domicílios que tiveram uma violência contra criança, e uma associação menor com domicílios com quatro violências contra criança. Os domicílios com três crianças se associaram mais com aqueles que tiveram duas e três violências contra criança. Onde existiam quatro crianças, houve uma associação fraca com residências com duas violências contra criança. Outro ponto a destacar é que os domicílios com 10 ou 14 violências contra criança possuem quantidades de crianças similares, já que estão muito próximos.

A comparação entre os dados do inquérito SAUVI e os dados notificados no município pelo SINAN, referentes à violência contra a criança é mostrada no Quadro 1.

Quadro 1 - Número de domicílios com registro de violência contra criança

SINAN	SAUVI	INTERSEÇÃO	Total
79 domicílios	110 domicílios	0	189

No inquérito SAUVI foram encontrados 110 domicílios em que ocorreu violência contra crianças. O Município de Betim disponibilizou o banco de dados SINAN relativo ao mesmo período de ocorrência da pesquisa SAUVI, ou seja, no exercício de 2014, onde foram encontrados apenas 79 casos de violência contra crianças notificadas no sistema oficial. Tais números apontam para uma grave deficiência na sistemática oficial de notificação. Mas, tal deficiência pode ser maior do que, à primeira vista, mostram esses números, pois, no caso da SAUVI, os casos são os encontrados numa amostra de 1.121 domicílios, ao passo que, no caso do SINAN, os casos registrados se referem à totalidade do Município. A maior gravidade da subnotificação é confirmada quando se constata, pelo confronto dos endereços dos domicílios dos dois bancos, que o SINAN não tem notificado nenhum dos casos identificados na pesquisa. Com os dois bancos há pelo menos 189 casos que se tornam conhecidos no período do ano de 2014.

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou compreender o perfil da violência doméstica contra crianças no município de Betim e possibilitou o alcance mais ampliado do número de violências ocorridas em determinado período e o conhecimento mais profundo de fatores relacionados à violência contra crianças neste município. Revelou também a incompletude dos dados oficiais constantes dos bancos de dados do órgão de Vigilância Epidemiológica e também

Esta pesquisa mostrou prevalência do fenômeno violência doméstica infantil em pelo menos um terço dos domicílios pesquisados, sendo este um percentual muito elevado para este tipo de violência. Constata-se que os domicílios de maior predominância da violência são aqueles expostos à maior vulnerabilidade social, ou

seja, aqueles localizados nas regiões periféricas da cidade, com baixa qualidade de vida, baixa renda e baixa escolaridade. Deve-se considerar também que Betim é um município que figura no *ranking* dos mais violentos do Brasil, e tem nas causas externas por agressões o principal motivo de internações e mortalidade (LAMOUNIER; TAVARES, 2009).

Verificou-se também que o maior número de domicílios onde foram detectados a violência infantil os responsáveis têm entre 35 e 44 anos de idade, apontando para uma tendência já descrita em outras pesquisas que a violência doméstica contra crianças é maior por parte de agressores em idade economicamente ativa (AZEVEDO; GUERRA, 2011).

Com relação à renda o estudo demonstrou que condições econômicas precárias é um fator relevante para perpetração da violência (AZEVEDO; GUERRA, 2011). Em Betim, os domicílios onde a família está sem nenhuma renda juntamente com aqueles onde a renda é de até um salário mínimo concentram a maior incidência da violência contra crianças.

O nível de escolaridade é outro fator importante na análise da violência doméstica contra crianças, o presente estudo aponta que, no município de Betim os domicílios onde o responsável não possui nenhuma instrução somados aos domicílios onde o responsável possui apenas o ensino fundamental, mais da metade da violência infantil perpetrada se concentra nestes domicílios como também encontrado por Lamounier e Tavares (2009).

O fato dos maiores índices de violência aparecer nos lares de famílias de baixa escolaridade e de condições econômicas precárias, não quer dizer que ela não ocorra naqueles onde o nível social é mais elevado, ao contrário, isto significaria que nesta classe de famílias a violência é mais escondida e protegida por um pacto de silêncio (TAVARES et al., 2016).

Nos aspectos sociodemográficos, em Betim a maioria dos casos de violência infantil ocorreu em domicílios onde as mulheres são as responsáveis pela família, já onde o responsável é o homem a ocorrência foi menor. Este dado coaduna com o estudo realizado por Pinto Júnior et al. (2015) e Vieira et al. (2015).

O uso de bebida alcoólica também favorece a prática doméstica da violência infantil, no caso dos domicílios pesquisados, onde foi detectada a prática da violência infantil em uma fatia expressiva o responsável admitiu que ingere bebida alcoólica e em outros domicílios o responsável admitiu que já fez uso, dados corroborados pela literatura que mostra associação do uso de álcool e outras drogas à violência doméstica contra crianças (PINTO JUNIOR et al., 2015; RATES et al., 2011), que apontam para a necessidade de intervenção governamental para tratamento de dependentes químicos.

O domicílio é o local onde ocorre o maior número de violência infantil (RATES et al., 2011). Foi possível verificar que o tipo de violência mais cometida contra crianças foi a física constatada na maioria dos domicílios pesquisados onde ocorreu a violência contra crianças.

Foi constatado no inquérito SAUVI, que no caso de Betim, em alguns dos domicílios pesquisados as crianças ali residentes sofreram todas as formas possíveis de violência previstas na totalidade da pesquisa, colocando-se em risco a sua própria integridade física, o que foi reforçado pela procura de socorro em Unidades de Saúde em casos onde o número de formas de violência perpetradas foi elevado; esse dado é corroborado pela literatura que comprova tal tendência já demonstrada em pesquisas nacionais e internacionais (COMO et al., 2014; PINTO JÚNIOR et al., 2015; RATES et al., 2011). Já a violência psicológica vem logo após, encontrada em um número elevado de domicílios, seguida da negligência e por último a violência sexual que também foi encontrada nos domicílios betinenses onde foi constatado violência contra crianças.

