



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Mestrado em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do
Adolescente

Raquel Freitas Cunha de Faria

PERFIL DE SAÚDE E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR
LACTENTES ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM BETIM, MINAS GERAIS: conhecer para intervir

Belo Horizonte - MG
2016

Raquel Freitas Cunha de Faria

**PERFIL DE SAÚDE E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR
LACTENTES ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM BETIM, MINAS GERAIS: conhecer para intervir**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiane de Freitas Cunha
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Elza Machado de Melo

**Faculdade de Medicina - UFMG
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do
Adolescente
Belo Horizonte - MG
2016**

F224p Faria, Raquel Freitas Cunha de.
Perfil de saúde e de violência doméstica sofrida por lactentes assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Betim, Minas Gerais [manuscrito]: conhecer para intervir. / Raquel Freitas Cunha de Faria. - - Belo Horizonte: 2016.
73f.: il.
Orientador (a): Cristiane de Freitas Cunha.
Coorientador (a): Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Cuidado do Lactente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Violência Doméstica. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Cunha, Cristiane de Freitas. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : WA 308

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor:

Jaime Arturo Ramíres

Vice- Reitora:

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitora de pesquisa:

Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina:

Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Luiz Armando Cunha de Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:

Edson Samesima Tatsuo

Chefe do Departamento de Pediatria:

Cláudia Regina Lindgren Alves

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Eduardo Araújo Oliveira

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Ana Cristina Simões e Silva – Titular
Leandro Fernandes Malloy Diniz – Suplente
Eduardo Araújo de Oliveira – Titular
Eleonora Moreira Lima – Suplente
Alexandre Rodrigues Ferreira – Titular
Cássio da Cunha Ibiapina – Suplente
Jorge Andrade Pinto – Titular
Helena Maria Gonçalves Becker – Suplente
Juliana Gurgel – Titular
Ivani Novato Silva – Suplente
Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Titular
Luana Caroline dos Santos – Suplente
Sérgio Veloso Brant Pinheiro – Titular
Marcos José Burle de Aguiar – Suplente
Roberta Maia de Castro Romanelli – Titular
Débora Marques de Miranda – Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amores:

à minha amada filha Alice, por ser minha inspiração;
aos meus pais, Sileda e Geraldo, pela dedicação incondicional;
à Silvinha e ao Léo, irmãos queridos, pela amizade e apoio;

Ao André, meu Tico, por valorizar tudo quanto sou no mínimo que faço!

AGRADECIMENTOS

À professora Elza, tão prestativa e amável em todos os nossos encontros.

À professora Cristiane, pela paciência e compreensão.

Ao professor Ricardo, sempre tão disponível.

À amiga Luciana, que por tantas vezes me incentivou ao se deparar com minhas angústias.

Aos colegas da UAPS Caic, obrigada pelo carinho e confiança.

À Daiana, futura enfermeira, pela parceria nesse projeto.

À amiga Dinha, pelos bons conselhos, preocupações e cuidados dispensados.

À Michele, exemplo de determinação.

À amiga Marina, por me despertar para a busca incessante pelo conhecimento.

Às “minhas” crianças do Capelinha, pelo convívio e constante aprendizado.

“A experiência de amar e ser amado é uma
das condições essenciais para o
desenvolvimento sadio do homem”

(JERSILD, 1971, p.319)

RESUMO

A disponibilidade de informações é fundamental para o planejamento e gestão de estratégias de intervenção, já que possibilita a identificação e análise dos problemas, perfis epidemiológicos e das necessidades de saúde, visando definir prioridades para as ações a serem efetivadas de forma intersectorial e por meio do trabalho em equipe. O presente estudo objetivou conhecer o perfil de saúde e de violência doméstica sofrida pelos lactentes assistidos pela Estratégia Saúde da Família, em Betim, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal descritivo que avaliou todas as crianças menores de dois anos da área de abrangência da UAPS Caic. Realizaram-se análises descritivas, com distribuição de frequência e confecção de gráficos tipo *boxplot*. Foram ainda realizadas análise bivariada entre as variáveis de saúde e variáveis de natureza familiar, comunitária e social. Houve predomínio de crianças do sexo masculino (51,2%), de cor parda (57,4%), na faixa etária de 6 a 12 meses de idade (31,8%), com renda familiar de mais de 1 a 2 salários mínimos; 10,1% apresentaram provável atraso no desenvolvimento, 16,3% tinha algum fator de risco para o desenvolvimento, 6,2% com magreza, 13,2% com risco de sobrepeso, 3,9% com sobrepeso e 0,8% com obesidade. Quatorze por cento das crianças sofreram violência doméstica, sendo que houve predomínio de casos entre os meninos, na faixa etária de 12 a 18 meses, de cor parda. Nos casos em que o responsável era adolescente, dentre aqueles com baixa escolaridade e os que não possuíam renda houve predomínio de violência. Trinta vírgula oito por cento dos lactentes com provável atraso no desenvolvimento e 40% das crianças com sobrepeso sofreram algum tipo de violência doméstica. É fundamental que o enfermeiro e demais profissionais de saúde conheçam a realidade de vida dos usuários sob sua responsabilidade de atenção, cujas condições sociais, econômicas e culturais não podem ser dissociadas do processo saúde-doença.

Palavras chave: Cuidado do lactente. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Violência doméstica.

ABSTRACT

The availability of information is essential to plan and manage intervention strategies, since it makes it possible to identify and analyse problems, epidemiological profiles and health needs, in order to determine priorities for inter-sectoral actions taken through teamwork. This research aimed to study the health profile and domestic violence suffered by infants assisted by the Family Health Strategy Programme in Betim, Minas Gerais. This is a cross-sectional and descriptive study that assessed every infant and toddler under two years old in the UAPS Caic area. Descriptive statistical analyses were carried out, with frequency distribution and box plot graphs. In addition, bivariate analysis between health variables and family, community and social variables were performed. There was a predominance of brown-skinned (57.4%) male children (51.2%), aged between 6 and 12 months old (31.8%), with a family income of more than 1 - 2 minimum wages. 10.1% presented probable developmental delay, 16.3% showed risk factors for developmental delay, 6.2% were thin, 13.2% presented risk of weight problems, 3.9% were overweight and 0.8% were obese children. 14% of children suffered domestic violence, with a predominance of cases among brown-skinned boys aged between 12 and 18 months old. When the guardian was a teenager, there was prevailing violence among those with little schooling and no income. 30.8% of infants with probable developmental delay and 40% of overweight children suffered some kind of domestic violence. It is essential that nurses and other health care professionals learn about the reality of life of people they are responsible for taking care of, since their social, economic and cultural conditions can not be separated from the health-disease process.

Key words: Infant care. Primary health care. Health evaluation. Domestic violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CSC.....	Caderneta de Saúde da Criança
ECA.....	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESP	Funções essenciais de saúde pública
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS.....	Ministério da Saúde
NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCATool.....	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCATool-Brasil.....	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PMAQ.....	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAUVI	Saúde e Prevenção da Violência
SIPD.....	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1	Perfil sociodemográfico das crianças e análise bivariada – violência contra criança segundo variáveis sociodemográficas – Betim, 2015, 2016.....	37
TABELA 2	Distribuição de frequência das variáveis do crescimento e desenvolvimento das crianças e análise bivariada da violência segundo essas variáveis, Betim, 2015, 2016	40
TABELA 3	Distribuição de frequência das variáveis relativas às condições de saúde e análise bivariada da violência segundo essas variáveis, Betim, 2015, 2016.....	41
FIGURA 1	Distribuição do peso atual da criança segundo a exclusividade da amamentação materna	42
FIGURA 2	Distribuição do comprimento atual da criança segundo a exclusividade da amamentação materna	43
FIGURA 3	Distribuição do índice de massa corporal da criança segundo a exclusividade da amamentação materna	43
FIGURA 4	Dispersão entre o comprimento atual e o peso atual da criança	44
FIGURA 5	Dispersão entre a idade gestacional e a nota Apgar no primeiro minuto.....	45
FIGURA 6	Correlograma das variáveis quantitativas.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	15
2.1.1	Atenção Primária à Saúde (APS)	17
2.2	Saúde da Criança	20
2.2.1	Avaliação de saúde da criança	23
2.2.2	Ferramentas para avaliação de saúde da criança	25
2.3	Violência doméstica contra criança	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo geral	31
3.2	Objetivos específicos	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	Sujeitos	32
4.2	Métodos	32
4.3	Análise dos dados	34
4.4	Considerações éticas	35
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	47
6.1	Caracterização das crianças: o cenário encontrado	47
6.2	Fatores sociodemográficos associados ao estado de saúde da criança.....	47
6.3	Fatores clínico-epidemiológicos associados ao estado de saúde da criança.....	48
6.4	Fatores associados às situações de violência doméstica sofrida pelas crianças.....	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXO A	61
	ANEXO B	62
	APÊNDICE A	65
	APÊNDICE B	73

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990a).

O século 20 marcou avanços significativos sobre a visão da criança como cidadã no país, já que a partir de então, a infância passa a ser reconhecida como etapa extraordinária para a formação de uma vida adulta futura. Tais mudanças somam formulações, projetos, programas e políticas, constituídos com esforço do governo e sociedade, de transpor letras e documentos em ações integradas que as favoreçam (FROTA et al., 2010).

Apesar das várias ações desempenhadas, com o intuito de melhorar a situação de saúde da criança, terem resultado no declínio da curva de mortalidade infantil, uma vez que houve diminuição dos óbitos de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010, os índices ainda se apresentam muito acima do esperado (ALONZO et al., 2013; BRASIL, 2012; IBGE, 2010; FROTA et al., 2010). Ressalta-se que um número expressivo de mortes de crianças ainda é causado por agravos evitáveis por meio de ações dos serviços de saúde (JODAS et al., 2011).

Dentre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para contribuir diretamente na redução da morbimortalidade destacam-se a promoção do aleitamento materno, a atenção ao recém-nascido, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, a imunização e a prevenção e o controle de doenças diarreicas e respiratórias (SILVA; MOURA, 2010).

Ao reconhecer que as condições sociais constituem elementos centrais na determinação de morbimortalidade, na adoção de comportamentos saudáveis e na distribuição dos serviços e recursos de saúde, a atuação sobre elas pode acarretar a redução dos riscos e das desigualdades na situação de saúde infantil (SZWARCOWALD et al., 2014).

A disponibilidade de informações é fundamental para o planejamento e gestão de estratégias de intervenção, sobretudo quando reúnem dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários. Dessa forma, é

possível identificar e analisar os problemas, os perfis epidemiológicos e as necessidades de saúde, visando definir prioridades para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde a serem efetivadas de forma intersetorial e por meio do trabalho em equipe (FARIA; BERTOLOZZI, 2010; SZWARCOWALD et al., 2014).

Estudos apontam como formas de identificação das necessidades de saúde a observação do território e o contato direto com o usuário (SANTOS et al., 2010).

Dessa forma, ao iniciar minha atuação como enfermeira em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Betim, me surpreenderam alguns aspectos relacionados às condições de vida das crianças que atendia principalmente aquelas que possuíam até dois anos de idade. Pude observar que várias delas eram submetidas a diversos tipos de violência, apresentavam déficit no crescimento e desenvolvimento, higiene corporal precária, estrutura familiar comprometida, não possuíam opções de lazer, dentre outros.

A UAPS Caic está localizada na regional Imbiruçu, sendo responsável pelo acompanhamento de 2.610 famílias em situação de vulnerabilidade, que diz respeito ao conjunto de aspectos relacionados aos planos coletivos e contextuais das famílias que necessitam de respostas sociais, pois se encontram mais susceptíveis aos processos de adoecimento, o que requer um olhar diferenciado em prol de respostas mais efetivas (SILVA et al., 2012a).

Uma vez que a distinção entre os indivíduos tem associação com o adoecer, visto que certas características favorecem o surgimento de agravos, o estudo dessas variações possibilita a compreensão dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento das doenças e contribui para a promoção à saúde da população.

Assim, tornou-se essencial um estudo que embasasse o planejamento das ações prioritárias das equipes de saúde, uma vez que o contexto mostrado na literatura é tradicionalmente das grandes cidades, estados, macrorregiões ou país, diluindo e ocultando, muitas vezes, a heterogeneidade da situação de saúde nos diversos microterritórios de abrangência das UAPS (ALONZO et al., 2013). Além disso, a maioria dos estudos que abordam a saúde das crianças se refere a alguma característica específica, como o estado nutricional ou a ocorrência de determinadas doenças, em geral as diarreicas e respiratórias, mas não utilizam indicador composto para definir o estado de saúde, como proposto no presente estudo.

Os resultados encontrados também poderão embasar as ações de outros microterritórios, chamar a atenção para o levantamento sistemático e para a importância da qualidade dos dados coletados.

Com um esforço conjunto e uma visão integrada da saúde, que trabalhe seus aspectos clínico-epidemiológicos e sociais, será possível proporcionar a todas as crianças chances para atingir todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida futura (FIGUEIRAS et al., 2003).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

Estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e sob o preceito “saúde é direito de todos e dever do Estado”, o Sistema Único de Saúde (SUS) defende a assistência médica-sanitária integral, com acesso universal e igualitário dos usuários às ações e serviços, visando sua promoção, proteção e recuperação. É organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando de forma descentralizada em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Assim, afirma-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la (BRASIL, 1988; CHIMARA et al., 2013).

Foi a partir de sua implantação que se iniciou a construção de um novo modelo de atenção à saúde que traria à luz a necessidade de uma reforma sanitária efetiva que proporcionasse uma estratégia de reorganização substitutiva ao modelo tradicional, executado de forma fragmentada e empírica até então (CAMPOS, 2009).

Para norteá-lo, foram definidos alguns princípios doutrinários baseados nos preceitos constitucionais e regulamentados pela Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990b). São eles:

- a. universalidade: é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Assim, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, em todos os níveis de assistência, bem como àqueles contratados pelo poder público. A universalidade é o direito fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil (BRASIL, 1990c; TEIXEIRA, 2011);
- b. equidade: constitui-se em assegurar ações e serviços de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de

desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade (PONTES et al., 2009; TEIXEIRA, 2011);

- c. integralidade: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde (BRASIL, 1990b; TEIXEIRA, 2011).

