

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**

**SUSANA MARIA MOREIRA RATES**

**VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL:  
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS, 2011**

Belo Horizonte  
2014



## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

#### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

#### **Vice-Reitora**

Prof<sup>a</sup>. Rocksane de Carvalho Norton

#### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

#### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Limas dos Santos

#### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

#### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

#### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

#### **Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Prof<sup>a</sup>. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

#### **Chefe do Departamento de Medicina Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

#### **Subchefe do Departamento de Medicina Social**

Prof<sup>a</sup>. Jandira Maciel da Silva

#### **Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

#### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

Prof<sup>a</sup>. Andréa Maria Silveira

Prof<sup>a</sup>. Elizabeth Costa Dias

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof<sup>a</sup>. Eliane Dias Gontijo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha

Prof. Victor Hugo de Melo

Prof<sup>a</sup>. Izabel Christina Friche Passos

Prof<sup>a</sup>. Marta Maria Alves da Silva

Prof. Fernando Madalena Volpe

Prof<sup>a</sup>. Stela Maris Aguiar Lemos

**SUSANA MARIA MOREIRA RATES**

**VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL:  
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS, 2011**

Dissertação apresentada à universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Programa de pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Déborah Carvalho Malta  
Co-orientadora: Prof. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte  
2014

Rates, Susana Maria Moreira.  
R233v Violência infantil no Brasil [manuscrito]: uma análise das notificações compulsórias, 2011. / Susana Maria Moreira Rates. - - Belo Horizonte: 2014. 110f.: il.  
Orientador: Déborah Carvalho Malta.  
Coorientador: Elza Machado de Melo.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção de Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência Doméstica. 2. Epidemiologia. 3. Mortalidade. 4. Etanol. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Malta, Déborah Carvalho. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : WA 308

**SUSANA MARIA MOREIRA RATES**

**VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL:  
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS, 2011**

Dissertação apresentada à universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Programa de pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Déborah Carvalho Malta  
Co-orientadora: Profa. Elza Machado de Melo

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho (UFMG)

Dra. Márcia Rocha Parizzi (SMSA/BH)

Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta (UFMG)

Profa. Dra. Elza Machado de Melo (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aos meus Mestres pela sabedoria e orientações,  
Aos meus pais, pelo carinho e conselhos,  
Aos meus filhos, por todo amor,  
À minha família, pela presença e amizade  
Ao meu companheiro, pela compreensão e amor,  
Aos meus amigos e colaboradores pelas pérolas que são  
na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que, muitas vezes de forma silenciosa, são vítimas de sofrimentos e maus tratos por parte de uma sociedade ainda desigual,

À minha querida orientadora Professora Déborah Malta, que me norteia de forma generosa, compartilhando seu conhecimento e sabedoria,

À querida Professora Elza Machado, minha co-orientadora, que me recebeu com carinho, compartilhando seu conhecimento e sua luta pela construção de um mundo mais fraterno,

Aos professores Délcio da Fonseca Sobrinho e Alzira de Oliveira Jorge que aceitaram tão prontamente participar da minha banca de qualificação e assim, contribuírem para o aprimoramento de meu trabalho,

Ao professor Délcio da Fonseca e à Dra. Márcia Parizzi pela disponibilidade de participarem da banca final e contribuírem para o aprimoramento do trabalho,

Ao ex-Secretário de Saúde de Belo Horizonte Marcelo Gouvêa pela amizade e por acreditar neste Projeto de Mestrado Profissional estimulando tanto a integrarem nesta formação,

Ao Secretário de Saúde Fabiano Pimenta e à Gerente da Regulação da SMSA/BH Ninon de Miranda Fortes pelo incentivo e amizade,

Aos meus filhos, Fernanda e Rodrigo, pelo amor, carinho e compreensão neste e em vários momentos de nossas vidas,

Ao meu companheiro, Horácio Fialho, que mais uma vez esteve ao meu lado, incentivando a realização de um sonho e o meu crescimento,

À minha família, por todo amor e amizade que nos une,

Aos colegas de mestrado pela amizade e companheirismo nesta nossa busca por conhecimento e ampliação de compreensão,

Aos amigos Maria de Lourdes Ulhôa, Cristina T.Lima e Éder Luis pelo forte incentivo;

Aos colaboradores Márcio Mascarenhas (este também autor do artigo), Eliana Peixoto, Márcia Dayrell, Rodrigo Rates, Fátima Monteverdi, Beatriz Marinho, Rafaela Lorena por todo apoio e contribuição,

Ao Mestre Gabriel, guia maior na minha vida.

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra as crianças é universal e reconhecida como problema de saúde pública. Mas sua dimensão real é desafio a ser superado pelas dificuldades em estabelecer as circunstâncias das ocorrências relativas às violências, pela falta de uniformidade, de integração dos registros bem como pelas diferenças conceituais nas tipologias e pela subnotificação por parte da sociedade e profissionais. **Objetivo:** descrever as notificações de violências contra crianças entre 0 a 9 anos de idade realizados pelos serviços públicos de saúde no Brasil em 2011. **Métodos:** Foi utilizado os dados da Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/SINAN) e calculadas a frequência das variáveis selecionadas por grupo etário (0 a 1; 2 a 5 e 6 a 9 anos), bem como Razões de Prevalências destas variáveis segundo tipo de violência praticada com IC de 95%. **Resultados:** Verificou-se maior frequência das violências no ambiente doméstico (73,6%), em meninas (54,3%), sendo os pais os agressores (51,5%), de repetição (43,6%) e o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor relatado em 23,8% dos casos. A negligência foi o tipo mais notificado (47,5%), seguida pela física (38,5%) e sexual (37,0%) e a psicológica com 25,2%. O estudo das Razões de Prevalências (RP) apontou que a violência física predominou entre meninos (RP 1,22; IC 95%: 1,16-1,28), sendo maior entre os de 6 a 9 anos (RP 1,19; IC 95% 95% 1,12-1,27), outros que não os pais foram os mais prevalentes autores da agressão (RP 0,76; IC 95% 0,73-0,80). A violência sexual predominou em meninas; da cor parda/preta (RP 1,12; IC 95% 1,06-1,19), sendo a maior chance no grupo de 6 a 9 anos (RP 4,63; IC 95% 4,22-5,08), com maior chance de ocorrer no domicílio (RP 1,38; IC 95% 1,29-1,48), os mais prevalentes autores da agressão foram outros que não os pais (RP 0,37, IC 95%: 0,32-0,40). A violência psicológica predominou em meninas; de cor parda/preta (RP 1,10; IC 95%: 1,03-1,18) com maior chance no grupo de 6 a 9 anos (RP 2,95; IC 95% 2,69-3,23), no domicílio (RP 1,40; IC 95%: 1,29-1,53), sendo outros que não os pais os mais prevalentes autores da agressão (RP 0,90; IC 95%: 0,85-0,96). A negligência ocorreu mais entre meninos (RP 1,33; IC 95% 1,27-1,39); sem distinção de raça/cor, com maior chance de ocorrer em crianças pequenas de 0 a 1 ano, mais frequente fora do domicílio sendo os autores mais prevalentes os pais (RP 2,60, IC 95% 2,47-2,74). **Conclusão:** Ainda que as notificações estejam ampliando no território nacional, resultado de ações já implementadas pelo Ministério da Saúde, não é possível estabelecer comparações entre regiões pelas subnotificações ainda existentes. Porém, os resultados apontam a necessidade do fortalecimento de ações intersetoriais visando ampliar a rede de proteção social e do cuidado.

Palavras-chave: Violência, Criança, Doméstica, Epidemiologia, Mortalidade, Agressor, Alcool.



## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against children is universal and recognized as a public health problem. The true dimension of the issue is however a challenge to know due to the difficulties in establishing the circumstances in which violence takes place, the lack of uniformity, the need to centralize and organize the reports around the country as well as conceptual differences in typologies and under-reporting by a part of society and professionals. **Objective:** To describe violence reports against children from 0 to 9 years of age issued by the public health services in Brazil in 2011. **Methods:** The data used in this study were extracted from the Surveillance of Violence and Injuries of Notifiable Diseases Information System (Viva-SINAN). The frequency of selected variables was calculated by age group (0-1; 2-5 and 6-9 years of age) as well as their Prevalence Ratios according to the type of violence with IC of 95%. **Results:** Domestic environment is the main stage of aggression (73,6%), upon girls (54,3%), being the parents the aggressors (51,5%), in repetition (43,6%) and the use of alcoholic drinks being reported in 23,8% of the cases. Negligence was the most often violence type reported (47,5%), followed by physical (38,5%) and sexual (37,0%) and also psychological (25,5%). The study of Prevalence Ratios (PR) indicated that physical violence is predominant among boys (RP 1,22; IC 95%: 1,16-1,28) more often among boys from 6 to 9 years of age (PR 1,19; IC95% 95% 1,12-1,27), people other than the parentes were the most prevalent aggressors (PR 0,76; IC95% 0,73-0,80). Sexual violence is predominant among girls; brown/black (PR 1,12; IC 95% 1,06-1,19) also occurring more often with girls from 6 to 9 (PR 1,12; IC95% 4,22-5,08), with more chance to occur at home (PR 1,38; IC 95% 1,29-1,48); the prevailing aggressors being persons other than the parents (PR 0,37; IC 95% 0,32-0,40). Psychological violence is predominant on girls; brown/black (PR 1,10; IC95% 1,03-1,18) with more chance to happen with girls from 6 to 9 (PR 2,95; IC 95% 2,69-3,23), at home (PR 1,40; IC 95% 1,29-1,53), the prevailing aggressors being persons other than the parents (PR 0,37; IC 95% 0,32-0,40). Psychological violence is predominant on girls; brown/black (PR 1,10; IC 95% 1,03-1,18) with bigger occurrence among girls from 6 to 9 (PR 2,95; IC 95% 2,69-3,23), at home (PR 1,40; IC 95% 1,29-1,53), being individuals other than the parentes the most frequent aggressors (PR 0,90; IC 95% 0,85-0,96). Negligence occurred more often among boys (PR 1,33; IC 95% 1,27-1,39); regardless of color/race, more frequently among boys aged from 0 to 1 outside their homes, with their parentes as main aggressors (PR 2,60; IC 95% 2,47-2,74). **Conclusion:** Although reports are increasing in the country, a direct consequence of policies implemented by the Ministry of Health, it is not possible to draw comparisons between regions because of the under-reports still existing. However, the results indicate the need to strengthen intersectoral actions aiming at extending the social protection and care network.

**Key-words:** Violence. Child. Domestic. Epidemiology. Mortality. Aggressor. Alcohol.

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]
BO	Boletim de Ocorrência
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CID	Código Internacional das Doenças
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DASIS	Sistema de Informação em Saúde
DATASUS	Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
DNER	Departamento Nacional de Estrada de Rodagem
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	intervalo de confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RP	Razão de Prevalência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistemas de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	Unidade Federativa
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> [Fundo das Nações Unidas para a Infância]
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHA	<i>World Health Assembly</i> [Assembleia Mundial de Saúde]

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1	Violência: diferentes formas segundo OMS e MS.....	16
2.2	Violência infantil.....	20
<b>3</b>	<b>OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O SISTEMA VIVA NO BRASIL .....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
4.1	Objetivo geral.....	26
4.2	Objetivos específicos.....	26
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS - ARTIGO .....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXO A - Projeto de Qualificação .....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO B - Ficha de Notificação/Investigação .....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO C - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG .....</b>	<b>110</b>

## 1 JUSTIFICATIVA

Pode-se dizer que a violência sempre fez parte da humanidade (MASCARENHAS *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2007; MOURA; REICHENHEIM, 2005; KRUG *et al.*, 2002). O seu impacto nas pessoas e em toda sociedade motivou a Organização Mundial de Saúde na 49ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1996, declará-la problema de saúde pública e em crescimento em todo o mundo (KRUG *et al.*, 2002). Mas a realidade dos milhões de vítimas é difícil estabelecer (DAHLBERG; KRUG, 2006; SCHERER; SCHERER, 2000). A falta de uniformidade e de integração dos registros e as diferenças de conceitos dificultam este dimensionamento (DAHLBERG; KRUG, 2006; SCHERER; SCHERER, 2000). Scherer e Sherer (2000) retratam a subnotificação por parte da sociedade e profissionais e a insuficiente rede de serviços para o atendimento e proteção às vítimas como fatores para este silêncio.

Estima-se que a cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas no mundo perdem a vida e muitas mais sofrem lesões e sequelas em consequência das violências (KRUG *et al.*, 2002). Economicamente, bilhões de dólares são gastos em cuidados de saúde, aplicação da lei, perda de produtividade e sofrimentos psicológicos por ano (KRUG *et al.*, 2002). Mas, o cálculo da dor é impossível de ser mensurado (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O perfil epidemiológico das causas de mortalidade nos países desenvolvidos, e de forma semelhante no Brasil, vem se modificando com o crescimento das taxas por causas externas (MOURA; REICHENHEIM, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que no mundo, no ano de 2002, aconteceram cerca de 520.000 homicídios sendo 57.000 de crianças e 199.000 de adolescentes e adultos jovens (10 a 29 anos). Mas esta distribuição não era uniforme seja pela idade, sexo ou pelas diferentes regiões e países. A prevalência nos adolescentes e adultos jovens que era de 9,2 por 100.000 habitantes era, quando se analisava por sexo, dez vezes maior nos homens quando comparadas às taxas nas mulheres (KRUG *et al.*, 2002, FINKELHOR *et al.*, 2009). Carter *et al.* (2013) destacam a exposição dos jovens prioritariamente os do sexo masculino aos ambientes comunitários armados e ao tráfico de drogas como fatores de risco. Estudos demonstram que para cada homicídio juvenil há cerca de 20 a 40 jovens sendo tratados com sequelas por esta violência (KRUG *et al.*, 2002). A desestruturação familiar, a exposição a fatores de violências na infância, as iniquidades sociais, econômicas e culturais são relevantes para a criação de uma cultura de conflitos para estes jovens (KRUG *et al.*, 2002). No Brasil, dados do Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS/SIM) de 2012 apontam a causa externa como a principal nas faixas de crianças

maiores de um a 10 anos, nos jovens e nos adulto até 49 anos (BRASIL, 2012). Em seu estudo, Gawryszewski *et al.* (2008) salientam o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor. Assis, Deslandes e Santos (2005) consideram árdua a tarefa para os jovens do desenvolvimento de suas potencialidades frente aos ambientes da comunidade com suas diversidades.

As condições de desenvolvimento socioeconômico bem como o acesso e a qualidade da atenção à saúde se manifestam, de uma maneira geral, na taxa da Mortalidade Infantil (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005). Relatório da UNICEF sobre a criança brasileira de 2006 aponta que as pobres e menores de um ano têm mais do que o dobro de chance de morrer, em comparação às ricas. A taxa de mortalidade infantil entre crianças filhas de mães brancas é 39,7% menor do que entre as filhas de mães negras e nas indígenas é menor 75,6% (UNICEF, 2006a). Estas questões étnicas são descritas como marcas inequívocas da violência estrutural (DESLANDES, ASSIS; SANTOS, 2005). Oliveira (2003) expressa que essas iniquidades vivenciadas pela população negra são demonstráveis por meio também de outros indicadores – como escolaridade, renda e exploração do trabalho – o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos para sua saúde. Estudiosos relatam que populações negras e brancas ocupam lugares divergentes na sociedade e trazem consigo experiências desiguais (COSTA *et al.*, 2007).

A violência doméstica é questão destacada nos estudos sendo *locus* privilegiado das manifestações das violências (DESLANDES, ASSIS; SANTOS, 2005; KRUG *et al.*, 2002; DESLANDES, 1994). Cerca de 25-50% das crianças já sofreram algum tipo de abuso psicológicos em seus lares (WHO, 2008b). Na população idosa, 4-6% dos idosos já sofreram violência doméstica (WHO, 2008a) e, estimativas recentes da Europa e Estados Unidos mostram que cerca de 30% dos homicídios de idosos são cometidos por membros da própria família (WHO, 2011). Acierno *et al.* (2010) descrevem em seu estudo, que os idosos americanos entrevistados relataram terem sofrido abuso financeiro (52%); negligência (5,1%); abuso emocional (4,6%), abuso físico (1,6%) e abuso sexual (0,6%) sendo o agressor um membro da família.

A questão do gênero é também objeto de vários estudos (FELIZARDO; ZÜRCKER; MELO, 2006; GUIMARÃES, 2006; GOMES; MINAYO; SILVA, 2005; KRUG *et al.*, 2002) e estes apontam serem as mulheres as que mais sofrem violências sexuais. WHO (2008a) refere estudo realizado em vários países em que 15-71% das mulheres entrevistadas sofreram violência física e/ou sexual sendo a taxa da violência sexual de 15,3% a 25% e de 10% a 34,4% quando o agressor foi o parceiro íntimo.

Índices também alarmantes são os das violências autoinfligidas. Segundo Krug *et al.* (2002) aproximadamente 815.000 pessoas morrem por suicídio em todo o mundo a cada ano, representando o 13º tipo de morte mais comum no mundo. Apontam ainda que a idade influencia no risco de suicídio. Pessoas com 75 anos ou mais cometem três vezes mais suicídio que pessoas com 15-24 anos, para ambos os sexos apesar de ser mais marcante para os homens. Estudo brasileiro realizado nas portas de urgências e emergências (SÁ, 2010) verificou que a maior frequência por este tipo de agressão foi no sexo feminino e na faixa etária de 20 a 29 anos.

Este estudo tem por objetivo contribuir para a compreensão do fenômeno da violência e balizar a construção de políticas públicas. Inicialmente, foi realizado a caracterização das violências ocorridas na Região Sudeste do Brasil e suas capitais ( vide Anexo A) a partir das notificações compulsórias do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde. Porém, a análise inicial apontou a necessidade de aprofundar os dados dando ênfase a uma determinada faixa etária. Pela vivência e interesse da pesquisadora, que tem formação em pediatria, e pela relevância do tema, optou-se pelo estudo da criança analisando todas as notificações do Brasil.

## 2 MARCO TEÓRICO

Foi por volta da década de 60 (MINAYO, 2004) e, mais fortemente nas últimas duas décadas do século XX (MALTA *et al.*, 2007) que ocorreu a incorporação do tema à agenda do setor saúde o que se deu, principalmente, pelo crescimento dos números de óbitos e adoecimentos.

A OMS define violência como

O uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, tradução nossa).<sup>1</sup>

A introdução da palavra ‘poder’ inclui assim, as ameaças, as intimidações, as negligências e omissões (KRUG *et al.*, 2002). O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde – fruto de estudo desenvolvido em vários países – para além de elucidar sobre as distintas formas de violências e determinantes sociais, tornou público sua dimensão possibilitando a ampliação do debate (KRUG *et al.*, 2002). Este relatório, a partir de diretrizes estabelecidas, mobiliza os países integrantes para o enfrentamento da grave situação e incentiva as ações para a promoção da cultura da paz (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2006).

O Ministério da Saúde avançou ao reconhecê-la também como problema de saúde pública e criou a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência do Brasil, (BRASIL, 2001b). Passou a adotar como conceito de violência todo evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros e o diferencia de acidente por ser este evento não intencional e evitável. Mas estabelecer com precisão o caráter de intencionalidade, tanto dos eventos violentos quanto dos acidentes, nem sempre é simples (BRASIL, 2001b). Malta e Castro (2009) consideram a publicação desta política um marco para o SUS, pois, ao propor a discussão dos condicionantes e determinantes sociais, abandona a culpabilidade individual pelo adoecimento. Enfatizam a importância de suas diretrizes

---

<sup>1</sup> “The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.”

baseadas na integralidade do cuidado (com foco nas diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e nas políticas para as populações específicas) e na regionalização incentivadas pela participação popular, cogestão e intersetorialidade.

Para compreender a violência, Ferreira (2002) traz a reflexão de que o fenômeno resulta de todo um contexto e uma dinâmica sociocultural e política que repercute no tecido social pelas relações de poder estabelecidas não sendo possível explicá-la por meio de visão unilinear de causa e efeito. Suas nuances perpassam, culturalmente, de forma tão arraigada e profunda, como se natural fosse a existência de um mais forte dominar um mais fraco.

Minayo e Souza (1998) ampliam a reflexão sobre o fenômeno dizendo que qualquer teoria metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. Por isso, consideram que quando alguns autores o analisam apenas sobre um determinado ângulo o fazem de forma fragmentada e parcial. As autoras examinam três campos que podem colaborar com a saúde pública: o campo das ciências sociais, da epidemiologia e o da psicologia. As ciências sociais traduzem a violência como fenômeno histórico com raízes culturais, sociais e de costumes que tem o caráter das estruturas de dominação que se expressam pelas contradições entre os que querem manter seus privilégios e os que resistem e se opõe a esta organização. O segundo campo, o da epidemiologia, desenvolve estudos que consideram o sexo, faixa etária, cor, espaço geográfico, além das condições sociais e econômicas visando precisar seus diagnósticos, identificar os fatores de risco e os grupos vulneráveis para contribuir com a prevenção. Mas, ponderam as autoras, a epidemiologia não pode ser considerada substituta de outras formas de abordagem teórica. As causas advindas da ordem estrutural, cultural e conjuntural não podem ser esquecidas. Para além, os casos em que a violência não deixa uma marca física – como a negligência e a violência psicológica – devem ser pesquisadas e consideradas. Por último, analisam o campo da psicologia, considerando que é na totalidade do indivíduo que a violência se concretiza. Importante compreender, por meio desta abordagem, os mecanismos psíquicos envolvidos nos diferentes contextos sociais e familiar. As autoras vão tecendo a compreensão mais ampla da violência considerando-a, ainda, fenômeno gerado nos processos sociais, levando pessoas, grupos, instituições e sociedades a se agredirem mutuamente, a se dominarem, a tomarem à força a vida, o psiquismo, os bens e/ou o patrimônio alheio. Consideram a existência de uma violência estrutural que se apoia socioeconômica e politicamente nas desigualdades, apropriações e expropriações das classes e grupos sociais; uma violência cultural que se expressa a partir da violência estrutural, mas que a transcende e se manifesta nas relações de dominação racial, étnica, dos grupos etários e familiares.



Melo (2010) traz a teoria Comunicativa apoiada em Habermas que diz que o mundo da vida forma o contexto e provê os recursos para que os atores possam se entender uns com os outros e agir de forma cooperativa; a ação comunicativa é o meio pelo qual o mundo da vida se reproduz. Os participantes da ação comunicativa, ao se entenderem renovam a cultura e, ao coordenarem linguisticamente as ações reproduzem lealdades. Mundo da vida e ação comunicativa, juntos, garantem a coesão social, tendo como recurso básico o elemento da linguagem e da solidariedade. Porém, o mundo da vida se materializa por meio do sistema, de mecanismos de regulação. Mundo da vida se expressa pelo mundo sociocultural; já o sistema pela esfera do Estado e seus mecanismos regulatórios constituídos. Este modo de se expressar acaba por levar ao que Habermas denominava de colonização do mundo da vida pelo sistema: a substituição dos processos comunicativos que coordenam a ação dos atores e garantem a reprodução do mundo da vida por mecanismos sistêmicos de controle, os media poder e dinheiro e, conseqüentemente, abre o caminho para violência.