Predominantemente nos estudos sobre violência, a física é a modalidade mais notificada, tendo em vista ser esta a mais fácil de ser identificada pelas marcas corporais evidentes e pela questão cultural da sociedade do emprego do uso da força como forma de correção infantil (MINAYO, 2001; MALTA et al., 2015; PINTO JÚNIOR et al., 2015).

A violência psicológica é a menos identificada, pois este tipo de identificação exige um alto nível de capacitação dos profissionais de saúde para realização de uma percepção correta, tendo em vista que os sintomas desta ocorrência não são facilmente visíveis. O presente estudo, através de sua metodologia, identificou em

Betim um número muito alto deste tipo de violência, ficando em segundo lugar perdendo apenas para a física, demonstrando um percentual elevado em relação aos números dos bancos oficiais do Brasil e até das pesquisas internacionais (PINTO JÚNIOR et al., 2015; PRISZKULNIK, 2015).

Já a negligência é uma modalidade de violência marcada pelo abandono, quando os pais ou responsáveis deixam de executar o seu dever imposto pelo poder familiar e não proveem as necessidades básicas da criança como alimentação, cuidados de saúde, educação e proteção (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

Por outro lado a violência sexual é uma das modalidades mais difíceis de serem notificadas, pois envolvem questões familiares mais complexas em que os agressores convivem com as vítimas dentro da mesma casa, são responsáveis pelo seu sustento e impõem um código de silêncio (VIEIRA et al., 2015). A violência sexual, na maioria das vezes, ocorre em lares onde o adulto agressor é um repetidor do comportamento sofrido na infância, e assim age como peça de uma corrente perversa perpetuando tal situação (VIEIRA et al., 2015).

Segundo Minayo (2001), as formas de correção infantil têm se misturado com a violência doméstica contra crianças. Em Betim a pesquisa demonstrou forte correlação da forma de corrigir com violência contra crianças, também nos domicílios onde está presente a violência contra crianças existe a correlação com a exposição à violência e em ambos os casos existe a correlação com sequelas, tanto físicas, como emocionais e psicológicas.

O presente estudo demonstrou que no período de um ano o número de notificações de violência no sistema oficial foi menor do que a metade em comparação ao montante apontado pela pesquisa. A subnotificação é um problema que causa discrepância em várias partes do mundo quando da análise do fenômeno da violência (ALBUQUERQUE et al., 2015; PRISZKULNIK, 2015).

No Brasil, as autoridades governamentais e a sociedade organizada têm demonstrado especial atenção a este relevante problema e temos assistido avanços nas ações que visam melhorar e ampliar as notificações, como é o caso da implantação do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) no ano de 2006 e Portaria Ministerial de 2011, que tornou obrigatória a notificação e outras

campanhas de prevenção e incentivo à notificação (ALBUQUERQUE et al., 2015; PRISZKULNIK, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma lei federal que alterou o capítulo dos crimes imputáveis do Código Penal (CP) e Código de Processo Penal (CPP) mostrando-se um grande instrumento para prevenção e combate da violência infantil, prevendo abrigo e proteção das vítimas, penas para agressores, cúmplices e até para profissionais de saúde que se omitem a notificação. Porém a baixa efetividade desta legislação tem feito com que poucos respondam criminalmente, o que fortalece o comportamento impune (DAYRELL, 2011).

Existem também portarias do Ministério da Saúde que instituem a obrigatoriedade da notificação compulsória da violência, como estratégia para conhecimento, prevenção e combate da violência. Porém, cabe salientar que o problema da violência doméstica contra crianças tem uma abrangência multidisciplinar, exigindo-se assim ações que ultrapassam a letra da lei e se somam a uma rede de proteção e cuidados envolvendo a saúde, educação, assistência social, área jurídica, conselhos tutelares, delegacias e judiciário (BRASIL, 2011).

Há necessidade iminente de valorização, empoderamento e capacitação dos profissionais de saúde para notificação, pois ainda existem grandes barreiras que fazem com que o profissional não notifique, como medo de represálias, ameaças, constrangimento, preferência por não se expor, falta de conhecimento dos campos da ficha SINAN e falta de capacidade de identificar determinados tipos de violência (SILVA et al., 2015).

Ainda existe uma grande incompletude de informações acerca deste assunto, daí a importância do registro real e qualitativo das notificações para contribuir com esta rede de prevenção e combate a violência contra crianças (SILVA et al., 2015).

CONCLUSÃO

Sabemos que o fenômeno da violência tem se revelado nos dias atuais como uma grande epidemia que vem assolando a sociedade humana a cada ano com índices proporcionalmente mais elevados, impondo às pessoas um quadro de

vulnerabilidade e adoecimento que coloca a violência no *ranking* das principais causas de adoecimento e mortalidade.

Grande parte dos domicílios de Betim tem se demonstrado solos férteis para ocorrência da violência contra crianças, principalmente naqueles marcados pela vulnerabilidade social, onde está presente a baixa renda, a baixa escolaridade, famílias disfuncionais e uso de álcool e outras drogas por parte dos responsáveis. É no lar que as iniquidades têm lançado suas raízes e assim marcado de forma negativa a corporeidade e a vida das pessoas principalmente crianças que são os seres humanos mais frágeis, incapazes de proteger-se, tornando-se vítimas passivas desse mal e sofrendo no próprio corpo as consequências e sequelas desse adoecimento.