Além dos princípios doutrinários apresentados, definiram-se princípios que dizem respeito à operacionalização do SUS, com o intuito de organizá-lo, ou seja, de concretizá-lo na prática, como a descentralização; a regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde; a participação e o controle social; resolubilidade, bem como a complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990c; 2000).

Dessa forma, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país ao propor a reformulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações em saúde, sendo considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

No que se refere aos esforços para melhorar a saúde infantil, muitos são os avanços obtidos, entretanto, ainda é demandada a intensificação de ações que possibilitem conciliar educação, geração de renda, saneamento básico, alimentação adequada e oferta de serviços de saúde de qualidade, no sentido do desenvolvimento humano em todo seu potencial (BRASIL, 2002).

Entre as ações priorizadas pelo Ministério da Saúde (MS) que possibilitaram tais avanços, resultando em comprovada eficácia na redução da morbimortalidade infantil, estão aquelas consideradas ações básicas de saúde: a atenção ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, as imunizações e a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (BRASIL, 2002). Estas são efetivadas, principalmente, pela Atenção Primária à Saúde (APS), a porta de entrada preferencial dos usuários ao SUS (BRASIL, 2011).

2.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como reunião de Alma-Ata, realizada no ano de 1978. De acordo com o documento elaborado (declaração de Alma-Ata), a APS corresponde aos cuidados essenciais de saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos locais de vida e trabalho dos indivíduos. Assim, a atenção primária foi constituída como o primeiro nível de contato dos mesmos com o sistema nacional de saúde, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OPAS, 1978). Nesse sentido, ampliava-se a visão do cuidado à saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, contribuindo para a consolidação de uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde (FRACOLLI et al., 2014; HAUSER et al., 2013).

No Brasil, a APS é denominada como Atenção Básica (AB), sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão gerenciais e sanitárias democráticas e participativas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade do local onde vivem essas populações (BRASIL, 2012). Nesta definição está implícita a importância do cumprimento da integralidade, isto é, a resposta às necessidades que perpassam a promoção da saúde da comunidade, bem como as ações de reabilitação. Nota-se também a preocupação da integração entre as atividades assistenciais e clínicas direcionadas aos indivíduos e às ações programáticas, segundo os segmentos da população (CAMPOS, 2006).

Para Starfield (2002), a APS deve apresentar quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção. O primeiro implica em acessibilidade e ao cuidado que o serviço presta a cada problema de saúde. A longitudinalidade reflete a continuidade temporal da oferta e da utilização dos serviços de saúde, incluindo uma relação interpessoal

intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais. A integralidade consiste no suprimento de ações de promoção, prevenção e recuperação, bem como atenção biopsicossocial pelo serviço e sistema. A coordenação supõe a garantia da continuidade da atenção e no reconhecimento dos problemas que necessitam de seguimento constante.

Para qualificar as ações da APS também foram definidos três atributos derivados: orientação familiar, que implica em considerar o contexto familiar na avaliação individual, a orientação comunitária, que pressupõe o reconhecimento das necessidades de saúde da população no contexto em que vivem e a competência cultural, que consiste na adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população (BRASIL, 2010).

Ressalta-se que, no Brasil, historicamente marcado por um modelo de assistência curativista, hospitalocêntrico e centrado na consulta médica, os investimentos na Atenção Básica foram intensificados a partir da implantação do SUS (SHIMIZU; ROSALES, 2009; SILVA; CALDEIRA, 2010). Contudo, sua reorganização ganhou maior impulso somente a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF). A mesma, que possui como eixo norteador as ações da Atenção Básica, desde então, vem gradualmente substituindo o antigo modelo tradicional por um modelo centrado na família e na assistência realizada por equipes multiprofissionais e prioritariamente dirigida às populações mais pobres (CALDEIRA et al., 2011; SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

Embora a ESF seja responsável pela maior expansão da rede de serviços públicos de saúde registrada no Brasil até a atualidade, cobrindo mais de 50% da população, a almejada reversão do modelo assistencial está longe de se completar, visto que ainda coexiste no país o modelo convencional, fortemente hegemônico (MOURA et al., 2010).

Pesquisas demonstram limites e potencialidades das equipes de saúde da família para o desenvolvimento de práticas integrais, articuladas e que considerem o território, as condições de vida, os equipamentos sociais, a singularidade das pessoas acompanhadas, bem como suas relações familiares. Para contribuir nesse sentido, sugerem-se novos investimentos no desenvolvimento da gestão, na

formação e educação permanente em saúde, no fortalecimento do controle social, na avaliação participativa do SUS e no aprimoramento de tecnologias de gestão e cuidado (SANTANA et al., 2013).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem investido, atualmente, na definição de competências laborais para o desenvolvimento das equipes da AB. São consideradas como competências gerais: a comunicação, que se constitui ferramenta essencial para o trabalho em equipe, interação com o usuário, comunidade, e outros setores; a análise das informações de saúde, que visa estabelecer um sistema de avaliação do estado de saúde da população e das atividades de promoção, prevenção e curativas desenvolvidas; gestão de recursos, que consiste nas habilidades para se realizar a avaliação de problema específico enfrentado pelas equipes e assim, determinar os recursos necessários à resposta adequada (OPAS, 2005).

Para que assumam a responsabilidade na condução da prevenção e promoção, garantindo o acesso, a qualidade e orientação dos serviços da AB, as equipes devem conhecer as funções essenciais de saúde pública (FESP) (OPAS, 2005), definidas como “um conjunto de atividades fundamentais e imprescindíveis para proteger a saúde da população e tratar a enfermidade por meios dirigidos ao ambiente e à comunidade” (OPAS, 1988). A saber: 1) acompanhamento, avaliação e análise dos problemas de saúde; 2) vigilância em saúde pública, investigação e controle de riscos e danos de saúde pública; 3) promoção da saúde; 4) participação dos cidadãos em saúde; 5) desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para planejamento e gestão em saúde pública; 6) fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública; 7) avaliação e promoção do acesso equitativo a serviços de saúde necessários; 8) desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; 9) garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; 10) investigação em saúde pública; 11) redução de impacto das emergências e desastres em saúde pública (OPAS, 2002). Caso estas funções estejam bem desenvolvidas, assegura-se o trabalho em saúde pública e, conseqüentemente, há maior possibilidade de alcance do modelo requerido (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Ao analisar as práticas, entendidas como o conjunto de ações desenvolvidas no cotidiano, articulado em operações que impõe uma estratégia de ação sobre os

determinantes e condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles em um território determinado, é necessário que a atenção seja organizada de forma a incluir não apenas as doenças e suas complicações, mas contenham ações que incidam também sobre suas causas, como condições de vida, trabalho e lazer. Contudo, em função da falta de planejamento e organização assistencial os profissionais ainda ocupam grande parte de seu tempo com outras atividades que consomem recursos do sistema e que não tem impacto em saúde (AURRECOECHEA; JIMÉNEZ, 2012; SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Considerada como uma atividade que pressupõe o monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, a vigilância em saúde muitas vezes é negligenciada pelas equipes. Entre as causas apresentadas estão o fato de não contarem com instrumentos e recursos necessários, bem como a falta de entendimento do conceito ampliado de vulnerabilidade. Assim, transformações e inovações na área da saúde são necessárias para preencher as lacunas existentes, visto que os avanços teóricos e metodológicos nem sempre são imediatamente incorporados às práticas profissionais (SILVA et al., 2012a).

2.2 Saúde da criança

As crianças possuem um campo específico de organização, formulação e execução de políticas no SUS, uma vez que a saúde da criança está inserida como uma ação programática estratégica dentro da Atenção à Saúde (LARA et al., 2012). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005), Atenção à Saúde “é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento das doenças”.

A principal preocupação do MS nesse âmbito é a diminuição dos índices de mortalidade infantil, que em sua maioria, podem ser evitados. Uma vez que a ocorrência de eventos evitáveis é um sinal de alarme, que aponta para o fato de que a qualidade do cuidado precisa ser melhorada, políticas públicas têm sido direcionadas à população de zero a 10 anos, buscando-se oferecer uma cobertura integral à saúde da criança (JODAS et al., 2011; LARA et al., 2012).

Algumas medidas tradicionalmente implementadas no contexto da AB, têm sido enfatizadas como determinantes da redução da mortalidade dessa população no País. Entretanto, além das atividades diretamente relacionadas ao cuidado, como atenção pré-natal, terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno exclusivo e imunização, também devem ser ressaltadas as ações dos serviços que podem contribuir para a prevenção de óbitos evitáveis, como as intervenções relacionadas à vigilância em saúde, possibilitando alterações no processo e organização do trabalho (SANTANA et al., 2012).

Considerada também como uma ação prioritária no âmbito da AB, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil visa à promoção de saúde. Apesar de sua importância, estudos afirmam que médicos e enfermeiros apresentam deficiências nos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e, desta forma, comprometem a vigilância efetiva do mesmo, visto que o reconhecimento de alterações pode acontecer tardiamente. Dentre as possíveis causas que influenciam o raciocínio clínico dos profissionais está o fato de pensarem nos problemas de desenvolvimento sempre como casos clássicos de livros, impedindo a percepção dos casos moderados e leves. O profissional que possui tais conhecimentos é capaz de identificar precocemente as crianças com necessidades especiais e encaminhá-las brevemente aos serviços especializados a fim de proporcionar as intervenções que determinarão um melhor rendimento (FIGUEIRAS et al., 2003).

Grande parte do desenvolvimento neuropsicomotor ocorre principalmente nos primeiros dois anos de vida, conferindo à criança crescente capacidade cognitiva e motora, tornando-a mais susceptível a agravos. Apesar da maior vulnerabilidade desse período, devido à grande plasticidade neuronal adquirida, é também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos ambientais, resultando em bom prognóstico caso uma intervenção ocorra precocemente (OLIVEIRA et al., 2012). Assim, é necessário abordar este período crítico e sensível da primeira infância considerando as necessidades e problemas de saúde específicos (AURRECOECHEA; JIMÉNEZ, 2012).

O perfil de saúde desses indivíduos está intimamente ligado ao nível socioeconômico, saneamento básico, escolaridade dos pais, peso ao nascer, idade gestacional, intercorrências neonatais, aleitamento materno, acesso aos serviços de

saúde, alimentação, moradia, condições ambientais, transporte, lazer, entre outras, sendo necessária uma abordagem integral pela qualidade de vida dos mesmos (MOMOI et al., 2012; PINA et al., 2009).

Estudos ressaltam que as condições ambientais estão entre os principais fatores determinantes da saúde infantil, apontando que estas condicionam a piora, melhora ou manutenção da saúde, excepcionalmente nos primeiros dois anos de vida, momento no qual o ambiente em que se vive age como catalisador do desenvolvimento da criança (SILVA; MOURA, 2010).

Para Leão (1998), a realidade da saúde da população infantil é resultante da ação e interação de três sistemas: “o biológico, o social e o ecológico”. O sistema biológico reflete aspectos físicos inerentes à pessoa como a sua anatomia, fisiologia, nutrição e respostas corporais contra agravos na saúde. O sistema social apresenta aspectos socioeconômicos e educacionais, sendo que o padrão de saúde aumenta proporcionalmente à escolaridade, tanto porque este é um indicador de melhoria da condição econômico-social, como também porque o acesso à educação modifica hábitos relacionados ao próprio corpo e meio ambiente. O sistema ecológico relaciona-se a fatores ambientais que, direta ou indiretamente, contribuem para a qualidade de saúde da criança, como o saneamento básico, tipo e local de moradia. Esses sistemas, que evoluem no tempo e no espaço, podem originar fatores de proteção ou de risco à saúde, sendo que a existência de fatores de risco contribui para a ocorrência de desequilíbrio e afeta o estado de saúde da criança.

A integralidade, como princípio da política de saúde, sustentada e defendida como valor nas práticas dos profissionais e expressa na forma como estes respondem às necessidades das pessoas atendidas, remete à compreensão de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam por outros setores que não só a saúde. Desse modo, ao sofrer influência dos diversos fenômenos das ações do cuidar, o cuidado à criança é entendido como complexo e multidimensional. Porém, a coexistência do modelo assistencial hegemônico contribui para um cuidado fragmentado e descoordenado, perdendo-se a oportunidade de um olhar ampliado para as necessidades do crescimento e desenvolvimento infantil, compartilhadas com aquelas inerentes à família e ao ambiente no qual a criança está inserida (FINKLER et al., 2014; SOUSA et al., 2010).

Estudos observaram que a maioria dos atendimentos realizados às crianças na AB se dá por meio das consultas médicas que priorizam situações agudas de doenças, direcionando o cuidado às queixas e intervenções que visem à cura, o que retrata um cuidado em saúde médico-centrado, que supervaloriza os aspectos biológicos dos indivíduos e se afasta de uma assistência integral à criança (FINKLER et al., 2014).

Dessa forma, demonstra-se a necessidade de estruturação e desenvolvimento de um cuidado em saúde mais resolutivo, voltado às tecnologias leves, caracterizadas por um processo mais relacional do que instrumental. Sendo assim, a construção de novos conhecimentos e de práticas, na perspectiva da integralidade do cuidado à criança, vem sendo uma constante preocupação e compromisso dos pesquisadores, buscando avançar na contribuição de novos saberes e fazeres em saúde e nas políticas públicas do país (FINKLER et al., 2014; SOUSA et al., 2010).

Enfim, com um esforço conjunto e uma visão integrada da saúde, poderemos proporcionar às crianças chances para atingir todo seu potencial de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida futura.

2.2.1 Avaliação de saúde da criança

Ao funcionar como um instrumento da gestão, a avaliação permite estabelecer bases para o planejamento de novas ações, corrigindo rumos e aperfeiçoando os processos de forma a se obter os objetivos esperados (MATTOS et al., 2013). Contudo, afirma-se que a análise da situação de saúde é uma atividade pouco realizada pelas equipes de saúde, sendo percebida como uma tarefa imposta que consome muito tempo e que não é imprescindível para a prática cotidiana (BARROS, 2006).