As Leis Brasileiras vêm avançando sobremaneira no combate a qualquer forma de tratamento desumano. A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), incorporou o conceito de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania e íntegra saúde, previdência e assistência. O direito à saúde como dever do Estado norteia para um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) inovou ao considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos garantindo-lhes prioridade absoluta (DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2010). Para Bezerra (2006), o ECA ousou também ao considerar falta administrativa por parte dos profissionais de saúde a não notificação dos casos avaliados. O que inicialmente parecia ser uma ameaça aos profissionais de saúde foi, ao longo do tempo, se mostrando medida acertada para dirimir dúvidas e adotar as condutas adequadas a cada caso. A Lei n. 10.788 (BRASIL, 2003a) que instituiu a obrigatoriedade da notificação compulsória nos casos de violência contra a mulher promoveu a ampliação da rede de proteção à mulher. Mas foi com a Lei Maria da Penha que o feminismo ganhou voz e espaço para nortear o tratamento legal da violência doméstica e disputar direitos com os juristas tradicionais (CAMPOS, 2011). O Estatuto do Idoso expressa e reconhece o envelhecimento como direito personalíssimo e a sua proteção um direito social sendo obrigação do Estado garantir-lhe proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas (BRASIL, 2003b). A Portaria n. 104, de janeiro de 2011, tornou compulsória a notificação de todas as violências interpessoais e autoprovocadas e significou Notificação Compassou a ser notificada no SINAN (BRASIL, 2011).

## 2.1 *Violência: diferentes formas segundo OMS e MS*

Krug *et al.* (2002) classificam as violências em três categorias gerais a partir de quem as cometeu: violência dirigida contra si mesmo, violência interpessoal e violência coletiva.

Por violências coletivas se entendem os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado (KRUG *et al.*, 2002). Nessa categoria, do ponto de vista social, se incluem os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político estão as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (KRUG *et al.*, 2002).

Violências dirigidas contra si mesmo são as autoinfringidas: os comportamentos suicidas e os autoabusos. O conceito de suicídio é referido para quando a pessoa tem a intenção de se matar (KRUG *et al.*, 2002). Difícil é reconstruir os pensamentos de alguém que suicidou, a não ser que tenha deixado algum testamento (FAVAZZA<sup>2</sup>, 1999 *apud* KRUG *et al.*, 2002). Krug *et al.* (2002) alertam que, ainda que os idosos tenham mais risco para cometer o suicídio, os jovens estão cada vez mais vulneráveis a comportamentos suicidas. Minayo (2005a) traz a reflexão de que o suicídio está arraigado a padrões culturais tendo sido, ao longo da história da humanidade, aceito em algumas culturas como um direito. Os modelos sociológicos, psicológicos e nosológicos não têm a potência para explicar, de forma isolada, a complexa relação do indivíduo com a sociedade. A autora chama a atenção da inter-relação do suicídio com fatores como o desemprego e renda geradores de “depressão social”. Ressalta a importância de tratar o assunto como parte das novas formas de adoecimento associado às questões sociais, econômicas e ao estilo de vida.

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário (KRUG *et al.*, 2002). Por violência intrafamiliar se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família no ambiente da casa, mas não unicamente, e inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos (BRASIL, 2010; SOUZA; JORGE, 2006; UNICEF, 2006b; KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2001a). Reichenheim *et al.* (2011) destacam a associação com a etnia e condição econômica: mulheres e crianças negras e pobres são as principais vítimas da violência

---

<sup>2</sup> FAVAZZA, A. Self-mutilation. In: JACOBS, D. G. (Ed.) **The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention**. San Francisco: Jossey-Bass, 1999. p. 125-145.

doméstica. Mascarenhas *et al.* (2010) apontam que 78,8% das agressões aos idosos ocorreram no domicílio e em 32,2% dos casos foram cometidas pelos filhos. A violência ao idoso, que era considerada inicialmente como um problema de bem estar social e subsequente a um problema de envelhecimento, torna-se uma questão de saúde pública e justiça criminal no âmbito mundial (KRUG *et al.*, 2002). Ainda que os abusos aos idosos possam ser de todos os tipos, os homens tendem a sofrer mais abusos financeiros e psicológicos do que as mulheres (PODNIIEKS<sup>3</sup>, 1992 *apud* KRUG *et al.*, 2002). Um fator de risco para a ocorrência desses maus-tratos aos idosos é o isolamento social advindos das dificuldades em tomar decisões ou pelas deficiências físicas ou cognitivas.

A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social. Este segundo subtipo abarca, sobremaneira, a violência juvenil, as violências sexuais por parte de estranhos e, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG *et al.*, 2002). O Ministério da Saúde classifica a violência institucional como uma das manifestações da violência estrutural como mais adiante se verá. Reichenheim *et al.* (2011) citam que homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores na comunidade.

Vários fatores contribuem para a ocorrência das violências interpessoais: o abuso de álcool e/ou outras drogas; a história de antecedentes criminais; o uso de armas; pais e responsáveis portadores de sofrimento mental; dependência econômica e/ou emocional; ambiente familiar com nível de tensão permanente e/ou violento; distribuição desigual de poder e de autoridade entre as pessoas; estrutura familiar de funcionamento fechada. Estas questões são referidas em diferentes trabalhos (BRASIL, 2013a; MALTA *et al.*, 2009; JORGE, 2006; SOUZA; MINAYO; MALAQUIAS, 2005; KRUG *et al.*, 2002; SOUZA; BRASIL, 2001a). Souza, Lima e Veiga (2005) verificaram que medidas de controle de armas têm sido eficazes em reduzir o número de vítimas da violência na saúde da população no Brasil.

A esta classificação da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil acrescenta a chamada violência estrutural descrita por Minayo (2005b). A esta categoria agrega os processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades

---

<sup>3</sup> PODNIIEKS, E. National survey on abuse of the elderly in Canada. **Journal of Elder Abuse and Neglect**, v. 4, p. 5-58, 1992.

sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Nesta categorização, vale salientar o trabalho infanto-juvenil e a violência institucional.

A violência no trânsito requer articulação de três principais dimensões para a garantia da eficácia desejada: usuários, vias e veículos (SOUZA; MINAYO; MALAQUIAS, 2005). Os autores destacam o papel crucial da mídia na “promoção do trânsito saudável” ao lado da existência de ações de caráter contínuo. Importante a identificação de fatores de riscos (como a ingestão de bebidas alcoólicas pelo motorista) no incremento de acidentes no trânsito para sua redução. No estudo de Malta *et al.* (2010) é demonstrada a redução proporcional dos acidentes de transportes terrestres com a implementação da Lei Seca.

Quanto à natureza da violência, são classificadas por Krug *et al.* (2002) como físicas, psicológicas, sexual e por negligência ou abandono. Dados do SINAN (BRASIL, 2013a) apontam que 64,5% foram por agressão física, 25,2% por agressão psicológica/moral e, 18,8% são por violência sexual.

Violência Sexual é geralmente praticada por pessoas que gozam da confiança da vítima, tendo a característica de serem incestuosos. Frequentemente, o abusador pode utilizar-se da sedução ou da ameaça para atingir seus objetivos, não tendo que, necessariamente, praticar uma relação sexual genital para configurar o abuso (KRUG *et al.*, 2002). Esse tipo de violência tem um grande impacto na saúde física e mental além de afetar profundamente a vida social das vítimas, que podem ser hostilizadas pela própria família (KRUG *et al.*, 2002). Vários estudos expuseram e chamaram a atenção sobre a questão do gênero: mulheres sofrem muito mais abusos sexuais que homens e a estes abusos associam-se, quase sempre, as violências psicológicas (CHIU *et al.*, 2013; GOMES; MINAYO; SILVA, 2005; ELLSBERG *et al.*, 2000). A violência contra a mulher é uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero e, distingue um tipo estruturalmente construído de dominação relações entre homens e mulheres (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005). Gomes (2008) retrata a violência de gênero mais no plano simbólico do que no âmbito dos aspectos físicos da violência de gênero chamando a atenção de formas de agir/pensar que – embora não sejam vistas como violência – se constituem em expressões violentas. Alves *et al.* (2012) refletem que tanto os homens quanto as mulheres são vulneráveis ao envolvimento com a violência, mas as relações desiguais de dominação ditam a forma do envolvimento de cada um. Diz que a vulnerabilidade dos homens é agravada por sua socialização que os condiciona à posição de dominador, institui a violência como um atributo próprio da sua natureza e os aprisiona na condição de vítimas e autores de violência. Martins (2010) alerta para a associação do uso de drogas pelo parceiro abusador e a Krug *et al.* (2002) citam outros como: ser jovem; já ter sido

abusado(a) uma vez; ter muitos parceiros sexuais; ser profissional do sexo. Os abusos sexuais contra meninos e homens são mais frequentes na infância, no exército ou na prisão. Outra forma de violência sexual é a exploração sexual; nesta, as vítimas são abusadas com finalidade comercial (KRUG *et al.*, 2002).

Violência Física se caracteriza pelos atos de agressão praticados de forma intencional por uma pessoa em relação à outra ou, no caso das crianças ou adolescentes por um adulto ou até mesmo outra criança/adolescente mais velha. Podem ir de uma palmada até ao espancamento ou outros atos cruéis que podem ou não deixar marcas físicas evidentes, mas, com profundas marcas psíquicas e afetivas. Muitas vezes está associada a outras formas de violências (KRUG *et al.*, 2002). Os homens são os que mais sofrem este tipo de violência (KRUG *et al.*, 2002).

Violência Psicológica é uma forma de violência que aparece pouco nas estatísticas por sua condição de invisibilidade. Muitos nem sequer chegam a identificá-la. A violência psicológica é muito difícil de ser dimensionada (KRUG *et al.*, 2002). Manifestam-se na depreciação por meio de humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações, que minam a autoestima da pessoa agredida. Pode se manifestar conseqüente à privação de amor, rejeição até censuras e pressões.

Negligências e omissões podem se manifestar pela ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais (KRUG *et al.*, 2002). Pode ser expressão de um desleixo propositadamente infligido em que a pessoa vitimizada é mal cuidada, ou mesmo, não recebe os cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento. Esta forma é uma das mais frequentes praticadas pelos pais atingindo principalmente aspectos da saúde, educação e higiênicos (KRUG *et al.*, 2002). Minayo (2005b), de uma forma mais ampla, considera que negligência e omissão podem significar processos estruturais e atitudes de poder estruturais que redundam em ausência de proteção e cuidados pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver.

Em todos os casos descritos de violência, um fator observado é o envolvimento das vítimas em outras situações de violência – seja como uma vítima ou como agressor – sendo que muitas passam a adotar comportamentos de alto risco como o uso de álcool e/ou outras drogas e sexo inseguro (KRUG *et al.*, 2002). A violência de repetição é descrita por outros autores (BRASIL, 2013a; MARTINS, 2010; MASCARENHAS *et al.*, 2010; MALTA *et al.*, 2009).

## 2.2 *Violência infantil*

A Violência Infantil (idade de zero a 10 anos) existe desde os primórdios da criatura humana (KRUG et al., 2002; SHERER, SHERER, 2000). O reconhecimento da infância e juventude como importante etapa no processo e crescimento só teve início no final do século XVII. Até esse século, as crianças tão logo adquiriam alguma condição física eram inseridas no mundo adulto e somente a partir do século XX a criança começou a ter lugar nas leis e códigos no mundo e, por extensão, no Brasil (FERREIRA, 2002). Em 1924 foi aprovada a primeira Declaração dos Direitos da Criança, em Genebra pela Liga das Nações e, em 1959 a Declaração dos Direitos da Criança. A criação do United Nations Children's Fund (UNICEF), órgão internacional que é uma das principais instituições na luta pela defesa e garantia dos direitos da criança e do adolescentes ocorre no ano de 1945 (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008). No Brasil, a Constituição Federal também é marco para a criança pois para além de garantir a assistência integral à saúde, a licença gestante e a licença paternidade, garante o direito à educação infantil (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008). O Estatuto da Criança e do Adolescente avançou ao considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos garantindo-lhes prioridade absoluta (DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2010). Vale destacar outras leis que regem a Infância e Juventude como o Decreto n. 6.481 que proíbe as piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação (BRASIL, 2008) e, recentemente, a Lei n. 13.010, de 27 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), que altera a Lei n. 8.069 (BRASIL, 1990) e estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. As Sociedades de Pediatria e movimentos sociais buscam também assegurar por meio de leis e declarações a proteção à vida e à saúde sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

O ambiente familiar é o *locus* privilegiado das ocorrências das violências praticadas contra as crianças e, em grande maioria, são infringidas pelos próprios pais ou responsáveis (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; KRUG et al., 2002; DESLANDES, 1994). Martins (2010) chama a atenção para o silêncio em torno do fenômeno associando suas raízes a uma grande variedade de fatores individuais, grupais, culturais, sociais e políticos. De grande expressividade foi a publicação sobre a “Síndrome da Criança Espancada” (KEMPE, 1969), pois alertou a comunidade científica e, conseqüentemente, toda sociedade para os sintomas das crianças vítimas de maus tratos e negligências (KRUG et al., 2002).

Minayo ao incluir o conceito de violência estrutural abordam o grave problema do trabalho infanto-juvenil e o da violência institucional (MINAYO, 2005b). O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) definiu trabalho infanto-juvenil como qualquer atividade realizada por crianças e adolescentes, domiciliar ou não, remunerada ou não, salvo na condição de aprendiz. Asmus *et al.* (1996) alertam que o trabalho diminui o tempo disponível da criança para seu lazer, vida em família, educação e os levam a agir como adultos, porém, sendo de fato sujeitos em desenvolvimento passam a viver papel conflitante na comunidade e no ambiente do trabalho.

A Violência institucional ao estabelecer uma relação de poder entre a instituição e as crianças e adolescentes acarreta diversas formas de violações como negligência no atendimento, abuso de poder, falta de estrutura física (SANTOS; FERRIANI, 2009).

Estudos demonstram serem as meninas as mais frequentes vítimas de violências na infância (BRASIL, 2013a; CARVALHO *et al.*, 2009). Porém, outros (MASCARENHAS *et al.*, 2010; MALTA *et al.*, 2009) já descrevem o sexo masculino como o predominante entre as vítimas. Segundo Martins (2010), calcula-se um coeficiente de mortalidade por maus-tratos de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 para meninos no mundo. Dados do SIM (BRASIL, 2012) aferem que os óbitos por agressões estão na razão de 1,41 meninos/meninas na faixa de 0 a 9 anos. O uso da violência física como prática disciplinadora é exemplificada em vários estudos (MARTINS, 2010; MALTA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2007; DESLANDES, 1994). Dados do VIVA demonstram a violência física como a segunda mais notificada em crianças sendo precedida pela negligência (BRASIL, 2013a). Carvalho *et al.* (2009) encontraram no seu estudo a violência física como a segunda mais frequente – a primeira foi a sexual. Relatam que os meninos de zero a 10 anos sofrem maior gravidade das agressões físicas e lesões corporais nas meninas e que a violência física aumenta com o aumento da idade o que pode explicar a maior razão de óbitos em meninos apontados no dado do SIM de 2012 referidos na introdução desta dissertação. Ainda que não deixem marcas físicas evidentes, as violências deixam sofrimentos psíquicos e afetivos profundos (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; KRUG *et al.*, 2002).

Violência Sexual geralmente é praticada por adultos que gozam da confiança da criança (WHO, 2008a; FELIZARDO; ZÜRCKER; MELO, 2006; DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; OLIVEIRA, 2004). A WHO (2008b) relata que 20% das mulheres 5-10% dos homens relatam terem sido vítimas de violência sexual na infância. Carvalho *et al.* (2009) em seu estudo encontraram que o abuso sexual é mais frequente nas meninas aumentando a prevalência quanto maior a idade (CARVALHO *et al.*, 2009).

Violência que pouco aparece nas estatísticas é a psicológica (DESLANDES; ASSIS; CAMPOS, 2005; MOURA; REICHENHEIM, 2005). Manifesta-se na depreciação da criança ou do adolescente pelo adulto por meio de humilhações, ameaças, impedimentos e ridicularizações que minam sua autoestima. Esta forma frequentemente acompanha as demais violações (UNICEF, 2006b; KRUG *et al.*, 2002). A WHO (2008a) estima que 25-50% das crianças sofrem algum tipo de abuso psicológico. O estudo realizado por Moura e Reichenheim (2005) aponta que o uso de agressão psicológica contra crianças foi referido pela maioria dos respondentes e chama a atenção ao fato da distância entre os relatos “espontâneos” e os encontrados na busca ativa demonstrando a subnotificação existente.

A negligência permeia toda ausência ou insuficiência de cuidados físicos, emocionais e sociais muitas das vezes advindas da condição de desassistência de que a família é vítima (UNICEF, 2006b; DESLANDES; ASSIS; CAMPOS, 2005; KRUG *et al.*, 2002). Também pode ser expressão de um desleixo infligido de forma propositada (KRUG *et al.*, 2002). Esta forma é uma das mais frequentes praticadas pelos pais atingindo as crianças principalmente nos aspectos relativos à saúde, educação e hábitos higiênicos (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; KRUG *et al.*, 2002). Costa *et al.* (2007) encontraram a negligência como tipo mais frequente seguido pela violência física e psicológica entre os lactentes (menores de um ano). Segundo estudos dos Estados Unidos que cerca de 45% das agressões contra crianças constituem-se em negligência familiar (COSTA *et al.*, 2007).



### **3 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O SISTEMA VIVA NO BRASIL**

As informações em saúde são fundamentais para o planejamento, programação, o monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual (MALTA, 2008). Com o objetivo de padronizar as informações geradas pelos atendimentos às vítimas de acidentes e violências a Organização Mundial de Saúde criou no Código Internacional das Doenças (CID) os códigos relativos à classificação das lesões decorrentes de acidentes (referentes ao trânsito, a envenenamento, a afogamento, a quedas, a queimaduras e outros) e violências (relacionadas a agressões, a homicídios, a suicídios ou tentativas, a abusos físicos, sexuais, psicológicos, a negligências e outras) por meio do referido Código (BRASIL, 2013a; MALTA, 2008, BRASIL, 2001b). Fator limitador destas informações é o fato de descreverem apenas as características dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente (MALTA, 2008).

No Brasil, as informações em saúde são obtidas principalmente pelos Sistemas de Informações e os Inquéritos Regionais e Nacionais realizados principalmente a partir da década de 80. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o responsável pela maioria das pesquisas domiciliares. O SUS dispõe do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dentre outros (MALTA, 2008). Outras fontes oficiais de informação sobre violências e acidentes no Brasil são os boletins de ocorrências policiais (BO); o boletim do Departamento Nacional de Estrada de Rodagem (DNER); a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) (BRASIL, 2013a).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências.

O VIVA é constituído por dois componentes: I - Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais (Viva/SINAN) e II - Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinelas de urgência e emergência (Viva Inquérito). Essas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios que permitem a entrada e a análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas:

- a) Viva/Sinan: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências;

- b) Viva Inquérito: Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (BRASIL, 2013a).

Inicialmente, apenas os serviços de referência para violências como os centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros realizavam estas notificações utilizando-se de Ficha de Notificação/Investigação Individual. A partir de 2009, o Viva passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação em versão net (Sinan NET), disponível para todos os municípios do País o que facilitou a ampliação progressiva de municípios e unidades notificadoras (BRASIL, 2013a).

A Ficha de Notificação/Investigação (ANEXO B) contém campos sobre dados gerais da notificação (tipo de notificação, data da notificação, UF, município de notificação, unidade de saúde, data da ocorrência da violência), notificação individual (nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, gestante, raça/cor, escolaridade, número do cartão SUS, nome da mãe, dados de residência da vítima), dados da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso (BRASIL, 2013a).

Utiliza-se o conceito do Ministério da Saúde, sobre violência (BRASIL, 2013a). Os dados são digitados no Sinan NET das secretarias de saúde de cada município e submetidos a análise de consistência e duplicidade pela equipe técnica da CGDANT/SVS (Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância Sanitária) utilizando o programa Link Plus, versão 2.0. Os casos duplicados são excluídos. Para a análise de duplicidade dos dados, utilizam como variáveis de bloqueio o município de notificação, o sexo e o nome e, como variáveis de comparação, o primeiro e o último nome e a data de nascimento. Entre as duplicidades identificadas, consideram como verdadeiras aquelas que ocorreram na mesma data e que apresentam mesmo tipo de violência e provável autor da agressão (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais buscam melhorar a qualidade dos dados, mas, a confiabilidade deles ainda é motivo de preocupação (BRASIL, 2013a). Os possíveis erros acontecem seja pela própria incompreensão do fenômeno da violência, seja pela pouca ênfase às violências que ocorrem na família, às discriminações raciais e às de gênero (MINAYO, 2005b; MINAYO; SOUZA, 1999). Estudo realizado em unidade de emergência apontou que na maioria dos casos de atendimentos a violência não foi mencionada no diagnóstico das lesões (GARBIN *et al.*, 2013).

Importante ressaltar que o conjunto de fontes de informação possibilita a composição de indicadores, o conhecimento de fatores de risco e de grupos mais vulneráveis e de tendências, ainda que necessidades de aperfeiçoamentos sejam essenciais para a produção de políticas de âmbito nacional (MINAYO; SOUZA, 2003). A melhoria da qualidade da informação é um dos elementos fundamentais para dar mais precisão aos processos de tomada de decisão (NJANE; REIS, 2005).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 *Objetivo geral***

Caracterizar as violências notificadas pelos serviços de saúde referentes às crianças entre zero e nove anos de idade no Brasil no ano de 2011.

### **4.2 *Objetivos específicos***

- Contextualizar a questão histórica, teórica, legal e institucional do fenômeno da violência.
- Caracterizar e analisar o perfil demográfico da criança vítima/pessoa atendida;
- Caracterizar e analisar as características da ocorrência;
- Caracterizar e analisar os tipos de violência;
- Caracterizar e analisar as características do agressor;
- Caracterizar e analisar a evolução do caso e tipo de encaminhamento no setor saúde segundo faixas etárias estabelecidas
- Conhecer as razões de prevalências de algumas variáveis segundo tipos de violências mais frequentes.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica sobre o tema, ocorreu no período de agosto de 2012 a abril de 2014. Utilizou-se os bancos LILACS e MEDLINE /PUBMED não se fazendo restrição aos idiomas em inglês e espanhol. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: violência, epidemiologia, mortalidade, dados estatísticos, fatores de risco, criança, mulher, idoso, gênero, estudos transversais. Selecionaram-se publicações do período de 2000 a 2014, priorizando-se os artigos completos disponíveis na biblioteca virtual Bireme, periódico capes, documentos eletrônicos disponíveis online e livros-texto disponíveis nas bibliotecas da UFMG. Também foi realizada busca manual de artigos e livros de autores reconhecidos nacionalmente pelas suas publicações e estudos científicos. Para além, foram utilizados publicações e dados do SINAN, DATASUS (Sistema de Informação em Mortalidade e Morbidade do Ministério da Saúde), UNICEF, Organização Mundial de Saúde.