As sequelas deixadas pela violência física, psicológica, sexual e negligência em uma criança, a tornam em alguém que não consegue aprender na escola, pois tem dificuldades de concentração, não consegue ocupar espaços sociais, pois tem dificuldades para relacionar-se, pode adquirir doenças sexualmente transmissíveis, ansiedade, problemas de sono, doenças mentais e ser perpetradora de violência quando se tornam adultas.

Os dados desta pesquisa mostram que em Betim, as crianças vítimas de violência não são levadas por seus responsáveis às Unidades de Saúde para receberem assistência por motivos das agressões sofridas quando estas representam um baixo risco de danos físicos; os que procuram os serviços de pronto atendimento apresentam indicador de violência maior, o que pode estar relacionado com a gravidade e/ou cronicidade da violência.

O ECA, os Sistemas VIVA e o SINAN são grandes avanços que coadunam com a Carta Magna Brasileira no sentido de regulamentar o direito das crianças de não simplesmente sobreviverem, mas sim de viverem em nosso país uma vida com plenitude, dignidade e proteção. A ferramenta mensurável para operacionalizar esse direito é a notificação, pois através dela é que os órgãos competentes conseguem obter informações para o desenvolvimento de políticas públicas capazes de oferecer garantias à vida de nossas crianças que segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) as crianças são o Patrimônio da Humanidade e devem ser protegidas.

A partir de 2015 com a implantação do novo modelo da ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, o Ministério da Saúde expandiu o sistema de vigilância a outros atores da rede de proteção às pessoas em situação de violência, dentre elas a criança. Em julho de 2016 a Secretaria de Saúde de Betim iniciou este trabalho gradativamente com as unidades de Assistência Social, quando todos os técnicos foram capacitados para o preenchimento da ficha de notificação dos casos de violência atendidos e encaminha-la à Vigilância Epidemiológica. O objetivo é que esse sistema represente uma chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinada às pessoas em situação de violência. Apesar disso, a subnotificação persiste, como se pode demonstrar. ,

A construção de conhecimento, a união intersetorial e o debate social constituem caminho para solidificação da política pública de combate e prevenção da violência contra crianças. Já existem mecanismos legais que garantem esse direito, porém para sua aplicação ainda falta uma rede estruturada que tenha capacidade de trabalhar conjuntamente. Uma proposta é a criação, no Município, de uma comissão municipal formada por membros do poder público a ser disponibilizada para dedicação integral, que tenha um local próprio de trabalho cedido pelo município e que seja composta pela saúde, educação, assistência social, conselho tutelar, delegacia, ministério público e judiciário, onde funcione uma central de processamento de informações e dali possa partir as diretrizes, treinamentos e ações necessários à proteção de nossas crianças.

A carta das Nações Unidas que deu origem à criação do Tribunal Penal Internacional (TPI), também chamado Tribunal de Haia, justifica a necessidade de criação do TPI para julgar e punir crimes contra a humanidade, buscando assim a preservação da beleza, da liberdade da própria existência humana, para evitar a coisificação das pessoas, para proteger o belo mosaico formado pelas diversas culturas, cores e valores que compõem a humanidade. Nós também não podemos nos furtar de sermos guardiões do espírito de Haia, devemos fazer nossa parte nessa luta para proteger nossas crianças e prevenir a violência. A mudança na cultura de violência e o cuidado com nossas crianças, hoje, vão garantir um futuro melhor amanhã.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M. et al. Terminologia da enfermagem caracterizadora da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.3, p.452-459, junho 2015.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. M. A. **Violência doméstica na infância e na adolescência: uma nova cultura de prevenção**. São Paulo: Plêiade/FAPESP, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, 2011.

COMO, M. R.; TROBIA, A.; MANNA, G. Prevention of violence against children and psychosocial models of intervention: network analysis of an inter-institutional service. **Children and Youth Services Review**, v.47, Part 3, p.416-427, Dec. 2014.

DAYRELL, M. **Drogas e vulnerabilidade à morte por homicídios: Um estudo em uma área urbana**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

LAMOUNIER, G. M.; TAVARES, F. H. Reflexões sobre o tribunal penal internacional. Belo Horizonte: **Virtuajus** (PUCMG), v. -, p. 01-26, 2009.

MALTA, D.C. et al. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1095-1105, 2015.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.1, n.2, p.91-102, Ago. 2001

PINTO JUNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES V.; SANTOS J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.124-131, 2015.

PRISZKULNIK, L. Proteção da criança: qual criança? **Pediatria Moderna**, v.51, p.186-190, 2015.

RATES, S. et al. Violência infantil: Uma análise da notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.655-665, 2015.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social e outros escritos**. São Paulo: Cultrix, 2004.

SANTOS, T. et al. Análise da produção científica sobre a notificação da violência contra adolescentes. Universidade de Pernambuco - UPE - Recife (PE) – Brasil. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p. 560-567, out./dez., 2014.

SILVA, P. A. et al. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.142-150, Jan. 2015.

TAVARES, R. et al. Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.923-934, 2016.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3407-3416, 2015.

WITTKOWSKI, K. M. et al. Combining several ordinal measures in clinical studies. **Stat. Med.**, v.23, n.10, p.1579-92. May 2004.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Presente em grande parte dos domicílios de Betim, a violência doméstica contra crianças se apresenta como um fenômeno capaz de promover o adoecimento do sujeito e prejudicar sua qualidade de vida em quase todos os setores de sua existência, pois deixa marcas que dificilmente são apagadas.

A violência doméstica contra crianças se sagra como um importante problema de saúde pública, tendo em vista seu alto nível de complexidade, uma vez que este problema está entrelaçado à própria cultura da sociedade humana, onde o ato de educar se confunde e se mistura com a aplicação de castigos corpóreos como forma de correção. Em nome dessa correção muitos excessos são cometidos entrando assim no campo da violência doméstica contra crianças.