A disponibilidade de informação com base em dados válidos é requisito fundamental para que tal atividade seja clara e objetiva, auxiliando na gestão das tomadas de decisão de ações em saúde a partir de uma evidência sólida. Contudo, as informações só podem realmente contribuir para a conformação de modelos de atenção que visem a superação dos problemas de saúde, se forem amplamente difundidas entre os profissionais de saúde e compartilhadas com a população

(FARIA; BERTOLOZZI, 2010). A busca por métodos que avaliem as condições de saúde da população constituem-se como uma atividade central em saúde pública, tendo como ponto-chave a informação concisa e confiável (CHIMARA, 2013).

Ao se realizar as ações em questão, também se recomenda o conhecimento a respeito dos grupos mais vulneráveis, as faixas etárias mais atingidas, os riscos mais relevantes e os mecanismos efetivos de controle de cada caso (SAPOROLLI; ADAMI, 2010).

Apesar de estar entre os grupos mais vulneráveis às determinantes sociais da saúde, ainda percebe-se uma falta de planejamento das ações para o grupo infantil, visto que permanecem com cunho curativo e emergencial. Além disso, o contexto mostrado é tradicionalmente das grandes cidades, estados, macrorregiões ou país, diluindo e ocultando, muitas vezes, a heterogeneidade da situação de saúde nos diversos microterritórios de abrangência das equipes da atenção primária. Dessa forma, os progressos não beneficiam a população de maneira uniforme (ALONZO et al., 2013; COSTA et al., 2011).

Assim, há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de compreender a relação entre as condições de saúde e as condições de vida das crianças, considerando-se o enfoque integral, ou seja, aspectos clínico-epidemiológicos e sociais (COSTA et al. 2011). Esses processos, em que estão envolvidas decisões sobre quais ações devem e podem ser feitas, remetem a uma reconstrução de saberes e práticas para a inovação da produção de cuidados em realidades contextualizadas (MELLO et al., 2007).

Atualmente, na APS, a avaliação integral à saúde da criança é realizada, principalmente, pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como parte integrante da puericultura, a qual envolve a determinação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde. Por intermédio da puericultura, vista como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e para o alcance de melhor qualidade de vida busca-se modificar o enfoque centrado na doença, revelando forte componente interacional e educativo (CARVALHO, 2012; GAUTERIO et al., 2012).

Nesse processo de avaliação, é fundamental que sejam consideradas as diferenças culturais, geográficas e sociais, além das vivências específicas de cada criança, visto que determinam a aquisição de habilidades diferenciadas. Assim, os parâmetros de desenvolvimento devem servir como ponto de referência ao se considerar a existência de uma sequência ordenada para a aquisição de habilidades, mas não uma velocidade padrão, podendo as crianças apresentar diferenças nos marcos do desenvolvimento esperados, segundo a faixa etária (CARVALHO, 2012).

2.2.2 Ferramentas para avaliação de saúde da criança

Instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde (CUBAS; EGRY, 2007; NAKAMURA et al., 2009). Contudo, no que se refere à saúde da criança, predominam na literatura aqueles voltados à avaliação do desempenho da assistência à saúde e à saúde mental (BRASIL, 2011; CASTANHEIRA et al., 2011; DUARTE; BORDIN, 2000; HARZHEIM et al., 2006; LEÃO et al., 2011).

Com o objetivo de instituir a cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização). A saúde da criança é contemplada na terceira fase, momento no qual é realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do programa (BRASIL, 2013).

Também voltado à avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e dos atributos derivados da APS. Originalmente, o instrumento apresenta versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Validado no Brasil, recebeu o nome de Instrumento de Avaliação

da Atenção Primária – PCATool-Brasil e permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, quanto para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

Implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 em substituição ao Cartão da Criança, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é destinada a todos os nascidos em território brasileiro, sendo o principal instrumento para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil do nascimento aos nove anos de idade, no contexto da Atenção Básica. Por estar ancorada em ações de acompanhamento e promoção da saúde, inclui-se como estratégia privilegiada nas políticas de redução da morbimortalidade dessa população (ALVES, et al., 2009; BRASIL, 2013; GOULART et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2012).

A CSC reúne o registro dos mais significativos eventos para a saúde infantil, comportando os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, do uso de suplementação de ferro e vitamina A, da saúde bucal, auditiva e visual, das vacinações, além do registro das intercorrências clínicas. Contém ainda orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos, como acidentes e violência doméstica (ALVES, et al., 2009; BRASIL, 2013; GOULART et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2012).

Os primeiros registros sobre a identificação da criança, o parto, o recém-nascido e puerpério devem ser efetuados na maternidade. Após a alta, os registros subsequentes são realizados pelos profissionais responsáveis pelo acompanhamento da criança, nos serviços de atenção primária ou em outros serviços eventualmente procurados (GOULART et al., 2008).

Todavia, pesquisas referem que a CSC não tem sido utilizada adequadamente. Portanto, garantir sua plena utilização é um desafio que requer um trabalho intensivo de divulgação, sensibilização e capacitação de todos os profissionais envolvidos com a saúde materno-infantil (GOULART et al., 2008).

Ressalta-se que para ser realmente efetiva a anotação das informações na CSC deve ser feita de forma correta e rigorosa, explicando aos responsáveis pela criança o que significam os dados ali registrados. Tal medida resulta em apropriação

desse instrumento pela família e no cumprimento de seu papel como instrumento de comunicação, vigilância e promoção da saúde infantil (OLIVEIRA et al., 2012, GOULART et al., 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é um estudo de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013. A mesma faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE (IBGE, 2007) e tem uma periodicidade de cinco anos. Para sua execução, constituiu-se uma equipe de coordenação da PNS, com membros do MS e do IBGE. A mesma objetiva caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população, bem como a atenção à sua saúde, com relação ao acesso e uso dos serviços, à continuidade dos cuidados, às ações preventivas e ao financiamento da assistência (SZWARCOWALD et al., 2014).

O inquérito da PNS é composto por um questionário subdividido em três partes: a primeira parte é referente às características do domicílio; a segunda se refere à situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores. Ambas são respondidas por um residente do domicílio. A terceira parte, o questionário individual, é respondida por um morador do domicílio de 18 anos ou mais, selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes elegíveis e focaliza as principais doenças crônicas não transmissíveis, os estilos de vida e o acesso ao atendimento médico (SZWARCOWALD et al., 2014).

Elaborado com base na PNS, o SAUVI - Saúde e Prevenção da Violência - é um inquérito domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da UFMG em parceria com as Secretarias de Saúde de Betim, Belo Horizonte e Sete Lagoas e com apoio do Ministério da Saúde que buscou conhecer a saúde e expressões da violência, seus determinantes, sua distribuição geográfica e formas de prevenção e enfrentamento (AMARAL et al., 2015).

Para serem utilizadas neste estudo, foram selecionadas as seguintes ferramentas: Caderneta de Saúde da Criança e SAUVI, uma vez que agruparam as características a serem avaliadas, ou seja, fatores clínico-epidemiológicos e sociais. No caso da CSC, abordam-se os aspectos clínico-epidemiológicos necessários para a avaliação do crescimento, desenvolvimento e cuidados em saúde da criança. Em

contrapartida, o SAUVI aborda os aspectos sociais relacionados ao contexto em que se encontra.

2.3 Violência doméstica contra a criança

O fenômeno da violência doméstica contra a criança vem sendo tratado como problema social e de atenção em saúde pública somente a partir do século XX, visto que anteriormente qualquer evento relacionado ao contexto doméstico deveria contar com a privacidade familiar (RAMOS; SILVA 2011).

De acordo com o Mapa da Violência, de todos os atendimentos computados no ano de 2011 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 40% foram casos de violências contra crianças e adolescentes, o que corresponde a 39.281 notificações na faixa de menor de um a 19 anos de idade, sendo evidenciado que as agressões ocorreram, preponderantemente, na residência das vítimas (COSTA et al., 2015).

Esse tipo de violência se constitui em um problema complexo, constituído por uma diversidade de variáveis, que pode gerar prejuízos de ordem física e/ou psicossocial a curto, médio e longo prazos. Pode ser de ordem física, psicológica, sexual, de abandono e negligência, e exige intervenção de uma equipe multiprofissional, bem como interdisciplinar cujos procedimentos possibilitem um atendimento integral (PINTO JÚNIOR et al., 2015; RAMOS; SILVA, 2011).

As principais consequências psicossociais observadas manifestam-se, muitas vezes, pela adoção de determinados comportamentos, como abuso de álcool e outras drogas, prostituição, gravidez precoce e problemas de saúde mental como transtorno depressivo, ansiedade, comportamento agressivo e até tentativa de suicídio (MACHADO et al., 2014).

A violência física, comumente a manifestação mais observada entre os inúmeros tipos de violência intrafamiliar, tem causado preocupação entre os diversos segmentos da sociedade, por ser uma prática usual entre pais e responsáveis com o intuito de disciplinar seus filhos (MACHADO et al., 2014).

O suporte às vítimas desse tipo de violência deve agregar a rede de serviços especializados das áreas de saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade

envolvendo as associações de moradores, os grupos de religiosos, entre outros (MACHADO et al., 2014).

A proximidade e o envolvimento que os profissionais da Estratégia Saúde da Família possuem em relação à comunidade favorecem as estratégias de prevenção, identificação de indivíduos e grupos de risco para maus tratos, bem como o desenvolvimento de intervenções adequadas às situações de violência, tornando-as mais efetivas (COSTA et al., 2015; MOREIRA et al., 2014; RAMOS; SILVA, 2011).

A importância do papel dos profissionais e serviços de saúde para o enfrentamento desse problema vem aumentando à medida que o impacto negativo gerado no bem-estar da criança é percebido (RAMOS; SILVA, 2011). As estratégias construídas alternam-se entre uma perspectiva prescritiva e outra centrada na ideia do cuidado, no diálogo com as famílias e suas necessidades. Entre os principais protagonistas nesses atendimentos ressaltam-se os Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), produzindo uma articulação que envolve o saber prático e o técnico (MOREIRA et al., 2014).

Pesquisas demonstram que é comum uma atitude omissa dos profissionais de saúde frente aos casos de violência doméstica por não serem considerados como objeto de seu trabalho, assumindo-se apenas uma atuação pontual e emergencial. Nos casos em que as vítimas são crianças ou adolescentes a denúncia ao Conselho Tutelar é feita somente nos casos considerados mais graves. Como principais justificativas para o baixo número de denúncias são apresentadas o medo de sofrer represálias das famílias/comunidades, de romper os vínculos construídos com as mesmas e a insegurança quanto à atuação dos conselheiros tutelares (COSTA et al., 2015; MOREIRA et al., 2014).

Alguns fatores têm prejudicado o conhecimento do perfil epidemiológico da violência doméstica contra a criança, como o desconhecimento por parte do profissional do dever de notificá-la, bem como a dificuldade em praticá-la em sua rotina de atendimento, sendo a subnotificação uma realidade no país. Estima-se que para cada notificação de criança vítima de abuso físico, de 10 a 20 outras situações desse tipo não são notificadas (RAMOS; SILVA, 2011).

A abordagem sobre o tema não deve se limitar a uma aproximação conceitual sobre os tipos de violência e sinais a serem observados pelas equipes. São

necessários espaços de reflexão sobre a prática, a partir de casos concretos atendidos, tomando como objeto os dilemas, aspectos subjetivos e éticos que permeiam a definição das ações a serem tomadas (MOREIRA et al., 2014). A criação de espaços capazes de potencializar ações conjuntas permite o fluxo de informações e respalda a atuação profissional das equipes da ESF, considerando que todos estarão se responsabilizando pelo enfrentamento do problema (MACHADO et al., 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar o perfil de saúde e de violência doméstica sofrida pelos lactentes da Unidade de Atenção Primária à Saúde Caic, no bairro Capelinha, em Betim, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- a. Estudar os fatores sociodemográficos associados ao estado de saúde da criança.
- b. Investigar os fatores clínico-epidemiológicos associados ao estado de saúde da criança.
- c. Analisar os fatores associados às violências contra as crianças.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado nos meses de setembro de 2015 a fevereiro de 2016 na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Caic, inaugurada no ano de 2006 no bairro Capelinha, em Betim, Minas Gerais.

O município de Betim faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, possui extensão territorial de 346 km² e uma população de 425.873 habitantes (IBGE, 2010) distribuídos em sete regiões estratégicas. São elas: Alterosas, Vianópolis, Norte, Teresópolis, Imbiruçu, PTB e Citrolândia. Localizada na regional Imbiruçu, a UAPS Caic é composta por três equipes da Estratégia Saúde da Família responsáveis pelo acompanhamento de 2610 famílias de sua área de abrangência.

4.1 Sujeitos

O presente estudo envolve a totalidade das crianças menores de dois anos da área de abrangência da UAPS Caic. Foi considerado como critério de exclusão apenas a existência de recusa do responsável pela criança em participar do estudo.

4.2 Métodos

Inicialmente, houve uma reunião para apresentação do estudo à gerente da unidade e aos profissionais que ali atuam, quando houve diversas manifestações positivas com relação à colaboração com o estudo.

Em seguida, fez-se a lista de todas as crianças que atendiam o critério da idade a partir dos dados contidos nas fichas individuais arquivadas na sala de vacinas. Esta lista foi distribuída às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para que verificassem se havia incorreções e corrigi-las, caso necessário, já que são elas as responsáveis pelo cadastro dos usuários na unidade de saúde, bem como pela exclusão do mesmo em caso de mudança de endereço ou falecimento.

Em outro momento, procurou-se pelos registros de violência infantil notificados pela unidade.

Posteriormente, realizou-se um treinamento que capacitou duas médicas, dois enfermeiros e duas técnicas de Enfermagem para a coleta de dados.

A metodologia consistiu de dois procedimentos: entrevista semiestruturada com o responsável e avaliação do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, realizados durante consultas de puericultura e em mutirões aos sábados. Os responsáveis, bem como as crianças foram convidados por meio de contato telefônico e/ou pelos ACS's.