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, baseado nas notificações de violências, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011. Inicialmente, foi estudado as notificações da Região Sudeste do Brasil (ANEXO A). O conceito de violência utilizado é o do Ministério da Saúde. A base de dados foi extraída da ficha de notificação/investigação “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) (ANEXO B). São responsáveis pela notificação dos casos de violência todos os serviços de saúde, os centros de referência para violências, ambulatórios especializados, dentre outros. As secretarias municipais de saúde com ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e posterior transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal para compor a base de dados nacional. Este estudo inicial apresentou as frequências das ocorrências dos diferentes eventos registrados.

Buscando ampliar a compreensão do fenômeno da violência foi realizado cruzamento de variáveis para maior aprofundamento das análises. Optou-se por estudar uma determinada faixa etária sendo escolhido o intervalo de zero e nove anos e consideradas todas as ocorrências registradas no Brasil. Foram calculadas proporções das notificações de violência sexual, negligência, e/ou outras violências. Para além, foram realizadas associações entre variáveis selecionadas e grupos etários de crianças (zero a um, dois a cinco e seis a nove anos de idade) foi verificada por meio do teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Os dados foram processados no programa Stata, versão 11 (Stata Corp. College Station, Estados Unidos). Para a seleção das faixas etárias foram considerados o corte de um ano (lactente) e o de cinco anos por ser

esta a idade superior da pré-escola (BRASIL, 2013b). Por meio da regressão de Poisson, estimaram-se Razões de Prevalência (RP).

Por se tratar de uma ação permanente de vigilância epidemiológica instituída pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, não foi necessário emitir termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros para preservar a identidade dos indivíduos que compunham a base de dados analisada. Os dados foram obtidos junto ao Ministério da Saúde em base anônima, não identificada. O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme recomendação da Resolução n. 196/1996, em 23 de novembro de 2012 (ANEXO C).

Os resultados deste estudo são apresentados por meio de artigo de resultado referente ao estudo com os dados de notificações de violências contra criança, no Brasil, em 2011.

## 6 RESULTADOS - ARTIGO

### TÍTULO

**Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011**

**Violence against children: an analysis of compulsory notification, Brazil 2011**

### AUTORES

Susana Maria Moreira Rates<sup>1</sup>

Elza Machado de Melo<sup>2</sup>

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas<sup>3,4</sup>

Déborah Carvalho Malta<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> Gerência de Regulação, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2.336/10. andar - Belo Horizonte - MG. e-mail: susana.rates@hotmail.com.

<sup>2</sup> Coordenação do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Piauí.

<sup>5</sup> Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

### RESUMO

**Objetivos:** analisar as notificações de violências contra crianças entre 0 a 9 anos registradas pelos serviços públicos de saúde no Brasil. **Métodos:** Utilizaram-se os dados do Sistema da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/SINAN) e foram calculadas as frequências de variáveis selecionadas segundo grupo etário (0 a 1; 2 a 5, 6 a 9 anos) e Razões de Prevalências (RP). **Resultados:** Foram notificados 17.900 casos, 33% no grupo de 0 a 1 ano, 35,8% no de 2 a 5 anos e 31,2% no grupo de 6 a 9 anos. A violência física predominou nos meninos (RP: 1,22; IC 95%: 1,16-1,28), de 6 a 9 anos (RP: 1,19; IC 95%: 1,12-1,27). A violência sexual predominou em meninas, cor parda/preta (RP: 1,12; IC: 95%: 1,06-1,19), de 6 a 9 anos

(RP: 4,63; IC 95%: 4,22-5,08) e com maior chance de ocorrer no domicílio (RP: 1,38; IC: 95%: 1,29-1,48); a violência psicológica predominou em meninas, cor parda/preta (RP: 1,10; IC 95%: 1,03-1,18), de 6 a 9 anos (RP: 2,95; IC 95%: 2,69-3,23), no domicílio (RP: 1,40; IC 95%: 1,29-1,53); a negligência ocorreu mais entre meninos (RP: 1,33; IC 95%: 1,27-1,39), 0 a 1 ano sendo os pais os autores prevalentes (RP: 2,60; IC 95%: 2,47-2,74). **Conclusão:** Os resultados apontam a necessidade do fortalecimento de ações intersetoriais visando ampliar a rede de proteção social e do cuidado.

**Descritores:** Violência doméstica, maus tratos infantis, epidemiologia, negligência. violência sexual, violência psicológica.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe and analyse violence reports against children from 0 to 9 years of age issued by the public health services in Brazil. **Methods:** The data used were extracted from the Surveillance of Violence and Injuries of Notifiable Diseases Information System (Viva-SINAN). The frequency of selected variables was calculated by age group (0-1; 2-5 and 6-9 years of age) as well as their Prevalence Ratios (PR). **Results:** 17.900 cases were reported, 33% in group 0-1 years, 35.8% in 2-5 years and 31.2% in 6-9 years. The physical violence predominated in boys (PR: 1.22; CI 95%: 1.16-1.28), 6-9 years old (PR: 1.19; CI 95%: 1.12-1.27). Sexual violence predominated in girls, brown/black (PR: 1.12; CI 95%: 1.06-1.19), 6-9 years (PR: 4.63; CI 95%: 4.22-5.08) with more chance to occur at home (PR: 1.38; CI 95%: 1.29-1.48); psychological violence prevailed in girls, brown/black (PR: 1.10; CI 95%: 1.03-1.18), 6-9 years old (PR: 2.95; CI 95%: 2.69-3.23), at home (PR: 1.40; CI 95%: 1.29-1.53); negligence occurred more in boys (PR: 1.33; CI 95%: 1.27-1.39); 0-1 years and their parents as the main aggressors (PR: 2.60; CI 95%: 2.47-2.74). **Conclusion:** The results indicate the need to strengthen intersectoral actions aiming at extending the social protection and care network.



**Key-words:** domestic violence, child abuse, epidemiology, physical violence. negligence. sexual violence, psychological violence.

## INTRODUÇÃO

A violência contra as crianças é universal e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública em todo o mundo e que afeta, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidades<sup>1-6</sup>. A incorporação do tema à agenda do setor saúde, iniciado na década de 60 e, mais fortemente, nas últimas duas décadas do século XX, vem ganhando espaço e importância para o enfrentamento do problema<sup>7</sup>. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>8</sup> avançou ao considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos garantindo-lhes prioridade absoluta<sup>9</sup>.

Mas sua dimensão real é desafio a ser superado pelas dificuldades em estabelecer as circunstâncias das ocorrências relativas às violências, pela falta de uniformidade e de integração dos registros bem como pelas diferenças conceituais nas tipologias<sup>10,11</sup>. Scherer e Scherer<sup>11</sup> retratam a insuficiente formação dos profissionais bem como a necessidade de integração dos serviços de atendimento e de proteção às vítimas.

A violência é fenômeno complexo não sendo possível explicá-lo por meio de uma visão unilinear de causa e efeito, mas como resultante de um contexto e uma dinâmica sociocultural e política que, segundo relações de poder estabelecidas, perpassam o tecido social de forma arraigada e profunda, como se natural fosse a existência de um mais forte dominar um mais fraco. Esta naturalização da violência e das relações de dominação precisa ser enfrentada e superada<sup>12</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como “o uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”<sup>1</sup>. No Brasil, o

Ministério da Saúde a conceitua como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros e a diferencia de acidente, por serem estes de origem não intencional e evitável<sup>13</sup>. Quanto à sua natureza, a OMS a classifica como violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono<sup>1</sup>.

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM) apontam que no ano de 2012 as causas externas foram as principais causas de mortalidade em crianças maiores de 1 ano a 10 anos com grandes diferenciais segundo raça/cor<sup>14</sup>.

Alguns estudos encontraram maior frequência de notificações de violências em crianças do sexo feminino<sup>15,16,17</sup> mas outros, apontam o sexo masculino com maior predominância entre as vítimas<sup>18,19</sup>. Segundo Martins<sup>17</sup>, o coeficiente estimado de mortalidade por maus-tratos é de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 para meninos no mundo. Pelos dados do SIM, no ano de 2012<sup>14</sup>, a razão dos óbitos por agressões nos meninos de 0 a 9 anos é de 1,41 em relação às meninas.

As violências, mesmo quando não deixam marcas físicas evidentes, trazem sofrimentos psíquicos e afetivos que deixam profundos traumas para toda a existência<sup>1,20</sup>. O uso da violência física como prática disciplinadora é apontado em vários estudos como um dos motivos para tamanha violação dos direitos das crianças<sup>6,17,19,21,22,23</sup>. Destaca-se que a violência contra criança se associa com a experiência de violência vivida na infância pelos pais<sup>24</sup>.

As leis brasileiras vêm avançando sobremaneira no combate a qualquer forma de tratamento desumano e na garantia dos direitos das crianças. A Constituição de 1988<sup>25</sup>, em seu artigo 227, expressa o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores, as ideias e o direito de opinião da criança e do adolescente. O Estatuto da Criança é importante marco neste cenário. Recentemente, a Lei

Menino Bernardo<sup>26</sup> busca a mudança da cultura das práticas educacionais que violam direitos das crianças enquanto sujeitos cidadãos.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), com dois componentes: a) Vigilância por Inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados e, b) Vigilância Contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas<sup>15</sup>. Este sistema que foi implantado inicialmente nas maternidades e nos serviços de atendimentos às doenças sexualmente transmissíveis e especializados para vítimas de violências, a partir 2009 estendeu-se para todos os serviços de saúde integrando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>15</sup>. A publicação da Portaria n. 104<sup>27</sup>, que torna compulsória todas as violências interpessoais e autoprovocadas trouxe também potência para esse movimento de ampliação. Importante conhecer essas ocorrências e sua distribuição no território brasileiro para a identificação de regiões e áreas do território com maior vulnerabilidade social e assim, nortear a implementação de ações de saúde capazes de impactar na melhoria da qualidade de vida<sup>15</sup>.

O presente estudo tem como objetivo analisar as notificações de violências contra as crianças com até 9 anos, 11 meses e 29 dias de idade, nos serviços públicos de saúde do Brasil.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo-analítico, baseado nas notificações de violência em crianças na faixa etária entre 0 a 09 anos, ocorridas no Brasil, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011. A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de notificação “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatórios especializados, dentre outros, são responsáveis pela notificação dos casos. As secretarias municipais de saúde dos municípios de ocorrência do

agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e, posteriormente, a transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal, de modo a compor a base de dados nacional.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para avaliação: (1) características demográficas da vítima/pessoa atendida (sexo, idade, raça/cor da pele, presença de deficiência ou transtorno e região de moradia); (2) características da ocorrência (se ocorrido no domicílio, violência de repetição, natureza da lesão, segmento corporal atingido); (3) tipo de violência; (4) Características do agressor (vínculo com a vítima, suspeita de consumo de bebida alcoólica) e (5) evolução do caso e tipo de encaminhamento no setor saúde.

A associação entre as variáveis selecionadas e os grupos etários de crianças (0 a 1 ano, 2 a 5 e 6 a 9 anos de idade) foi verificada por meio do teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Por meio da regressão de Poisson, estimaram-se as Razões de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram processados no programa Stata, versão 11 (StataCorp College Station, Estados Unidos).

Por se tratar de uma ação permanente de vigilância epidemiológica instituída pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional não foi necessário emitir termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros para preservar a identidade dos indivíduos que compunham a base de dados analisada. Os dados foram obtidos junto ao Ministério da Saúde em base anônima, não identificada.

## **RESULTADOS**

Em 2011, o VIVA/SINAN registrou 17.900 casos de violência contra a criança  $\leq 9$  anos, sendo 33% entre 0 a 1 ano, 35,8% entre 2 a 5 anos e 31,2% entre 6 a 9 anos. As meninas apresentam maior frequência dos registros, seja globalmente (54,3%) seja como quando se

analisam os grupos etários ( $p < 0,001$ ). Quanto à raça/cor da pele, as proporções da cor branca e preta/parda são semelhantes e a da amarelo/indígena foi 1,6%; a maior proporção de notificações em crianças de cor branca está na faixa de 0 e 1 ano (51,8%) e em crianças de cor preta/parda na faixa de 6 a 9 anos (52,6%;  $p < 0,001$ ). Crianças com deficiência representaram 5,1% das ocorrências. A maior proporção de casos notificados foi na região sudeste (42,9%) e a menor foi na região Norte (8,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Notificações de violência contra crianças segundo características demográficas por faixa etária. Brasil, 2011.**

Características	Faixa etária (anos)						Total		Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9				
	(N = 5.909; 33,0%)		(N = 6.401; 35,8%)		(N = 5.590; 31,2%)		(N = 17.900; 100,0%)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo [n = 17.900]									0,000
Feminino	3.066	51,9	3.564	55,7	3.093	55,3	9.723	54,3	
Masculino	2.843	48,1	2.837	44,3	2.497	44,7	8.177	45,7	
Raça/cor da pele [n = 13.873]									0,000
Branco	2.235	51,8	2.551	50,4	2.049	45,6	6.835	49,3	
Preto/pardo	2.019	46,8	2.439	48,2	2.361	52,6	6.819	49,2	
Amarelo/indígena	65	1,7	71	1,4	83	1,9	219	1,6	
Deficiência/transtorno [n = 12.972]									0,000
Sim	151	4,1	190	3,9	319	7,2	660	5,1	
Não	3.519	95,9	4.690	96,1	4.103	92,8	12.312	94,9	
Região [17.900]									0,000
Norte	282	4,8	526	8,2	654	11,7	1.462	8,2	
Nordeste	958	16,2	960	15,0	911	16,3	2.829	15,8	
Sudeste	2.546	43,1	2.912	45,5	2.213	39,6	7.671	42,9	
Sul	1.338	22,6	1.313	20,5	1.248	22,3	3.899	21,8	
Centro-Oeste	785	13,3	690	10,8	564	10,1	2.039	11,4	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em relação às características do evento, 73,6% dos casos ocorreram no domicílio da vítima. Em 43,6% dos casos a violência foi de repetição e esta proporção foi maior entre as crianças de 6 a 9 anos (53,8%;  $p < 0,001$ ). Não houve lesão em 39,6% dos casos e, se presente, o segmento corporal mais atingido foi cabeça/pescoço (35,4%), seguida de tórax/abdome/pelve (33%). O registro de evolução dos casos notificados mostrou que 89,6% receberam alta e 198 casos (1,5%) evoluíram para o óbito, sendo 129 por violência e 69 por outras causas. Foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial 61,6% dos casos, sendo esta proporção

maior entre as crianças mais velhas de 6 a 9 anos (70,7%). A internação ocorreu em 22,2% dos casos registrados e foi proporcionalmente maior entre as crianças de 0 e 1 ano (32,5%  $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2 - Notificações de violência contra crianças segundo características de ocorrência e região por faixa etária. Brasil, 2011.**

Características	Faixa etária (anos)						Total		Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9		(N = 17.900; 100,0%)		
	(N = 5.909; 33,0%)		(N = 6.401; 35,8%)		(N = 5.590; 31,2%)				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ocorrência no domicílio [n = 15.655]									0,000
Sim	3.536	69,8	4.322	77,5	3.661	73,0	11.519	73,6	
Não	1.527	30,2	1.252	22,5	1.357	27,0	4.136	26,4	
Violência de repetição [n = 10.568]									0,000
Sim	1.083	35,4	1.463	39,7	2.057	53,8	4.603	43,6	
Não	1.980	64,6	2.219	60,3	1.766	46,2	5.965	56,4	
Natureza da lesão [n = 13.634]									0,000
Contusão/entorse/luxação	570	11,9	577	12,1	624	15,3	1.771	13,0	
Corte/amputação	461	9,6	542	11,4	543	13,3	1.546	11,3	
Fratura/traumas	612	12,8	401	8,4	269	6,6	1.282	9,4	
Outros	1.246	26,0	1.464	30,7	920	22,6	3.630	26,6	
Sem lesão	1.906	39,8	1.781	37,4	1.718	42,2	5.405	39,6	
Segmento corporal atingido [n = 8.362]									0,000
Cabeça/pescoço	1.278	48,2	919	29,9	760	28,8	2.957	35,4	
Tórax/abdome/pelve	465	17,5	1.208	39,3	1.086	41,2	2.759	33,0	
Membros superiores	320	12,1	296	9,6	279	10,6	895	10,7	
Membros inferiores	185	7,0	236	7,7	233	8,8	654	7,8	
Múltiplos órgãos/regiões	404	15,2	412	13,4	281	10,7	1.097	13,1	
Evolução [n = 13.191]									0,000
Alta	3.675	83,7	4.322	91,5	3.827	93,9	11.824	89,6	
Evasão/fuga	593	13,5	359	7,6	217	5,3	1.169	8,9	
Óbito por violência	75	1,7	29	0,6	25	0,6	129	1,0	
Óbito por outras causas	48	1,1	12	0,3	9	0,2	69	0,5	
Encaminhamento no setor saúde [n = 13.763]									0,000
Ambulatório	2.163	49,2	3.222	64,7	3.098	70,7	8.483	61,6	
Internação	1.430	32,5	1.034	20,8	593	13,5	3.057	22,2	
Não	808	18,4	722	14,5	693	15,8	2.223	16,2	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Dos tipos de violência, as predominantes foram a negligência (n = 7.716; 47,5%), seguidas das violências física (n = 5.969, 38,5%), sexual (n = 5.675, 37%) e psicológica/moral (n = 3.772; 25,2%). A violência física predominou entre crianças de 6 a 9 anos (44,9%) seguida pelo grupo etário de 0 a 1 ano (37,6%;  $p < 0,001$ ). A violência sexual foi mais frequente entre as crianças de 6 a 9 anos (52,3%), e menor entre 0 a 1 ano (11,3%;  $p < 0,001$ ). A negligência foi mais frequente em crianças menores de 0 a 1 ano (67,8%;  $p < 0,001$ ) e a psicológica predominou no grupo de crianças entre 6 a 9 anos (38,2%;  $p < 0,001$ ). Em relação

aos agressores verificou-se que os pais foram os principais autores da agressão (51,5%), sendo mais frequente no grupo entre 0 a 1 ano de idade (62,4%), seguido pelo de 2 a 5 anos (49%) e 6 a 9 anos (43%). Em 23,8% dos casos foi relatada a suspeita de consumo de álcool pelo autor da agressão, sendo esta proporção mais elevada no grupo de 6 a 9 anos (26,3%;  $p < 0,001$ ). Foram registrados 337 casos de tortura (2,3%), 62 casos de intervenção legal (0,4%) (Tabela 3).

**Tabela 3 - Notificações de violência contra crianças segundo tipo de violência e características do agressor por faixa etária. Brasil, 2011.**

Características	Faixa etária (anos)						Total (N = 17.900; 100,0%)	Valor de p	
	0 a 1 (N = 5.909; 33,0%)		2 a 5 (N = 6.401; 35,8%)		6 a 9 (N = 5.590; 31,2%)				
Tipo de violência									
Física	1.863	37,6	1.863	33,5	2.243	44,9	5.969	38,5	0,000
Psicológica/moral	608	12,9	1.311	24,3	1.853	38,2	3.772	25,2	0,000
Tortura	90	2,0	79	1,5	168	3,6	337	2,3	0,000
Sexual	534	11,3	2.521	44,9	2.620	52,3	5.675	37,0	0,000
Financeira/econômica	44	0,9	34	0,6	41	0,9	119	0,8	0,206
Negligência	3.729	67,8	2.575	44,6	1.412	28,4	7.716	47,5	0,000
Trabalho infantil	6	0,1	17	0,3	38	0,8	61	0,4	0,000
Intervenção legal	22	0,5	18	0,3	22	0,5	62	0,4	0,504
Outros	285	6,2	179	3,5	112	2,5	576	4,0	0,000
Pais como agressores [17.900]									0,000
Sim	3.686	62,4	3.138	49,0	2.402	43,0	9.226	51,5	
Não	2.223	37,6	3.263	51,0	3.188	57,0	8.674	48,5	
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor [9.280]									0,000
Sim	749	26,1	652	19,7	811	26,3	2.212	23,8	
Não	2.126	74,0	2.665	80,3	2.277	73,7	7.068	76,2	

Legenda: a) Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta.

NA: não se aplica, pois havia células com valor menor do que cinco.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A Tabela 4 mostra a Razão de Prevalência (RP) dos principais tipos de violências contra crianças segundo características selecionadas. Verifica-se que a violência física predominou entre meninos (RP 1,22; IC 95%: 1,16-1,28), sendo maior entre os de 6 a 9 anos (RP 1,19; IC 95%: 1,12-1,27) e menor entre os de 2 a 5 anos (RP 0,89; IC 95%: 0,83-0,95); outros que não os pais foram os mais prevalentes autores da agressão e o relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi o mais prevalente (RP 1,36; IC 95%: 1,27-1,47).

A violência sexual predominou em meninas, da cor parda/preta (RP 1,12; IC 95%: 1,06-1,19), sendo a maior chance no grupo de 6 a 9 anos (RP 4,63; IC 95%: 4,22-5,08), seguida de 2 a 5

anos (RP 3,97; IC 95%: 3,62-4,36). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,38; IC 95%: 1,29-1,48), os mais prevalentes autores da agressão foram outros que não os pais e, a maior chance de ser de repetição (RP 1,44; IC 95%: 1,35-1,54).

**Tabela 4 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra crianças segundo características. Brasil, 2011.**

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Negligência	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
<b>Sexo</b>								
Feminino	34,9	1,00	28,8	1,00	48,4	1,00	41,3	1,00
Masculino	42,7	1,22 (1,16-1,28)	20,9	0,72 (0,68-0,77)	22,7	0,47 (0,44-0,50)	54,8	1,33 (1,27-1,39)
<b>Raça/cor da pele</b>								
Branco	36,8	1,00	25,1	1,00	36,3	1,00	43,9	1,00
Preto/pardo	39,2	1,06 (1,00-1,13)	27,6	1,10 (1,03-1,18)	40,9	1,12 (1,06-1,19)	44,2	1,01 (0,96-1,06)
Amarelo/indígena	37,0	1,00 (0,79-1,27)	27,5	1,10 (0,83-1,45)	44,7	1,23 (0,99-1,52)	40,3	0,92 (0,73-1,15)
<b>Faixa etária (anos)</b>								
0 a 1	37,6	1,00	12,9	1,00	11,3	1,00	67,8	1,00
2 a 5	33,5	0,89 (0,83-0,95)	24,3	1,88 (1,71-2,07)	44,9	3,97 (3,62-4,36)	44,6	0,66 (0,63-0,69)
6 a 9	44,9	1,19 (1,12-1,27)	38,2	2,95 (2,69-3,23)	52,3	4,63 (4,22-5,08)	28,4	0,42 (0,39-0,44)
<b>Ocorrência no domicílio</b>								
Não	37,5	1,00	20,1	1,00	28,1	1,00	53,0	1,00
Sim	38,0	1,01 (0,95-1,08)	28,2	1,40 (1,29-1,53)	38,8	1,38 (1,29-1,48)	44,9	0,85 (0,80-0,89)
<b>Pais<sup>a</sup> como agressores</b>								
Não	43,6	1,00	26,5	1,00	53,7	1,00	25,7	1,00
Sim	33,3	0,76 (0,73-0,80)	24,0	0,90 (0,85-0,96)	20,0	0,37 (0,32-0,40)	66,7	2,60 (2,47-2,74)
<b>Violência de repetição</b>								
Não	39,5	1,00	16,8	1,00	31,2	1,00	45,5	1,00
Sim	41,9	1,06 (1,00-1,13)	44,1	2,62 (2,42-2,84)	45,0	1,44 (1,35-1,54)	35,8	0,79 (0,74-0,84)
<b>Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor</b>								
Não	35,9	1,00	22,1	1,00	33,8	1,00	46,2	1,00
Sim	49,0	1,36 (1,27-1,47)	42,5	1,92 (1,77-2,10)	35,8	1,06 (0,97-1,15)	37,8	0,82 (0,76-0,89)

Legenda: a) Inclui pai, mãe, padrasto, madrastra.

IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A violência psicológica predominou em meninas; de cor parda/preta (RP 1,10; IC 95%: 1,03-1,18) com maior chance no grupo de 6 a 9 anos (RP 2,95; IC 95%: 2,69-3,23), seguida de 2 a 5 anos (RP 1,88; IC 95%: 1,71-2,07). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,40; IC 95%: 1,29-1,53), sendo outros que não os pais os mais prevalentes autores da agressão. O relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi maior do que o da não ingestão (RP 1,92; IC 95%: 1,77-2,10) e maior a chance de ser ocorrência de repetição (RP 2,62; IC 95%: 2,42-2,84).



A negligência ocorreu mais entre meninos (RP 1,33; IC 95%: 1,27-1,39); sem distinção de raça/cor e com maior chance de ocorrer em crianças pequenas de 0 a 1 ano. Foi mais frequente fora do domicílio, e em geral, os autores mais prevalentes foram os pais (RP 2,60; IC 95%: 2,47-2,74). Este tipo de violência não se caracterizou como ocorrência de repetição (RP 0,79; IC 95%: 0,74-0,84), e houve menor relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (RP 0,82; IC 95%: 0,76-0,89).

A Tabela 5 aponta os tipos de violências e suas chances de ocorrências segundo as Regiões do país, predominando na região Sudeste.

**Tabela 5 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra crianças segundo características. Brasil, 2011.**

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Negligência	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Região								
Centro-Oeste	29,1	1,00	18,6	1,00	26,4	1,00	59,6	1,00
Norte	39,3	1,35 (1,20-1,52)	44,1	2,37 (2,08-2,71)	72,1	2,73 (2,45-3,04)	20,2	0,34 (0,30-0,39)
Nordeste	41,2	1,42 (1,28-1,57)	24,2	1,30 (1,14-1,49)	33,1	1,25 (1,12-1,40)	51,9	0,87 (0,80-0,94)
Sudeste	43,2	1,49 (1,36-1,63)	20,4	1,09 (0,97-1,23)	37,1	1,40 (1,28-1,55)	47,4	0,80 (0,74-0,85)
Sul	33,1	1,14 (1,03-1,26)	30,0	1,61 (1,43-1,82)	31,2	1,18 (1,06-1,31)	48,7	0,82 (0,76-0,88)

Legenda: IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

## DISCUSSÃO

Este estudo busca compreender a violência contra a criança segundo seus tipos e determinantes, contribuindo com ações de proteção às vítimas. A maior frequência das violências foi no ambiente doméstico, em meninas, sendo os pais os agressores mais frequentes. A violência se caracterizou pela repetição da ocorrência, sendo o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor relatado em um quarto dos casos. A negligência foi o tipo mais notificado, seguida pela física, sexual e a psicológica. A negligência e a violência física têm maior chance de ocorrer em meninos e, a sexual e psicológica em meninas.

A subnotificação e a discrepância de informações sobre violência contra criança constituem problema em várias partes do mundo<sup>28-31</sup>.

Em 2006, ano da implantação do VIVA, foram 26 os municípios notificadores. Em 2010, esse número saltou para 1.496<sup>15</sup> e, em 2014, já contabilizam cerca de 3000 municípios notificantes, o que amplia a possibilidade de compreensão do fenômeno da violência no Brasil. Essa melhoria na vigilância das violências se deveu à bem sucedida experiência da estratégia inicial em serviços sentinelas, à Portaria Ministerial de 2011 que tornou compulsória as notificações das vítimas e à inserção do tema no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde<sup>32</sup>. Esse movimento de expansão vem contribuindo para o incremento de ações de vigilância e construção de redes de atendimento às vítimas de violências<sup>18,19</sup>.

No entanto, ainda que seja considerável o desenvolvimento de um sistema de informação e abordagem, é ainda prematura a realização de comparações regionais, ou mesmo entre Unidades Federadas e municípios, pois cada um encontra-se em um estado singular de implantação de Vigilância das Violências. A maior frequência de notificações em uma região se deve, muito provavelmente, à melhoria da vigilância e comprometimento de seus gestores e equipes técnicas sensibilizados com o tema. Portanto, errôneo seria concluir ser a Região Sudeste a mais violenta do Brasil, tendo-se de levar em conta a possibilidade de que, ao contrário, a maior ocorrência de casos poderia se dever ao maior grau de implantação da vigilância de causas externas nesta Região. A importante subnotificação ainda existente nos serviços<sup>19</sup> constitui um dos principais limites do presente estudo, pois, na sua presença, não se pode tomar as notificações como sendo o conjunto das violências praticadas contra as crianças, e sim como uma fração, ou uma proxy do problema. À medida do aperfeiçoamento da vigilância, essas informações se aproximarão mais da violência real praticada nos territórios e dentro das famílias.

A delicadeza do tema reforça a necessidade de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, capacitando os profissionais para o atendimento e para identificar casos ocultados. Alguns profissionais sentem-se constrangidos frente a algumas situações de

violações<sup>21,33</sup>, outros não percebem os sinais das violências pois os motivos reportados para o atendimento são mascarados e, há ainda os que se sentem ameaçados e preferem não se expor<sup>21</sup>. Distinguir entre notificar o fato e a realidade do fato torna-se fundamental para o reconhecimento do esforço de uma unidade que melhor notifica<sup>20</sup>. Entretanto, mesmo com a ativa participação dos profissionais na identificação e notificação da violência, as informações para a completude da ficha são autodeclaradas, coletadas junto aos pais, responsáveis, acompanhantes, podendo ainda haver viés de informação. Destaca-se aqui que nem todos os campos da ficha utilizada no presente estudo foram preenchidos, o que resulta em totais diferentes em cada variável, em função do não preenchimento (brancos, *missings* e ignorados).

O domicílio teve importante significado e foi elevado o índice da violência de repetição, principalmente em crianças de 6 a 9 anos, o que contribui para a perpetuação de um ciclo de sofrimento e traumas profundos ao longo das vidas dessas crianças<sup>1,20</sup>. A violência física, sexual e psicológica predominaram em crianças de 6-9 anos e a negligência em menores de 1 ano. Os pais foram os principais autores da agressão e foi significativo o relato da suspeita de consumo de álcool pelo autor da agressão.

Frente a estes resultados algumas reflexões sobre a dialética da violência se fazem necessárias. Se a mulher e a menina – por uma questão das relações de gênero impostas transculturalmente – sofrem mais determinados tipos de violências<sup>1,15,19,34-37</sup>, são os homens e os meninos – pelo universo masculino e sua simbologia do poder – os mais expostos e susceptíveis a outros tipos de violência, como a física, sendo as maiores vítimas das agressões e da violência urbana<sup>1,17,18,38</sup>. Verificamos que os meninos tem maior RP em relação a sofrer violência física e negligência, enquanto as meninas, maior RP para violência psicológica e sexual.

Deslandes, Assis e Santos<sup>20</sup> descrevem a violência como problema mundial, presente em famílias de todas as classes, de diferentes credos e religiões e seus efeitos resultam da interação dos diferentes níveis de inclusão na cidadania de uma sociedade. Mas, é ainda a população negra a maior vítima das iniquidades sociais e econômicas ainda que o fenômeno da violência abranja diferentes segmentos sociais e raça/cor<sup>22,39</sup>. O estudo mostrou essas características, em especial em relação às violências psicológica e sexual.

A literatura nacional e internacional corrobora o resultado do estudo ao apontar o ambiente doméstico como locus privilegiado para a ocorrência das violências interpessoais praticada por parte dos pais e outros familiares<sup>1,16-20,35,40,41</sup>. As explicações se devem em parte pelo fato das crianças permanecerem mais tempo em seus lares mas também pela vinculação da violência ao processo cultural de “educar” as crianças por meio de castigos e ameaças<sup>18,19</sup>. O lar que deveria proteger e educar torna-se palco para os diferentes tipos de violências, transgressões do poder/dever e coisificação da infância<sup>20</sup>. Também deve ser considerada toda a violência estrutural vivenciada pela família o que contribui para esta perpetuação de violações interpessoais nos lares<sup>1,20</sup>.

O consumo de álcool pelo agressor é um fator de risco frequentemente descrito na literatura<sup>15,19,33,42</sup>. Essa variável está presente em um quarto das ocorrências e foi mais relatada entre os agressores das crianças de 0 a 1 ano de idade.

Pelo estudo, verificou-se que o segmento corporal atingido com mais frequência foi cabeça/pescoço, seguida do tórax/abdome/pelve regiões também apontadas por Malta *et al.*<sup>19</sup> e Martins<sup>17</sup>. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)<sup>35</sup> relata a "síndrome do bebê sacudido" como causador de muitas das lesões na cabeça. Assis e Deslandes<sup>43</sup> relatam que os traumatismos privilegiam a cabeça e a abdome e, as queimaduras as regiões do períneo, troncos, nádegas e coxas.

Quanto às lesões, a maioria, em consonância com a literatura segundo a qual há prevalência dos casos de menor gravidade<sup>6,15,17,19</sup>, foi constituída de casos leves que evoluíram para alta, embora em hipótese alguma seja menos preocupante. Destaca-se, além disso, que cerca de um quarto das ocorrências evoluíram para internação e 198 crianças morreram, revelando a vulnerabilidade dessas vítimas.

Quanto aos tipos das violências, a negligência foi a mais frequente e ocorreu em crianças de 0 a 1 e em meninos, tendência apontada pelo VIVA<sup>15</sup>. Diferentemente, estudo da UNICEF<sup>35</sup> descreve que as meninas são mais expostas ao risco da negligência e violência, em particular, crianças com deficiências. Estudo dos Estados Unidos aponta que cerca de 45% das agressões contra crianças constituem-se em negligência familiar<sup>22</sup>. A negligência permeia toda ausência ou insuficiência de cuidados físicos, emocionais e sociais advindas da condição também sofrida pela família<sup>1,20,35</sup>, mas pode ser expressão de um desleixo infringido de forma propositada<sup>1</sup>. Pode se relacionar também com a dependência materna de drogas<sup>44</sup>. Os pais foram os principais agressores, o que é confirmado pela literatura, segundo a qual, os pais são importantes autores desta violência<sup>1,19,21</sup>.

A violência física ocorre mais entre crianças maiores (de 6 a 9 anos), do sexo masculino, o que é compatível com a literatura que descreve serem os meninos os que mais sofrem violência física e com maior chance de aumentar à medida que crescem<sup>1,17,35</sup>. Há uma maior chance do uso de álcool pelo agressor.

A violência sexual que no estudo tem maior probabilidade de ocorrer nas meninas de 6 a 9 anos, seguidas pelas meninas de 2 a 5 anos e nas de cor preta/parda, está em conformidade com a literatura<sup>18,22,34,36,45-47</sup>. A UNICEF<sup>35</sup> descreve que 20% das mulheres adultas e 5 a 10% dos homens relatam terem sido vítimas de violência sexual na infância e que, no ano de 2002, cerca de 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos foram forçados

a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveu contato físico. O estudo ainda aponta a violência de repetição e a ocorrência no domicílio.

A violência psicológica apresenta maior chance de acontecer em meninas, de cor preta/parda e aumenta com a idade. As ocorrências foram de repetição, no domicílio, e o uso álcool pelos agressores foi frequente. Como apontado por Assis e Avanci<sup>48</sup>, são poucas as informações e estatísticas sobre esse tipo de violência. Ela se manifesta pela depreciação da criança por meio de humilhações, ameaças, impedimentos e ridicularizações que minam sua autoestima, sendo que acompanha também as demais violações<sup>1,20,35,49</sup>. A OMS<sup>36</sup> estima que 25 a 50% das crianças sofrem algum tipo de abuso psicológico. O estudo realizado por Moura e Reichenheim<sup>49</sup> mostra que o uso de agressão psicológica contra crianças foi referido pela maioria dos respondentes e chama a atenção ao fato da distância entre os relatos “espontâneos” e os encontrados na busca ativa, sinalizando a subnotificação existente. Outro estudo, realizado no Iran, também mostra que a maioria dos entrevistados (52,09%) sofreu abuso psicológico<sup>50</sup>.

## CONCLUSÃO

Se a origem da história da violência remonta ao período pré-civilizatório, sua desconstrução demanda conscientização e comprometimento de toda sociedade frente às iniquidades do mundo contemporâneo. Os direitos ligados à infância e juventude estão expressos em constituições e declarações por todo o mundo. Porém, a universalização da garantia desses direitos é uma busca de movimentos sociais, profissionais ligados à área e de toda população. A saúde, neste contexto, assume importante papel na construção de políticas e de redes de intersetoriais (sistema jurídico, educação, saúde, assistência social entre outros) para potencializar e incrementar ações de proteção e de promoção à qualidade de vida em sua abrangência individual e coletiva<sup>13,51,52</sup>.

O Sistema de Notificação VIVA é potente ferramenta para romper o silêncio e a invisibilidade da violência. A obrigatoriedade do preenchimento<sup>27</sup> é um largo passo para melhor explicitação da sua dimensão e complexidade principalmente porque traz à luz também os casos suspeitos. Política pública fundamental é a Política Nacional de Promoção a Saúde do Ministério da Saúde, pela atuação intersetorial e investimentos na prevenção dos agravos, riscos e tratamento integrado às vítimas<sup>53</sup>.

O debate ampliado com toda sociedade é o caminho para avançar na construção de uma sociedade mais justa onde a garantia do direito à vida e da cidadania sejam atingidos para todas as crianças.

## **COLABORADORES**

Malta DC, Rates SMM e Melo EM trabalharam na concepção e no delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão do artigo e na revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada. Mascarenhas MDM trabalhou na concepção e no delineamento do estudo, na análise dos dados, na sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada.

## **REFERÊNCIAS**

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R eds. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud, Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Paris: OMS; 2009.
3. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. The developmental epidemiology of childhood victimization. *J Interpers Violence*. 2009;24(5):711-31.

4. Oosterlee A, Vink RM, Smit F. Prevalence of family violence in adults and children: estimates using the capture-recapture method. *Eur J Public Health*. 2009;19(6):586-91.
5. McGee H, Garavan R, Byrne J, O'Higgins M, Conroy RM. Secular trends in child and adult sexual violence--one decreasing and the other increasing: a population survey in Ireland. *Eur J Public Health*. 2011;21(1):98-103.
6. Emery CR, Nguyen HT, Kim J. Understanding child maltreatment in Hanoi: intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. *J Interpers Violence*. 2014;29(7):1228-57.
7. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet*. 2007;11(Sup):1259-67.
8. Brasil. Presidência da Republica. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial*, 16 jul. 1990, p. 13563.
9. Digiácomo MJ, Digiácomo IA. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; 2010.
10. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet*. 2006;11(supl.):1163-78.
11. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000;8(5):22-29.
12. Ferreira KMM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: Silva LMP. *Violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Recife: EDUPE; 2002. p. 17-43.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *DOU* nº 96, Seção 1, 18 maio 2001.



14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. 2012.  
Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701>.  
Acesso em: 25 mar. 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p.
16. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Cien Saude Colet*. 2009;14(2):539-46.
17. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):660-5.
18. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, *et al*. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):347-57.
19. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, *et al*. Perfil dos Atendimentos de Emergência por Acidentes envolvendo Crianças Menores de 10 anos Brasil, 2006 a 2007. *Cien Saude Colet*. 2009;14(5):1669-79.
20. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 43-77.
21. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl. 1):177-87.

22. Costa MC, Carvalho RC, Santa Bárbara JF, *et al.* [The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence]. *Cien Saude Colet.* 2007;12(5):1129-41.
23. Mikaeili N, Barahmand U, Abdi R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. *J Interpers Violence.* 2013;28(5):975-96.
24. Hamilton LHA, Jaffe PG, Campbell M. Assessing children's risk for homicide in the context of domestic violence. *J Fam Viol.* 2013;28:179-189.
25. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, 05 out. 1988, p. 1, anexo.
26. Brasil. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*, 27 jun. 2014, p. 2.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, 26 jan. 2011, seção I, p. 37, col. 2. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em: 09 dez. 2013.

28. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl.* 2010;34(7):534-44.
29. Feng JY1, Huang TY, Wang CJ. Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child Abuse Negl.* 2010;34(2):124-8.
30. Fuhua Zhai, Qin Gao. Child maltreatment among Asian Americans: characteristics and explanatory framework. *Child Maltreat.* 2009;14(2):207-24.
31. Goodman K. Parent-youth discrepancies in ratings of youth victimization: associations with psychological adjustment. *Am J Orthopsychiatry.* 83(1):37-46, 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 31 jan. 2012, Seção I, p. 52, col. 1.
33. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA (Coord.) *et al.* *Violência faz mal à saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 23-28.
34. Gomes R, Minayo MCS, Souza ER. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-140.
35. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra as crianças. UNICEF, 2006. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo\\_PSP\\_Portugues.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf). Acesso em: 09 dez. 2013.

36. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global Status Report on Violence Prevention. 2008. Disponível em: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/global\\_status\\_violence\\_prevention.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/global_status_violence_prevention.pdf?ua=1).
37. Guimarães, I. Violência de gênero. In: Lima CA (Coord.) *et al.* Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 105-109.
38. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet*. 2011; 6 Suppl 5:75-89.
39. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil, ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
40. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(2):323-32.
41. Sengoelge M, Hasselberg M, Laflamme L. Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis. *Eur J Public Health*. 2011;21(2):166-70.
42. Gawryszewski VP, Silva MM, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, Neto OL. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(6):400-408.
43. Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: Lima CA (Coord.) *et al.* Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 47-58.
44. Manly JT1, Oshri A, Lynch M, Herzog M, Wortel S. Child neglect and the development of externalizing behavior problems: associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child Maltreat*. 2013;18(1):17-29.

45. Souza ER, Lima MLC, Veiga JPC. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 171-204.
46. Oliveira AC. Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ - 2000 a 2002. Rio de Janeiro; 2004.
47. Felizardo D, Zürcher E, Melo K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: Lima CA (Coord.) *et al.* Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 69-80.
48. Assis SG, Avanci JQ. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Lima CA (Coord.) *et al.* Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 59-67.
49. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde pública.* 2005;21(4):1124-33.
50. Mikaeili N, Barahmand U, Abdi R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. *J Interpers Violence.* 2013;28(5):975-96.
51. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc saúde coletiva.* 1999;4(1):7-23.
52. Deslandes S. Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora. In: Lima CA (Coord.) *et al.* Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 135-141.
53. Malta DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *B Téc Senac: a R Educ Prof.* 2009;35(2):62-71.

## 7 CONCLUSÕES

A amplitude da violência e o impacto na vida das pessoas e da sociedade impulsionaram a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde a considerá-la como problema de saúde pública (KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2011). Conhecer e identificar regiões e áreas do território com maior vulnerabilidade social e os fatores de riscos torna-se imprescindível para interceder junto a estes determinantes sociais (MALTA; CASTRO, 2009). A vigilância epidemiológica de violências assume relevante papel, pois, além de permitir o monitoramento e a análise de possíveis mudanças no perfil desses agravos, contribui para a educação da população e o planejamento de ações de prevenção (MASCARENHAS *et al.*, 2012). O Sistema de Notificação VIVA vem se consolidando como ferramenta para romper o silêncio e a invisibilidade ainda existente. A obrigatoriedade do preenchimento é avanço para melhor explicitação da sua dimensão (BRASIL, 2011). Melhorar e integrar os sistemas de informação, promover atividades de educação permanente para os profissionais e incentivar melhor registro são outros passos a serem buscados (SOUZA, JORGE, 2006). Distinguir entre notificar o fato e a realidade do fato torna-se fundamental para o reconhecimento do esforço de uma unidade que melhor notifica (DESLANDES, ASSIS, SANTOS, 2005). A vasta gama dos fatores de causalidade do fenômeno da violência aponta a necessidade de fortalecer políticas públicas e de “redes” intersetoriais com a participação da saúde, educação, esporte, cultura, do trabalho, políticas sociais com o sistema judicial, a população, organizações não governamentais e tantas outras. Essas “redes” possibilitam a agregação de propostas e responde melhor às necessidades das vítimas assim como na resolutividade dos problemas individuais e coletivos (DESLANDES, 2006). O campo da saúde assume importante espaço nesta articulação (MINAYO, SOUZA, 1998). Este trabalho busca compreender uma faceta do problema e contribuir para o fortalecimento dessas redes e para a ampliação de ações de promoção à saúde e à cultura da paz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIERNO, R. *et al.* Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 2, p. 292-297, Feb. 2010.
- ALVES, R. A. *et al.* Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 871-883, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop5212.pdf>>. Acesso em: 13 jun 2013.
- ASMUS, C. I. F. *et al.* Riscos ocupacionais na infância e adolescência: uma revisão. **Jornal de Pediatria**, v. 72, n. 4, p. 203-208, 1996.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 59-67. 2006.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 47-58.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C. Violência na adolescência – sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 79-115. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2013.
- BEZERRA, S. C. Estatuto da Criança e do Adolescente. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 17-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 5 out. 1988, p. 1, anexo.
- BRASIL. Decreto n. 6.481, de 12 de junho de 2008. Regulamenta os artigos 3., alínea “d”, e 4. da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo n. 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto n. 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2008, p. 1.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1. de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003b, p. 1.
- BRASIL. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, 25 nov. 2003a, p. 11.

BRASIL. Lei n. 12.796, de 4 de abril de 2013. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 abr. 2013b, p. 1.

BRASIL. Lei n. 13.010, de 27 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, 27 jun. 2014, p. 2.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial**, 16 jul. 1990, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, 26 jan. 2011, seção I, p. 37, col. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, 18 maio 2001b, n. 96, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p.

CAMPOS, H. C. Razão e Sensibilidade: Teoria Feminista do Direito e Lei Maria da Penha. In: CAMPOS, H. C. **Lei Maria da Penha**: comentada em uma perspectiva jurídico-feminista. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 1-13.

CARTER, P. M. *et al.* Firearm possession among adolescents presenting to an urban emergency department for assault. **Pediatrics**, v. 132, n. 2, p. 213-221, Aug. 2013.

CARVALHO, A. C. R. *et al.* Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 539-546, mar.-abr. 2009.

CHIU, G. R. *et al.* Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse: a descriptive analysis of results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. **Violence and Victims**, v. 28, n. 3, p. 381-402, 2013.



- COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, set./out. 2007.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, supl., jan. 2006.
- DESLANDES, S. F. Atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, Supl. 1, p. 177-187, 1994.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estrutura. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 43-78. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2013.
- DESLANDES, S. Redes de proteção e redes sociais: uma práxis integradora. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 135-141.
- DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2010. Disponível em: <[http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/ECA\\_comentado.pdf](http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/ECA_comentado.pdf)>. Acesso em: 21 de out. 2013.
- ELLSBERG, M.C. *et al.* Candies in hell: domestic violence against women in Nicaragua. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1595-1610, Dec. 2000.
- FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 69-80.
- FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. p. 17-43.
- FINKELHOR, D. *et al.* Pathways to poly-victimization. **Child maltreatment**, v. 14, n. 4, p. 316-329, Nov. 2009
- GARBIN, C. A. S. *et al.* Divergências entre histórico da consulta e diagnóstico médico de agressões físicas registradas nos prontuários de uma unidade de urgência e emergência. **Physis**, v. 23, n. 3, p. 951-964, set. 2013..
- GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* Violence-related injury in emergency departments in Brazil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 24, n. 6, p. 400-408, Dec. 2008.
- GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 61, n. 1, p. 61-65, 2008.
- GOMES, R. A Dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**, v. 14, p. 237-243, 2008.

- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 117-140.
- GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 105-109.
- KEMPE, C. H. *et al.* The battered-child syndrome. **The Journal of the American Medical Association**, v. 181, n. 1, p. 17-24, Jul. 1962.
- KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.
- MALTA, D. C. *et al.* Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 4, p. 317-328, 2010.
- MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violência no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 45-55, jan.-mar. 2007.
- MALTA, D. C. *et al.* Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 11, suppl. 1, p. 159-167, 2008.
- MALTA, D. C. *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos - Brasil, 2006 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009.
- MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 35, n. 2, p. 63-71, maio-ago. 2009.
- MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 660-665, 2010.
- MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas. Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, supl., s124-s132, jan. 2012a.
- MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, set. 2012b.
- MELO, E. M. Podemos prevenir a violência? In: MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p. p. 1-24.
- MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, mai-jun, 2004.

- MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. p. 205-240.
- MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. p. 9-42.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-24, 1999.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005.
- NJANE, K.; REIS, A.C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 313-333. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- OLIVEIRA, A. C. **Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ - 2000 a 2002**. Rio de Janeiro: SES, 2004.
- OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil, ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet Saúde no Brasil**, n. 5, p. 75-89, 2011.
- SÁ, N. N. B. *et al.* atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 145-152, 2010.
- SANTOS, L E; Ferrini, M.G.C. A violência em creches e pré-escolas sob a ótica das mães. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 45-5-, fev.2009.
- SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 22-29, ago. 2000.
- SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp, p. 112-120, 2006.
- SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 23-28.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C.; VEIGA, J. P. C. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 171-204.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S; MALAQUIAS, J. V. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 279-300.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da Infância Brasileira**. 2006a. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10167.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm)>. Acesso em: 20 mar 2010.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra as crianças**. Brasília: UNICEF, 2006b. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo\\_PSP\\_Portugues.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf)>. Acesso em: 20 mar 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). European Report on Preventing Elder Maltreatment, 2011. Available from: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Status Report on Violence Prevention, 2008a. Disponível em: <[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/global\\_status\\_violence\\_prevention.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/global_status_violence_prevention.pdf?ua=1)>. Acesso em: 4 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on child injury prevention**. Geneva: World Health Organization? United Nations's Children's Fund, 2008b.

**ANEXO A - Projeto de Qualificação**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina**

**SUSANA MARIA MOREIRA RATES**

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL E  
CAPITAIS SELECIONADAS**

Belo Horizonte  
2013



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

**Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

**Vice-Reitora**

Profª. Rocksane de Carvalho Norton

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Limas dos Santos

**Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

**Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Profª. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**Chefe do Departamento de Medicina Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

**Subchefe do Departamento de Medicina Social**

Profª. Jandira Maciel da Silva

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profª. Elza Machado de Melo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profª. Elza Machado de Melo

Profª. Andréa Maria Silveira

Profª. Elizabeth Costa Dias

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Profª. Eliane Dias Gontijo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profª. Cristiane de Freitas Cunha

Prof. Victor Hugo de Melo

Profª. Izabel Christina Friche Passos

Profª. Marta Maria Alves da Silva

Prof. Fernando Madalena Volpe

Profª. Stela Maris Aguiar Lemos

**SUSANA MARIA MOREIRA RATES**

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL E  
CAPITAIS SELECIONADAS**

Projeto de qualificação apresentado à universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Programa de pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Déborah Carvalho Malta  
Co-orientadora: Prof. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte  
2013

**SUSANA MARIA MOREIRA RATES**

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL E  
CAPITAIS SELECIONADAS**

Projeto de qualificação apresentado à universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Programa de pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Déborah Carvalho Malta  
Co-orientadora: Profa. Elza Machado de Melo

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho (UFMG)

Dra. Alzira de Oliveira Jorge (UFMG)

Profa. Dra. Déborah Carvalho Malta (UFMG)

Profa. Dra. Elza Machado de Melo (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde considera a violência como problema de saúde pública tamanho o impacto na vida das pessoas e de toda sociedade. O objetivo deste estudo é analisar a violência a partir dos dados da Vigilância de Violências e Agravos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA-SINAN), a saber, notificações de violências em geral na região Sudeste e suas capitais, e notificações de violências contra crianças do Brasil no ano de 2011. Os dados foram levantados e analisados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação NET (SINAN-NET) e processados no programa Stata, versão 11 (StataCorp College Station, Estados Unidos). Dentre os principais resultados da região Sudeste do Brasil e capitais destacam-se: o maior número de notificações ocorreu no sexo feminino (região Sudeste e capitais) sendo no somatório crianças/adolescentes nas capitais e nos adultos na região Sudeste. O ambiente doméstico foi o *locus* privilegiado das agressões em todas as situações (57,5% no Sudeste). O agressor geralmente é único, na maioria das vezes conhecido da vítima e do sexo masculino (exceto no Rio de Janeiro onde as mulheres foram principais agressoras quando as vítimas eram do sexo masculino). No Sudeste e nas capitais selecionadas as mulheres foram as mais frequentes vítimas de violência sexual. O uso de bebida alcoólica pelo agressor foi relatado nas notificações (no Sudeste o índice é de 24,3%). A maioria das lesões notificadas demonstra menor grau de gravidade e ~~pois~~ as vítimas obtiveram alta (no Sudeste este índice foi de 79%). O índice de óbito é preocupante (no Sudeste 1,8%; em Belo Horizonte 0,8%; Vitória 0,6%; Rio de Janeiro 1%). Muitas das ocorrências foram de repetição variando de 17,8% a 40% nas capitais e 32,4% na região Sudeste do Brasil. Considerando a raça/cor, a maior frequência de notificações está entre as vítimas de cor preta/parda nas capitais estudadas, porém na região Sudeste do Brasil a maioria das vítimas é de cor branca (45%) seguida pelas de cor parda (25%) e preta (9,3%).

**Palavras-Chave:** Violência. Brasil. Região Sudeste. Capitais. Categorização. Crianças. Doméstica. Idoso. Mulher.

## ABSTRACT

The World Health Organization considers violence as a public health issue such is the impact on people and society. The objective of this study is to describe and analyze reports of violence in the Southeast of Brazil and the selected capitals and also violence against children throughout Brazil in 2011. The data was extracted from the Surveillance of Violence and Injuries of Notifiable Diseases Information System (VIVA-SINAN). The data was processed in the Stata software ver. 11 (StataCorp College Station, USA). Among the main results in the Southeast of Brazil and capitals: the largest number of reports occurred within the female gender (Southeast and capitals) and the sum stands for children/teenagers in the capitals and adults in the Southeast. Domestic environment is the main stage of aggression in every situation (57,5% in the Southeast) and there's usually only one aggressor, often male and close to the victim (except in Rio de Janeiro where women are the main aggressors when the victims are males). In the Southeast and selected capitals, women were the most frequent victims of sexual violence. The consumption of alcohol by the aggressor was reported in the notifications (24,3% in the Southeast). Most injuries notified are not serious as the victims were released from the hospital (79% in the Southeast). Death index is alarming (1,8% in the Southeast; in Belo Horizonte 0,8%; Vitória 0,6%; Rio de Janeiro 1%). Most of the reports are recurrent, ranging from 17,8% to 40% in the capitals and 32,4% in the Southeast. Considering race/color, the most frequent victims are black/brown in the studied capitals. However, most of the victims are white in the Southeast (45%) followed by brown color (25%) and black (9,3%).

**Key-words:** Violence. Brazil. Southeast Region. Capitals. Categorization. Children. Domestic. Elderly. Woman.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011 .....	23
TABELA 2 -	Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011 .....	24
TABELA 3 -	Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011 .....	25
TABELA 4 -	Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, no Rio de Janeiro, 2011 .....	26
TABELA 5 -	Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011 .....	28
TABELA 6 -	Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011 .....	30
TABELA 7 -	Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011 .....	31
TABELA 8 -	Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, no Rio de Janeiro, 2011 .....	33
TABELA 9 -	Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011 .....	34
TABELA 10 -	Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011 ...	35
TABELA 11 -	Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011 .....	36
TABELA 12 -	Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, Rio de Janeiro, 2011 .....	36
TABELA 13 -	Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011 .....	37
TABELA 14 -	Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011 .....	38
TABELA 15 -	Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011 .....	38
TABELA 16 -	Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, no Rio de Janeiro, 2011 .....	39

**LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 -	Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no Brasil e região Sudeste, por 100.000 habitantes, 2011 .....	21
GRÁFICO 2 -	Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, nos Estados da região Sudeste e capitais, 2011.....	21
GRÁFICO 3 -	Coeficiente de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, do Brasil e região Sudeste e capitais, por 100.000 habitantes, 2011 .....	22
GRÁFICO 4 -	Coeficiente de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, nos Estados e capitais da região Sudeste, por 100.000 habitantes, 2011 .....	22

### LISTA DE SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]
BO	boletim de ocorrência
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CID	Código Internacional das Doenças
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DASIS	Sistema de Informação em Saúde
DATASUS	Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DNER	Departamento Nacional de Estrada de Rodagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RP	Razão de Prevalência
SIA	Sistemas de Informação de Produção de Serviços Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação de Produção de Serviços Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SIVVA	Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

UF	Unidade Federativa
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> [Fundo das Nações Unidas para a Infância]
WHA	<i>World Health Assembly</i> [Assembleia Mundial de Saúde]

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O SISTEMA VIVA NO BRASIL .....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
4.1	Objetivo geral .....	18
4.2	Objetivos específicos.....	18
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS DA REGIÃO SUDESTE E SUAS CAPITAIS .....</b>	<b>21</b>
6.1	Caracterizações dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil e suas capitais no ano 2011.....	28
6.2	Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, região Sudeste do Brasil, 2011 .....	34
6.3	Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil e suas capitais, 2011.....	37
<b>7</b>	<b>DISCUSSÕES REGIÃO SUDESTE E CAPITAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>PROPOSTAS DE CONTINUIDADE DO TRABALHO .....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>
	<b>ANEXO A - Ficha de Notificação/Investigação Individual - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências .....</b>	<b>47</b>

## 1 JUSTIFICATIVA

Estima-se que a cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas no mundo perdem a vida e muitas mais sofrem lesões e sequelas em consequência das violências (KRUG *et al.*, 2002). Economicamente, bilhões de dólares são gastos em cuidados de saúde, aplicação da lei, perda de produtividade e sofrimentos psicológicos por ano (KRUG *et al.*, 2002). Mas, o cálculo da dor é impossível de ser mensurado (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O perfil epidemiológico das causas de mortalidade nos países desenvolvidos, e de forma semelhante no Brasil, vem se modificando com o crescimento das taxas por causas externas (MOURA; REICHENHEIM, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que no mundo, no ano de 2002, aconteceram cerca de 520.000 homicídios sendo 57.000 de crianças e 199.000 de adolescentes e adultos jovens (10 a 29 anos). Mas esta distribuição não era uniforme seja pela idade, sexo ou pelas diferentes regiões e países (KRUG *et al.*, 2002). A prevalência nos adolescentes e adultos jovens que era de 9,2 por 100.000 habitantes era, quando se analisava por sexo, dez vezes maior nos homens quando comparadas às taxas nas mulheres (KRUG *et al.*, 2002).

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS/SIM) de 2012 apontam a causa externa como a principal nas faixas de crianças maiores de um a 10 anos, nos jovens e nos adulto até 49 anos (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (KRUG *et al.*, 2002) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) mediante a dinâmica que permeia a violência e pela sua magnitude aborda a violência como um problema de saúde pública.

Conhecer e identificar regiões e áreas do território com maior vulnerabilidade social e os fatores de riscos torna-se imprescindível para interceder junto a estes determinantes sociais (MALTA; CASTRO, 2009).



## 2 MARCO TEÓRICO

A OMS define violência como

O uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, tradução nossa).<sup>1</sup>

A portaria nº 737, de 16 de maio de 2001 que dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência, considera “violência como o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros”. Define acidente como “evento não-intencional e evitável, causador de mortes ou lesões físicas e emocionais, no ambiente doméstico ou nos outros ambientes sociais como o do trabalho, do trânsito, o da escola, o do esporte e do lazer” (BRASIL, 2001).

Ferreira (2002) considera que a violência não pode ser concebida e tratada através de uma visão unilinear de causa e efeito, em que, de um lado, está o agressor motivado por sua “má índole” e do outro, sua vítima. Deve ser pensada como resultado multicausal e interativo de uma dinâmica sociocultural e política que repercute em todo tecido social, fazendo suas vítimas de maneira indiscriminada.

A OMS (KRUG *et al.*, 2002) classifica as violências a partir de suas manifestações em violência dirigida contra si mesmo; violência interpessoal e violência coletiva. Define por violência auto-infligida o comportamento suicida e o autoabuso. No primeiro caso a tipologia contempla suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de auto-abuso nomeia a agressão a si próprio e a automutilação.

A violência interpessoal classificada em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. No intrafamiliar se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Ainda segundo a OMS (KRUG *et al.*, 2002), a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre

---

<sup>1</sup> “The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.”

as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe, rotineiramente, uma inter-relação que expressa de várias formas a violência. A violência doméstica destaca-se entre os mais frequentes das ocorrências nas crianças e adolescentes (KRUG *et al.*, 2002). O Ministério da Saúde aponta vários fatores no contexto familiar que contribuem para a ocorrência de risco da Saúde contra crianças e adolescentes, dentre os quais podemos identificar o abuso de álcool e/ou outras drogas, a história de antecedentes criminais e uso de armas; pais e responsáveis portadores de sofrimento mental; dependência econômica e/ou emocional, baixa autoestima e pouca autonomia entre os indivíduos; ambiente familiar com nível de tensão permanente e/ou violento, distribuição desigual de poder e de autoridade entre as pessoas; estrutura familiar de funcionamento fechada, onde não há abertura para contextos externos (BRASIL, 2001).

A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos (KRUG *et al.*, 2002). Classifica aqui as violações que ocorrem nas instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG *et al.*, 2002). Santos e Ferriane (2009) em seu estudo relatam que a violência institucional é caracterizada por uma relação de poder entre a instituição e seus usuários, podendo ocorrer de diversas formas como negligência no atendimento, abuso de poder, falta de estrutura física.

Como violência coletiva a OMS considera os atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado (KRUG *et al.*, 2002). Nessa categoria, do ponto de vista social, se incluem os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, estão as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (KRUG *et al.*, 2002).

Minayo (2005) inclui violência estrutural que se apoia socioeconômica e politicamente nas desigualdades, apropriações e expropriações das classes e grupos sociais; uma violência cultural que se expressa a partir da violência estrutural, mas que a transcende e se manifesta nas relações de dominação raciais, étnicas, dos grupos etários e familiares. Nesta categorização, considera o trabalho infante-juvenil e a violência institucional.

Quanto a natureza da violência, a OMS (KRUG *et al.*, 2002) classifica-as como violências físicas; psicológicas; sexual e por negligência ou abandono. A violência sexual geralmente praticada por pessoas que gozam da confiança da vítima, tendo também a característica de, em sua maioria, serem incestuosos. O abusador pode utilizar-se da sedução

ou da ameaça para atingir seus objetivos, não tendo que, necessariamente, praticar uma relação sexual genital para configurar o abuso, apesar de que, ela acontece com uma incidência bastante alta. Outra forma desta violência é a exploração sexual que utiliza as vítimas com finalidade comercial (KRUG *et al.*, 2002). A física são atos de agressão praticados de forma intencional por uma pessoa em relação à outra ou, no caso das crianças ou adolescentes por um adulto ou até mesmo outra criança/adolescente mais velha. Podem ir de uma palmada até ao espancamento ou outros atos cruéis que podem ou não deixar marcas físicas evidentes, mas, com profundas marcas psíquicas e afetivas. Muitas vezes está associada a outras formas de violências (KRUG *et al.*, 2002). A psicológica é uma forma de violência que aparece pouco nas estatísticas por sua condição de invisibilidade. Manifesta-se na depreciação por meio de humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações, que minam a sua autoestima. Pode se manifestar conseqüente à privação de amor, rejeição até censuras e pressões (KRUG *et al.*, 2002). E por negligências e omissões se manifesta pela ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais (em função da condição de desassistência de que a família é vítima). Pode ser expressão de um desleixo propositadamente infligido em que a pessoa vitimizada é mal cuidada, ou mesmo, não recebe os cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento. Esta forma é uma das mais frequentes praticadas pelos pais atingindo principalmente aspectos da saúde, educação e higiênicos (KRUG *et al.*, 2002).

### 3 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O SISTEMA VIVA NO BRASIL

As informações em saúde são fundamentais para o planejamento, programação, o monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual (MALTA *et al.*, 2008). Com o objetivo de padronizar as informações geradas pelos atendimentos às vítimas de acidentes e violências a Organização Mundial de Saúde criou no Código Internacional das Doenças (CID) os códigos relativos à classificação das lesões decorrentes de acidentes (referentes ao trânsito, a envenenamento, a afogamento, a quedas, a queimaduras e outros) e violências (relacionadas a agressões, a homicídios, a suicídios ou tentativas, a abusos físicos, sexuais, psicológicos, a negligências e outras) por meio do referido Código (BRASIL, 2013; MALTA *et al.*, 2008; BRASIL, 2001). Fator limitador destas informações é o fato de descreverem apenas as características dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente (MALTA *et al.*, 2008).

No Brasil, as informações em saúde são obtidas principalmente pelos Sistemas de Informações e os Inquéritos Regionais e Nacionais realizados principalmente a partir da década de 80. O IBGE é o responsável pela maioria das pesquisas domiciliares. O SUS dispõe dos sistemas de informação sobre mortalidade (SIM), doenças de notificação compulsória e outros agravos (SINAN), produção de serviços ambulatoriais (SIA), internações hospitalares (SIH), nascidos vivos (SINASC), informação de atenção básica (SIAB) dentre outros (MALTA *et al.*, 2008). Outras fontes oficiais de informação sobre violências e acidentes no Brasil são os boletins de ocorrência policiais (BO); o boletim do Departamento Nacional de Estrada de Rodagem (DNER); a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) (BRASIL, 2013).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências.

O VIVA é constituído por dois componentes: I - Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais (Viva/SINAN) e II - Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinelas de urgência e emergência (Viva Inquérito). Essas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios que permitem a entrada e a análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas:

- a) Viva/Sinan: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências;
- b) Viva Inquérito: Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (BRASIL, 2013).

Inicialmente, apenas os serviços de referência para violências como os centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros realizavam estas notificações utilizando-se de Ficha de Notificação/Investigação Individual. A partir de 2009, o Viva passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação em versão net (Sinan NET), disponível para todos os municípios do País o que facilitou a ampliação progressiva de municípios e unidades notificadoras (BRASIL, 2013).

A “Ficha de Notificação/Investigação Individual - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” (ANEXO A) contém campos sobre dados gerais da notificação (tipo de notificação, data da notificação, UF, município de notificação, unidade de saúde, data da ocorrência da violência), notificação individual (nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, gestante, raça/cor, escolaridade, número do cartão SUS, nome da mãe, dados de residência da vítima), dados da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso (BRASIL, 2013).

Utiliza-se o conceito do Ministério da Saúde, sobre violência (BRASIL, 2013). Os dados são digitados no Sinan NET das secretarias de saúde de cada município e submetidos a análise de consistência e duplicidade pela equipe técnica da CGDANT/SVS (dCoordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância Sanitária) utilizando o programa Link Plus, versão 2.0. Os casos duplicados são excluídos. Para a análise de duplicidade dos dados, utilizam como variáveis de bloqueio o município de notificação, o sexo e o nome e, como variáveis de comparação, o primeiro e o último nome e a data de nascimento. Entre as duplicidades identificadas, consideram como verdadeiras aquelas que ocorreram na mesma data e que apresentam mesmo tipo de violência e provável autor da agressão (BRASIL, 2013).

A cidade de São Paulo construiu um Sistema de Notificação próprio produzido pelo Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA), gerenciados pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). O SIVVA também tem como fonte a notificação de atendimentos de vítimas de violências/acidentes por profissionais de saúde. Essa notificação se faz por meio de um instrumento específico da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a Portaria n. 1.328, de 28 de agosto de 2007. Este Sistema ainda não está integrado ao SINAN, ainda que esforços venham sendo envidados para sua integração (SÃO PAULO, 2007).

O Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais buscam melhorar a qualidade dos dados, mas, a confiabilidade deles ainda é motivo de preocupação (BRASIL, 2013). Os possíveis erros acontecem seja pela própria incompreensão do fenômeno da violência, seja pela pouca ênfase às violências que ocorrem na família, às discriminações raciais e às de gênero (MINAYO, 2005; MINAYO; SOUZA, 1999). Estudo realizado em unidade de emergência apontou que na maioria dos casos de atendimentos a violência não foi mencionada no diagnóstico das lesões (GARBIN *et al.*, 2013).

Importante ressaltar que o conjunto de fontes de informação possibilita a composição de indicadores, o conhecimento de fatores de risco e de grupos mais vulneráveis e de tendências, ainda que necessidades de aperfeiçoamentos sejam essenciais para a produção de políticas de âmbito nacional (MINAYO; SOUZA, 2003). A melhoria da qualidade da informação é um dos elementos fundamentais para dar mais precisão aos processos de tomada de decisão (NJANE; REIS, 2005).

## **4 OBJETIVOS**

### ***4.1 Objetivo geral***

Caracterizar as violências notificadas pelos serviços de saúde da Região Sudeste e capitais.

### ***4.2 Objetivos específicos***

- Caracterizar e analisar o perfil demográfico das vítimas.
- Caracterizar e analisar o perfil demográfico dos agressores.
- Caracterizar e analisar a ocorrência.
- Caracterizar os tipos de violências.
- Caracterizar e analisar evolução do caso e tipo de encaminhamento no setor saúde.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, baseado nos dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET) do período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011, referentes às vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras, da Região Sudeste e capitais selecionadas do Brasil.