A violência física se apresenta em maior número nos domicílios de Betim, este é um tipo de violência de fácil identificação, pode deixar marcas visíveis e traz consequências físicas podendo causar lesões corporais, fraturas e outros agravos à saúde de acordo com extensão dos danos causados.

A violência psicológica ocorre naqueles domicílios onde a criança é submetida a humilhações, à exposição da violência perpetrada a outros membros da família e todos os tipos de pressões emocionais e medos impostos a ela, esse tipo de violência está associada com níveis mais elevados de problemas emocionais.

Já a negligência é aquele tipo de violência caracterizado pelo abandono, pela omissão, onde a criança fica em casa sozinha sujeita aos riscos do ambiente, pode ocorrer casos em que a criança não é levada à escola nem ao serviço de saúde, não toma as vacinas, é deixada sem alimentos e outros, essa violência também tem um poder nefasto para agravar o indicador de saúde das crianças.

Também identificada nos domicílios de Betim, a violência sexual contra crianças encontra dentro dos lares o local privilegiado para sua ocorrência, tendo como principais perpetrantes o próprio pai, padrasto ou uma pessoa bem próxima do convívio íntimo da casa.

A literatura aponta que a violência doméstica sofrida por crianças é responsável por mortes infantis e inúmeros agravos à sua saúde física e psicológica, deixando sequelas como cicatrizes corpóreas, deficiência física, distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, incontinência urinária, doenças sexualmente transmissíveis, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão, timidez, culpa, problemas de sociabilização, perdas significativas e persistentes de qualidade de vida na idade adulta, e possibilidade de a vítima repetir a violência sofrida.

A prevenção e o combate à violência doméstica infantil requerem para sua compreensão análises amplas de diferentes áreas do conhecimento, tendo em vista sua magnitude e complexidade e, por vezes, oculta o contexto do qual se origina, o que dificulta a proposição de estratégias exitosas de prevenção e intervenção.

Estudos apontam a violência como uma das principais causas de morte na população jovem, vitimados cada vez mais cedo, um mal que cresce exponencialmente a cada dia. Um cotidiano atravessado pela violação dos direitos das crianças.

Buscando compreender a questão da violência doméstica contra crianças no município de Betim - MG, fazendo uma correlação com os aspectos sociodemográficos das famílias, este estudo possibilitou evidenciar o alto número de ocorrência desse fenômeno na cidade, e também apontou para o grave problema da subnotificação junto ao SINAN.

Os dados demonstraram que os domicílios socialmente mais vulneráveis são aqueles onde a violência infantil mais se manifesta e que os responsáveis pelas crianças só procuram o serviço de saúde quando a violência contra a criança é grave e a vítima está com a vida em risco, neste ponto podemos compreender que o percentual de subnotificação é muito alto. Compreende-se que a notificação é uma das principais ferramentas para se desenvolver estratégias e ações para prevenir e combater a violência infantil. O tema ganha uma maior complexidade, apontando para a necessidade de se trabalhar de maneira mais eficaz no processo produtivo das notificações.

O estudo encontrou significância estatística entre a forma de corrigir e a violência contra crianças, entre exposição à violência e a violência contra crianças, e todos esses com sequelas, ficando evidenciado que em um domicílio onde as

crianças são submetidas diretamente à violência, ou são corrigidas de forma violenta, ou são expostas à violência estas podem carregar sequelas e adoecimentos por toda a vida.

O estudo sistemático da violência doméstica infantil e a eficácia das políticas públicas requerem a análise de características dos envolvidos, sua contextualização histórico-cultural e ações conjuntas de todas as áreas sociais necessárias como a saúde, educação, assistência social, polícia e judiciário, com foco sempre na prevenção e recuperação dos sujeitos. As estratégias de prevenção e intervenção devem contribuir sempre para a mudança de atitudes alicerçada em uma nova cultura de paz.

**APÊNDICE A – Questionário: Variáveis referentes à violência contra crianças –
Inquérito SAUVI**

CRIANÇA	
38. Aqui, na sua casa, tem crianças? (Idade: até 9 anos, 11 meses e 29 dias) () 1. Sim () 2. Não ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 108. Considere apenas criança viva	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do interior para consultar, etc.	
39. Quantas crianças? _____ () 888. NSA	
Informar número de crianças vivas.	
40. Alguma criança desta família mora em outra casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Considerar todas as crianças que são da mesma família, mas que por algum motivo moram fora. Exemplo: estudam fora, moram com um dos pais separados, com os avós, etc.	
ATENÇÃO: para as perguntas 41, 42, 43 e 44, considere crianças que tenham até 2 anos de idade. Se houver mais de uma, escolha a mais velha entre as que têm até dois anos.	
41. Quanto tempo após o nascimento ela consultou com profissional de saúde? (desconsiderar maternidade) _____ dias _____ meses _____ anos () 1. Não sei () 888. NSA Se não houver crianças até dois anos, pule para a questão 45	
Número de dias. Considerar qualquer consulta realizada com profissional da saúde em casa ou em consultório/Centro de Saúde/UPA, etc depois de sair da maternidade.	
42. O (a) Sr.(a) recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Trata-se da caderneta da criança, que inclui vacinação, consultas e peso ao nascer.	
43. Esta criança é levada para as consultas de acompanhamento conforme estabelecido pela caderneta da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Pretende-se verificar se a criança está sendo acompanhada em sua saúde e desenvolvimento por um serviço de saúde e se a família segue as orientações contidas na caderneta da criança.	
44. A vacinação desta criança está em dia, conforme o calendário vacinal para a idade? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Trata-se do calendário do Ministério da Saúde, caso a criança tenha sido vacinada com base no calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria a resposta deve ser considerada como sim pois já inclui as do Ministério da Saúde.	
45. Considerando a criança mais nova em idade escolar (4 a 10 anos), que idade ela tinha quando foi matriculada pela primeira vez em uma instituição de ensino? _____ anos	
ATENÇÃO: Para esta questão (questão 45), se houver mais de uma criança, considere a mais nova, em idade escolar.	
Considerar a primeira matrícula efetuada.	
ATENÇÃO: para todas as demais perguntas, considere todas as crianças da casa.	
46. Considerando todas as crianças da casa: nos últimos 12 meses, alguma delas já precisou ser internada? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do interior para consultar, etc. Considera-se qualquer tempo de internação superior a 24 horas, em serviço de saúde público ou privado. Menos que este tempo, não considerar como internação.	
47. Por qual motivo esta internação ocorreu? (Se houver mais de uma, considerar a última) () 1. Acidente ou lesão () 2. Tratamento clínico () 3. Tratamento cirúrgico () 4. Exame médico () 5. Problema de saúde mental () 6. Outro problema () 7. Não sei () 888. NSA	
A opção <i>Não se Aplica</i> significa que não ocorreu internação nos últimos 12 meses.	

48. Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa foi ao dentista? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Não se aplica significa que na casa não existem crianças.	
49. Por qual motivo? (Considere a última vez que uma criança foi ao dentista) ()1. Prevenção/controle ()2. Tratamento dentário ()3. Dor ()4. Acidente ()5. Não foi ao dentista ()6. Não sei ()888. NSA	
Acidente refere-se à qualquer evento ocorrido que cause alguma lesão ou traumatismo (fraturas, luxações, etc) aos dentes, como por exemplo, quedas, espancamentos, acidentes de transporte, mordidas em qualquer alimento muito sólido ou em objetos, etc.	
50. Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa parou de estudar? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Não se aplica (NSA) significa que não existe criança com 6 anos ou mais no domicílio visitado.	
51. Por qual motivo ela deixou de ir à escola? (Se houver mais de uma criança, considere a que deixou a escola por último) ()1. Violência em casa ()9. Pais não levaram ()2. Violência no bairro ()10. Para ajudar em casa ()3. Violência na escola ()11. Não gosta da escola ()4. Acidente ()12. Outros ()5. Mudança de endereço ()13. Não deixou de ir à escola ()6. Precisou trabalhar ()14. Não sei ()7. Distância ()888.NSA ()8. Doença	
Não se aplica (NSA) significa que não existe criança no domicílio visitado. Havendo mais de uma criança, considerar a última.	
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças? 52. Com conversa, orientação, negociação ()1.sim ()2.Não ()888NSA 53. Param de conversar ()1.sim ()2.Não ()888NSA 54. Gritam ()1.sim ()2.Não ()888NSA 55. Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada ()1.sim ()2.Não ()888NSA 56. Trancam no quarto, colocam em um canto ()1.sim ()2.Não ()888NSA 57. Usam medidas humilhantes/constrangedoras ()1.sim ()2.Não ()888NSA 58. Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha ()1.sim ()2.Não ()888NSA 59. Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc) ()1.sim ()2.Não ()888NSA 60. Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc) ()1.sim ()2.Não ()888NSA 61. Amarram ()1.sim ()2.Não ()888NSA 62. Outra coisa ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
Correção entendida como qualquer ação que vise modificar algum comportamento da criança considerado inadequado.	
Nos últimos 12 meses, alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como: 63. Agressão física, por força corporal/espancamento ()1.sim ()2.Não 64. Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não 65. Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) ()1.sim ()2.Não 66. Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra) ()1.sim ()2.Não 67. Agressão com arremesso de substância/objeto ()1.sim ()2.Não 68. Envenenamento ()1.sim ()2.Não 69. Agressão Sexual ()1.sim ()2.Não 70. Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) ()1.sim ()2.Não 71. Outras ()1.sim ()2.Não	
"presenciar" equivale a "ver", "testemunhar", "observar"	

APÊNDICE B - Composição de indicadores e fórmulas estatísticas

Composição dos indicadores a partir das variáveis

Indicador	Variáveis (X _i s)		
Indicador de forma de corrigir (IFC)	Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças:	X1 X2 X3 X4 X5 X6 X7 X8 X9 X10 X11	- Com conversa, orientação, negociação - Param de conversar - Gritam com elas - Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada - Trancam no quarto, colocam em um canto - Usam medidas humilhantes/constrangedoras - Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha - Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc.) - Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc.) - Amarram - Outra coisa
Indicador de Violência contra a Criança (IVC)	Alguma criança já passou por alguma das situações descritas:	X12 X13 X14 X15 X16 X17 X18 X19 X20 X21 X22 X23 X24	- Sofreu xingos, ameaças - Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação") - Foi machucada por correção - Foi ameaçada/ferida por arma de fogo - Foi ameaçada/ferida por arma branca - Perdeu à força objetos pessoais - Teve a mesada cortada - Ficou trancada no quarto ou no canto (mais de 1/2h) - Sofreu humilhação ou constrangimento - Apanhou com a mão (palmada) - Apanhou/foi ferida com objeto - Foi amarrada - Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos
		X25 X26	- Ficou só sem a presença de um adulto em casa - Teve livre acesso a lugares altos ou à rua
Indicador de Exposição à Violência (IEV)	Alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como:	X27 X28 X29 X30 X31 X32 X33 X34 X35	- Agressão física, por força corporal/spancamento - Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) - Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) - Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra) - Agressão com arremesso de substância/objeto - Envenenamento - Agressão sexual - Agressão psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) - Outras