As entrevistas foram realizadas de maneira individual pelas técnicas de enfermagem previamente treinadas, com um tempo médio de 10 minutos para cada entrevista. Para isso utilizou-se um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) dividido em duas partes, a primeira constituída pelas perguntas da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e a segunda, por um bloco de perguntas do SAUVI, tendo em vista o objetivo do trabalho de avaliar tanto os aspectos clínico-epidemiológicos como também avaliar as condições sociais que perpassam o âmbito da saúde infantil. A adequação do instrumento se deu por meio de pré-teste realizado com responsáveis por crianças da faixa etária estudada, moradoras de área de abrangência diferente da selecionada no estudo. Tal escolha objetivou evitar a contaminação e conseqüente comprometimento do estudo.

Inicialmente, a ideia seria colher as informações disponíveis na CSC, enquanto dados secundários, completando-os com dados primários, resultantes de entrevistas com os responsáveis. No entanto, durante o pré-teste, nos deparamos com importante incompletude dos dados da CSC, fato que nos obrigou a buscar todas as informações por meio das entrevistas. O mesmo ocorreu com a parte relativa ao crescimento e desenvolvimento das crianças, cujas informações, também por incompletude da CSC, foram obtidas por meio de avaliações individuais das crianças. Apenas a data de nascimento das crianças foi tomada diretamente da CSC.

Para avaliar o crescimento da criança, os médicos e enfermeiros realizaram antropometria e, em seguida, preencheram as curvas de perímetro cefálico x idade, peso x idade, comprimento x idade, Índice de Massa Corporal x idade. Conforme a CSC, o perímetro cefálico foi classificado em acima do esperado para a idade, adequado para a idade e abaixo do esperado para a idade. Os valores de peso e comprimento obtidos foram classificados em elevado para a idade, adequado para a

idade, baixo para a idade e muito baixo para a idade. O mesmo procedimento foi realizado com o valor de IMC obtido, classificando-o em obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza e magreza acentuada.

O desenvolvimento foi avaliado pelos mesmos profissionais, utilizando-se a escala dos marcos do desenvolvimento da criança também presente na CSC. Posteriormente, obteve-se a impressão diagnóstica também baseada na CSC. De acordo com tal instrumento, na ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior da criança ou se seu perímetro cefálico < -2 escores z ou $> +2$ escores z, ou se apresenta três ou mais alterações fenotípicas, considera-se que esta possui um provável atraso no desenvolvimento. Caso seja observada ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária, a criança possui alerta para o desenvolvimento. Se todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco considera-se que o desenvolvimento da criança está adequado com fatores de risco. Como fatores de risco para o desenvolvimento da criança a CSC considera a ausência ou pré-natal incompletos; problemas na gestação, parto ou nascimento; prematuridade ($<$ de 37 semanas); peso abaixo de 2.500 g; icterícia grave; hospitalização no período neonatal; doenças graves, como meningite, traumatismo craniano e convulsões; parentesco entre os pais; casos de deficiência ou doença mental na família; fatores de risco ambientais, como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa e suspeita de abuso sexual. Caso todos os marcos para a faixa etária da criança avaliada estejam presentes, seu desenvolvimento é considerado adequado.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados, utilizando o software SPSS.

4.3 Análise dos dados

Realizaram-se análises descritivas, com distribuição de frequência e confecção de gráficos tipo *boxplot*, referentes ao perfil sociodemográfico e de saúde das crianças. Foram ainda realizadas análises bivariadas entre as variáveis de saúde e variáveis de natureza familiar, comunitária e social.

4.4 Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob número CAAE 47255315.0.0000.5149 (ANEXO A) e da Prefeitura Municipal de Betim (ANEXO B).

Os pais/responsáveis foram informados sobre o tema, bem como sobre os objetivos da pesquisa. A cada um deles ressaltou-se sobre sua livre participação e sobre a garantia do sigilo na utilização dos dados obtidos em todos os materiais produzidos.

Ao concordarem em participar, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), como previsto pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Foram realizadas 129 entrevistas e avaliações de saúde, contemplando todas as crianças menores de dois anos da área de abrangência da Unidade, sendo que 12 crianças não participaram do estudo por motivo de recusa do responsável. As tabelas 1, 2 e 3 mostram a distribuição de frequência das variáveis estudadas (coluna da direita) e a análise bivariada de violência segundo essas mesmas variáveis (coluna do meio). Observa-se que 51,2% do sexo masculino e 48,8% do sexo feminino, a maioria (57,4%) de cor parda e 31,8% na faixa etária de 6 a 12 meses de idade no dia da coleta de dados (Tabela 1).

Quanto às características sociodemográficas, a maioria (87,6%) dos entrevistados era do sexo feminino, tinha entre 20 e 29 anos de idade (50,4%), sendo que 15,5% correspondem àqueles na faixa etária até 19 anos. Destaca-se que 72,1% declararam não possuir renda, sendo que a renda familiar informada pela maioria (42,6%) foi mais de um a dois salários mínimos (Tabela 1).

Do ponto de vista do crescimento, deve-se ressaltar que apesar da maioria das crianças (66,7%) ter apresentado valores de IMC adequados, 13,2% estavam com risco de sobrepeso. Em relação ao desenvolvimento, 16,3% das crianças apresentaram desenvolvimento adequado com fatores de risco e 10,1% foram consideradas com provável atraso no desenvolvimento (Tabela 2).

Do ponto de vista do cuidado de saúde, verifica-se que a suplementação de ferro foi interrompida em 13,2% das crianças e a vitamina A em 11,6% delas, o esquema vacinal estava em dia na maioria (96,9%) dos casos (Tabela 3).

Por fim, é necessário destacar que, de acordo com as informações prestadas pelos responsáveis, 14,0% das crianças (n=18) sofreram violência (Tabelas 1, 2 e 3).

A análise bivariada mostrou diferenças na distribuição da violência doméstica contra crianças para praticamente todas as variáveis sociodemográficas, a saber: sexo, faixa etária e raça/cor da criança, sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, raça/cor, renda, trabalho nos últimos 12 meses e ocupação do entrevistado, além da renda familiar. Merecem destaque os dois casos de violência doméstica sofridos por

crianças na faixa etária de 0 a 3 meses e os sete casos em crianças de 6 a 12 meses. Dos entrevistados na faixa etária até 19 anos, 20% relataram que a criança já sofreu violência no domicílio. No que se refere à ocupação do entrevistado, entre aqueles que relataram desemprego, foram encontrados 13 casos de violência (Tabela 1). Mostrou também diferenças segundo as variáveis referentes ao crescimento e desenvolvimento (Tabela 2) e segundo as variáveis referentes ao cuidado de saúde preconizado para a faixa etária em estudo (Tabela 3). Para as primeiras, merece destaque o fato de a violência ser mais frequente entre crianças com atraso de desenvolvimento (30,8%), com fatores de risco para o desenvolvimento (19%), entre as que possuem perímetro cefálico abaixo do esperado para a idade (33,3%) e com sobrepeso (40%). Para os cuidados de saúde, ressalta-se que a frequência de violência foi maior nos casos em que houve interrupção da suplementação de ferro (41,2%) e de vitamina A (26,7%).

Ressalta-se que nenhum dos casos de violência encontrados foi notificado pela Unidade.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das crianças e análise bivariada – violência contra criança segundo variáveis sociodemográficas – Betim, 2015, 2016

Continua

Variáveis sociodemográficas	Violência contra Criança				Total	
	Não		Sim			
	N (111)	% (86)	N (18)	% (14)	N (129)	% (100)
Sexo da criança						
Feminino	56	88,9	7	11,1	63	48,8
Masculino	55	83,3	11	16,7	66	51,2
Faixa etária da criança (em meses)						
(0, 3]	27	93,1	2	6,9	29	22,5
(3, 6]	21	100,0	0	0,0	21	16,3
(6, 12]	34	82,9	7	17,1	41	31,8
(12, 18]	12	75,0	4	25,0	16	12,4
(18, 24]	17	77,3	5	22,7	22	17,1
Cor ou raça da criança						
Branca	43	89,6	5	10,4	48	37,2
Parda	62	83,8	12	16,2	74	57,4
Negra	3	100,0	0	0,0	3	2,3
Sexo do entrevistado						
Masculino	13	92,9	1	7,1	14	10,9
Feminino	97	85,8	16	14,2	113	87,6

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das crianças e análise bivariada – violência contra criança segundo variáveis sociodemográficas – Betim, 2015, 2016

Continua

Variáveis sociodemográficas	Violência contra Criança				Total	
	Não		Sim			
	N (111)	% (86)	N (18)	% (14)	N (129)	% (100)
Faixa etária do entrevistado (em anos)						
Até 19	16	80,0	4	20,0	20	15,5
20 a 29	56	86,2	9	13,8	65	50,4
30 a 39	34	87,2	5	12,8	39	30,2
40 a 49	4	100,0	0	0,0	4	3,1
50 a 59	1	100,0	0	0,0	1	0,8
Escolaridade do entrevistado						
Sem ensino fundamental	8	80,0	2	20,0	10	7,8
Ensino fundamental	48	85,7	8	14,3	56	43,4
Ensino médio	51	86,4	8	13,6	59	45,7
Ensino superior	4	100,0	0	0,0	4	3,1
Estado civil do entrevistado						
Casado	49	89,1	6	10,9	55	43,0
Solteiro	17	89,5	2	10,5	19	14,8
Viúvo	2	100,0	0	0,0	2	1,6
União estável (amasiado, amigado)	39	81,2	9	18,8	48	37,5
Separado/divorciado	4	100,0	0	0,0	4	3,1
Cor ou Raça do entrevistado						
Branca	28	93,3	2	6,7	30	23,3
Negra	13	86,7	2	13,3	15	11,6
Amarela	3	100,0	0	0,0	3	2,3
Parda	67	83,8	13	16,2	80	62,0
Em Branco	0	0,0	1	100,0	1	0,8
Renda do entrevistado: Salário mínimo (R\$ 724,00)						
Não possui renda	80	86,0	13	14,0	93	72,1
Até um salário mínimo	17	89,5	2	10,5	19	14,7
Mais de 1 a 3 salários mínimos	12	92,3	1	7,7	13	10,1
Mais de 3 a 5 salários mínimos	1	100,0	0	0,0	1	0,8
Em Branco	1	33,3	2	66,7	3	2,3
Renda familiar: Salário mínimo (R\$ 724,00)						
Ninguém possui renda na família	2	66,7	1	33,3	3	2,3
Até um salário mínimo	27	87,1	4	12,9	31	24,0
Mais de 1 a 2 salários mínimos	47	85,5	8	14,5	55	42,6
Mais de 2 a 5 salários mínimos	34	91,9	3	8,1	37	28,7
Em Branco	1	33,3	2	66,7	3	2,3

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das crianças e análise bivariada – violência contra criança segundo variáveis sociodemográficas – Betim, 2015, 2016

Conclusão

Variáveis sociodemográficas	Violência contra Criança				Total	
	Não		Sim			
	N (111)	% (86)	N (18)	% (14)	N (129)	% (100)
Ocupação do entrevistado						
Trabalho formal	26	96,3	1	3,7	27	20,9
Trabalho informal	4	80,0	1	20,0	5	3,9
Desempregado	71	84,5	13	15,5	84	65,1
Trabalho familiar	0	0,0	1	100,0	1	0,8
Benefício social	3	60,0	2	40,0	5	3,9
Estudante	3	100,0	0	0,0	3	2,3
Em Branco	3	100,0	0	0,0	3	2,3
O (a) Sr.(a) ou alguém da sua família ingere bebida alcoólica?						
Sim	41	89,1	5	10,9	46	35,7
Não	67	85,9	11	14,1	78	60,5
Já bebi e não bebo mais	3	100,0	0	0,0	3	2,3
Branco	0	0,0	2	100,0	2	1,6
O(a) Sr.(a) trabalhou nos últimos 12 meses?						
Sim	59	93,7	4	6,3	63	48,8
Não	52	81,3	12	18,8	64	49,6
Branco	0	0,0	2	100,0	2	1,6
Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha?						
Sim	28	96,6	1	3,4	29	22,5
Não	83	84,7	15	15,3	98	76,0
Branco	0	0,0	2	100,0	2	1,6
O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência?						
Sim	91	85,0	16	15,0	107	82,9
Não	17	94,4	1	5,6	18	14,0
Não sei	1	50,0	1	50,0	2	1,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis do crescimento e desenvolvimento das crianças e análise bivariada da violência segundo essas variáveis, Betim, 2015, 2016

Avaliação do crescimento e do desenvolvimento	Violência contra Criança				Total	
	Não		Sim		N (129)	%
	N (111)	% (86)	N (18)	% (14)		
Impressão diagnóstica após avaliação do desenvolvimento						
Provável atraso no desenvolvimento	9	69,2	4	30,8	13	10,1
Alerta para o desenvolvimento	1	100,0	0	0,0	1	0,8
Desenvolvimento adequado com fatores de risco	17	81,0	4	19,0	21	16,3
Desenvolvimento adequado	83	89,2	10	10,8	93	72,1
Perímetro cefálico resultado						
Acima do esperado para a idade	3	75,0	1	25,0	4	3,1
Adequado para a idade	100	87,7	14	12,3	114	88,4
Abaixo do esperado para a idade	6	66,7	3	33,3	9	7,0
Peso resultado						
Elevado para a idade	2	66,7	1	33,3	3	2,3
Adequado para a idade	103	87,3	15	12,7	118	91,5
Baixo para a idade	4	80,0	1	20,0	5	3,9
Muito baixo para a idade	1	50,0	1	50,0	2	1,6
Comprimento resultado						
Elevado para a idade	2	100,0	0	0,0	2	1,6
Adequado para a idade	99	86,1	16	13,9	115	89,8
Baixo para a idade	8	88,9	1	11,1	9	7,0
Muito baixo para a idade	1	50,0	1	50,0	2	1,6
IMC resultado						
Obesidade	1	100,0	0	0,0	1	0,8
Sobrepeso	3	60,0	2	40,0	5	3,9
Risco de sobrepeso	14	82,4	3	17,6	17	13,2
Adequado	73	84,9	13	15,1	86	66,7
Magreza	8	100,0	0	0,0	8	6,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis relativas às condições de saúde e análise bivariada da violência segundo essas variáveis, Betim, 2015, 2016

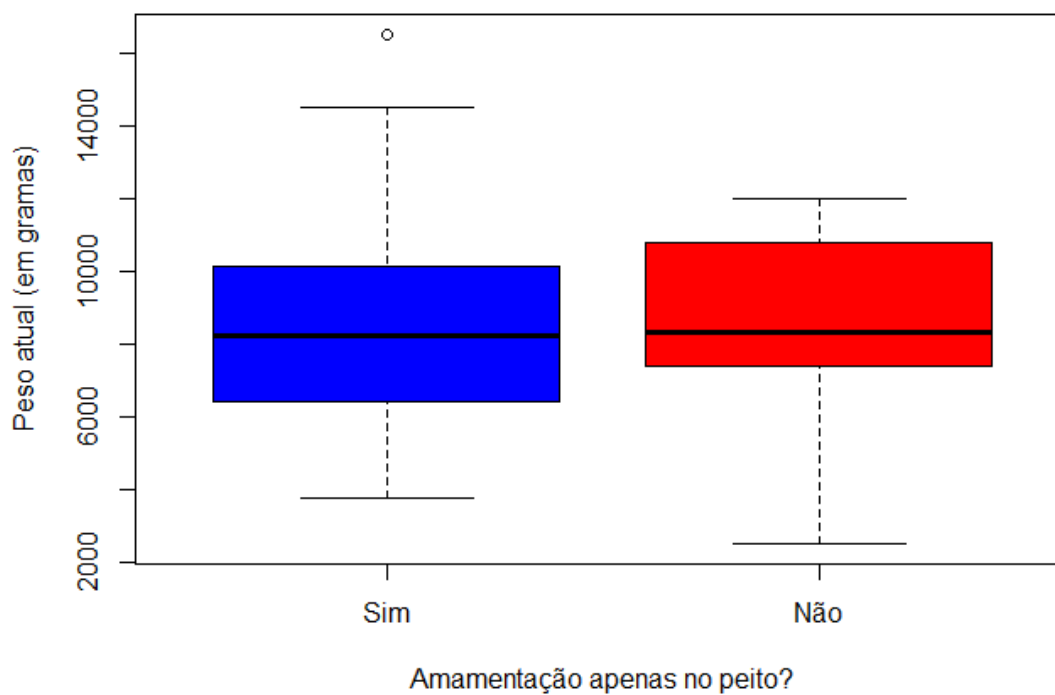
Cuidados de saúde	Violência contra criança				Total	
	Não		Sim		N (129)	% (100)
	N (111)	% (86)	N (18)	% (14)		
Realiza suplementação de ferro						
Criança ainda não completou 6 meses	40	95,2	2	4,8	42	32,5
Criança tem 6 meses ou mais, porém a suplementação de ferro não foi prescrita	21	87,5	3	12,5	24	18,6
Criança realiza suplementação de ferro	40	87,0	6	13,0	46	35,7
Criança interrompeu a suplementação de ferro	10	58,8	7	41,2	17	13,2
Realiza suplementação de Vitamina A						
Criança ainda não completou 6 meses	40	95,2	2	4,8	42	32,5
Criança tem 6 meses ou mais, porém a suplementação de vitamina A não foi prescrita	18	85,7	3	14,3	21	16,3
Criança realiza suplementação de vitamina A	42	82,4	9	17,6	51	39,5
Criança interrompeu a suplementação de vitamina A	11	73,3	4	26,7	15	11,6
Situação vacinal						
Esquema vacinal em dia	108	86,4	17	13,6	125	96,9
Esquema vacinal em atraso	3	75,0	1	25,0	4	3,1
Foi amamentada no peito						
Sim	98	84,5	18	15,5	116	89,9
Não	13	100,0	0	0,0	13	10,1

Fonte: Dados da pesquisa.

As Figuras 1, 2 e 3 apresentam, respectivamente, as distribuições de peso, comprimento e IMC das crianças, segundo a exclusividade da amamentação materna. Observa-se que 50% das crianças com amamentação exclusiva no peito alcançam peso ligeiramente menor do que as que não têm (ambas, em torno de 8 kg), apresentando, além disso, pesos mais heterogêneos (Figura 1) para mais; no caso do comprimento, verifica-se o contrário, 50% das crianças com amamentação exclusiva no peito alcançam comprimento maior (pouco mais de 70 cm) do que as que não têm (abaixo de 70 cm); os comprimentos também são mais heterogêneos entre as primeiras (Figura 3); por fim, também para o IMC, 50% das crianças com aleitamento exclusivo alcançam marcas ligeiramente maiores (IMC maior do que 16) do que crianças sem (IMC=16), sendo, neste caso, semelhante a heterogeneidade entre elas, embora a primeira seja mais acentuada para valores maiores desta

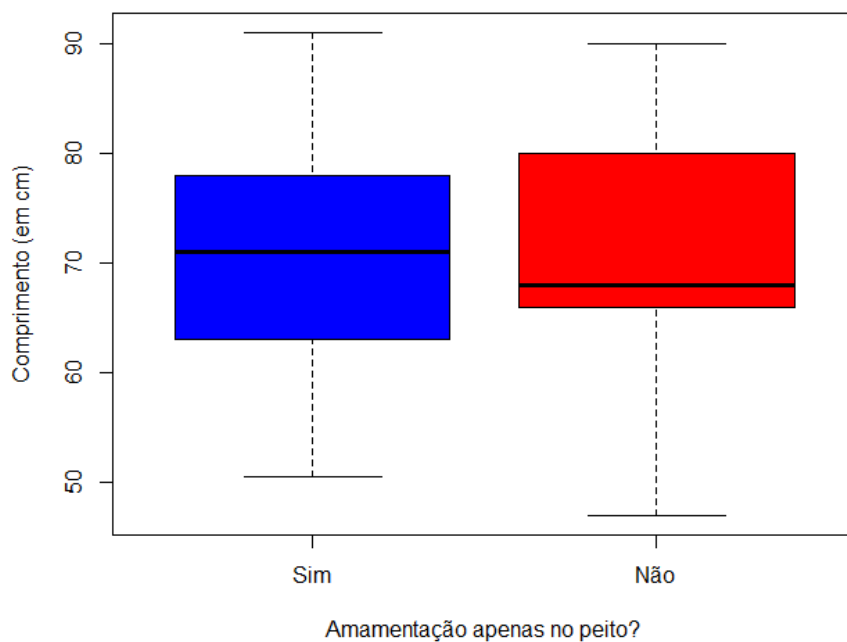
distribuição, enquanto que a segunda tem mais heterogeneidade para os valores menores (Figura 4).

Figura 1 - Distribuição do peso atual da criança segundo a exclusividade da amamentação materna



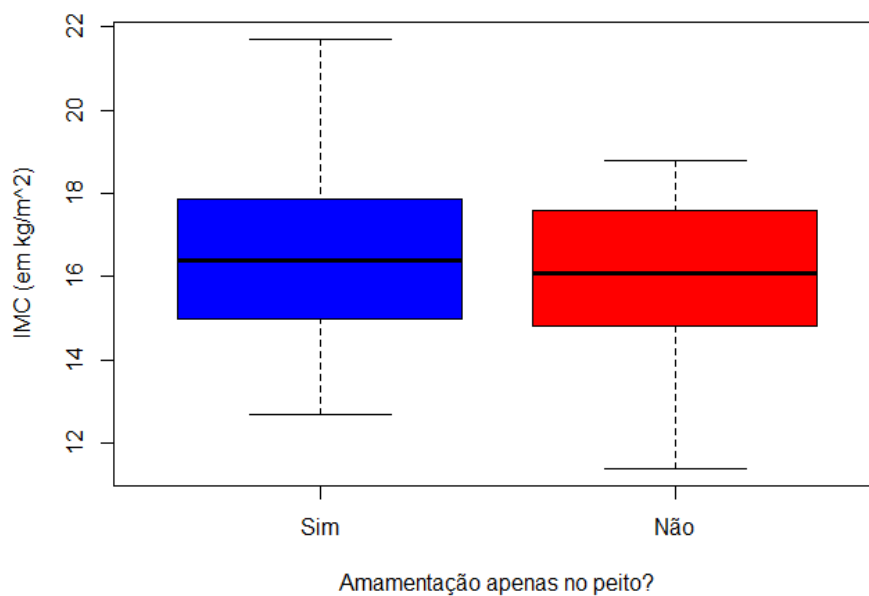
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2 - Distribuição do comprimento atual da criança segundo a exclusividade da amamentação materna



Fonte: Dados da pesquisa.

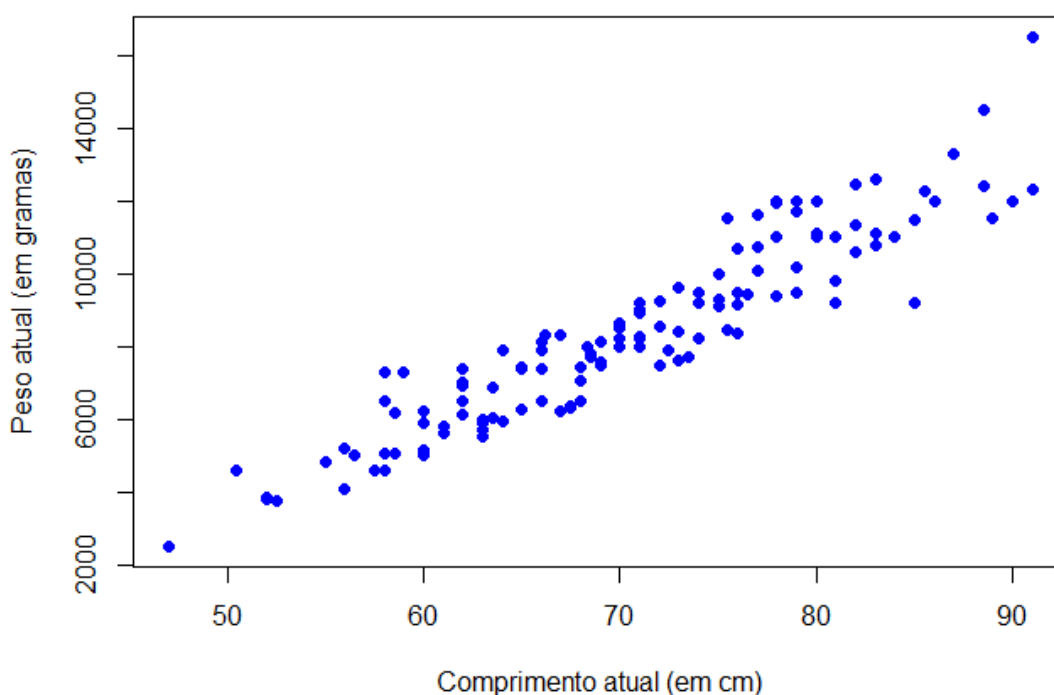
Figura 3 - Distribuição do índice de massa corporal da criança segundo a exclusividade da amamentação materna



Fonte: Dados da pesquisa.

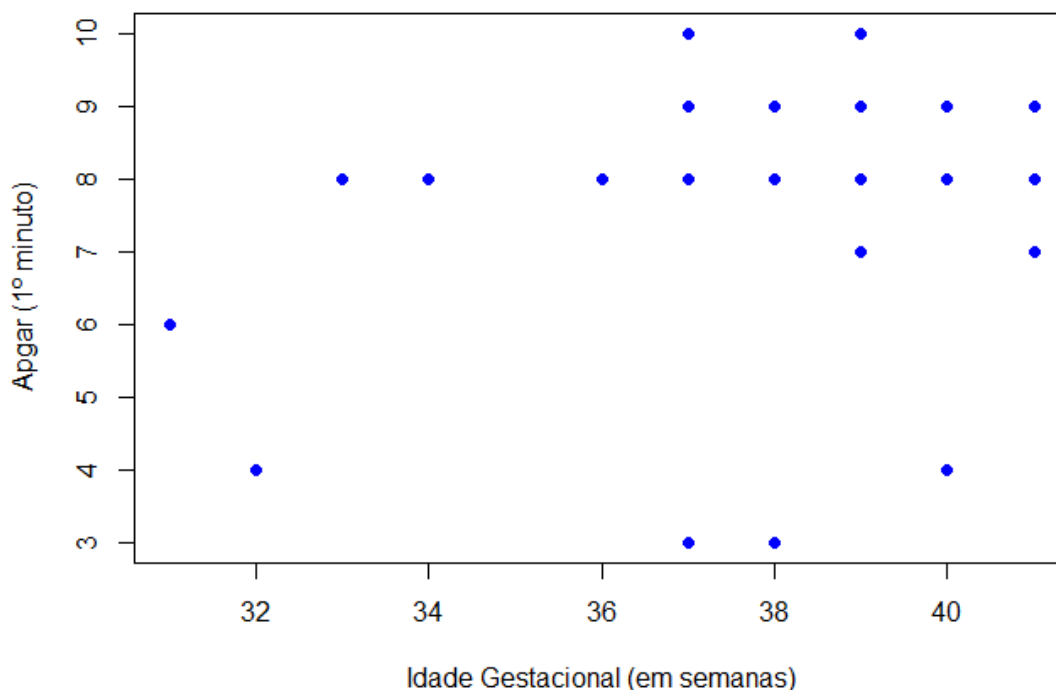
As Figuras 4 e 5 apresentam, respectivamente, os diagramas de dispersão da relação entre o comprimento e o peso atual das crianças, e entre a idade gestacional e a nota Apgar no primeiro minuto. Observa-se que quanto maior o comprimento das crianças, maior será o seu peso (Figura 5), e quanto maior a idade gestacional, maior a nota Apgar, embora não haja uma relação linear definida (Figura 6), como no primeiro caso.

Figura 4 - Dispersão entre o comprimento atual e o peso atual da criança



Fonte: Dados da pesquisa.

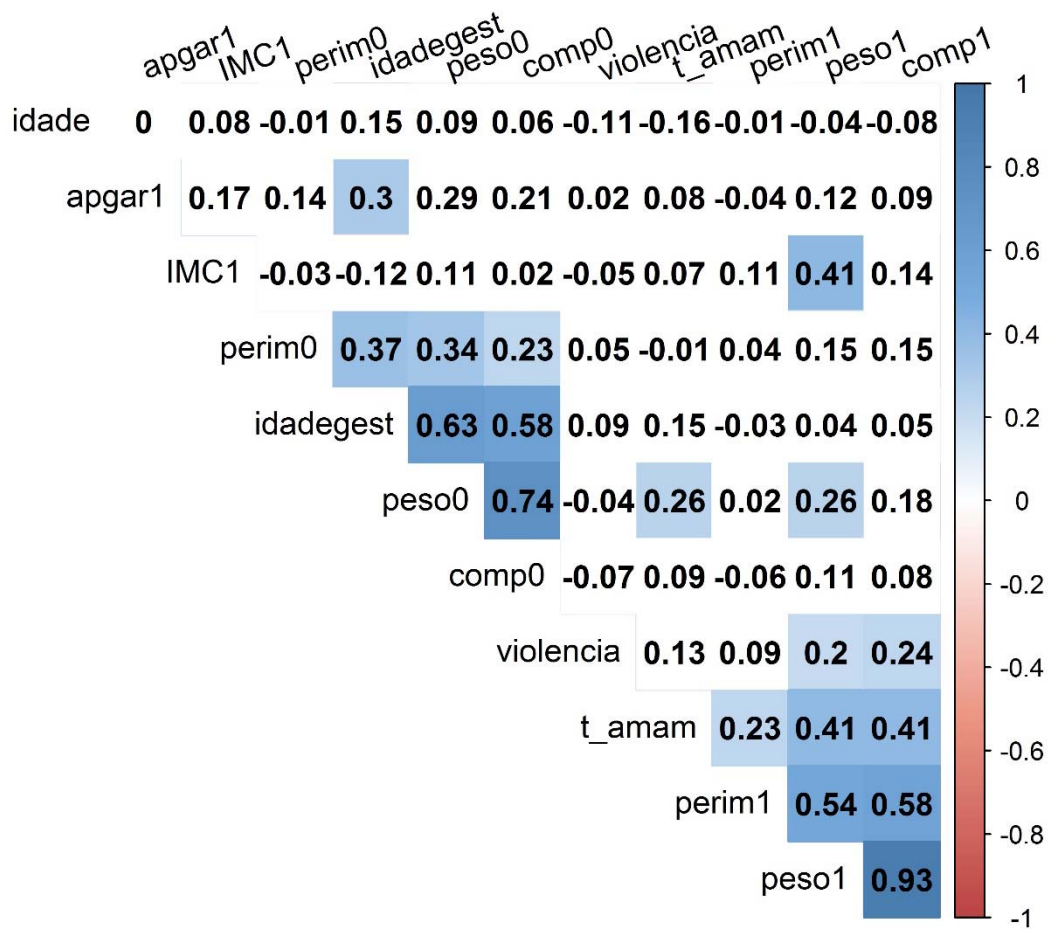
Figura 5 - Dispersão entre a idade gestacional e a nota Apgar no primeiro minuto



Fonte: Dados da pesquisa.

E finalmente, a Figura 6 mostra a correlação entre as variáveis quantitativas, sendo tal correlação mais forte quando são mais fortes as cores, e inexistente nas células em branco. Percebem-se relações significativas entre a idade gestacional com peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, bem como com a nota Apgar, ou seja, quanto maior a idade gestacional, maiores serão estas medidas. Outra relação significativa interessante é entre o tempo de amamentação com peso, comprimento e perímetro cefálico, atuais, bem como com o indicador de violência contra criança, ou seja, quanto maior for o tempo de amamentação, maiores serão estas medidas. Nesse caso, merece destaque a questão da violência entre as 129 crianças em estudo, pois aquelas que tiveram um maior tempo de amamentação, em geral, foram crianças que também tiveram um indicador de violência maior.

Figura 6 - Correlograma das variáveis quantitativas



Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das crianças: o cenário encontrado

Os resultados do presente estudo são corroborados por outros estudos ao revelar predominância do sexo masculino dentre crianças menores de dois anos. Alguns autores demonstraram que o sexo masculino é um fator de risco para doenças na infância, como as respiratórias, em estudo que investigou o perfil de lactentes acompanhados em um serviço de referência em alergia, sendo a maioria (66%) meninos (FREIRE et al., 2012). Assim, deve-se atentar para este fato ao se planejarem ações que visem à prevenção de doenças e promoção à saúde infantil.

A faixa etária predominante das crianças estudadas foi entre seis e 12 meses de idade (31,8%), sendo a maioria delas de cor parda (16,2%).

6.2 Fatores sociodemográficos associados ao estado de saúde da criança

A característica do homem como a principal fonte de renda da família foi confirmada nessa pesquisa ao demonstrar que a maior parte dos responsáveis entrevistados, a maioria mulheres (87,6%), não possuía renda.

A predominância de entrevistados do sexo feminino apresentada nesse estudo reafirma a tradição milenar da mulher no cuidado já demonstrada por outros autores que apresentaram a figura materna como a principal provedora de cuidados aos lactentes (GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2015). A mãe é apontada como responsável pelo cuidado integral do filho em pesquisas acerca do cuidado à criança em domicílio (SILVA et al., 2012b).

Com relação à renda familiar, o presente estudo mostrou maior frequência de renda familiar correspondente a mais de um a dois salários mínimos (42,6%). Por se tratar de um estudo descritivo de corte transversal, não se pode estabelecer uma relação causal entre as variáveis. Pode-se, porém, levantar suspeitas acerca da influência direta dos achados referentes às condições socioeconômicas sobre a saúde das crianças.

Estudo acerca do perfil sociodemográfico dos familiares de lactentes afirma que a baixa renda familiar interfere na saúde da criança ao atuar sobre as condições de moradia e nutricionais, ocasionando déficit de crescimento (GUIMARÃES; TEIXEIRA, 2015). Por esse motivo, deve-se também considerar as condições socioeconômicas no processo de avaliação da saúde infantil.

6.3 Fatores clínico-epidemiológicos associados ao estado de saúde da criança

No tocante ao desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 10% das crianças de qualquer país nascem ou adquirem comprometimentos neurológicos, cognitivos ou sensoriais que interferirão no desenvolvimento. No Brasil, o censo de 2000 aponta para uma prevalência de cerca de 24,5 milhões de pessoas portadoras desses distúrbios do desenvolvimento, o que corresponde a 14,5% da população. O presente estudo demonstrou que 13 lactentes, que correspondem a 10,1% do total de crianças da área de abrangência da Unidade, apresentavam provável atraso no desenvolvimento. Considerou-se essa impressão diagnóstica para aqueles com ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior, para os que possuíam perímetro cefálico < -2 escores z ou $> +2$ escores z e para os que apresentavam três ou mais alterações fenotípicas. Ao se observar que nove crianças estavam com perímetro cefálico abaixo do esperado para a idade e quatro com perímetro cefálico acima do esperado para a idade, pode-se inferir que todos os atrasos no desenvolvimento encontrados estavam relacionados a essa alteração.

A importância da medida de perímetro cefálico se deve à sua correlação direta com o tamanho encefálico e, conseqüentemente, tem papel na detecção de anomalias, além de ser usada como um indicador nutricional da criança (GUIMARÃES et al., 2013).

Fatores de risco para o desenvolvimento foram observados em 16,3%. A Caderneta de Saúde da Criança, utilizada como referência nesse estudo, considera como fatores de risco para o desenvolvimento da criança: a ausência ou pré-natal incompleto; problemas na gestação, parto ou nascimento; prematuridade ($<$ de 37 semanas); peso abaixo de 2.500 g; icterícia grave; hospitalização no período neonatal; doenças graves, como meningite, traumatismo craniano e convulsões;

parentesco entre os pais; casos de deficiência ou doença mental na família; fatores de risco ambientais, como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa e suspeita de abuso sexual.

Sugere-se um estudo posterior que avalie os fatores de risco prevalentes para o desenvolvimento prevalente na população estudada. Seus resultados embasariam ações prioritárias de prevenção e promoção da saúde a serem efetivadas de forma intersetorial e por meio do trabalho em equipe.

Para avaliação do crescimento da criança (perímetro cefálico, peso, comprimento e IMC) o presente estudo utilizou as curvas preconizadas pela OMS em 2006 e adotadas pelo Ministério da Saúde na Caderneta de Saúde da Criança.

Com relação aos valores de IMC, esse estudo apresenta frequências de crianças com magreza (6,2%), sobrepeso (3,9%) e obesidade (0,8%) que contrariam as taxas demonstradas por outros autores. Estudo que avaliou crianças menores de quatro anos de idade em Feira de Santana encontrou taxa de 12,5% com sobrepeso e apresentou como características associadas positivamente ao sobrepeso o peso adequado ao nascer, primiparidade e trabalho materno fora de casa aos quatro meses de idade da criança (JESUS et al., 2010).

Em pesquisa realizada com crianças pobres no Mato Grosso do Sul, a prevalência de baixo peso e obesidade foram menores em municípios com menor desigualdade de distribuição de renda em ambos os sexos (SILVA; NUNES, 2015).

Ao demonstrar que 13,2% das crianças foram consideradas com risco de sobrepeso, os profissionais devem estar atentos para o fato de que o consumo energético durante a infância determina o ganho de peso e pode influenciar o risco de desenvolver obesidade na adolescência e vida adulta (JESUS et al., 2010).

Estudo que verificou a associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças em Porto Alegre/RS, observou que o aleitamento materno exclusivo foi um fator de proteção contra a magreza acentuada. Como fatores de proteção contra o sobrepeso, risco para sobrepeso e obesidade foram identificados o fato de estar sendo amamentado e de ter sido amamentado (BREIGEIRON et al., 2015).

Quanto à suplementação de ferro, apesar do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, instituído pela Portaria nº 730 de 13 de maio de 2005, que

determina a obrigatoriedade de administração profilática de suplementos de ferro às crianças de seis a 24 meses de idade, objetivando a prevenção e controle da anemia no Brasil, esse estudo observou que 18,6% das crianças com seis meses ou mais de idade, a suplementação de ferro não havia sido prescrita e em outros 17 lactentes houve interrupção do uso.

Dados semelhantes foram observados com relação à suplementação de vitamina A, que não foi prescrita para 21 crianças, apesar de estarem com seis meses ou mais no dia da entrevista e em outros 15, houve interrupção da profilaxia. A deficiência de vitamina A é considerada uma das mais importantes deficiências nutricionais dos países em desenvolvimento, sendo a principal causa de cegueira evitável (BRASIL, 2013).

6.4 Fatores associados às situações de violência doméstica sofrida pelas crianças

Os resultados do presente estudo apontaram para a existência de 14% de violência doméstica em crianças menores de dois anos.

Com relação à variável sexo da criança, o presente estudo demonstrou predomínio de violência doméstica entre aquelas do sexo masculino. Em concordância a esse resultado, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), do Ministério da Saúde, demonstrou que as mais acometidas na faixa etária de 0 a 9 anos de idade eram do sexo masculino, sendo a agressão física a forma de violência mais observada (BRASIL, 2011). Em contrapartida, outros autores observaram maior frequência de notificações de violências em crianças do sexo feminino, sendo que a forma de violência predominante entre elas foi a sexual (RATES et al., 2015).

Quanto à faixa etária em que ocorreram as violências, houve maior número de casos (sete) naqueles com idade entre seis e 12 meses. Porém, deve-se também atentar para a existência de dois casos de violência demonstrada em lactentes que possuíam de 0 a 3 meses de vida. Estudo que realizou uma análise das notificações de violência em crianças entre zero e nove anos no Brasil, observou que 33% das crianças tinham entre zero e um, 35,8% de dois a cinco e 31,2% de seis a nove anos de idade (RATES et al., 2015).

No tocante à faixa etária do entrevistado, houve predomínio de violência (20%) nos casos em que o responsável era adolescente.

Ainda com relação às condições sociodemográficas, ressalta-se que houve predomínio de violência doméstica contra criança nos casos em que o entrevistado não tinha o ensino fundamental.

No que se refere à renda do entrevistado, os resultados mostraram que quanto menor a renda, maior foi a frequência de violência infantil, uma vez que não houve casos naqueles que recebiam mais de três a cinco salários mínimos, encontrou-se 7,7% de violência naqueles que recebiam mais de um a três salários mínimos (um caso), 10,5% nos que recebiam até um salário mínimo (dois casos) e 14% nos casos em que o responsável informou não possuir renda (13 casos).

Ao se analisar a variável ocupação do entrevistado, foram encontrados 13 relatos de violência entre aqueles que estavam desempregados, sendo que para outras ocupações foram encontrados um máximo de dois casos.

Estudo observou que a maior ocorrência de homicídios em Betim/MG de 2006 a 2011 foi em áreas de maior vulnerabilidade social e de menor qualidade de vida urbana, confirmando a associação entre violência e fatores socioeconômicos demonstrada no presente estudo (TAVARES et al., 2016).

Houve predomínio de casos de violência contra criança dentre os responsáveis que afirmaram acreditar ser possível preveni-la (15%) quando comparados aos que não acreditavam em sua prevenção (5,6%)

Os resultados apresentados permitem inferir que a violência interfere no desenvolvimento das crianças, já que houve predomínio de casos entre os lactentes com provável atraso no desenvolvimento (30,8%) e entre aqueles com fatores de risco para atraso no desenvolvimento (19%).

A violência também parece interferir no crescimento, já que houve predomínio de casos entre as crianças com perímetro cefálico abaixo do esperado para a idade, entre os que estavam com peso muito baixo para a idade, comprimento muito baixo para a idade e entre os lactentes com sobrepeso.

Dados que também merecem atenção das equipes são os que demonstraram o predomínio de violência contra criança nos casos em que houve interrupção da suplementação de ferro e vitamina A.

Assim como demonstrado por outros autores, a importante subnotificação ainda existente nos serviços constitui um dos principais limites na investigação da violência. O aperfeiçoamento da vigilância e comprometimento dos gestores e equipes técnicas sensibilizados com o tema aproxima mais as informações da violência real praticada nos territórios e dentro de das famílias (RATES et al., 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro e demais profissionais de saúde devem conhecer a realidade de vida dos usuários sob sua responsabilidade de atenção, cujas condições sociais, econômicas e culturais não podem ser dissociadas do processo saúde-doença.

Dessa forma, estudar o perfil de saúde e de violências de uma população permite a identificação dos principais problemas existentes e contribui para o planejamento das ações na Atenção Primária ao atuar como ferramenta de apoio, melhorando a qualidade da assistência prestada.

Além disso, o presente estudo também se constitui em subsídio de apoio para a elaboração de políticas públicas que visem a prevenção de doenças e promoção à saúde dos lactentes.

REFERÊNCIAS

ALONZO, H. G. A. et al. Saúde ambiental e Atenção Primária à Saúde nos microterritórios: a taxa de mortalidade infantil para subsidiar a atuação da equipe de saúde. **Rev. Salud. Ambiente**, v.13, n.1, p.44-52, 2013.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Públ.**, v.25, n.3, p.583-595, 2009.

AMARAL, T. M. R. et al. SAUVI: inquérito domiciliar sobre saúde e prevenção de violência em Betim/MG. 2015. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=4843&id_atividade=582&tipo=>. Disponível em: 7 jun 2015.

AURRECOECHEA, B. D.; JIMÉNEZ, C. V. La pediatría de atención primaria em el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. **Gac. Sanit.**, v.26, n.S, p.82-87, 2012.

BARROS, M. C. P. B. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud em la atención primaria. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v.22, n.3, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de dezembro de 1988. Texto constitucional de 5 de Outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 64/2010 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei federal nº 8069**, de 13 de julho de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Publicado no DOU em 16/7/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm>. Acesso em: 23 de junho de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicado no DOU de 20/9/1990. Brasília, 1990b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.2, n.2, p.193-200. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Série F. Comunicação e Educação em saúde. 2ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.** Primary Care Assessment Tool (PCATool). Brasília, 2010.

BRASIL. Sociedade de Pediatria de São Paulo. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência** / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer – Brasília: CFM, 2011. 172 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2011. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 33.** Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 2012. 272p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. 110p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança – Menino.** 8.ed. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2015.

BREIGEIRON, M. K. et al. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n.esp., p.47-54, 2015.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n.1, p.61-71, 2011.

CAMPOS, A. G. Planejamento estratégico situacional na atenção básica: solucionando problemas e reinventando ações. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v.22, n.3, p.151-156, 2009.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.**, v.2, n.6, p.133-147, 2006.

CARVALHO, E. B. **A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Estratégia Saúde da Família**. 111f. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - UFPE, Recife, 2012.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QUALIAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

CHIMARA, M. B. et al. Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade Tiradentes. **Rev. Gestão Sist. Saúde**, v.2, n.2, p.174-197, 2013.

COSTA, D. K. G. et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trab. Educ. Saúde**, v.13, supl.2, p.79-95, 2015.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, v.16, n.7, p.3229-3240, 2011.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.esp., p.787-92, 2007.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. **Rev., Bras. Psiquiatr.**, v.22, Supl.II, p55-58, 2000.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, v.44, n.3, p.789-795, 2010.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Públ.**, v.19, n.6, p. 1691-1699, 2003.

FINKLER, A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v.27, n.6, p.548-553, 2014.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.19, n.12, p.485-4860, 2014.

FREIRE, F. A. et al. Perfil de lactantes sibilantes acompanhados em serviço de referência: avaliação de dez anos. **Rev. Bras. Alerg. Immunopatol.**, v. 35, n. 2, p.71-77, 2012.

FROTA, M. A. et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.3, p.129-132, 2010.

GAUTERIO, D. P. et al. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.3, p.508-513, 2012.

GOULART, L. M. H. F. et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.26, n.2, p.106-112, 2008.

GUIMARÃES, A. F. et al. Risco de atraso no desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.31, n.4, p.452-458, 2013.

GUIMARÃES, M. V. R.; TEIXEIRA, E. R. Perfil sociodemográfico dos familiares de lactentes com doenças respiratórias em ambulatório de pediatria. **Rev. Enferm. UFPE** [on-line], Recife, v.9, n.1, p.23-31, jan., 2015.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Públ.**, v.22, n.8, p. 1649-1659, 2006.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comun.**, v. 8, n.29, p.244-255, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/texto_discussao_24.pdf> Acesso em: 08 dezembro 2011.

JESUS, G. M. et al. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade. **J. Pediatr.**, v.86, n.4, p.311-316, Porto Alegre July/Aug. 2010

JODAS, D. A. et al. Atendimento à criança e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p.669-675, 2011.

LARA, L. et al. Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. *Estud. Pesq. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 395-415, 2012.

LEÃO, E. **Pediatria ambulatorial**. 3.ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1998. 908p.

LEÃO, C. D. A. et al. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n.3, p.323-334, 2011.

MACHADO, J. C. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.828-840, 2014.

MATTOS, A. T. R. et al. Índice de saúde aplicado ao município de Araraquara, SO: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.16, n.1, p.210-222, 2013.

MELLO, D. F. et al. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.15, 2007 (número especial).

MOMOI, C. et al. Saúde da criança: fatores de risco aplicados em programas de atenção básica à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.2, p.231-237, 2012.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.3, p.79-91, 2014.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, supl.1, p. S69-S81, 2010.

NAKAMURA, E. et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v.17, n.2, 2009.

OLIVEIRA, L. L. et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.30, n.4, p.479-485, 2012.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2015.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. **Funciones esenciales de salud pública**: una perspectiva desde las prácticas sociales. Marco de referencia para una discusión regional. Washington, 1988.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. **La Salud Pública en las Américas**: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, 2002.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. **Sistema de Estrategia Salud basados em la atención primaria de salud**: estratégias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, 2005.

PINA, J. C. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco de anos. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.2, p.142-148, 2009.

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

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.3, p.500-507, 2009.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.1, p.136-146, 2011.

RATES, S. M. M. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil, 2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.655-665, 2015.

SANTANA, F. R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.2, p.422-429, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>>. Acesso em: 17 de junho de 2015.

SANTANA, M., et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância de óbitos infantis. **Rev. Saúde Públ.**, v.46, n.1, p.59-67, 2012.

SANTOS, P. T. et al. Necessidades de saúde na Atenção Primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.6, p.788-795, 2010.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.1, p. 92-98, 2010.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.3, p.424-429, 2009.

SILVA, D. A. S.; NUNES, H. E. G. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.18, n.2, p.466-475, abr.-jun. 2015.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Públ.**, v.26, n.6, p.1187-1193, 2010.

SILVA, T. M. R. et al. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.20, n.5, p.935-943, 2012a.

SILVA, M. D. B. et al. Fatores socioeconômicos e culturais do cuidado materno na doença respiratória infantil. **J. Nurs. UFPE** [Internet], v.18, n.6, p.2335-2341 Oct. 2012b. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2898/pdf_1530. Acesso em: maio/2016.

SILVA, S. A.; MOURA, E. C. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Públ.**, v.26, n.2, p.273-285, 2010.

SOUSA, F. G. M. et al. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n.4, p.701-707, 2010.


STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726p.


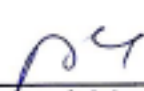
SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.19, n.2, p.333-342, 2014.

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

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 7 jun 2015.

ANEXO A

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS CADASTRADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BÉTIM-MG CONHECER PARA INTERVIR		2. Número de Participantes da Pesquisa 256	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome CRISTIANE DE FREITAS CUNHA			
6. CPF: 647.022.358-72	7. Endereço (Rua, n.º) PROFESSOR ALFREDO BALENA SANTA EFIGÊNIA 190 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30130100		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (31) 3425-8668	10. Outro Telefone:	11. E-mail: cristanede FreitasCunha@gmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>20</u> / <u>04</u> / <u>2015</u></p> <p> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Minas Gerais	14. CNPJ: 17.217.965/0048-06	15. Unidade/Orgão: PRO REITORIA DE PESQUISA	
16. Telefone:	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição le em condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Tarcizo Afonso Nunes</u> CPF: <u>097.439.056-00</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretor</u></p> <p>Data: <u>22</u> / <u>05</u> / <u>2015</u></p> <p> Assinatura</p> <p>Prof. Tarcizo Afonso Nunes Diretor do Instituto de Medicina do UFMG Inscrição UFMG 245348 Inscrição SIABE 03/15701</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica			



ANEXO B



Betim, 9 de fevereiro de 2015.

CARTA DE ANUÊNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa por Raquel Freitas Cunha de Faria, orientada por Dr^a. Cristiane de F. Cunha Grillo, responsáveis pelo projeto: **“Perfil clínico-epidemiológico e social das crianças de 0 a 2 anos cadastradas em uma unidade básica de saúde da família do município de Betim-MG: conhecer para intervir”**, que tem como objetivo “Avaliar o perfil clínico-epidemiológico e social das crianças de 0 a 2 anos cadastradas em uma unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Município de Betim, MG.”, consideramos que:


- 1- O projeto pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino e serviço, faz parte das diretrizes da Educação em Saúde do SUS/Betim;
- 3- A execução do projeto foi autorizada pela Diretoria Operacional da Saúde;


Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado **somente após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente, caso tenha, e Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Betim – CEPBETIM.**

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa, a participação do SUS/Betim.

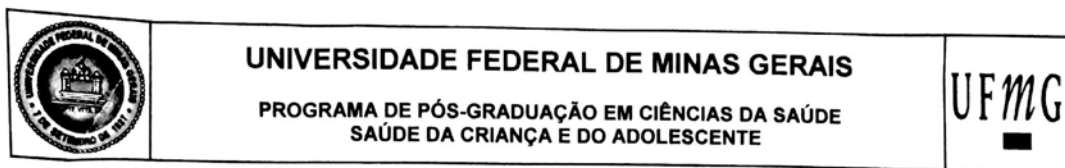
À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


 Joyce Pedrosa de O. S. Andrade
 Diretora de Educação em Saúde
 SMS/SUS Betim


 Rásvio dos Reis Santos Junior
 Secretário Municipal de Saúde
 Gestor do SUS/Betim

ANEXO C



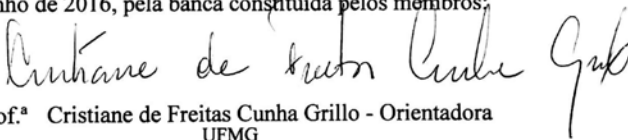
FOLHA DE APROVAÇÃO

PERFIL DE SAÚDE E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR LACTENTES ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BETIM, MINAS GERAIS: CONHECER PARA INTERVIR

RAQUEL FREITAS CUNHA DE FARIA

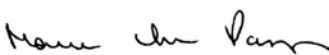
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em 09 de junho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


 Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo - Orientadora
 UFMG


 Prof.^a Elza Machado de Melo - Coorientadora
 UFMG


 Prof.^a Matilde Meire Miranda Cadete
 UNA


 Prof.^a Márcia Rocha Parizzi
 SMSA - PBH

Belo Horizonte, 9 de junho de 2016.

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA
RAQUEL FREITAS CUNHA DE FARIA

Realizou-se, no dia 09 de junho de 2016, às 09:00 horas, sala 340, 3º andar da Faculdade Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada "PERFIL DE SAÚDE E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR LACTENTES ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BETIM, MINAS GERAIS: CONHECER PARA INTERVIR", apresentada por RAQUEL FREITAS CUNHA DE FARIA, número de registro 2014652893, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente à seguinte Comissão Examinadora formada pelas Professoras Doutoras Cristiane de Freitas Cunha Grillo - Orientadora (UFMG), Elza Machado de Melo (UFMG), Matilde Meire Miranda Cadete (UNA), Márcia Rocha Parizzi (SMSA - PBH).

A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Reprovada

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

Belo Horizonte, 09 de junho de 2016.

Cristiane de Freitas Cunha Grillo
 Prof.ª Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Doutora)

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

Matilde Meire Miranda Cadete
 Prof.ª Matilde Meire Miranda Cadete (Doutora)

Márcia Rocha Parizzi
 Prof.ª Márcia Rocha Parizzi (Doutora)

10/1/2016
 Centro de Pós-Graduação
 Faculdade de Medicina - UFMG
 Av. Prof. Alfredo Baena, 190 - 3º
 CEP: 31270-900 - Funcionários - BH

10/1/2016
 COM O ORIGINAL
 Centro de Pós-Graduação
 Faculdade de Medicina - UFMG

APÊNDICE A

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Data da coleta de dados: ____/____/____

Nome da criança: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade em meses: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Raça/cor/etnia: () Branca () Parda () Negra () Indígena () Amarela

Nº do Cartão Nacional do SUS (CNS): _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Número do Prontuário na UBS: _____ ACS: _____

DADOS DO NASCIMENTO DA CRIANÇA

Peso ao nascer: _____g Comprimento ao nascer: _____cm Perímetro cefálico: _____cm

Apgar: 1º min: ____ 5º min: ____ Idade gestacional: _____semanas _____dias

REALIZA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO?

- () Criança ainda não completou 6 meses.
- () Criança tem 6 meses ou mais, porém a suplementação de ferro não foi prescrita.
- () Criança realiza suplementação de ferro.
- () Criança interrompeu a suplementação de ferro.

REALIZA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A?

- () Criança ainda não completou 6 meses.
- () Criança tem 6 meses ou mais, porém a suplementação de vitamina A não foi prescrita.
- () Criança realiza suplementação de vitamina A.
- () Criança interrompeu a suplementação de vitamina A.

SITUAÇÃO VACINAL

- () Esquema vacinal em dia.
- () Esquema vacinal em atraso.

DADOS DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Foi amamentada no peito? () Sim () Não

Por quanto tempo foi amamentada no peito? () Até ____ meses () Ainda mama no peito

Por quanto tempo foi amamentada **só no peito** (sem nenhuma complementação como água, chá, leite, papinhas e outros alimentos infantis)? () Até ____ meses () Ainda mama **só** no peito

DADOS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Impressão diagnóstica após avaliação do desenvolvimento:

- () Provável atraso no desenvolvimento.
- () Alerta para o desenvolvimento.
- () Desenvolvimento adequado com fatores de risco.
- () Desenvolvimento adequado.

DADOS DO CRESCIMENTO DA CRIANÇA**Perímetro cefálico:** _____cm

- Acima do esperado para a idade
- Adequado para a idade
- Abaixo do esperado para a idade

Peso: _____kg

- Elevado para a idade
- Adequado para a idade
- Baixo para a idade
- Muito baixo para a idade

Comprimento: _____cm

- Elevado para a idade
- Adequado para a idade
- Baixo para a idade
- Muito baixo para a idade

IMC: _____kg/m²

- Obesidade
- Sobrepeso
- Risco de sobrepeso
- Adequado
- Magreza
- Magreza acentuada

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

DADOS DO ENTREVISTADO (MÃE OU RESPONSÁVEL)	
1. Nome:	
2. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino	
3. Estado Civil () 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Viúvo () 4. União estável (amasiado, amigado) () 5. Separado/divorciado	
4. Cor ou raça: () 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena	
5. Parentesco com a criança: () 1. Pai / Mãe () 2. Padrasto / Madrasta () 3. Avó / Avó () 4. Outro parente. Qual? _____ () 5. Outro não parente. Qual? _____	
6. Ocupação / atividade:	
7. Qual é a renda do(a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00) () 1. Até um salário mínimo (até R\$724,00) () 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos (mais de R\$724,00 até R\$2172,00). () 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos (mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) () 4. Mais de 5 salários mínimos. (mais de R\$ 3620,00) () 5. Não possui renda	
8. Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00) () 1. Até um salário mínimo (até R\$ 724,00) () 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) () 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) () 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) () 5. Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) () 6. Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) () 7. Ninguém possui renda na minha família	
9. A casa onde o(a) Sr.(a) mora é: () 1. Própria e quitada () 2. Cedida () 3. Alugada () 4. Ocupada por invasão () 5. Financiada () 6. Outro	
10. Quantos banheiros existem na sua casa? _____ banheiros	
11. Quantos cômodos a sua casa tem? _____ cômodos	
12. O(a) Sr.(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
13. Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde? _____ pessoas	
14. Existe Unidade Básica de Saúde / Posto de Saúde perto da sua casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	

Quais os tipos de veículos que os moradores da sua casa possuem?		
15. Bicicleta	()1. Sim ()2. Não	
16. Automóvel ou caminhonete	()1. Sim ()2. Não	
17. Motocicleta	()1. Sim ()2. Não	
18. Van ou Ônibus	()1. Sim ()2. Não	
19. Caminhão	()1. Sim ()2. Não	
20. Outro.	()1. Sim ()2. Não	
21. Qual? _____		
22. Na sua casa, existem pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa? (Idoso, pessoa com deficiência, doenças crônicas, doença mental, etc.)		
()1. Sim ()2. Não		
23. Quantas pessoas se encontram nessa condição de precisar de cuidados de outros?		
_____pessoas ()888.NSA		
24. Quantas pessoas moram na sua casa?		
_____pessoas		

2

Folha para informações sobre os moradores (o entrevistado entra neste quadro e é a referência para os demais – pessoa 1)

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES.					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
Pessoa 1 (o entrevistado)	_____	_____	_____	()1. Nunca estudou ()2. Nunca estudou, mas sabe ler e escrever ()3. Alfabetização de jovens e adultos ()4. Até a 4ª série do ensino fundamental ()5. Até a 8ª série do ensino fundamental ()6. Ensino médio completo ()7. Ensino médio incompleto ()8. Nível superior completo ()9. Nível superior incompleto ()10. Pós-graduação	()1. Trabalho formal ()2. Trabalho informal ()3. Aposentado por invalidez ()4. Aposentado por tempo de serviço ()5. Aposentado, mas trabalhando ()6. Desempregado ()7. Trabalho familiar ()8. Benefício Social. Qual? _____ ()9. Estudante ()888. NSA (criança)
Pessoa 2					
Pessoa 3					
Pessoa 4					
Pessoa 5					
Pessoa 6					
Pessoa 7					
Pessoa 8					
Pessoa 9					
Pessoa 10					

3

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA	
25. Quanto tempo após o nascimento a criança se consultou com profissional de saúde? (desconsiderar maternidade) ___ dias ___ meses ___ anos ()1. Não sei ()888 NSA	
26. Nos últimos 12 meses, a criança precisou ser internada? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 28	
27. Por qual motivo esta internação ocorreu? (Se houver mais de uma, considerar a última) ()1. Acidente ou lesão ()2. Tratamento clínico ()3. Tratamento cirúrgico ()4. Exame médico ()5. Problema de saúde mental ()6. Outro problema ()7. Não sei ()888. NSA	
28. Nos últimos 12 meses, a criança foi ao dentista? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
29. Por qual motivo? (Considere a última vez que a criança foi ao dentista) ()1. Prevenção/controle ()2. Tratamento dentário ()3. Dor ()4. Acidente ()5. Não foi ao dentista ()6. Não sei ()888. NSA	
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem a criança?	
30. Com conversa, orientação, negociação ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
31. Param de conversar ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
32. Gritam ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
33. Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
34. Trancam no quarto, colocam em um canto ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
35. Usam medidas humilhantes / constrangedoras ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
36. Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
37. Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
38. Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
39. Amarram ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
40. Outra coisa ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
Nos últimos 12 meses, a criança presenciou cenas violentas, como:	
41. Agressão física, por força corporal/espancamento ()1.sim ()2.Não	
42. Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não	
43. Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) ()1.sim ()2.Não	
44. Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra) ()1.sim ()2.Não	
45. Agressão com arremesso de substância/objeto ()1.sim ()2.Não	
46. Envenenamento ()1.sim ()2.Não	
47. Agressão Sexual ()1.sim ()2.Não	
48. Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) ()1.sim ()2.Não	
49. Outras ()1.sim ()2.Não	

Na sua casa, a criança já passou por alguma das situações descritas abaixo?:				Quem foi o agressor?	
50. Sofreu xingos, ameaças	()1sim	()2.Não		51. _____	()888.NSA
52. Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação")	()1sim	()2.Não		53. _____	()888.NSA
54. 85. Foi machucada por correção	()1sim	()2.Não		55. _____	()888.NSA
56. Foi ameaçada/ferida por arma de fogo	()1sim	()2.Não		57. _____	()888.NSA
58. Foi ameaçada/ferida por arma branca	()1sim	()2.Não		59. _____	()888.NSA
60. Perdeu à força objetos pessoais	()1sim	()2.Não		61. _____	()888.NSA
62. Teve a mesada cortada	()1sim	()2.Não		63. _____	()888.NSA
64. Ficou trancada no quarto/canto (mais de 1/2h)	()1sim	()2.Não		65. _____	()888.NSA
66. Sofreu humilhação ou constrangimento	()1sim	()2.Não		67. _____	()888.NSA
68. Apanhou com a mão (palmada)	()1sim	()2.Não		69. _____	()888.NSA
70. Apanhou/foi ferida com objeto	()1sim	()2.Não		71. _____	()888.NSA
72. Foi amarrada	()1sim	()2.Não		73. _____	()888.NSA
74. Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos	()1sim	()2.Não			
75. Ficou só em casa sem a presença de adulto	()1sim	()2.Não			
76. Teve livre acesso a lugares altos ou à rua	()1sim	()2.Não			
ATENÇÃO: Se a resposta for não para todas as questões de 50 a 76, pule para a questão 86					
77. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança foi levada a algum serviço de saúde? ()1.Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA					
78. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança precisou ficar internada por 24 horas ou mais? ()1.Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA					
A criança teve ou ficou com alguma seqüela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão?					
79. Emocionais / Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
80. Física (lesão, deformidade, cicatrizes)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
81. Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
82. Outros	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
83. Foi feita denúncia da agressão? ()1.Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA					
84. A criança foi encaminhada para serviço de proteção à criança? ()1.Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA					
85. Se sim, para qual serviço a criança foi encaminhada? ()1. Delegacia de Polícia ()2. Conselho Tutelar da criança ()3. Promotoria da Criança ()4. Outros ()5. Não foi encaminhada ()6. Não sei ()888.NSA					
86. Na sua casa, alguma criança morreu? ()1.Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 89					
87. Se alguma criança morreu, qual foi a causa? ()888.NSA					
88. Se sim, qual idade a criança tinha? _____ ()888.NSA (Se mais de uma criança morreu, considere a que morreu por último)					

5

VIOLÊNCIA					
O sr(a) ou alguém que reside ou residia na casa já sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?				Quem foi o agressor?	
89. Física	()1.sim	()2.Não		90. _____	()888NSA
91. Verbal	()1.sim	()2.Não		92. _____	()888NSA
93. Moral ou Psicológica	()1.sim	()2.Não		94. _____	()888NSA
95. Sexual	()1.sim	()2.Não		96. _____	()888NSA
97. Discriminação por racismo	()1.sim	()2.Não		98. _____	()888NSA
99. Falta de acesso a direitos sociais	()1.sim	()2.Não		100. _____	()888NSA
101. Falta dos cuidados necessários	()1.sim	()2.Não		102. _____	()888NSA
ATENÇÃO: se as respostas das questões de 89 a 102 forem NÃO, finalize este módulo.					
Se o Sr(a) ou alguém de sua casa sofreu violência física, ela foi cometida com:					
103. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
104. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
105. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
106. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
107. Arremesso de substância/objeto quente	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
108. Lançamento de objetos	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
109. Envenenamento	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	
110. Outra coisa	()1.sim	()2.Não		()888.NSA	

6

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

SAÚDE	
111. O Sr(a) ou alguém da sua família é portador de alguma deficiência? ()1. Sim ()2. Não	
112. Se sim, qual?	
113. Em relação ao uso de cigarro, o (a) Sr.(a) ou alguém da família : ()1. Fuma. Quem? _____ ()2. É ex fumante. Quem? _____ ()3. Nunca fumamos	
Se não fumam ou nunca fumaram, pule para a questão 115	
114. Quantos cigarros o (a) Sr.(a) ou alguém da família fuma por dia? _____ cigarros/dia ()888. NSA	
O (a) Sr.(a) ou alguém da família usa alguma das seguintes drogas?	
115. Maconha ()1.Sim.Quem?? ()2. Não	
116. Cocaína/heroína ()1.Sim.Quem? ()2. Não	
117. Crack ()1.Sim.Quem? ()2. Não	
118. LSD ou ácido (ecstasy) ()1.Sim.Quem? ()2. Não	
119. Chá de cogumelo ()1.Sim.Quem? ()2. Não	
120. Benzina, tinner, solvente ou cola ()1.Sim.Quem? ()2. Não	
121. Outra (s) ()1.Sim.Quem? ()2. Não	
122. O (a) Sr.(a) ou alguém da família ingere bebida alcoólica? ()1. Sim.Quem? ()2. Não ()3. Já bebemos, mas não bebemos mais	
ATENÇÃO: caso a resposta seja Não ou Não bebemos mais, encerre este módulo.	
Que tipo de bebida?	
123. Fermentada (cerveja, vinho) ()1. Sim ()2. Não ()888 NSA	
124. Destilada (whisky, cachaça,etc.) ()1. sim ()2. Não ()888NSA	
125. Composta (licor) ()1. sim ()2. Não ()888NSA	
126. Outra (s) ()1. sim ()2. Não ()888 NSA	
127. Quantos dias por semana ingere bebida alcoólica? _____ ()888. NSA	
TRABALHO	
128. O(a) Sr.(a) trabalhou nos últimos 12 meses? ()1. Sim ()2. Não	
Se marcou sim, pular para 130	
129. Nos últimos 12 meses, qual a principal razão do (a) Sr.(a) não ter trabalhado? ()1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos ()2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho ()3. Estudos/treinamento ()4. Aposentado por tempo de trabalho/idade ()5. Aposentado por doença/invalidez ()6. Afastado por problema de saúde ()7. Outra ()888.NSA	
130. Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha? ()1. Sim ()2. Não	
Se a resposta for NÃO, finalize este módulo	

<p>131. Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana?</p> <p>() 1. até 20 horas semanais () 2. 21 a 30 horas semanais () 3. 31 a 40 horas semanais () 4. 41 a 44 horas semanais () 5. Mais de 44 horas semanais () 888. NSA</p>	
--	--

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
<p>132. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei</p>	
<p>133. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na região para a abordagem e prevenção da violência?</p> <p>() 1. Sim. () 2. Não</p>	
<p>134. Se sim, liste:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>135. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo que atue aqui na região dando apoio e assistência a vítimas de violência?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p>	
<p>136. Se sim, liste:</p> <p>_____</p>	
<p>137. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores que atue aqui na região?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p>	
<p>138. Se conhece, liste: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>139. O (a) Sr.(a) acha que há no seu município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei</p>	

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezados(as) responsáveis, convidamos os(as) senhores(as) a participarem da pesquisa **Perfil de saúde de crianças menores de dois anos em uma comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família: conhecer para intervir**, que tem como principal objetivo avaliar as condições de saúde de todas as crianças até dois anos de idade cadastradas na Unidade de Atenção Primária à Saúde CAIC, no bairro Capelinha, em Betim, Minas Gerais.

As informações obtidas contribuirão para a organização do processo de trabalho, uma vez que servirão como ferramenta de planejamento de ações individuais e coletivas que visam o enfrentamento dos principais problemas identificados na população de estudo.

Nesta pesquisa, será necessário que o(a) sr(a) responda a um questionário sobre características sociodemográficas, condições de moradia, violência, hábitos de vida, trabalho e condições de saúde da criança. Além disto, a criança será submetida a uma avaliação pelos médicos e enfermeiros da unidade, a fim de analisar seu crescimento e desenvolvimento.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. Os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, a identidade dos participantes não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

Não há qualquer tipo de despesa para o participante da pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à participação.

As questões presentes no questionário poderão gerar desconforto ou constrangimento. No entanto, todos os cuidados para minimização dos riscos serão tomados por parte da equipe de pesquisa.

O(A) Sr(a), como voluntário(a), pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo na relação com os pesquisadores ou com a unidade de saúde.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP):

Pesquisadora Responsável
Cristiane de Freitas Cunha
(31) 8797-2046

Pesquisadora Assistente
Raquel F. Cunha de Faria
(31) 8461-1242

COEP-UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627,
Unidade Adm. II, 2º andar sl
2005. Campus Pampulha, BH
Tel: 3409-4592

cristianedefreitasacunha@gmail.com

quelcunhafc@yahoo.com.br

Eu, _____ aceito participar da pesquisa respondendo ao questionário sobre as condições de saúde da criança _____ pela qual sou responsável.

Data: ____ de _____ de 2015.

Assinatura: _____