Utiliza-se o conceito de violência do Ministério da Saúde. A base de dados foi extraída da “Ficha de Notificação/Investigação Individual - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” (ANEXO A), disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatorios especializados, dentre outros são responsáveis pela notificação dos casos. As secretarias municipais de saúde de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e posterior transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal, para compor a base de dados nacional.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para avaliação da violência na região Sudeste do Brasil e capitais selecionadas: (1) características demográficas da vítima/pessoa atendida (sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, opção quanto às suas relações sexuais, se gestante, se portador de deficiências, zona de residência); (2) características da ocorrência (se violência de repetição, local da ocorrência, o meio de agressão utilizado, a natureza da lesão corporal, a parte do corpo atingida, se a violência foi autoprovocada e se a violência foi relacionada ao trabalho); (3) tipo de violência; (4) características do agressor (número de envolvidos, sexo, vínculo com a vítima e suspeita se utilizou álcool durante o ato da violência) e (5) evolução do caso e tipo de encaminhamento no setor saúde.

Para a análise das violências notificadas nas capitais foi excluída a cidade de São Paulo. Esta apresentou um número de notificações que estatisticamente não é significativo (11 notificações) ficando sujeito a vieses de análises. Já os dados globais da Região do Brasil contém estas 11 notificações mas, aqui, este número não é estatisticamente significativo considerando que o total de notificações registradas foi de 52.119. As frequências foram calculadas no Programa StataCorp.

Por se tratar de uma ação permanente de vigilância epidemiológica instituída pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, não foi necessário emitir termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros para preservar a identidade dos indivíduos que compunham a



base de dados analisada. Os dados foram obtidos junto ao Ministério da Saúde em base anônima, não identificada.

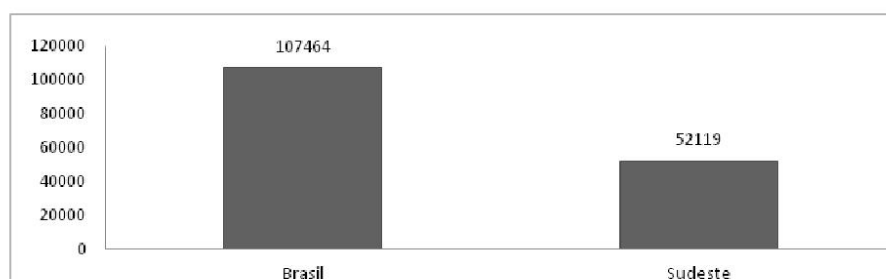
Os resultados deste estudo são apresentados em seções de resultados e discussão na modalidade de dissertação tradicional para os dados referentes às notificações do ano de 2011 da Região Sudeste e de suas capitais. O consolidado dos dados serão apresentados em gráficos (1, 2, 3 e 4) e tabelas (1 a 16).

## 6 RESULTADOS DA REGIÃO SUDESTE E SUAS CAPITALS

Para este estudo foram consideradas as notificações do ano de 2011 da região Sudeste do Brasil e de suas capitais. Os resultados serão apresentados em tabelas e por meio de breve descrição.

No Brasil, foram 107.464 e na região Sudeste do Brasil 52.119 notificações válidas sendo 3.049 nas capitais (GRÁFICO 1).

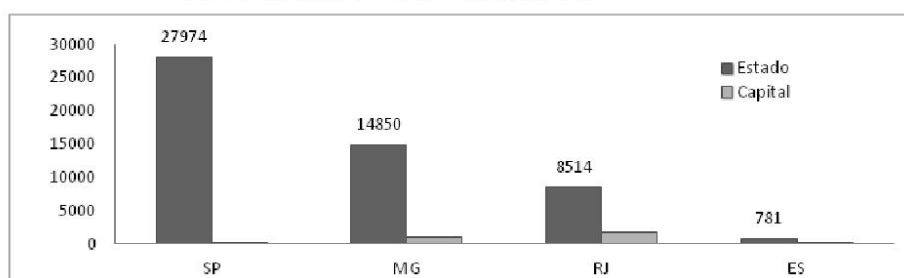
**GRÁFICO 1 - Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no Brasil e região Sudeste, por 100.000 habitantes, 2011**



Fonte: Sistema VIVA/SINAN ano 2011.

Quando comparamos o número de notificações dos Estados e suas respectivas capitais encontramos os resultados demonstrados no gráfico abaixo.

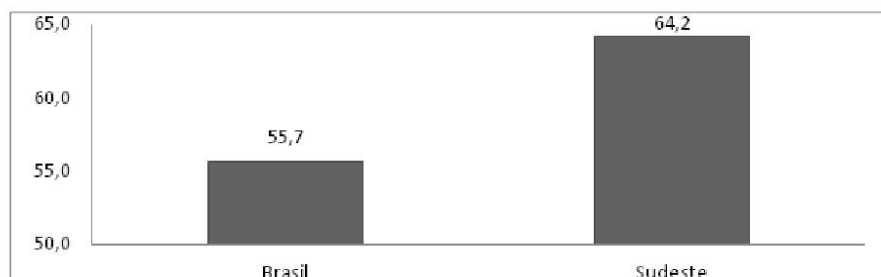
**GRÁFICO 2 - Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, nos Estados da região Sudeste e capitais, 2011**



Fonte: Sistema VIVA/SINAN, ano 2011.

O coeficiente de notificações por 100.000 habitantes do Brasil e Sudeste é apresentado no Gráfico 3.

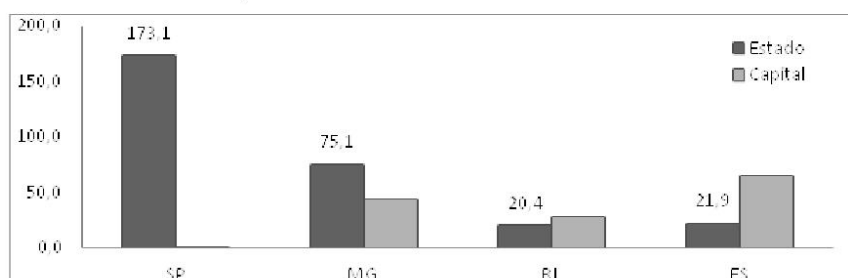
**GRÁFICO 3 - Coeficiente de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, do Brasil e região Sudeste e capitais, por 100.000 habitantes, 2011**



Fonte: Sistema VIVA/SINAN, ano 2011.

O Gráfico 4 demonstra o coeficiente por 100.000 habitantes de notificação de violência doméstica, sexual e /ou outras violências, Estados do Sudeste e capitais, 2011.

**GRÁFICO 4 - Coeficiente de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, nos Estados e capitais da região Sudeste, por 100.000 habitantes, 2011**



Fonte: Sistema VIVA/SINAN, ano 2011.

A seguir, serão apresentados os resultados das análises do Sudeste e capitais em quatro seções. A primeira conterà a caracterização das vítimas de violência; a segunda a caracterização dos atendimentos; a terceira a caracterização do provável autor da agressão a vítimas e a quarta a evolução e encaminhamento das vítimas. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências por sexo, na região Sudeste do Brasil e suas capitais no ano de 2011

As tabelas 1, 2, 3, 4 apresentam a consolidação das notificações da região Sudeste do Brasil e das cidades de Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro com a caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências por sexo. Pelo numerador pouco significativo, nesta tabela está incluída.

**TABELA 1 - Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011**

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
0-9	3585	23,6	4086	11,1	7671	14,7
10-14	1746	11,5	3271	8,9	5017	9,6
15-19	2239	14,7	4981	13,5	7220	13,9
20-29	2607	17,1	9497	25,7	12104	23,2
30-39	2098	13,8	7654	20,7	9752	18,7
40-49	1201	7,9	4161	11,3	5362	10,3
50-59	646	4,2	1876	5,1	2522	4,8
60 e mais	1086	7,1	1385	3,8	2471	4,7
<b>Raça/ cor</b>						
Branca	6245	41,1	17152	46,5	23397	44,9
Preta	1332	8,8	3512	9,5	4844	9,3
Amarela	80	0,5	223	0,6	303	0,6
Parda	3830	25,2	9159	24,8	12989	24,9
Indígena	38	0,2	115	0,3	153	0,3
Sem informação	3683	24,2	6750	18,3	10433	20
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 4	1702	11,2	3817	10,3	5519	10,6
5 a 8	1672	11	5225	14,2	6897	13,2
9 a 11	1368	9	5161	14	6529	12,5
12 e mais	969	6,4	4946	13,4	5915	11,3
Não se aplica	2829	18,6	3208	8,7	6037	11,6
Sem informação	6668	43,8	14554	39,4	21222	40,7
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro (a)	5045	33,2	12842	34,8	17887	34,3
Casado/ união consensual	2217	14,6	10768	29,2	12985	24,9
Viúvo (a)	209	1,4	798	2,2	1007	1,9
Separado (a)	475	3,1	2267	6,1	2742	5,3
Não se aplica	4041	26,6	4760	12,9	8801	16,9
Sem informação	3221	21,2	5476	14,8	8697	16,7
<b>Relações sexuais</b>						
Só com homens	533	3,5	13796	37,4	14329	27,5
Só com mulheres	2480	16,3	455	1,2	2935	5,6
Com homens e mulheres	51	0,3	103	0,3	154	0,3
Não se aplica	5368	35,3	8026	21,7	13394	25,7
Sem informação	6776	44,6	14531	39,4	21307	40,9
<b>Gestante</b>						
Sim	0	0	1533	4,2	1533	2,9
Não	0	0	17697	47,9	17697	34
Não se aplica	15208	100	7992	21,7	23200	44,5
Sem informação	0	0	9689	26,2	9689	18,6
<b>Deficiência física</b>						
Sim	184	1,2	286	0,8	470	0,9
<b>Deficiência mental</b>						
Sim	261	1,7	634	1,7	895	1,7
<b>Deficiência visual</b>						
Sim	54	0,4	123	0,3	177	0,3
<b>Deficiência auditiva</b>						
Sim	39	0,3	91	0,2	130	0,2
<b>Outra deficiência</b>						
Sim	143	0,9	307	0,8	450	0,9
<b>Zona de residência</b>						
Urbana	13790	90,7	33829	91,7	47619	91,4

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	N	%
Rural	610	4	1515	4,1	2125	4,1
Periurbana	118	0,8	220	0,6	338	0,6
Sem informação	690	4,5	1347	3,6	2037	3,9

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013; Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 2 - Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011**

Características	Masculino (n = 257)		Feminino (n = 795)		Total (n = 1052)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
0-9	81	31,5	141	17,7	222	21,1
10-14	45	17,5	96	12,1	141	13,4
15-19	78	30,4	137	17,2	215	20,4
20-29	15	5,8	194	24,4	209	19,9
30-39	16	6,2	119	15	135	12,8
40-49	4	1,6	59	7,4	63	6
50-59	6	2,3	21	2,6	27	2,6
60 e mais	12	4,7	28	3,5	40	3,8
<b>Raça/cor</b>						
Branca	33	12,8	164	20,6	197	18,7
Preta	27	10,5	90	11,3	117	11,1
Amarela	0	0	4	0,5	4	0,4
Parda	47	18,3	183	23	230	21,9
Indígena	0	0	1	0,1	1	0,1
Sem informação	150	58,4	353	44,4	503	47,8
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 4	16	6,2	59	7,4	75	7,1
5 a 8	18	7	70	8,8	88	8,4
9 a 11	13	5,1	63	7,9	76	7,2
12 e mais	5	1,9	73	9,2	78	7,4
Não se aplica	63	24,5	94	11,8	157	14,9
Sem informação	142	55,3	436	54,8	578	54,9
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro (a)	96	37,4	278	35	374	35,6
Casado/ união consensual	8	3,1	98	12,3	106	10,1
Viúvo (a)	0	0	9	1,1	9	0,9
Separado (a)	2	0,8	24	3	26	2,5
Não se aplica	90	35	149	18,7	239	22,7
Sem informação	61	23,7	237	29,8	298	28,3
<b>Relações sexuais</b>						
Só com homens	4	1,6	208	26,2	212	20,2
Só com mulheres	44	17,1	7	0,9	51	4,8
Com homens e mulheres	0	0	2	0,3	2	0,2
Não se aplica	117	45,5	258	32,5	375	35,6
Sem informação	92	35,8	320	40,3	412	39,2
<b>Gestante</b>						
Sim	0	0	38	4,8	38	3,6
Não	0	0	211	26,5	211	20,1
Não se aplica	257	100	250	31,4	507	48,2
Sem informação	0	0	296	37,2	296	28,1
<b>Deficiência física</b>						
Sim	4	1,6	7	0,9	11	1

Características	Masculino (n = 257)		Feminino (n = 795)		Total (n = 1052)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Deficiência mental</b>						
Sim	2	0,8	21	2,6	23	2,2
<b>Deficiência visual</b>						
Sim	1	0,4	3	0,4	4	0,4
<b>Deficiência auditiva</b>						
Sim	2	0,8	3	0,4	5	0,5
<b>Outra deficiência</b>						
Sim	8	3,1	6	0,8	14	1,3
<b>Zona de residência</b>						
Urbana	246	95,7	732	92,1	978	93
Rural	0	0	3	0,4	3	0,3
Periurbana	0	0	1	0,1	1	0,1
Sem informação	11	4,3	59	7,4	70	6,7

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 3 - Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011**

Características	Masculino (n = 42)		Feminino (n = 175)		Total (n = 217)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
0-9	19	45,2	40	22,9	59	27,2
10-14	9	21,4	36	20,6	45	20,7
15-19	1	2,4	26	14,9	27	12,4
20-29	3	7,1	30	17,1	33	15,2
30-39	1	2,4	16	9,1	17	7,8
40-49	1	2,4	11	6,3	12	5,5
50-59	2	4,8	6	3,4	8	3,7
60 e mais	6	14,3	10	5,7	16	7,4
<b>Raça/ cor</b>						
Branca	7	16,7	51	29,1	58	26,7
Preta	15	35,7	22	12,6	37	17,1
Parda	14	33,3	82	46,9	96	44,2
Indígena	0	0	2	1,1	2	0,9
Sem informação	6	14,3	18	10,3	24	11,1
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 4	7	16,7	21	12	28	12,9
5 a 8	3	7,1	38	21,7	41	18,9
9 a 11	1	2,4	14	8	15	6,9
12 e mais	2	4,8	30	17,1	32	14,7
Não se aplica	14	33,3	25	14,3	39	18
Sem informação	15	35,7	47	26,9	62	28,6
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro (a)	9	21,4	72	41,1	81	37,3
Casado/ união consensual	3	7,1	23	13,1	26	12
Viúvo (a)	2	4,8	9	5,1	11	5,1
Separado (a)	1	2,4	15	8,6	16	7,4
Não se aplica	24	57,1	47	26,9	71	32,7
Sem informação	3	7,1	9	5,1	12	5,5
<b>Relações sexuais</b>						
Só com homens	1	2,4	60	34,3	61	28,1
Só com mulheres	4	9,5	3	1,7	7	3,2
Com homens e mulheres	0	0	2	1,1	2	0,9
Não se aplica	24	57,1	66	37,7	90	41,5

Características	Masculino (n = 42)		Feminino (n = 175)		Total (n = 217)	
	n	%	n	%	n	%
Sem informação	13	31	44	25,1	57	26,3
<b>Gestante</b>						
Sim	0	0	10	5,7	10	4,6
Não	0	0	89	50,9	89	41
Não se aplica	42	100	61	34,9	103	47,5
Sem informação	0	0	15	8,6	15	6,9
<b>Deficiência física</b>						
Sim	0	0	8	4,6	8	3,7
<b>Deficiência mental</b>						
Sim	1	2,4	6	3,4	7	3,2
<b>Deficiência auditiva</b>						
Sim	0	0	1	0,6	1	0,5
<b>Outra deficiência</b>						
Sim	0	0	4	2,3	4	1,8
<b>Zona de residência</b>						
Urbana	42	100	171	97,7	213	98,2
Rural	0	0	2	1,1	2	0,9
Sem informação	0	0	2	1,1	2	0,9

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 4- Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, no Rio de Janeiro, 2011**

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
0-9	325	50,6	352	31,2	677	38,3
10-14	128	19,9	147	13	275	15,5
15-19	112	17,4	177	15,7	289	16,3
20-29	22	3,4	218	19,3	240	13,6
30-39	23	3,6	116	10,3	139	7,9
40-49	10	1,6	56	5	66	3,7
50-59	6	0,9	22	2	28	1,6
60 e mais	16	2,5	39	3,5	55	3,1
<b>Raça/ cor</b>						
Branca	129	20,1	316	28	445	25,2
Preta	97	15,1	178	15,8	275	15,5
Amarela	4	0,6	8	0,7	12	0,7
Parda	199	31	332	29,5	531	30
Indígena	1	0,2	2	0,2	3	0,2
Sem informação	212	33	291	25,8	503	28,4
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 4	45	7	82	7,3	127	7,2
5 a 8	18	2,8	82	7,3	100	5,7
9 a 11	5	0,8	75	6,7	80	4,5
12 e mais	12	1,9	81	7,2	93	5,3
Não se aplica	271	42,2	296	26,3	567	32,1
Sem informação	291	45,3	511	45,3	802	45,3
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro (a)	87	13,6	335	29,7	422	23,9
Casado/ união consensual	13	2	112	9,9	125	7,1
Viúvo (a)	3	0,5	10	0,9	13	0,7
Separado (a)	3	0,5	19	1,7	22	1,2
Não se aplica	342	53,3	376	33,4	718	40,6

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
Sem informação	194	30,2	275	24,4	469	26,5
<b>Relações sexuais</b>						
Só com homens	0	0	218	19,3	218	12,3
Só com mulheres	7	1,1	9	0,8	16	0,9
Com homens e mulheres	2	0,3	2	0,2	4	0,2
Não se aplica	392	61,1	456	40,5	848	47,9
Sem informação	241	37,5	442	39,2	683	38,6
<b>Gestante</b>						
Sim	0	0	45	4	45	2,5
Não	0	0	234	20,8	234	13,2
Não se aplica	642	100	484	42,9	1126	63,7
Sem informação	0	0	364	32,3	364	20,6
<b>Deficiência física</b>						
Sim	9	1,4	12	1,1	21	1,2
<b>Deficiência mental</b>						
Sim	12	1,9	28	2,5	40	2,3
<b>Deficiência visual</b>						
Sim	2	0,3	4	0,4	6	0,3
<b>Deficiência auditiva</b>						
Sim	2	0,3	3	0,3	5	0,3
<b>Outra deficiência</b>						
Sim	8	1,2	6	0,5	14	0,8
<b>Zona de residência</b>						
Urbana	584	91	1063	94,3	1647	93,1
Rural	1	0,2	0	0	1	0,1
Periurbana	1	0,2	2	0,2	3	0,2
Sem informação	56	8,7	62	5,5	118	6,7

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

Em Belo Horizonte 54,9% das ocorrências foi em crianças e adolescentes; em Vitória 60,3%; no Rio de Janeiro 70,1%. Na região Sudeste do Brasil, de uma maneira global, a maioria das notificações foi em adultos com 57% seguido pelas das crianças e adolescentes (somatório de 38,2%) e idosos 4,2%.

Em relação ao gênero, verifica-se que as mulheres (entre estas as solteiras) são as maiores vítimas sendo que o agressor, na maioria das vezes, é do sexo masculino (única exceção foi verificada no Rio de Janeiro onde as mulheres foram as principais agressoras quando as vítimas eram do sexo masculino). A maioria dos agressores mantinha algum vínculo com a vítima (amigo, cônjuge, mãe ou pai).

Quanto à raça/cor, na região Sudeste do Brasil a maioria das vítimas é de cor branca seguida-pelas de cor parda. Nas capitais, a maioria das vítimas é parda seguidas pelas de cor branca. Quando se somam pardos e negros, porém, verifica-se que este percentual é de 61,3% em Vitória (brancos 26,7%), de 45,5% no Rio de Janeiro (brancos 25,2%) e em Belo Horizonte esta somatória é de 33% (brancos 18,7%). Na região Sudeste do Brasil a somatória se mantém ainda inferior com 34,2% e de brancos 44,9%.



No tocante à escolaridade das vítimas, a maior frequência está na faixa de cinco a oito anos de estudos na região Sudeste do Brasil (13,2%); em Vitória (18,9%) e em Belo Horizonte (8,4%). No Rio de Janeiro a faixa com maior frequência é a de zero a quatro anos com 7,2% das vítimas.

A violência urbana é extremamente mais frequente que a rural. Na região Sudeste do Brasil ela ocorreu em 91,4% das notificações, em Vitória em 98,2%, no Rio de Janeiro em 93,1% e em Belo Horizonte em 93%.

O percentual de vítimas que relatam ter sofrido violência de repetição foi de 32,4% na região Sudeste do Brasil, 40,6% em Vitória (maior percentual), 24% em Belo Horizonte e 17,8% no Rio de Janeiro. Índices preocupantes.

### **6.1 Caracterizações dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil e suas capitais no ano 2011**

As tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam a caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências da região Sudeste do Brasil e de suas capitais.

Quanto ao ambiente a maioria das violências notificadas ocorreu no ambiente doméstico em números bastante expressivos (região Sudeste do Brasil em 57,5%, Vitória 64,5%, Rio de Janeiro 40,1% e Belo Horizonte em 38,5% das notificações). Esta tendência se mantém quando se analisa por gênero.

Com relação ao tipo de violência, na região Sudeste do Brasil e nas capitais do Rio de Janeiro e Belo Horizonte predominaram os atendimentos decorrentes de agressão física (exceção acontece com Vitória onde a violência sexual é a que predomina). Analisando a violência sexual, verifica-se que ela ocorre mais com as mulheres do que com os homens. O meio predominante utilizado é a força corporal ou espancamento. Quanto à parte do corpo mais atingida, a cabeça é a que predomina (exceto Vitória, com predomínio de agressões em múltiplos órgãos).

**TABELA 5 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011**

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	3003	19,7	13869	37,6	16872	32,4
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	7008	46,1	22971	62,2	29979	57,5
Habitação coletiva	147	1	176	0,5	323	0,6
Escola	454	3	527	1,4	981	1,9

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
Local de prática esportiva	97	0,6	96	0,3	193	0,4
Bar ou similar	423	2,8	617	1,7	1040	2
Via pública	2629	17,3	5082	13,8	7711	14,8
Comércio/ serviços	203	1,3	564	1,5	767	1,5
Indústrias/ construção	44	0,3	70	0,2	114	0,2
Outros	991	6,5	1771	4,8	2762	5,3
Sem informação	3212	21,1	5037	13,6	8249	15,8
<b>Zona de ocorrência</b>						
Urbana	11503	75,6	29891	81	41394	79,4
Rural	588	3,9	1555	4,2	2143	4,1
Periurbana	113	0,7	284	0,8	397	0,8
Sem informação	3004	19,8	5181	14	8185	15,7
<b>Tipo de Violência</b>						
Física	10962	72,1	26204	71	37166	71,3
Psicológica/ moral	1865	12,3	10857	29,4	12722	24,4
Negligência/ abandono	2476	16,3	2715	7,4	5191	10
Sexual	996	6,5	5592	15,1	6588	12,6
Tráfico de seres humanos	5	0	22	0,1	27	0,1
Financeira	121	0,8	816	2,2	937	1,8
Tortura	185	1,2	953	2,6	1138	2,2
Trabalho infantil	26	0,2	38	0,1	64	0,1
Intervenção legal	63	0,4	74	0,2	137	0,3
Outros	1150	7,6	2506	6,8	3656	7
<b>Meio de Agressão*</b>						
Objeto perfuro cortante	1565	10,3	2325	6,3	3890	7,5
Arma de fogo	852	5,6	696	1,9	1548	3
Objeto contundente	793	5,2	1516	4,1	2309	4,4
Força corporal/ espancamento	6248	41,1	20922	56,7	27170	52,1
Enforcamento/ sufocação	415	2,7	1561	4,2	1976	3,8
Queimaduras	259	1,7	344	0,9	603	1,2
Envenenamento	1049	6,9	2272	6,2	3321	6,4
Ameaça	829	5,5	7208	19,5	8037	15,4
Outros	2595	17,1	5000	13,5	7595	14,6
<b>Natureza da Lesão Corporal</b>						
Contusão	2520	16,6	8934	24,2	11454	22
Corte/ perfuração/ laceração	3604	23,7	4290	11,6	7894	15,1
Entorse/ luxação	260	1,7	928	2,5	1188	2,3
Fratura	412	2,7	558	1,5	970	1,9
Amputação	20	0,1	29	0,1	49	0,1
Traumatismo dentário	31	0,2	104	0,3	135	0,3
Traumatismo crânio-encefálico	539	3,5	674	1,8	1213	2,3
Politraumatismo	379	2,5	620	1,7	999	1,9
Intoxicação	1622	10,7	3504	9,5	5126	9,8
Queimadura	265	1,7	311	0,8	576	1,1
Outros	2040	13,4	4775	12,9	6815	13,1
Não se aplica	1432	9,4	5789	15,7	7221	13,9
Sem informação	2084	13,7	6395	17,3	8479	16,3
<b>Parte do corpo atingida*</b>						
Cabeça/ face	4015	26,4	8877	24	12892	24,7
Pescoço	518	3,4	927	2,5	1445	2,8
Boca/ dentes	198	1,3	414	1,1	612	1,2
Coluna/ medula	91	0,6	185	0,5	276	0,5
Tórax/ dorso	838	5,5	1085	2,9	1923	3,7
Abdome	360	2,4	617	1,7	977	1,9
Quadril/ pelve	77	0,5	158	0,4	235	0,5
Membros superiores	1752	11,5	4116	11,2	5868	11,3
Membros inferiores	715	4,7	1331	3,6	2046	3,9

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
Órgãos genitais/ ânus	447	2,9	1821	4,9	2268	4,4
Múltiplos órgãos/ regiões	1878	12,3	4416	12	6294	12,1
Não se aplica	2273	14,9	7703	20,9	9976	19,1
Sem informação	2046	13,5	5261	14,3	7307	14
<b>Lesão Autoprovocada</b>						
Sim	2673	17,6	4782	13	7455	14,3
<b>Violência relacionada ao trabalho</b>						
Sim	247	1,6	607	1,6	854	1,6

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 6 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011**

Características	Masculino (n = 257)		Feminino (n = 795)		Total (n = 1052)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	45	17,5	208	26,2	253	24
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	78	30,4	327	41,1	405	38,5
Habitação coletiva	2	0,8	3	0,4	5	0,5
Escola	15	5,8	14	1,8	29	2,8
Local de prática esporte	0	0	3	0,4	3	0,3
Bar ou similar	3	1,2	5	0,6	8	0,8
Via pública	28	10,9	113	14,2	141	13,4
Comércio/ serviços	2	0,8	14	1,8	16	1,5
Indústrias/ construção	2	0,8	1	0,1	3	0,3
Outros	58	22,6	77	9,7	135	12,8
Sem informação	69	26,8	238	29,9	307	29,2
<b>Zona de ocorrência</b>						
Urbana	231	89,9	658	82,8	889	84,5
Rural	0	0	16	2	16	1,5
Periurbana	0	0	5	0,6	5	0,5
Sem informação	26	10,1	116	14,6	142	13,5
<b>Tipo de Violência<sup>a</sup></b>						
Física	169	65,8	486	61,1	655	62,3
Psicológica/ moral	55	21,4	213	26,8	268	25,5
Negligência/ abandono	39	15,2	45	5,7	84	8
Sexual	36	14	367	46,2	403	38,3
Tráfico seres humanos	0	0	1	0,1	1	0,1
Financeira	0	0	10	1,3	10	1
Tortura	4	1,6	27	3,4	31	2,9
Trabalho infantil	1	0,4	1	0,1	2	0,2
Intervenção legal	1	0,4	1	0,1	2	0,2
Outros	33	12,8	54	6,8	87	8,3
<b>Meio de Agressão<sup>a</sup></b>						
Objeto perfuro cortante	5	1,9	33	4,2	38	3,6
Arma de fogo	8	3,1	44	5,5	52	4,9
Objeto contundente	16	6,2	36	4,5	52	4,9
Força corporal/ espancamento	118	45,9	404	50,8	522	49,6
Enforcamento/ sufocação	6	2,3	40	5	46	4,4
Queimaduras	0	0	1	0,1	1	0,1
Envenenamento	34	13,2	72	9,1	106	10,1
Ameaça	14	5,4	142	17,9	156	14,8

Características	Masculino (n = 257)		Feminino (n = 795)		Total (n = 1052)	
	n	%	n	%	n	%
Outros	31	12,1	58	7,3	89	8,5
<b>Natureza da Lesão Corporal</b>						
Contusão	51	19,8	79	9,9	130	12,4
Corte/ perfuração/ laceração	21	8,2	53	6,7	74	7
Entorse/ luxação	6	2,3	11	1,4	17	1,6
Fratura	3	1,2	9	1,1	12	1,1
Amputação	3	1,2	1	0,1	4	0,4
Traumatismo dentário	0	0	2	0,3	2	0,2
Traumatismo crânio-encefálico	4	1,6	23	2,9	27	2,6
Politraumatismo	3	1,2	3	0,4	6	0,6
Intoxicação	46	17,9	91	11,4	137	13
Queimadura	1	0,4	2	0,3	3	0,3
Outros	35	13,6	131	16,5	166	15,8
Não se aplica	30	11,7	150	18,9	180	17,1
Sem informação	54	21	240	30,2	294	27,9
<b>Parte do corpo atingida<sup>a</sup></b>						
Cabeça/ face	57	22,2	146	18,4	203	19,3
Pescoço	6	2,3	11	1,4	17	1,6
Boca/ dentes	2	0,8	11	1,4	13	1,2
Coluna/ medula	2	0,8	3	0,4	5	0,5
Tórax/ dorso	14	5,4	18	2,3	32	3
Abdome	3	1,2	5	0,6	8	0,8
Quadril/ pelve	1	0,4	2	0,3	3	0,3
Membros superiores	19	7,4	48	6	67	6,4
Membros inferiores	5	1,9	18	2,3	23	2,2
Órgãos genitais/ ânus	22	8,6	136	17,1	158	15
Múltiplos órgãos/ regiões	43	16,7	92	11,6	135	12,8
Não se aplica	35	13,6	150	18,9	185	17,6
Sem informação	48	18,7	155	19,5	203	19,3
<b>Lesão Autoprovocada</b>						
Sim	44	17,1	79	9,9	123	11,7
<b>Violência relacionada ao trabalho</b>						
Sim	3	1,2	23	2,9	26	2,5

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

**TABELA 7 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011**

Características	Masculino (n = 42)		Feminino (n = 175)		Total (n = 217)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	22	52,4	66	37,7	88	40,6
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	27	64,3	113	64,6	140	64,5
Habitação coletiva	0	0	2	1,1	2	0,9
Escola	3	7,1	3	1,7	6	2,8
Local prática esportiva	0	0	2	1,1	2	0,9
Bar ou similar	1	2,4	0	0	1	0,5
Via pública	3	7,1	30	17,1	33	15,2
Comércio/ serviços	0	0	5	2,9	5	2,3
Indústrias/ construção	0	0	1	0,6	1	0,5
Outros	4	9,5	5	2,9	9	4,1
Sem informação	4	9,5	14	8	18	8,3

Características	Masculino (n = 42)		Feminino (n = 175)		Total (n = 217)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Zona de ocorrência</b>						
Urbana	39	92,9	156	89,1	195	89,9
Rural	1	2,4	7	4	8	3,7
Periurbana	0	0	1	0,6	1	0,5
Sem informação	2	4,8	11	6,3	13	6
<b>Tipo de Violência<sup>a</sup></b>						
Física	13	31	59	33,7	72	33,2
Psicológica/ moral	12	28,6	47	26,9	59	27,2
Negligência/ abandono	18	42,9	35	20	53	24,4
Sexual	12	28,6	95	54,3	107	49,3
Tráfico seres humanos	0	0	1	0,6	1	0,5
Financeira	6	14,3	11	6,3	17	7,8
Tortura	3	7,1	15	8,6	18	8,3
Intervenção legal	0	0	1	0,6	1	0,5
Outros	5	11,9	29	16,6	34	15,7
<b>Meio de Agressão<sup>a</sup></b>						
Objeto perfura cortante	3	7,1	9	5,1	12	5,5
Arma de fogo	1	2,4	12	6,9	13	6
Objeto contundente	2	4,8	6	3,4	8	3,7
Força corporal/ espancamento	10	23,8	62	35,4	72	33,2
Enforcamento/ sufocação	0	0	4	2,3	4	1,8
Envenenamento	5	11,9	27	15,4	32	14,7
Ameaça	6	14,3	57	32,6	63	29
Outros	13	31	30	17,1	43	19,8
<b>Natureza da Lesão Corporal</b>						
Contusão	4	9,5	24	13,7	28	12,9
Corte/ perfuração/ laceração	2	4,8	12	6,9	14	6,5
Entorse/ luxação	0	0	2	1,1	2	0,9
Fratura	0	0	2	1,1	2	0,9
Traumatismo dentário	0	0	1	0,6	1	0,5
Traumatismo crânio-encefálico	2	4,8	1	0,6	3	1,4
Intoxicação	5	11,9	27	15,4	32	14,7
Queimadura	0	0	2	1,1	2	0,9
Outros	1	2,4	11	6,3	12	5,5
Não se aplica	19	45,2	59	33,7	78	35,9
Sem informação	9	21,4	34	19,4	43	19,8
<b>Parte do corpo atingida<sup>a</sup></b>						
Cabeça/ face	3	7,1	11	6,3	14	6,5
Pescoço	0	0	2	1,1	2	0,9
Tórax/ dorso	0	0	3	1,7	3	1,4
Abdome	0	0	1	0,6	1	0,5
Quadril/ pelve	1	2,4	4	2,3	5	2,3
Membros superiores	3	7,1	4	2,3	7	3,2
Membros inferiores	2	4,8	5	2,9	7	3,2
Órgãos genitais/ ânus	3	7,1	22	12,6	25	11,5
Múltiplos órgãos/ regiões	4	9,5	36	20,6	40	18,4
Não se aplica	20	47,6	64	36,6	84	38,7
Sem informação	6	14,3	23	13,1	29	13,4
<b>Lesão Autoprovocada</b>						
Sim	6	14,3	22	12,6	28	12,9
<b>Violência relacionada ao trabalho</b>						
Sim	1	2,4	10	5,7	11	5,1

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 8 - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, no Rio de Janeiro, 2011**

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	73	11,4	242	21,5	315	17,8
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	210	32,7	500	44,4	710	40,1
Habitação coletiva	2	0,3	6	0,5	8	0,5
Escola	10	1,6	17	1,5	27	1,5
Local de prática esportiva	8	1,2	4	0,4	12	0,7
Bar ou similar	6	0,9	20	1,8	26	1,5
Via pública	92	14,3	130	11,5	222	12,5
Comércio/ serviços	35	5,5	46	4,1	81	4,6
Indústrias/ construção	1	0,2	0	0	1	0,1
Outros	46	7,2	74	6,6	120	6,8
Sem informação	232	36,1	330	29,3	562	31,8
<b>Zona de ocorrência</b>						
Urbana	389	60,6	804	71,3	1193	67,4
Rural	0	0	2	0,2	2	0,1
Periurbana	0	0	2	0,2	2	0,1
Sem informação	253	39,4	319	28,3	572	32,3
<b>Tipo de Violência*</b>						
Física	208	32,4	528	46,9	736	41,6
Psicológica/ moral	60	9,3	263	23,3	323	18,3
Negligência/ abandono	385	60	320	28,4	705	39,9
Sexual	60	9,3	382	33,9	442	25
Tráfico de seres humanos	0	0	2	0,2	2	0,1
Financeira	5	0,8	33	2,9	38	2,1
Tortura	6	0,9	26	2,3	32	1,8
Trabalho infantil	2	0,3	3	0,3	5	0,3
Intervenção legal	0	0	1	0,1	1	0,1
Outros	29	4,5	43	3,8	72	4,1
<b>Meio de Agressão*</b>						
Objeto perfuro cortante	21	3,3	57	5,1	78	4,4
Arma de fogo	18	2,8	57	5,1	75	4,2
Objeto contundente	18	2,8	38	3,4	56	3,2
Força corporal/ espancamento	114	17,8	408	36,2	522	29,5
Enforcamento/ sufocação	5	0,8	22	2	27	1,5
Queimaduras	13	2	18	1,6	31	1,8
Envenenamento	22	3,4	45	4	67	3,8
Ameaça	24	3,7	176	15,6	200	11,3
Outros	95	14,8	96	8,5	191	10,8
<b>Natureza da Lesão Corporal</b>						
Contusão	58	9	135	12	193	10,9
Corte/ perfuração/ laceração	74	11,5	118	10,5	192	10,9
Entorse/ luxação	5	0,8	34	3	39	2,2
Fratura	33	5,1	27	2,4	60	3,4
Amputação	1	0,2	0	0	1	0,1
Traumatismo dentário	0	0	2	0,2	2	0,1
Traumatismo crânio-encefálico	7	1,1	15	1,3	22	1,2
Politraumatismo	8	1,2	6	0,5	14	0,8
Intoxicação	25	3,9	55	4,9	80	4,5
Queimadura	17	2,6	26	2,3	43	2,4
Outros	44	6,9	72	6,4	116	6,6
Não se aplica	97	15,1	180	16	277	15,7
Sem informação	273	42,5	457	40,6	730	41,3

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Parte do corpo atingida<sup>a</sup></b>						
Cabeça/ face	100	15,6	168	14,9	268	15,1
Pescoço	3	0,5	18	1,6	21	1,2
Boca/ dentes	11	1,7	7	0,6	18	1
Coluna/ medula	2	0,3	1	0,1	3	0,2
Tórax/ dorso	17	2,6	30	2,7	47	2,7
Abdome	4	0,6	10	0,9	14	0,8
Quadril/ pelve	1	0,2	6	0,5	7	0,4
Membros superiores	35	5,5	78	6,9	113	6,4
Membros inferiores	23	3,6	35	3,1	58	3,3
Órgãos genitais/ ânus	26	4	115	10,2	141	8
Múltiplos órgãos/ regiões	34	5,3	81	7,2	115	6,5
Não se aplica	121	18,8	218	19,3	339	19,2
Sem informação	265	41,3	360	31,9	625	35,3
<b>Lesão Autoprovocada</b>						
Sim	29	4,5	64	5,7	93	5,3
<b>Violência relacionada ao trabalho</b>						
Sim	11	1,7	16	1,4	27	1,5

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

## 6.2 Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, região Sudeste do Brasil, 2011

As tabelas 9, 10, 11, 12 a seguir demonstram a caracterização do provável autor da agressão por sexo, região Sudeste do Brasil, 2011.

**TABELA 9 - Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011**

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de envolvidos</b>						
Um	8604	56,6	27342	74,1	35946	69
Dois ou mais	3408	22,4	5952	16,1	9360	18
Sem informação	3196	21	3617	9,8	6813	13,1
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>						
Masculino	7854	51,6	22588	61,2	30442	58,4
Feminino	2566	16,9	8387	22,7	10953	21
Ambos os sexos	788	5,2	1260	3,4	2048	3,9
Sem informação	4000	26,3	4676	12,7	8676	16,6
<b>Relação com a vítima<sup>a</sup></b>						
Pai	1195	7,9	1771	4,8	2966	5,7
Mãe	1838	12,1	2093	5,7	3931	7,5
Padrasto	280	1,8	768	2,1	1048	2
Madrasta	37	0,2	64	0,2	101	0,2
Cônjuge	790	5,2	8251	22,4	9041	17,3
Ex-Cônjuge	221	1,5	2772	7,5	2993	5,7
Namorado (a)	101	0,7	1239	3,4	1340	2,6
Ex-Namorado (a)	65	0,4	913	2,5	978	1,9
Filho	436	2,9	1051	2,8	1487	2,9

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
Irmão	541	3,6	1025	2,8	1566	3
Cuidador	101	0,7	149	0,4	250	0,5
Patrão/ chefe	33	0,2	78	0,2	111	0,2
Pessoa c/ relação institucional	108	0,7	192	0,5	300	0,6
Amigos/ conhecidos	1750	11,5	3999	10,8	5749	11
Desconhecido	1668	11	3328	9	4996	9,6
Policial/ agente da lei	209	1,4	85	0,2	294	0,6
Própria pessoa	2549	16,8	4127	11,2	6676	12,8
Outros	1064	7	2788	7,6	3852	7,4
<b>Suspeita de uso de álcool</b>						
Sim	2772	18,2	9896	26,8	12668	24,3

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 10 - Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011**

Características	Masculino (n = 257)		Feminino (n = 795)		Total (n = 1052)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de envolvidos</b>						
Um	163	63,4	527	66,3	690	65,6
Dois ou mais	48	18,7	89	11,2	137	13
Sem informação	46	17,9	179	22,5	225	21,4
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>						
Masculino	165	64,2	496	62,4	661	62,8
Feminino	36	14	134	16,9	170	16,2
Ambos os sexos	10	3,9	10	1,3	20	1,9
Sem informação	46	17,9	155	19,5	201	19,1
<b>Relação com a vítima<sup>a</sup></b>						
Pai	21	8,2	37	4,7	58	5,5
Mãe	38	14,8	36	4,5	74	7
Padrasto	6	2,3	24	3	30	2,9
Cônjuge	2	0,8	59	7,4	61	5,8
Ex-Cônjuge	0	0	22	2,8	22	2,1
Namorado (a)	0	0	25	3,1	25	2,4
Ex-Namorado (a)	0	0	10	1,3	10	1
Filho	6	2,3	11	1,4	17	1,6
Irmão	2	0,8	18	2,3	20	1,9
Cuidador	1	0,4	4	0,5	5	0,5
Patrão/ chefe	0	0	1	0,1	1	0,1
Pessoa c/ relação institucional	7	2,7	1	0,1	8	0,8
Amigos/ conhecidos	21	8,2	102	12,8	123	11,7
Desconhecido	13	5,1	174	21,9	187	17,8
Policial/ agente da lei	31	12,1	4	0,5	35	3,3
Própria pessoa	47	18,3	88	11,1	135	12,8
Outros	38	14,8	58	7,3	96	9,1
<b>Suspeita de uso de álcool</b>						
Sim	28	10,9	169	21,3	197	18,7

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.



**TABELA 11 - Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011**

Características	Masculino (n = 42)		Feminino (n = 175)		Total (n = 217)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de envolvidos</b>						
Um	26	61,9	133	76	159	73,3
Dois ou mais	10	23,8	31	17,7	41	18,9
Sem informação	6	14,3	11	6,3	17	7,8
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>						
Masculino	23	54,8	113	64,6	136	62,7
Feminino	7	16,7	41	23,4	48	22,1
Ambos os sexos	7	16,7	16	9,1	23	10,6
Sem informação	5	11,9	5	2,9	10	4,6
<b>Relação com a vítima<sup>a</sup></b>						
Pai	6	14,3	14	8	20	9,2
Mãe	13	31	21	12	34	15,7
Padrasto	4	9,5	19	10,9	23	10,6
Cônjuge	1	2,4	8	4,6	9	4,1
Ex-Cônjuge	0	0	1	0,6	1	0,5
Namorado (a)	0	0	4	2,3	4	1,8
Ex-Namorado (a)	0	0	1	0,6	1	0,5
Filho	1	2,4	10	5,7	11	5,1
Irmão	3	7,1	1	0,6	4	1,8
Cuidador	1	2,4	5	2,9	6	2,8
Pessoa com relação institucional	2	4,8	3	1,7	5	2,3
Amigos/ conhecidos	5	11,9	23	13,1	28	12,9
Desconhecido	1	2,4	39	22,3	40	18,4
Própria pessoa	5	11,9	27	15,4	32	14,7
Outros	4	9,5	21	12	25	11,5
<b>Suspeita de uso de álcool</b>						
Sim	4	9,5	28	16	32	14,7

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 12 - Caracterização do provável autor da agressão a vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, Rio de Janeiro, 2011**

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de envolvidos</b>						
Um	355	55,3	682	60,5	1037	58,6
Dois ou mais	172	26,8	214	19	386	21,8
Sem informação	115	17,9	231	20,5	346	19,6
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>						
Masculino	161	25,1	545	48,4	706	39,9
Feminino	188	29,3	255	22,6	443	25
Ambos os sexos	119	18,5	76	6,7	195	11
Sem informação	174	27,1	251	22,3	425	24
<b>Relação com a vítima<sup>a</sup></b>						
Pai	168	26,2	141	12,5	309	17,5
Mãe	320	49,8	251	22,3	571	32,3
Padrasto	17	2,6	36	3,2	53	3
Madrasta	2	0,3	3	0,3	5	0,3
Cônjuge	6	0,9	86	7,6	92	5,2
Ex-Cônjuge	0	0	37	3,3	37	2,1

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
Namorado (a)	1	0,2	26	2,3	27	1,5
Ex-Namorado (a)	1	0,2	14	1,2	15	0,8
Filho	8	1,2	14	1,2	22	1,2
Irmão	12	1,9	16	1,4	28	1,6
Cuidador	8	1,2	12	1,1	20	1,1
Patrão/ chefe	3	0,5	0	0	3	0,2
Pessoa c/ relação institucional	9	1,4	9	0,8	18	1
Amigos/ conhecidos	42	6,5	112	9,9	154	8,7
Desconhecido	40	6,2	158	14	198	11,2
Policial/ agente da lei	5	0,8	2	0,2	7	0,4
Própria pessoa	31	4,8	46	4,1	77	4,4
Outros	56	8,7	81	7,2	137	7,7
<b>Suspeita de uso de álcool</b>						
Sim	43	6,7	189	16,8	232	13,1

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

Pode-se verificar que na região Sudeste do Brasil e em todas as capitais analisadas, o provável autor da agressão é do sexo masculino em maior frequência (única exceção é verificada no Rio de Janeiro onde as mulheres foram as principais agressoras quando as vítimas eram do sexo masculino). A maioria dos agressores mantinha algum vínculo com a vítima (amigo, cônjuge, mãe ou pai). A menor frequência é de desconhecidos.

### 6.3 Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil e suas capitais, 2011

As tabelas 13, 14, 15, 16 trazem os dados sobre a ocorrência dos casos na região Sudeste do Brasil e cidades de Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro respectivamente.

**TABELA 13 - Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, na região Sudeste do Brasil, 2011**

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evolução do Caso</b>						
Alta	11477	75,5	29759	80,6	41236	79,1
Evasão/ fuga	573	3,8	790	2,1	1363	2,6
Óbito por violência	636	4,2	279	0,8	915	1,8
Óbito por outras causas	43	0,3	47	0,1	90	0,2
Sem informação	2479	16,3	6036	16,4	8515	16,3
<b>Encaminhamento para outros setores<sup>a</sup></b>						
Conselho tutelar	3435	22,6	5946	16,1	9381	18
Vara da Inf. e Juventude	295	1,9	507	1,4	802	1,5
Casa Abrigo	69	0,5	165	0,4	234	0,4
Programa Sentinela	90	0,6	256	0,7	346	0,7
Delegacia da Mulher	259	1,7	7169	19,4	7428	14,3
Delegacia de Proteção Criança e do Adolescente	294	1,9	583	1,6	877	1,7

Características	Masculino (n = 15208)		Feminino (n = 36911)		Total (n = 52119)	
	n	%	n	%	n	%
Outras Delegacias	3139	20,6	9180	24,9	12319	23,6
Ministério Público	161	1,1	404	1,1	565	1,1
Centro Referência Mulher	60	0,4	1822	4,9	1882	3,6
CREAS/ CRAS	617	4,1	1865	5,1	2482	4,8
IML	775	5,1	2064	5,6	2839	5,4
Outros	1376	9	5185	14	6561	12,6

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 14 - Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Belo Horizonte, 2011**

Características	Masculino (n = 257)		Feminino (n = 795)		Total (n = 1052)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evolução do Caso</b>						
Alta	191	74,3	625	78,6	816	77,6
Evasão/ fuga	19	7,4	17	2,1	36	3,4
Óbito por violência	2	0,8	6	0,8	8	0,8
Óbito por outras causas	1	0,4	0	0	1	0,1
Sem informação	44	17,1	147	18,5	191	18,2
<b>Encaminhamento para outros setores<sup>a</sup></b>						
Conselho tutelar	119	46,3	202	25,4	321	30,5
Vara Infância Juventude	57	22,2	28	3,5	85	8,1
Casa Abrigo	0	0	8	1	8	0,8
Programa Sentinela	0	0	3	0,4	3	0,3
Delegacia da Mulher	4	1,6	118	14,8	122	11,6
Delegacia da Criança e Adolescente	12	4,7	56	7	68	6,5
Outras Delegacias	36	14	121	15,2	157	14,9
Ministério Público	4	1,6	5	0,6	9	0,9
Centro Referência Mulher	0	0	51	6,4	51	4,8
CREAS/ CRAS	8	3,1	39	4,9	47	4,5
IML	38	14,8	107	13,5	145	13,8
Outros	31	12,1	97	12,2	128	12,2

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 15 - Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, em Vitória, 2011**

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evolução do Caso</b>						
Alta	243	37,9 <sup>a</sup>	488	43,3	731	41,3
Evasão/ fuga	76	11,8	74	6,6	150	8,5
Óbito por violência	8	1,2	11	1	19	1,1
Óbito por outras causas	3	0,5	5	0,4	8	0,5
Sem informação	312	48,6	549	48,7	861	48,7
<b>Encaminhamento para outros setores<sup>a</sup></b>						
Conselho tutelar	330	51,4	392	34,8	722	40,8
Vara da Infância e Juventude	6	0,9	19	1,7	25	1,4

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
Casa Abrigo	2	0,3	5	0,4	7	0,4
Programa Sentinela	2	0,3	1	0,1	3	0,2
Delegacia Mulher	1	0,2	164	14,6	165	9,3
Delegacia Proteção da Criança e do Adolescente	19	3	43	3,8	62	3,5
Outras Delegacias	30	4,7	121	10,7	151	8,5
Ministério Público	6	0,9	14	1,2	20	1,1
Centro de Referência da Mulher	0	0	40	3,5	40	2,3
CREAS/ CRAS	11	1,7	32	2,8	43	2,4
IML	16	2,5	89	7,9	105	5,9
Outros	27	4,2	80	7,1	107	6

<sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

**TABELA 16 - Evolução e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, no Rio de Janeiro, 2011**

Características	Masculino (n = 642)		Feminino (n = 1127)		Total (n = 1769)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evolução do Caso</b>						
Alta	243	37,9	488	43,3	731	41,3
Evasão/ fuga	76	11,8	74	6,6	150	8,5
Óbito por violência	8	1,2	11	1	19	1,1
Óbito por outras causas	3	0,5	5	0,4	8	0,5
Sem informação	312	48,6	549	48,7	861	48,7
<b>Encaminhamento para outros setores<sup>a</sup></b>						
Conselho tutelar	330	51,4	392	34,8	722	40,8
Vara da Infância e Juventude	6	0,9	19	1,7	25	1,4
Casa Abrigo	2	0,3	5	0,4	7	0,4
Programa Sentinela	2	0,3	1	0,1	3	0,2
Delegacia da Mulher	1	0,2	164	14,6	165	9,3
Delegacia Proteção Criança e do Adolescente	19	3	43	3,8	62	3,5
Outras Delegacias	30	4,7	121	10,7	151	8,5
Ministério Público	6	0,9	14	1,2	20	1,1
Centro Referência da Mulher	0	0	40	3,5	40	2,3
CREAS/ CRAS	11	1,7	32	2,8	43	2,4
IML	16	2,5	89	7,9	105	5,9
Outros	27	4,2	80	7,1	107	6

Legenda: <sup>a</sup> Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla resposta.

Fonte: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2013. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2013. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2013.

O índice de vítimas que evoluíram para o óbito no Sudeste foi de 1,8%, em Belo Horizonte de 0,8%, Vitória de 0,5%, Rio de Janeiro de 1,1%. Verifica-se que o Conselho Tutelar assume grande importância nos encaminhamentos sendo que nas capitais é o maior destino das vítimas sendo 30,5% em Belo Horizonte; 35% em Vitória; 40,8% no Rio de Janeiro. Quando se analisa a região Sudeste do Brasil o maior destino é para outras delegacias (23,6%) e para o Conselho Tutelar são encaminhados 18% das vítimas (ainda assim, número bem expressivo).

## 7 DISCUSSÕES REGIÃO SUDESTE E CAPITAIS

Observando os coeficientes de notificações verifica-se que o da região Sudeste do Brasil é maior que o do Brasil, o do Estado de São Paulo e o da capital Vitória maior que os demais estados e capitais estudadas respectivamente. Porém, errôneo concluir serem os de maiores coeficientes os mais violentos do Sudeste. Como já dito, há ainda importante subnotificação dos serviços (MALTA *et al.*, 2009) sendo prematura a realização de comparações regionais, Unidades Federadas ou mesmo entre municípios, pois cada um se encontra em estado singular de implantação da Vigilância de Violências. A subnotificação das violências constitui um dos principais limites do presente estudo e não se pode tomar as notificações como o conjunto das violências praticadas, e sim como uma fração, ou uma proxy do problema. À medida do aperfeiçoamento da vigilância estas informações se aproximarão mais da violência real praticada nos territórios e dentro das famílias. Por estes motivos, também ficam limitadas as análises entre as capitais. Estes dados remetem à reflexão sobre a importância e necessidade de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, capacitando os profissionais para o atendimento e para a identificação de casos ocultados. Alguns profissionais ainda sentem-se constrangidos frente a algumas situações de violações (DESLANDES, 1994; SOUZA; JORGE, 2006), outros não percebem os sinais das violências, pois os motivos relatados para o atendimento são mascarados e, há os que se sentem ameaçados e preferem não se expor (DESLANDES, 1994). Deslandes, Assis e Santos (2005) consideram importante distinguir entre notificar o fato e a realidade do fato e uma unidade que melhor notifique deve ser reconhecida pelo esforço e comprometimento. Ainda que gradativa, percebe-se que a implantação da Vigilância de Violências (VIVA) vem melhorando significativamente. No ano de 2006, fase inicial, foram 26 os municípios notificadores e, em 2010 este número saltou para 1.496 ampliando também a possibilidade de compreensão do fenômeno da violência no Brasil (BRASIL, 2013). Vários foram os fatores que contribuíram para este desempenho: a experiência bem sucedida da estratégia inicial da implantação em serviços sentinelas, a Portaria Ministerial n. 737, de 2011, (BRASIL, 2001b) que tornou compulsória as notificações das vítimas e a inserção como indicador de monitoramento nos pactos interfederativo do SUS como o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O crescimento dos municípios e serviços de saúde que implantaram ações de vigilância promove a expansão das redes de atendimento às vítimas de violências para a atenção e proteção integral (MALTA *et al.*, 2009; MASCARENHAS *et al.*, 2010).

Dentre os resultados principais destaca-se o maior número de notificações no Sudeste e capitais no sexo feminino. A maioria das notificações das capitais ocorreu no somatório crianças/adolescentes, já no Sudeste, a maioria ocorreu em adultos seguidos das crianças /adolescentes. O ambiente doméstica é o *locus* privilegiado das agressões e, o agressor, na maioria das vezes foi único, homem e conhecido da vítima. O uso de bebidas alcoólicas pelo agressor foi relatado nas notificações. A maioria das lesões notificadas demonstra menor grau de gravidade que não evoluíram para o óbito ou demandaram internações. Muitas das ocorrências foram de repetição variando de 17,8% a 40% nas capitais e na região Sudeste do Brasil foi de 32,4%. O fato das violências serem de repetição reflete todo um ciclo de sofrimento e traumas profundos ao longo da história. Considerando a raça/cor, a maior frequência de notificações está entre as vítimas de cor preta/parda nas capitais estudadas, porém na região Sudeste do Brasil, a maioria das vítimas são brancas.

Ao se analisar os dados pelo total das notificações e segundo sexo das vítimas verifica-se que a agressão física foi o tipo de violência mais frequente no Sudeste, em Belo Horizonte e rio de Janeiro. Em Vitória foi a violência sexual a mais frequente quando se analisou estas condições.

Quando calculamos as razões mulheres/homens segundo os tipos de violências encontramos as seguintes razões: 10,19 para a sexual; 3,87 para a psicológica, 2,87 para a física; 1,15 para a negligência. Ainda que não possamos, pelos fatos apontados acima estabelecer comparações, visto que existe ainda subnotificações, algumas reflexões pode-se fazer pelo apontado pela literatura.

As menores razões são as relativas às físicas e à negligência. Os homens e os meninos – pelo universo masculino e sua simbologia do poder – ficam mais expostos e susceptíveis e são as maiores vítimas das agressões físicas (incluí os homicídios) e da violência urbana (MARTINS, 2010; REICHENHEIM, 2011; KRUG *et al.*, 2002; ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005; WHO, 2008; SOUZA, LIMA; VEIGA, 2005).

A negligência permeia toda ausência ou insuficiência de cuidados físicos, emocionais e sociais muitas vezes oriundos da condição precária da qual toda família é vítima que também pode ser expressão de um desleixo infringido de forma propositada (KRUG *et al.*, 2002).

No estudo, a maior razão mulher/homem pela tipologia é relativo à sexual. A mulher e a menina - por uma questão das relações de gênero impostas transculturalmente – sofrem mais determinadas tipos de violências como a sexual (MARTINS, 2010; BRASIL, 2013; MALTA *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2007; KRUG *et al.*, 2002) GOMES; MINAYO; SILVA, 2005; WHO, 2008; FELIZARDO; ZÜRCKER; MELO, 2006; GUIMARÃES, 2006). A WHO

(2008) aponta que 20% das mulheres adultas e 5 a 10% dos homens relatam terem sido vítimas de violência sexual na infância. Gomes, Minayo e Silva (2005) referem que uma em cada quatro mulheres pode ser vítima de violência sexual do seu parceiro e um terço das meninas adolescentes teve sua primeira experiência sexual forçada. Guimarães (2006) aponta que a violência contra as mulheres tem padrão específico sendo geralmente cometidas por pessoas do convívio familiar.

Assis e Avanci (2006) relatam que são poucas as informações e estatísticas sobre a violência psicológica dificultando comparações e análises.

A literatura nacional e internacional destaca a prevalência alarmante do ambiente doméstico como *locus* privilegiado para a ocorrência das violências interpessoais praticada principalmente contra crianças, mulheres e idosos (KRUG *et al.*, 2002; UNICEF, 2006b; DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; DESLANDES, 1994) corroborando com os resultados encontrados nesse estudo. A maioria das violências notificadas ocorreu no ambiente doméstico em números bastante expressivos em todas as capitais e Sudeste. No estudo também foram os pais e conhecidos os mais frequentes agressores como descrito na literatura (KRUG *et al.*, 2002, BRASIL, 2010, BRASIL, 2001a; UNICEF, 2006b; SOUZA; JORGE, 2006).

Pelo estudo, verificou-se que o segmento corporal atingido com mais frequência foi a cabeça/pescoço. A UNICEF (2006) relata que em diversos países a “síndrome do bebê sacudido” está relacionada a lesões na cabeça, regiões também apontadas por Malta *et al.* (2009) relatam que os traumatismos privilegiam a cabeça e a abdome e, as queimaduras as regiões do períneo, troncos, nádegas e coxas. Pelas diretrizes do VIVA, todas as lesões devem ser notificadas. A grande maioria delas se constituiu de casos leves e evoluíram para alta. A literatura destaca a prevalência de lesões de menor gravidade, mas alerta para todas as sequelas e traumas psicológicos advindos nas vidas destas crianças (BRASIL, 2013, MARTINS, 2010; MALTA *et al.*, 2009; MASCARENHAS *et al.*, 2010). O consumo de álcool pelo agressor é descrito na literatura (KRUG *et al.*, 2002; SOUZA; JORGE, 2006) corroborando os resultados encontrados no estudo.

## 8 PROPOSTAS DE CONTINUIDADE DO TRABALHO

A amplitude da violência e o impacto na vida das pessoas e da sociedade impulsionaram a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde a considerá-la como problema de saúde pública (KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2011). Conhecer e identificar regiões e áreas do território com maior vulnerabilidade social e os fatores de riscos torna-se imprescindível para interceder junto a estes determinantes sociais (MALTA; CASTRO, 2009). Porém, o problema da subnotificação é o grande limitador deste trabalho não sendo possível, estabelecer comparações entre cidades ou municípios.

Para a continuidade do trabalho e aprofundamento do tema propomos o desenvolvimento de dois tópicos:

- a) estudar mais amplamente os marcos teóricos nos aspectos histórico, conceitual, sociológico e jurídico, is.
- b) caracterizar a violência buscando estabelecer associações entre variáveis para análise e inferências possíveis. Definiu-se pelo ciclo de vida da criança utilizando o banco de dados a do SINAN-VIVA das crianças do Brasil, ano 2011.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 47-58.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, 18 maio 2001, n. 96, Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701>>. Acesso em: 25 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, 26 jan. 2011, seção I, p. 37, col. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p.
- COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, set./out. 2007.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, supl., jan. 2006.
- DESLANDES, S. F. Atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, Supl. 1, p. 177-187, 1994.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estrutura. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 43-78. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2013.
- FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 69-80.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. p. 17-43.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Divergências entre histórico da consulta e diagnóstico médico de agressões físicas registradas nos prontuários de uma unidade de urgência e emergência. **Physis**, v. 23, n. 3, p. 951-964, set. 2013.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 117-140.

GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à**

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MALTA, D. C. *et al.* Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 11, suppl. 1, p. 159-167, 2008.

MALTA, D. C. *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 35, n. 2, p. 63-71, maio-ago. 2009.

MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 660-665, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 2, p. 347-357, 2010.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-42.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-24, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde**: a infra-política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005.

NJANE, K.; REIS, A.C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. p. 313-333. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2013.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet Saúde no Brasil**, n. 5, p. 75-89, 2011.

SANTOS, L E; Ferrini, M.G.C. A violência em creches e pré-escolas sob a ótica das mães. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.1, p 45-5-, fev.2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 1.328, de 28 de agosto de 2007. Dispõe sobre Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA, no Município de São Paulo. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, 28 ago. 2007, n. 159.

SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 23-28.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C.; VEIGA, J. P. C. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 171-204.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). European Report on Preventing Elder Maltreatment, 2011. Available from: <[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/110951/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/110951/e95110.pdf)>. Access on 20 de mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Status Report on Violence Prevention, 2008. Disponível em: <[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/global\\_status\\_violence\\_prevention.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/global_status_violence_prevention.pdf?ua=1)>. Acesso em: 4 mar. 2013.

**ANEXO A - Ficha de Notificação/Investigação Individual - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências**

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>				
<b>Definição de caso:</b> Suspeita ou confirmação de violência. 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 (OMS, 2002). <b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o <b>art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente</b> . Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher ( <b>Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003</b> ) e maus tratos contra a pessoa idosa ( <b>artigo 19 da Lei no 10.741/2003</b> ).				
<b>Dados Gerais</b>				
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		3 Data da notificação
4 UF		5 Município de notificação		6 Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência
<b>Notificação Individual</b>				
8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 8 - Ignorado
14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
0 - Analfabeto 1 - 1ª e 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 9ª série incompleta do EF (artigo ginasio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (artigo ginasio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
<b>Dados de Residência</b>				
17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Código
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
<b>Dados Complementares</b>				
<b>Dados da Pessoa Agravada</b>				
31 Ocupação		32 Situação conjugal / Estado civil		
		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
34 Possui algum tipo de deficiência/transstorno?		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
		Física Visual Mental Auditiva Transstorno mental Transstorno de comportamento Outras deficiências/Síndromes		
<b>Dados da Ocorrência</b>				
36 UF		37 Município de ocorrência		38 Distrito
39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		41 Código
41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3
44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência		
46 Zona		47 Hora da ocorrência		
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		00:00 - 23:59 horas		
48 Local de ocorrência		49 Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
50 A lesão foi autoprovocada?				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	<b>51</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			<b>52</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____		
	<b>53</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			<b>54</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Violência Sexual	<b>55</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
Consequências da violência	<b>56</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____					
Lesão	<b>57</b> Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão      04 - Fratura      07 - Traumatismo crânio-encefálico      10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração      05 - Amputação      08 - Politraumatismo      11 - Outros 03 - Entorse/luxação      06 - Traumatismo dentário      09 - Intoxicação      99 - Ignorado					
	<b>58</b> Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face      04 - Coluna/medula      07 - Quadril/pelve      10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço      05 - Tórax/dorso      08 - Membros superiores      11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes      06 - Abdome      09 - Membros inferiores      99 - Ignorado					
Dados do provável autor da agressão	<b>59</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			<b>60</b> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
	<b>61</b> Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			<b>62</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	<b>63</b> Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial      2 - Internação hospitalar      8 - Não se aplica      9 - Ignorado					
	<b>64</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____					
Evolução e encaminhamento	<b>65</b> Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			<b>66</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>67</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>					
<b>68</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo			<b>69</b> Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta      3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga      4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
			<b>70</b> Se óbito por violência, data _____			
			<b>71</b> Data de encerramento _____			
<b>Informações complementares e observações</b>						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008		

## ANEXO B - Ficha de Notificação/Investigação

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. 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 (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o **art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (**Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003**) e maus tratos contra a pessoa idosa (**artigo 19 da Lei no 10.741/2003**).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Ocupação			
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
Dados da Pessoa Atendida	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento	
	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4
Dados da Ocorrência	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			

Sinan NET

SVS 10/07/2008

<b>Tipologia da violência</b>	<b>51</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		<b>52</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>Violência Sexual</b>	<b>53</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>54</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
<b>Consequências da violência</b>	<b>55</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
<b>Lesão</b>	<b>56</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>Dados do provável autor da agressão</b>	<b>57</b> Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão                      04 - Fratura                      07 - Traumatismo crânio-encefálico                      10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração                      05 - Amputação                      08 - Politraumatismo                      11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação                      06 - Traumatismo dentário                      09 - Intoxicação                      88 - Não se aplica 99 - Ignorado		<b>58</b> Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face                      04 - Coluna/medula                      07 - Quadril/pelve                      10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço                      05 - Tórax/dorso                      08 - Membros superiores                      11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes                      06 - Abdome                      09 - Membros inferiores                      88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
<b>Encaminhamento</b>	<b>59</b> Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>60</b> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	
<b>Evolução e encaminhamento</b>	<b>61</b> Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>62</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
<b>63</b> Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
<b>64</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
<b>65</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<b>66</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		<b>67</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>
<b>68</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Provável <input type="checkbox"/> 8 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>		<b>69</b> Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 2 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>70</b> Se óbito por violência, data _____
<b>Informações complementares e observações</b>				
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____		(DDD) Telefone _____
Observações Adicionais: _____ _____ _____				
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180		<b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</b> 100
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____		Assinatura _____	
	Função _____			
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008				

**ANEXO C - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG**

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

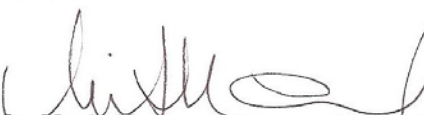
**Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149**

**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**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

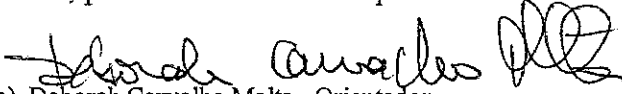
## FOLHA DE APROVAÇÃO

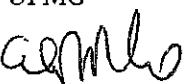
ANÁLISE SITUACIONAL DA VIOLÊNCIA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL,  
CAPITAIS SELECIONADAS E DAS CRIANÇAS BRASILEIRAS - 2011


### SUSANA MARIA MOREIRA RATES

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 05 de setembro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Deborah Carvalho Malta - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Elza Machado de Melo  
UFMG

  
Prof. Delcio da Fonseca Sobrinho  
UFMG

  
Prof(a). Marcia Rocha Parizzi  
SMS BH

Belo Horizonte, 5 de setembro de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SUSANA MARIA MOREIRA RATES - 2012733128

Realizou-se, no dia 05 de setembro de 2014, às 13:30 horas, Faculdade de Medicina, sala 810, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ANÁLISE SITUACIONAL DA VIOLÊNCIA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL, CAPITAIS SELECIONADAS E DAS CRIANÇAS BRASILEIRAS - 2011*, apresentada por SUSANA MARIA MOREIRA RATES, número de registro 2012733128, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Deborah Carvalho Malta - Orientador (UFMG), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG), Prof. Delcio da Fonseca Sobrinho (UFMG), Prof(a). Marcia Rocha Parizzi (SMS BH).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

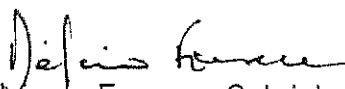
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

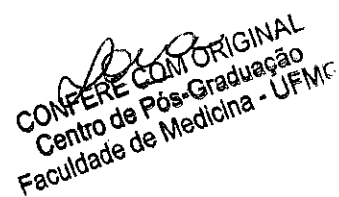
Belo Horizonte, 05 de setembro de 2014.

  
Prof(a). Deborah Carvalho Malta ( Doutora )

  
Prof(a). Elza Machado de Melo ( Doutora )

  
Prof. Delcio da Fonseca Sobrinho ( Doutor )

  
Prof(a). Marcia Rocha Parizzi ( Doutora )

  
COMPETE COM ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UFMG