Continua

conclusão

Indicador	Variáveis (X _i s)		
Indicador de Sequelas (IS)	Esta criança teve ou ficou com alguma seqüela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão:	X36	- Emocionais/psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo)
		X37	- Física (lesão, deformidade, cicatrizes)
		X38	- Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória)
		X39	- Outros
Indicador de Cuidados (IC)		X40	- Recebeu a caderneta de acompanhamento da criança
		X41	- A criança é levada a consultas conforme estabelecido pela caderneta da criança?
		X42	- A vacinação da criança está em dia conforme o calendário vacinal para a idade?
		X43	- Nos últimos 12 meses, alguma criança da casa foi ao dentista
		X44	- Nos últimos 12 meses, alguma criança da casa parou de estudar?

As expressões para o cálculo desses indicadores são apresentadas abaixo.

A) Indicador de Forma de Corrigir (IFC):

B) Indicador de Violência contra a Criança (IVC):


C) Indicador de Exposição à Violência (IEV):

D) Indicador de Sequelas (IS):

E) Indicador de Cuidados (IC):

Todos esses indicadores IFC, IVC, IEF, IS e IC foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecimento



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Entrevistado no Domicílio

O senhor (a) esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, o sr deverá responder, aqui em seu domicilio, um formulário elaborado pelos pesquisadores. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada **Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**, dentro das condições acima expostas.

_____, _____ de _____ de 2014.

Coordenadora:
 Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 3409-9945.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

APÊNDICE D - Lista de comparativo de endereços

ENDEREÇO SINAN
Rua: Agove, 174 - Cruzeiro Do Sul
Rua: Alameda Dos Emboabas, 14 – Bandeirinhas
Rua: Alvarenga Peixoto, 38 - Nova Baden
Rua: Amazonas, S/N – Cachoeira
Rua: Amoreiras, 371 - Sao Joao
Rua: Amoreiras, 371 - Sao Joao
Rua: Angelica, 28 - Jardim Das Alterosas
Rua: Antonio Da Silva, 131 – Inga
Rua: Antonio Lambertucci, 974 - Bom Retiro/Conjunto Hab.Homero Giusepe Laz
Rua: Antonio Osvaldo De Menezes, 14 - Parque Das Industrias
Rua: Antonio Quirino Da Silva, 1061 – Inga
Rua: B, 243 - Jardim Perla
Rua: Baturite, 45 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Botuete, 45 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Botumirim, 75 - Vila Bemge
Rua: Br 381, - Citrolandia
Rua: Campina Grande, 188 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Campos Sales, S/N - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Carmopolis, 178 - Industrial Sao Luiz
Rua: Carolina, 84 - Dom Bosco
Rua: China, 23 – Petrovale
Rua: Clemente Esteves Viana, 252 - Bueno Franco
Rua: Crisantemos, 848 - Jardim Das Alterosas
Rua: Cristalina, 341 – Capelinha
Rua: Crucilandia, 165 - Sao Caetano
Rua: Das Rosas, 89 – Sapucaias
Rua: Dois, 150 - Jardim Perla
Rua: Doutor Romeu Lages, 459 - Santa Cruz
Rua: Dr.Romeu Lages, 459 – Ptb
Rua: Duque De Caxias, 654 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Embosbas, 54 – Bandeirinhas
Rua: Engenho Seco, 466 - Parque Betim Industrial
Rua: Espada De Sao Jorge, 384 - Jardim Das Alterosas
Rua: Firmino Assuncao, 567 - Bom Retiro
Rua: Flamboyant, 1200 - Vargem Das Flores
Rua: Flamboyant, 98 - Sitio Pooeos
Rua: Galaxia, 165 – Renascer
Rua: Geraldo Jose Vieira, 230 – Citrolandia
Rua: Getulio Vargas, 21 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Gil Diniz Junior, 178 – Amazonas

ENDEREÇO SAUVI
Alameda Dos Linhores, 62
Av: Camanducaia, 823 - Dom Bosco
Av: Juiz Marco Julio Isaac, 1370
Av: Sayassu, 350 - Frente Sobrado
Av: Tapajos, 234 - Fundos - Amarante
Beco Central, 39-A - Sao Caetano
Beco Dom Pedro li, 131-A
Rua: Açucena, 28
RUA: Amariles, 458 - 2ª Seção
Rua: Amazonas, 1110-A - Senhora Das Graças
Rua: Angelica, 14 - 2ª Seção - Jardim Alterosa
Rua: Antonio Dias, 304 - Sao Luis
Rua: Antonio Dias, 80 - Sao Luiz
Rua: Araça, 250
Rua: Araxa, 519 - Lado - Marimba
Rua: Astolzo Dutra, 31 - Fundos - Sao Luis
Rua: Azaleia, 512
Rua: B, 645 - Flores E Florestas
Rua: Bluet, 75-A
Rua: Bonfim, 13 - Imbiruçu
Rua: Brasil, 35 - Senhora Das Graças
Rua: Campo Formoso, 309 - Fundos 02
Rua: Candido Cardoso Miranda, 428 - Apê 101 - Jardim Da Cidade
Rua: Candido Cardoso Miranda, 458 - Apê 104 - Jardim Da Cidade
Rua: Carlos Gomes Bradão, 57 - Imbiruçu
Rua: Contagem, 205 - Betim Industrial
Rua: Curicuari, 147 - Sobrado
Rua: Das Flores, 30 - Casa 02 - Sao Caetano
Rua: Das Flores, 66 - Sao Caetano
Rua: Das Flores, 67 - Sao Caetano
Rua: Dos Cravos, 340-A
Rua: Dr. Adamastor Pereira Leite, 408 - Casa 03 - Bom Retiro
Rua: Emilio Ribas, 222 - Citrolandia
Rua: Fernando De Noronha, 314 - Fundos - Senhora Das Graças
Rua: Formiga, 61 - Niteroi
Rua: Francisco Ricardo Da Silva, 420 - Angola
Rua: Geraldo Madureira Ramos, 810 - Santa Izabel
Rua: Guimaraes Rosa, 201 - Campos Elisios
Rua: Helio De Noronha, 142 - Imbiruçu
Rua: Helio De Noronha, 172-A - Imbiruçu

ENDEREÇO SINAN
Rua: Gil Diniz Junior, 57 – Amazonas
Rua: Gilson Moreira Da Silva, 198 - Vista Alegre
Rua: Guanarapos, 95 - Sao Caetano
Rua: Ipe, 807 – Vianopolis
Rua: Jardim Do Serido, 193 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Joao Pinheiro, 183 - Parque Jardim Terezopolis
Rua: Joaquina Moreira Filho, 1920 – Citrolandia
Rua: Jose Capitao, 210 – Citrolandia
Rua: Luis Candido Josue, 303 - Recreio Dos Caicaras
Rua: Macapa, 345 - Sao Caetano
Rua: Mantena, 344 - Dom Bosco
Rua: Maria De Souza Paes, 55 – Capelinha
Rua: Maria Do Carmo, 126 - Jardim Nazareno
Rua: Mg 060, 1028 – Marimba
Rua: Nelson Miranda Da Silva, 11 - Conjunto Habitacional Celso Alves
Rua: Nova Jerusalem, 120 – Renascer
Rua: Pau Brasil, 271 - Vila Das Flores
Rua: Pau Brasil, 99 - Sitio Pocoes
Rua: Pau Brasil, 99 - Sitio Pocoes
Rua: Paulo Alberte, 66 – Bandeirinhas
Rua: Pedra Azul, 210 - Alto Das Flores
Rua: Pedra Azul, 210 - Alto Das Flores
Rua: Pedro Abreu, 35 – Itacolomi
Rua: Perpetua, 175 - Jardim Das Alterosas
Rua: Pirapetinga, 587 - Vila Cristina
Rua: Pirapetinga, 587 - Vila Cristina
Rua: Rio Madeira, 2168 – Guanabara
Rua: Rio Negro, 75 - Nossa Senhora De Fatima
Rua: Rio Pires, 30 - Nossa Senhora De Fatima
Rua: Rua Galacia, 165 – Renascer
Rua: Sarzedo, 133 - Parque Betim Industrial
Rua: Taparape, 99 – Icaivera
Rua: Tres Pontas, 21 – Marimba
Rua: Tupis, 52 – Laranjeiras
Rua: Uberaba, 326 - Bom Retiro
Rua: Varsovia, 46 - Cruzeiro Do Sul
Rua: Varsovia, 46 - Cruzeiro Do Sul
Rua: Vicencia Maria De Jesus, - Jardim Da Cidade
Rua: Voluntarios Da Patria, 391 – Citrolandia

ENDEREÇO SAUVI
Rua: Helio De Noronha, 22 - Imbiruçu
Rua: Helios De Noronha, 122-A - Fundos - Imbiruçu
Rua: Hermano Lott Junior, 451 - Bom Retiro
Rua: Incas Martins, 205 - Citrolandia
Rua: Jaguará, 175 - Casa
Rua: Japura, 32-A - Santa Cruz
Rua: Jasmim, 78
Rua: Jassy, 449
Rua: Joao Paulo, 43 - Bom Retiro
Rua: Jose Gomes Da Silva, 33-A
Rua: Jose Pio Da Silva Cardoso, 1219 - Bom Retiro
Rua: Jose Soares Pechincha, 100 - Frente - Citrolandia
Rua: Jose Soares Pechincha, 174 - Frente - Citrolandia
Rua: Jovaci Gomes, 129 - Sobrado - Imbiruçu
Rua: Jovaci Gomes, 86 - Sobrado - Imbiruçu
Rua: Julio Cesar De Freitas, 359 - Bom Retiro
Rua: Londrina, 118 - Niteroi
Rua: Luiza Maria De Jesus, 230-A - Vila Das Flores
Rua: Mantena, 90-A -Dom Bosco
Rua: Maria Candida, 58 - Terreo - Imbiruçu
Rua: Maria Joana De Jesus, 39
Rua: Miosotes, 1135-B
Rua: Montes Claros, 120 - Frente - Marimba
Rua: Nova Era, 137 - Niteroi
Rua: Nova Era, 29 - Niteroi
Rua: Oito, 116 - Bloco 03 - Apê 201 - Parque Das Acacias
Rua: Oito, 150 - Bloco 01 - Apê 301 - Parque Das Acacias
Rua: Oito, 36 - Bloco 09 - Apê 303 - Parque Das Acacias
Rua: Orlandina Alves Guimaraes, 226 - Chacara
Rua: Pacifico Belem, 106 - Dom Bosco
Rua: Padre Airton Freire De Lima, 480
Rua: Padre Airton Freire De Lima, 578 - Guanabara
Rua: Para, 756 - Fundos - Senhora Das Graças
Rua: Patrocinio, 821 - Vila Cristina
Rua: Patrocinio, 859 - Vila Cristina
Rua: Paulino Marques Gontijo, 162 - Fundos - Bom Retiro
Rua: Pedro Lourenço, 185-B - Imbiruçu
Rua: Perpetua, 28 - Sobrado
Rua: Pirapora, 134 - Vila Cristina
Rua: Pocrane, 452 - Dom Bosco
Rua: Prefeito Silvio Lobo, 316 - Fundos - Angola
Rua: Professor Makiguti, 426
Rua: Rio Amapa, 630

ENDEREÇO SINAN**ENDEREÇO SAUVI**

Rua: Rio Branco, 231

Rua: Rio Branco, 44-B

Rua: Rio Grande Do Norte, 95 - Sobrado

Rua: Rio Jaspes, 125 - Casa 02

Rua: Rio Verde, 151 - Sobrado

RUA: SAMANBAIA, 48 - 2ª SEÇÃO - JARDIM ALTEROSA

Rua: Santa Rita, 42 - Dom Bosco

Rua: Santana D Capivari, 353-B - Dom Bosco

Rua: Santo Agostinho, 213 - Bl 08 - Apê 201 - Parque Das Acacias

Rua: Santos Dumont, 835 - Quitinete 207 - Inga

Rua: Sao Geraldo, 18 - Fundos - Dom Bosco

Rua: Sao Geraldo, 74 - Santa Ines

Rua: Sao Luiz, 74 - Marimba

Rua: Seis, 279

Rua: Sempre Viva, 663 - 2ª Seção - Jardim Alterosa

Rua: Silva Lima, 104 - Santa Izabel

Rua: Simonesia, 5 - Marimba

Rua: Sobral, 308

Rua: Talvegue Quatro, 177

Rua: Timbiras, 101 - Amarante

Rua: Treze, 661

Rua: Uberaba, 630 - Marimba

Rua: Uberlandia, 05 - Marimba


Rua: Uberlandia, 300 - Niteroi

Rua: Ubirajara, 50

Rua: Vinte E Quatro De Junho, 205 - Fundos - Amazonas

Travessia Alameda Aliança, 178

ANEXO A - Ficha do SINAN

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL		Nº _____							
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS											
<p>Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.</p> <p>Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.</p>											
Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)					Código (CNES)				
	5	Data da Ocorrência do Evento		6			Hora da ocorrência (0 - 24 horas)				
Dados da Pessoa Atendida	7	Nome					8		Data de Nascimento		
	9	Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11	Gestante	1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12	Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	13	Escolaridade	01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado					
	14	Ocupação			15			Situação conjugal	1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		
	16	Relações sexuais			17			Possui algum tipo de deficiência?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado						<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva				
	18	Número do Cartão SUS		19			Nome da mãe				
	Dados de Residência	20	UF	21	Município de residência		Código (IBGE)		22	Bairro de residência	
		23	Logradouro (rua, avenida,...)					24		Número	
		25	Complemento (apto., casa, ...)			26			Ponto de Referência	27	CEP
28		(DDD) Telefone		29		Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30		Pais (se residente fora do Brasil)	
31			Local de ocorrência			07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio					
01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar			02 - Habitação coletiva 05 - Escola 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros			03 - Via pública 06 - Creche 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado					
Dados da Ocorrência	32	UF	33	Município de Ocorrência		34		Bairro de ocorrência			
	35	Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)					36	Número	37	Complemento (apto., casa, ...)	
	38	Zona de ocorrência			39			Ocorreu outras vezes?	40		A lesão foi autoprovocada?
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	41		Meio de agressão		1 - Sim 2 - Não		42				Tipo de violências
	<input type="checkbox"/> Arma branca 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Outros		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros				

Violência Sexual	<p>43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assédio sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Pomografia infantil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estupro</td> <td><input type="checkbox"/> Exploração sexual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Pomografia infantil	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Outros _____	<p>44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal</p>											
<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Pomografia infantil																		
<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Exploração sexual																		
<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Outros _____																		
Dados do provável autor da agressão	<p>45 Número de envolvidos <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado</p>	<p>46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pai</td> <td><input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge</td> <td><input type="checkbox"/> Cuidador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mãe</td> <td><input type="checkbox"/> Namorado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Patrão/chefe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrasto</td> <td><input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Madrasta</td> <td><input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cônjuge</td> <td><input type="checkbox"/> Desconhecido</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Cuidador	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Desconhecido		<p>47 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado</p>	<p>48 Supeita de uso de álcool <input type="checkbox"/></p> <p>1- Sim 2 - Não 9- Ignorado</p>
<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Cuidador																	
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe																	
<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional																	
<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Outros _____																	
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Desconhecido																		
Em casos de violência sexual	<p>49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____</p>																		
Em casos de violência sexual	<p>50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia DST</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de sangue</td> <td><input type="checkbox"/> Contracepção de emergência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de sêmen</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal</td> <td><input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei							
<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência																	
<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho																	
<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei																	
Evolução e encaminhamento	<p>51 Evolução do Caso <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado</p>																		
Evolução e encaminhamento	<p>52 Se óbito pela agressão, data</p> <p> </p>																		
Evolução e encaminhamento	<p>53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente)</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher</td> <td><input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo</td> <td><input type="checkbox"/> Outras delegacias</td> <td><input type="checkbox"/> IML</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Programa Sentinela</td> <td><input type="checkbox"/> Ministério Público</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS	<input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude	<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente		<input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Outros _____				
<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS																	
<input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude	<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente																		
<input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> IML																	
<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Outros _____																	
Evolução e encaminhamento	<p>54 Circunstância da lesão (confirmada) 55 Classificação final <input type="checkbox"/></p> <p>CID 10 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado</p>																		
Informações complementares e observações																			
TELEFONES ÚTEIS																			
Disque-Saúde 0800 61 1997	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100																	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES																	
Nome		Assinatura																	
Função		Assinatura																	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais																			
SVS 28/06/2006																			

ANEXO B
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG