



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**MONIQUE BORSATO SILVA FILARDI**

**VIOLÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DO  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE  
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

Alfenas – MG  
2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**VIOLÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DO  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE  
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, MG, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim.

Co-orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira.

Alfenas  
2014

Filardi, Monique Borsato Silva.

Violência no Estado de Minas Gerais: análise do sistema de informação de agravos de notificação compulsória / Monique Borsato Silva Filardi. - 2014.

84 f. -

Orientadora: Clícia Valim Côrtes Gradim.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

Bibliografia.

1. Violência. 2. Notificação de abuso. 3. Vigilância em saúde pública. I. Gradim, Clícia Valim Côrtes. II. Título.

CDD: 614





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG  
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



MONIQUE BORSATO SILVA FILARDI

“VIOLÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DO SISTEMA DE  
INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Dissertação apresentada como parte dos  
requisitos para a obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem pela Universidade Federal de  
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 13 / 2 / 2014

Profª. Drª. Clícia Valim Côrtes Gradim  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG  
– UNIFAL-MG


Assinatura: Clícia Valim Côrtes Gradim

Profª. Drª. Zeyne Alves Pires Scherer  
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto - USP

Assinatura: Zeyne Alves Pires Scherer

Profª. Drª. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG  
– UNIFAL-MG

Assinatura: Eliana Peres Rocha Carvalho Leite




A DEUS, pelo dom da vida.

À Maria Júlia, pelo simples presente de ser sua MÃE,  
amor incondicional de minha vida.

Ao meu marido Marcelo, para compensá-lo das horas em  
que me afastei do nosso convívio para concluir este  
trabalho e para agradecê-lo de todo apoio ofertado e amor  
comungado.

Aos meus pais João e Terezinha, pela responsabilidade  
na construção de todo o alicerce de minha formação.





"A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida,  
a liberdade do ser humano."

(PAPA JOÃO PAULO II, [20--]).

## AGRADECIMENTOS

À Nossa Senhora das Graças, pelas graças alcançadas;

À Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim, pela paciência aos atropelos de conciliar minha vida profissional e estudantil. Pelo exemplo de competência, de paixão pela docência, pelo “ser mulher” e pelo “fazer”. E, sobretudo, pela grande amizade. Minha sincera admiração e reconhecimento;

Ao Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, pelo acolhimento e por compartilhar as dificuldades em lidar com um banco de dados extenso. E, ainda, pelas excelentes aulas de estatística que embasaram a construção desta obra;


À minha irmã Camila que esteve sempre com minha filha em minhas ausências;


À minha querida Avó Amália que sempre se orgulhou de seus netos e netas. Obrigada por tudo;

À minha sogra Marília e a meu sogro Tibério, pelo apoio em forma de orações;

Aos familiares, cunhados (as) tios (as) e primos (as), por alegrarem tanto a minha vida;





À Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, pelas contribuições para a melhoria do trabalho e pela imensa simpatia; 

À Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer, pelas importantes contribuições para a finalização deste trabalho;


Aos amigos da Superintendência Regional de Saúde de Varginha, por vivenciarem cada árduo momento e sempre prestarem apoio;

Aos profissionais de saúde, por proporcionarem a oportunidade de identificar um problema e traçar um objeto de estudo;

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por proporcionar meu afastamento parcial para a realização deste estudo e por contribuir com as informações prestadas.

## RESUMO

Diante da caracterização da violência como problema de saúde pública, o Brasil tem implementado estratégias de notificação do agravo para possibilitar a identificação de prioridades a serem tratadas pelas políticas públicas que realmente possam coibir e prevenir esse fenômeno e promover a saúde da população exposta. Este é um estudo epidemiológico descritivo-exploratório de desenho individual-observacional-transversal que objetivou analisar a qualidade das informações sobre violência doméstica, sexual e outras geradas a partir do banco de dados do Sistema de Agravos de Notificação compulsória (SINAN) no estado de Minas Gerais nos anos de 2010-2011, bem como caracterizar os atendimentos notificados. Para a análise da qualidade, foram avaliadas as incompletitudes e inconsistências dos dados nas fichas de notificação/investigação. As inconsistências foram verificadas por meio um instrumento elaborado com definição das possíveis inconformidades entre os campos relacionados. Como incompletitudes, foram considerados os registros preenchidos como ignorados ou em branco. A categorização foi realizada da seguinte forma: baixa (< 10% de registros sem preenchimento); regular (11 a 30%) e alta (> 30%). A caracterização dos casos notificados foi realizada por meio da análise do sexo; da faixa etária; da raça/cor da pele das vítimas; do local de ocorrência e da relação com o agressor, comparadas à tipologia da violência. Para as análises estatísticas descritivas e analíticas, foi empregado o *software* SPSS, versão 17, utilizando o teste Qui-quadrado, o Exato de Fischer com estabelecimento de 95% de confiança e margem de erro de 5%. Por meio de análise de 22.755 registros, verificou-se que 36,5% das fichas de notificações continham ao menos uma inconformidade; 0,4 % apresentavam características de acidentes e 5,1 % referiam-se a casos de violência extrafamiliar (criminalidade/delinquência), cujas vítimas eram adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, que, por estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, não são objeto de notificação por esse banco de dados. Totalizaram-se, assim, 42 % de inconsistências. O perfil das pessoas atendidas, de forma geral, consiste principalmente de mulheres, jovens (20-29 anos) e pretos. O principal local de ocorrência é a residência e a relação com o agressor sofre variação de acordo com a faixa-etária analisada e com a tipologia da violência. Excetuando a violência sexual e a negligência/abandono, nas demais tipologias o principal agressor foi representado pelos cônjuges/companheiros. Houve maior predomínio de mães (20,3%) como executoras do ato violento nas negligências/abandonos e de desconhecidos (34,4%) nas notificações de violência sexual. Entre os adolescentes de 10-14 anos os conhecidos da vítima (25,6%) foram os maiores agressores e entres aqueles de 15-19 anos a maior parcela foi representada pelos parceiros amorosos (19,9%). Em crianças (0-9 anos) os agressores mais reportados foram a mãe (17%) e o pai (14,8%). Nas notificações em idosos (60 anos e mais) houve predominância dos filhos (20,9%) como agressores. Em relação ao sexo dos autores da agressão 51% deles foram homens. Os resultados permitem, por meio de análise crítica do banco de dados, com exclusão das inconsistências, a caracterização do perfil da violência para o direcionamento das ações de saúde no enfrentamento ao problema. Ainda são necessários esforços no aprimoramento da incompletitude e da consistência das informações. A notificação compulsória de violência pelo setor saúde é uma estratégia que possibilita o avanço na visibilidade e o enfrentamento ao flagelo, no entanto, evidencia-se, ainda, a necessidade da instituição de uma política nacional



de monitoramento regular da qualidade das informações produzidas no Brasil, conduzida pelo Ministério da Saúde.

Palavras- chave: Violência; Notificação de abuso; Vigilância em Saúde Pública.

## ABSTRACT

Given the characterization of violence as a public health problem, Brazil has implemented strategies notification of this disease to enable the identification of priorities to be treated by public policies that might actually restrain, prevent and promote health. This is an epidemiological descriptive exploratory observational, cross-individual study design aimed analyze the quality of information on domestic, sexual and other violence generated from the database of Disease Notification System compulsory ( SINAN ) in the state of Minas Gerais in the years 2010-2011, as well as characterize the calls reported. To analyze the quality of the incomplete data and inconsistencies in data reporting forms / research were evaluated. Inconsistencies were assessed using an instrument designed to define the possible noncompliance among related fields. How incomplete data were considered as the records filled ignored or unfilled. A categorization was performed as follows: low (<10% of records without filling), fair (11-30%) and high (> 30%). The characterization of notified cases was performed by analysis of sex, age group, race / skin color of the victims, place of occurrence and relationship to the perpetrator, compared to the typology of violence. For descriptive and analytical statistical analyzes SPSS version 17 software was used, using the Chi-square test, Fisher's Exact settled 95% confidence and a margin of error of 5%. Through analysis of 22,755 records it was found 36.5 % of the notification forms contained at least one unconformity , 0.4 % had characteristics of accidents and 5.1% referred to the cases of extra-familial violence ( crime / delinquency ), whose victims were adults ( 20-59 years) male, which in strategy adopted by the Ministry of Health, is not subject to notification in this database. Thus, totaling 42% of inconsistencies. The characterization was performed by analysis sex of victims, age group, race / ethnicity, place of occurrence and relationship to the perpetrator, compared to the typology of violence. The profile of the victims, in general, consists mainly of women, youth (20-29), and blacks. The primary site of occurrence is the residence and the relationship with the abuser undergoes variation according to age group analyzed the typology of violence. Except sexual violence and neglect / abandonment, in other typologies main offender was represented by intimate partners. There was a higher prevalence of mothers (20.3%) as executors of the violent act in neglect / abandonment and unknown (34.4%) in reports of sexual violence. Among adolescents aged 10-14 known by the victim (25.6%) were the biggest offenders and those aged 15-19 the largest portion was represented by romantic partners (19.9%). In children (0-9 years) the most commonly reported perpetrators were the mother (17%) and father (14.8%). In the elderly (60 and over) were prevalent, sons (20.9%) as aggressors. Regarding the sex of the authors of aggression 51% of them were men. The results allow, through critical analysis of the database, excluding inconsistencies, collect data on violence for targeting of health in addressing the problem. Further efforts are needed in improving the completeness and consistency of information. The mandatory reporting of violence by the health sector is a strategy that enables the advancement in visibility and in confronting the scourge, however, is still evident, the necessity of establishing a national policy for regular monitoring of the quality of information produced in Brazil, conducted by the Ministry of Health

**Key word:** Violence, Mandatory Reporting, Public Health Surveillance.



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

**Quadro 01-** Adscrição, número de municípios, extensão territorial e população por macrorregião de saúde. Minas Gerais, 2013. Alfenas, 2014 .....33

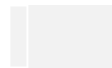
**Figura 01-** Mapa de macrorregiões de saúde de Minas Gerais. PDR-MG- 2011 .... 33

**Quadro 02-** Taxa de incidência de casos notificados por violências nas macrorregiões de saúde. Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014 .....55

**Figura 02-** Mapa de frequência de casos notificados de violência, segundo o município de notificação e as macrorregiões de saúde. Minas Gerais, 2010-2011.....56


## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01 -</b>	Frequência das inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida e dados da ocorrência), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	40
<b>Tabela 02 -</b>	Frequência de Inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (tipologia da violência e violência sexual), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014 .....	44
<b>Tabela 03 -</b>	.Frequência de inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (consequências da violência, lesão e dados do provável autor da agressão), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	46
<b>Tabela 04-</b>	Frequência das inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (evolução e encaminhamento), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	50
<b>Tabela 05-</b>	Análise descritiva e analítica dos casos notificados, segundo sexo, faixa etária da vítima, local de ocorrência e por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	59
<b>Tabela 06-</b>	Análise descritiva e analítica dos casos notificados, segundo sexo, faixa etária da vítima, local de ocorrência e principais agressores por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014 .....	60
<b>Tabela 07-</b>	Taxa de incidência, segundo raça/cor da pele e tipologia de violência. Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	61
<b>Tabela 08-</b>	Frequência dos casos notificados segundo principais agressores por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	62
<b>Tabela 09-</b>	Frequência dos casos notificados segundo principais agressores por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.....	63



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>SINAN</b>	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
<b>SRS</b>	Superintendência Regional de Saúde
<b>DANT's</b>	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
<b>DALY</b>	Disability Adjusted Life os Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade Incapacidade
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de
<b>MS</b>	Saúde Ministério da Saúde
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>VIVA</b>	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Unidades Sentinelas
<b>CGDANT</b>	Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
<b>SIS</b>	Sistemas de Informação em Saúde
<b>TI</b>	Tecnologia de Informação
<b>CDC</b>	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>SIGA</b>	Sistema Integrado de Gestão de Saúde e Cuidados
<b>RTAMG</b>	Rede de Teleassistência de Minas Gerais
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional de Informação em Saúde
<b>PNIIS</b>	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
<b>COAP</b>	Contrato Organizativo da Ação Publica da Saúde
<b>IDSUS</b>	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde



<b>FII</b>	Ficha de Investigação Individual
<b>FIN</b>	Ficha Individual de Notificação
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>VIVA</b>	Programa de Vigilância de Violências e Acidentes
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>CBO</b>	Classificação Brasileira de Ocupação
<b>CID</b>	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
<b>AVP</b>	Atentado Violento ao Pudor
<b>PPE</b>	Profilaxia pós-exposição
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 Sistemas de Informação e Informática no Brasil.....	24
2.2 A política de informação e informática em saúde no Brasil .....	28
2.3 Sistemas de Informações de Agravos de Notificação compulsória- SINAN	29
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
3.1 Objetivo Geral.....	31
3.2 Objetivos Específicos .....	31
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>32</b>
4.1 Desenho do estudo.....	32
4.2 Local.....	32
4.3 População.....	34
4.4 Instrumento de coleta dos dados .....	34
4.5 Análise e interpretação dos dados .....	34
4.5 Considerações éticas .....	37
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
5.1 Análise das incompletitudes e inconsistências .....	38
5.2 Caracterização da ocorrência de violências .....	53
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>66</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>68</b>
<b>8 APÊNDICE</b> .....	<b>77</b>
<b>9 ANEXO</b> .....	<b>81</b>

## APRESENTAÇÃO

Em 1998, iniciei minha formação em Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora, onde despertei o interesse pelas questões do universo feminino. Minha iniciação científica foi por meio de um estudo que avaliava a abordagem dos profissionais de saúde frente às questões de gênero e às peculiaridades do “ser mulher”.

Minha primeira especialização foi em Atenção Básica à Saúde da Mulher durante a qual ampliei a visão para a problemática da violência. Concluí minhas atividades com um estudo sobre a percepção da mulher acerca da violência, quando pude compreender que a invisibilidade da violência inicia-se no próprio olhar da vítima, que, muitas vezes, não se enxerga como violentada por não compreender o conceito amplo da violência, atribuindo-a apenas às agressões físicas.

A paixão pela área saúde da mulher continuava e, em 2004, tive a oportunidade de ser selecionada para a docência do ensino superior em uma universidade privada do Sul de Minas Gerais onde ministrei a disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher I e II, entre outras atividades.

Durante a trajetória na docência, iniciei diversos alunos no estudo e na pesquisa sobre as temáticas de saúde da mulher. No entanto, observei que, apesar do empenho de muitos em pesquisas nessa área, não notava interesse sobre a violência.

Em 2008, assumi o cargo de especialista em políticas e gestão de saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), lotada na Superintendência Regional de Saúde (SRS Varginha). Fui selecionada para trabalhar na área de vigilância em saúde. Foi exatamente quando se iniciaram as ações de intensificação de vigilância de violências e, assim, me tornei a referência técnica da área.

Conforme apontado na literatura, a dificuldade dos profissionais de saúde em enxergar a violência como problema de saúde pública e, conseqüentemente desencadear ações de enfrentamento, é permeado por problemas complexos. Eles apresentam medo de represália pela relação entre a violência e a criminalidade. Além disso, o sistema de saúde não está preparado para uma abordagem integral às necessidades desse grupo, o que gera sentimento de frustração entre aqueles

que se empenham na resolubilidade do problema. Percebi, assim, como seria importante contribuir para essa problemática.

Durante minha atuação como referência técnica em vigilância de violências na Superintendência Regional de Saúde de Varginha (SRS-Varginha) tornou possível observar os anseios, as dificuldades dos profissionais em realizar a notificação, por meio da Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras, bem como pela a falta de preenchimento de informações relevantes à caracterização do cenário epidemiológico. Desse modo, associando a experiência profissional com a formação das pesquisadoras, propus este estudo que tem como objeto de investigação os registros obtidos por intermédio dessa ficha no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

Pretende-se, portanto, contribuir para uma maior valorização, por parte dos profissionais, desse instrumento e promover reflexão sobre todos os campos da referida ficha para subsidiar ações de capacitação na área.

Diante da recente conclusão, por parte dos tomadores de decisão, de que violência é um problema de saúde pública e, conseqüentemente da atribuição de importância a maior visibilidade ao tema, aumenta o número de estudos na área. Porém, ainda é reduzida na literatura pesquisas que avaliem a qualidade dos registros em sistemas de informações utilizados por gestores, seja de saúde ou de outras áreas, para o planejamento de ações contra esse fenômeno.

Torna-se importante avaliar a qualidade das informações produzidas sobre violências no setor saúde para a obtenção de referência teórico-analítica sobre a confiabilidade dessas na descrição da magnitude do problema e na compreensão do fenômeno. O presente estudo pretende, portanto, avaliar a qualidade das informações produzidas pelo SINAN, bem como caracterizar o perfil das vítimas e dos agressores. O estudo poderá contribuir também para a implementação da temática de vigilância de violência nas grades curriculares dos profissionais de saúde e fomentar novas pesquisas.

A relevância evidencia-se no sentido de que a produção de dados, por sistemas de informação, com confiança questionável, pode impedir o esclarecimento dos casos e interferir no planejamento das estratégias políticas e no conhecimento por parte de toda a sociedade da realidade epidemiológica.

## 1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica a qual representa as alterações nos padrões de fecundidade, de natalidade e de mortalidade que os países tendem a percorrer, ocorre progressivamente e pode ser representada em quatro estágios. O primeiro, caracterizado por altas taxas de natalidade e de mortalidade, produz um equilíbrio populacional. O seguinte, no qual há redução na taxa de mortalidade e conservação de taxa de fecundidade alta; o terceiro, evidenciado por redução mais acelerada das taxas de fecundidade que de mortalidade, as quais levam ao fenômeno do envelhecimento populacional. O quarto estágio caracteriza-se por um retorno no equilíbrio populacional com níveis baixos de todos os coeficientes (VERMELHO; MONTEIRO, 2009). Os indicadores demonstram com clareza que o Brasil se encontra no terceiro estágio dessa transição (SILVA JUNIOR, 2006).

A transição epidemiológica vivenciada no Brasil é singular, pois acumula uma tripla carga de doença representada pela coexistência de doenças infecciosas com causas maternas e perinatais, com o crescimento das causas externas e pela dominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de risco. As causas externas são responsáveis por 10,2% da composição da carga de doença, medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MENDES, 2013).

Esse crescimento das causas externas pode ser atribuído às alterações no modo de vida das populações. Várias são as mudanças no modo de viver dos sujeitos, ocasionadas pelas atuais transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, produzidas pelas sociedades humanas, as quais interferem na adoção de condições de vida favoráveis ou desfavoráveis à saúde da população, repercutindo diretamente nos padrões de adoecimento. Atualmente, as doenças e os agravos não transmissíveis (DANT's) são considerados como uma epidemia, representando um sério problema de saúde pública nas diversas nações mundiais. Por apresentarem menores condições de garantia de políticas públicas capazes de alterar profundamente os determinantes sociais de saúde, os países de baixa e média renda, como o Brasil, sofrem de forma mais acentuada (BRASIL, 2008).

Por intermédio do importante estudo de Carga de Doença, financiado pelo Ministério da Saúde, em 2002, Scharamm et al (2004) atribuíram perda importante de DALY (Disability Adjusted Life os Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por

Incapacidade) no Brasil a causas externas. O indicador DALY possibilita aferir o impacto simultâneo da mortalidade e de problemas de saúde que afetam diretamente a qualidade de vida de uma população.

Os acidentes e as violências são considerados causas de mortes evitáveis ou reduzíveis por meio de análise realizada por Malta et al (2010), tendo por referência a tecnologia disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, são necessárias ações intersetoriais adequadas de promoção, de prevenção e de atenção à saúde.

Além da mortalidade e dos problemas de saúde, os acidentes e as violências são responsáveis por um grande impacto econômico no Brasil, o qual pode ser medido pelos gastos com internações hospitalares, inclusive em Centros de Terapia Intensiva e pelas diárias de internação geral, por atendimentos ambulatoriais e, no caso de jovens, por gastos precoces com a previdência social, além da perda de população economicamente ativa (BRASIL, 2001).

A caracterização dos acidentes e das violências como agravos à saúde da população é recente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu em 1996, em sua Assembleia Mundial de Saúde, a violência como problema de saúde pública. Desde então, diversos países têm impulsionado esforços de inclusão de ações de prevenção e de minimização dos efeitos da violência em suas agendas de saúde (SUEVES, JANÉ, PLASÈNCIA, 2010). Mesmo com a ampliação dos debates sobre a violência em cenário mundial e com o aumento das iniciativas de enfrentamento, a situação ideal está longe de ser alcançada.

Para o planejamento das ações de enfrentamento à violência doméstica e familiar, há, inicialmente, a relevância de se conhecer a realidade acerca do fenômeno. Estudar a qualidade das informações produzidas pelos sistemas de informação sobre violência, o perfil de vítimas e dos agressores, os fatores de risco, pode contribuir de forma efetiva para proposição de estratégias para diminuição do problema.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A violência é um fato humano e social que existe em todas as sociedades, se apresenta de diversas formas, de acordo com o contexto histórico, ou seja, sofre transformações ao longo do tempo. Algumas formas persistem por diversas gerações se comportando como “naturalizadas” e são construídas dentro de cada indivíduo, com abrangência de todas as classes e segmentos, mas tem solução (MINAYO, 2009).

Devido a seu caráter multicausal, é um fenômeno complexo cuja origem não é contemporânea, uma vez que desde os primórdios da humanidade há registros de sua existência.

Com a globalização e a evolução da sociedade, verifica-se que a violência tem sido um dos maiores problemas de saúde, devido ao gasto financeiro que impõe ao sistema de saúde e à sociedade, além da perda de pessoas jovens.

Em 2002, a OMS, em seu *Relatório Mundial sobre violência e saúde*, definiu a violência como:

Uso intencional de força física ou poder real ou ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou contra grupo ou comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al, 2002, p.5).

A OMS propõe o modelo ecológico para a compreensão da violência. Nesse modelo, as raízes que originam o problema foram divididas em quatro planos, em que cada um engloba o anterior, formando um único elemento de risco multifacetado. Os planos envolvem os fatores individuais, as relações interpessoais, os comunitários e os sociais (KRUG et al, 2002).

Como se manifesta por diversas formas, a OMS estabelece também distinções sobre a natureza da violência, referindo-se às seguintes modalidades ou à expressão dos atos violentos: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência ou abandono. O conceito atualmente utilizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, considerando os seis tipos de violências utilizadas na análise desse estudo, é:

Violência física: pode ser definida como o ato violento com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir o indivíduo, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.

Psicológica: toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.

Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa. Ou provocar ação/omissão de natureza criminosa. Ou em razão de discriminação racial ou religiosa.

Sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica (...), obriga outra pessoa (...) a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade.

Financeira/econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa atendida/vítima.

Negligência/abandono: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima (BRASIL, 2009a, p.40-45).

Em virtude do forte impacto da morbidade e da mortalidade, na população, causados pelos acidentes e pelas violências no Brasil, e diante da necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva capaz de gerar mudanças nesse cenário, o Ministério da Saúde (MS) aprovou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução nº. 309, de 08 de março de 2001.

Nessa política, estão definidas as responsabilidades do setor saúde na prevenção e na abordagem dos acidentes e das violências no País. Suas diretrizes englobam a promoção da adoção de comportamentos e ambientes saudáveis; a vigilância da ocorrência desses flagelos; a consolidação do atendimento interdisciplinar e intersetorial às vítimas, incluindo o serviço pré-hospitalar e os voltados à recuperação e à reabilitação, à capacitação de recursos humanos e ao apoio à realização de estudos e de pesquisas (BRASIL, 2001).

Para o cumprimento da premissa da intersetorialidade, o MS propõe articulação do setor saúde, em todas as esferas de governo, com a Secretaria de

Estado do Desenvolvimento Urbano, com o Ministério da Justiça,; com o Ministério da Educação; com o Ministério do Trabalho e Emprego; com o Ministério da Previdência Social; com o Ministério dos Transportes; com o Ministério da Ciência e Tecnologia, além da busca pelo engajamento de toda a sociedade (ID, 2001).

Outro importante marco de enfrentamento à violência no país foi a criação de um dispositivo legal que penalize criminalmente os agressores de mulheres. Até o ano de 2006 esse tipo de violência não estava especificado no Código Penal Brasileiro. Com a instituição da Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, importante conquista na luta da violência contra mulheres, esse cenário foi alterado. A lei conhecida como Maria da Penha, em linhas gerais, aumenta o rigor das punições e propõe outras medidas protetoras.

Dentre as propostas de medidas integradas para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher não previstas na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, destaca-se a ampliação de atendimento policial especializado para as mulheres, em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher. Além disso, houve acréscimo de conceitos que devem ser incorporados às grades curriculares da educação no Brasil. Inicialmente, a proposta foi a temática violência e acidentes; com a Lei Maria da Penha, o texto incorporou, ainda, as questões relativas aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia (BRASIL,2006).

A violência, como problema global, passou a ser discutida em cenário mundial, na década de 1980, embora, em 2002 a temática tenha passado a ser abordada com veemência no setor saúde com a elaboração do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde pela Organização Mundial de Saúde (MINAYO, 2009).

Um relevante problema é a falta de informação adequada sobre a incidência, a natureza, as causas e as consequências da violência. Na Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, realizada na China, em 1995, isso foi apontado como obstáculo às ações globais de combate ao agravo. Como estratégia para a resolução dessa deficiência, documentada na Plataforma de Pequim, os governos foram incentivados a investir em pesquisas e melhorar suas bases de dados (WHO, 2005).

No Brasil, com o intuito de promover o cumprimento da diretriz de monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências estabelecida na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e visando à



melhoria das informações para a elaboração de estratégias de intervenção, o MS implementou gradativamente mecanismos de registro contínuo e padronizado dos dados.

A notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre estes, destacam-se a Lei nº 8.069/1990, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente; a Portaria GM/MS Nº 1.968 sobre a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS; a Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; a Lei nº 10.741/2003, do Estatuto do Idoso; e a Portaria MS/GM nº 2.406, de 05 de novembro de 2004, a qual institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para a notificação nos serviços de saúde. Em meados de 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em unidades sentinelas (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356. O VIVA é composto de dois componentes: vigilância contínua (dados obtidos em serviços de saúde) e vigilância sentinela (inquéritos por amostragens em serviços de urgência e de emergência) (BRASIL, 2009a ).

No ano de 2004, as ações de prevenção de violências, antes responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, integraram passaram a integrar Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (MALTA et al, 2006). A Portaria n.º 2472, de 31 de agosto de 2010, definiu a violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada como notificação compulsória em unidades sentinelas (BRASIL, 2010a). Em janeiro de 2011, foi revogada pela Portaria nº 104, instituindo a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória em âmbito nacional (BRASIL, 2011).

Além da obrigatoriedade da notificação na legislação, artigos dos códigos de ética de algumas categorias de profissionais de saúde (medicina, enfermagem e psicologia) analisados por Saliba et al (2007) reportam o compromisso em zelar pela integridade física, mental e pela dignidade de seus pacientes para a manutenção da saúde. Portanto, indiretamente preveem a responsabilidade de informar, de documentar e de denunciar os casos de violências.

Para se conhecer a distribuição, a magnitude, as tendências e os fatores de risco dessas doenças na população, identificando os condicionantes sociais,

econômicos e ambientais, são necessárias ações de vigilância. O objetivo do conjunto dessas ações é subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANT's), reduzindo seu crescimento, as complicações na qualidade de vida dos cidadãos e os impactos onerosos ao sistema de saúde (SILVA JÚNIOR, 2006).

Apesar da importância da notificação das violências, no âmbito do setor saúde, para a compreensão do fenômeno como forma de viabilizar a programação das intervenções, esse ato ainda é permeado por controvérsia. Se, de um lado, é inquestionável a relevância do dimensionamento epidemiológico, por outro, coexistem vários entraves à efetividade da vigilância.

A subnotificação de violência é uma realidade no Brasil (WALDMAN, JORGE, 1999; GONÇALVES, FERREIRA, 2002; AZAMBUJA, 2005; SILVA, FERRIANI, 2007). Essa dificuldade de detecção também é relatada por outros autores em diversos países, como por exemplo: Espanha (ROHIFS, VALIS-LIOBET, 2003), Irlanda (BRADLEY et al, 2002) e Inglaterra (RICHARDSON et al, 2002). .

Bradley et al (2002), em um estudo transversal com 1.692 mulheres na Irlanda, concluíram que quase dois quintos delas já haviam sofrido violência doméstica, mas, apesar de a maioria ser favorável ao questionamento sobre o assunto por parte de profissionais de saúde, poucas se recordam de terem sido interrogadas. Apontam como estratégia na detecção de violência doméstica o questionamento de rotina por esses profissionais sobre o sentimento de medo de seu parceiro, uma vez que mulheres com história pregressa de violência doméstica foram 32 vezes mais propensas a apresentarem esse tipo de sentimento.

Richardson et al (2002), analisando a confirmação ou a suspeita de violência doméstica, documentada em mulheres no prontuário médico em Londres, considerando que o governo britânico e a Associação Médica Americana preconizam o rastreamento como rotina à todas elas, encontrou uma taxa de apenas 7% de registro.

No Brasil, vários são os entraves que interferem na falta de informações sobre violência ou na não identificação das vítimas pelos profissionais de saúde. Silva e Ferriani (2007), ao analisarem as notificações de violência doméstica contra crianças em uma regional de saúde em Guarulhos – SP demonstraram dificuldade técnica no preenchimento, na subvalorização do instrumento, além de medo das implicações legais do ato.

Gonçalves e Ferreira (2002) apontam, ainda, os entraves proporcionados pelas questões legais, considerando a obrigatoriedade de acionar o Conselho Tutelar e a possibilidade de essa investigação subsidiar decisões no âmbito judiciário; a deficiência estrutural nos serviços para garantir efetiva proteção às vítimas e a falta de habilidade e de formação profissional, uma vez que muitas grades curriculares não contemplam o assunto.

Saliba et al (2007) apontam a atribuição de sigilo profissional às ocorrências de violência como fator limitante para a comunicação, pois, muitas vezes, os profissionais não reconhecem que a notificação constitui justa causa para o rompimento.

Rohifs, Vallis – Liobet (2003) relatam, ainda, a dificuldade de administração do tempo, pelos profissionais, como outra justificativa para a falta de registro de informações de violência de gênero.

A falta de qualidade dos dados também interfere diretamente na análise da situação da violência no Brasil. Estudo conduzido por Franco (2013) sobre violência em um município do Sul de Minas Gerais, no intuito de verificar as informações geradas, verificaram que os boletins de ocorrência policial esclarecem pouco a violência, uma vez que campos fundamentais são mal preenchidos.

Tomimatsu et al (2009) compararam o motivo de internações hospitalares por causas externas registradas em laudos médicos com os informados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Evidenciaram que cerca de 25% das informações, em LondrinaPR e 40%, em MaringáPR, foram declaradas como causas naturais.

## **2.1 Sistemas de informação e informática no Brasil**

As informações sobre violência produzidas no Brasil são obtidas por meio da utilização dos Sistemas de Informação (SIS). Os SIS são instrumentos com o objetivo de subsidiar gestores e profissionais de saúde no processo de tomada de decisão. Portanto, a governança das tecnologias de informação (TI) tem um importante papel para a manutenção da longevidade e da sustentabilidade das políticas de saúde (BRASIL, 2012).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) elaborou um relatório para subsidiar avaliações dos SIS. Nesse instrumento, foram definidos os atributos necessários para evidenciar um desempenho satisfatório e a credibilidade da informação gerada. São eles: simplicidade; flexibilidade; qualidade dos dados; aceitabilidade; sensibilidade; valor preditivo positivo; representatividade; pontualidade e estabilidade (GERMAN, 2001).

Utilizando as recomendações, estudo que avaliou os SIS em saúde dos países da região mesoamericana constatou que em nenhum deles estava totalmente adequado às necessidades para um efetivo funcionamento, mas que possuem uma base com as quais podem-se obter informações úteis. Países como Costa Rica e México obtiveram melhor avaliação e outros, como El Salvador, Honduras e Nicarágua, apresentaram menores desempenhos. Concluiu ser importante a consolidação de um intercâmbio de experiências exitosas para se obter um nível mais homogêneo de qualidade na região (PALACIO-MEJIA, 2011).

Vários estudos demonstram a falta de qualidade dos SIS no Brasil (BARBUSCIA, RODRIGUES-JUNIOR, 2011; SÃO PAULO, 2011; FARIAS 2011). Os principais entraves à qualidade das informações geradas pelos SIS no Brasil são: a grande variedade de sistemas disponíveis; as dificuldades de padronização e de integração com outros aplicativos; a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet; a existência de múltiplos formulários, sendo alguns até para o mesmo evento; e a deficiência relativa de qualificação profissional nessa área, além da insuficiência de estratégias de financiamento (BRASIL, 2012).

A tomada de decisão em saúde no Brasil ainda é determinada por uma práxis informacional, formada a partir do modelo biomédico hegemônico que se caracteriza por ser fragmentado e voltado para a patologia. Por isso, há a valorização de algumas informações em detrimento de outras (MORAES; GONZALEZ, 2007), enquanto a tendência mundial é a proliferação de SIS com foco no paciente (GOLDZEIG et al, 2009).

Ao considerar que a fragmentação da informação e da informática no Brasil não responde às atuais necessidades de saúde dos sujeitos, Moraes; Gonzalez (2007) discutem a necessidade do “intercampo de informação e informática em saúde” onde

os atores, práticas, procedimentos e saberes que tanto atravessam e penetram em outros campos (...) quanto constituem e interpelam as zonas de interseção que estariam a existir nos interstícios dos diferentes campos (...) das ciências e ações em saúde (MORAES; GONZALEZ, 2007).

O termo E-saúde tem sido utilizado mundialmente para denominar o conjunto de ferramentas informacionais projetadas para melhorar a tomada de decisão clínica e gestora, a vigilância em saúde, enfim, todo o sistema de saúde visando apoiar as mudanças comportamentais relacionadas à saúde da população (PIETTE, 2012). São exemplos de E-saúde os sistemas de registro eletrônico (prontuários eletrônicos), serviços de apoio médico à distância e sistemas de informação e gestão da saúde.

A integração de registros eletrônicos (prontuários eletrônicos) possui vantagens, dentre elas, a possibilidade de se evitarem perdas e deterioração de informações, o monitoramento de atendimentos de saúde, evitando as duplicidades de terapias e exames complementares para que sejam evitados gastos desnecessários. Favorece a integralidade, uma vez que se obtêm informações sobre o paciente e, não, sobre a patologia (GOST GARDE, 2000; MORRIS ET AL., 2002; BRASIL, 2012).

No Brasil, porém são encontrados alguns entraves à implantação de registros eletrônicos integrados. Os recursos financeiros destinados ao setor, até o momento, são insuficientes. Falta aprimoramento na definição de padrões de comunicação e de representação de dados clínicos. Há conflitos de interesse com a medicina privada e dificuldade de alguns profissionais em aceitar a exposição das condutas clínicas (BRASIL, 2004).

Vários autores apontam, ainda, como fator preocupante na implantação de SIS integrados a necessidade de formação e de capacitação de profissionais de saúde com competências e habilidades que atendam às novas demandas do setor (BRENDER et al., 2000; GOST GARDE, 2000; MORRIS et al., 2002; GOLDZEIG, et al, 2009).

As estratégias de implantação de sistemas integrados são realidades em países desenvolvidos. Todos os países europeus têm documentos elaborados com objetivos concretos e com medidas de implementação. Alguns países já possuem implantados prontuários eletrônicos ou sumários clínicos (STROETMANN, 2011).

Alguns países de média e de baixa renda implantaram sistemas de informação integrados, por exemplo, o SIS no Malawi, de Ruanda e da África do Sul, que integra a coleta de dados sobre cuidados de saúde em diversas clínicas. O sistema TRACnet em Ruanda, que monitora e avalia dados sobre a assistência a pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e está integrado também com dados de vigilância (PIETTE,2012).

No Brasil, a mais importante cidade do país possui um sistema integrado em saúde em funcionamento, o Sistema Integrado de Gestão de Saúde e Cuidados (SIGA), que gerencia o atendimento e o paciente. Análises apontam que, após sua implantação, houve um aumento de 35% na produtividade de serviços ambulatoriais na cidade de São Paulo (SP). O mesmo sistema foi implantado na cidade brasileira de Campinas com um aumento de 30% em visitas de pacientes (COSTA; LEÃO; MOURA, 2007).

No estudo de caso do sistema integrado adotado pela cidade de São de Paulo, os autores demonstraram que, por meio de adoção de normas e estruturas adequadas, é possível intensificar um sistema a um nível multi-institucional (COSTA; LEÃO; MOURA, 2007).

Outro exemplo de utilização de E-saúde no Brasil é a Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTAMG) a qual é composta de atividades assistenciais em cardiologia (teleconsultoria e telediagnóstico), atividades educacionais e de pesquisa. O programa abrange 660 municípios do estado, com cobertura de 87% dos municípios com população abaixo de 14.000 habitantes (MINAS GERAIS, 2012).

Por meio de avaliação do custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais, Andrade et al. (2011), concluíram que é possível a implantação do serviço como programa regular do serviço público para apoio à atenção primária em cidades brasileiras de pequeno porte.

Estudos têm avaliado principalmente a produtividade e a qualidade das ações de saúde, mas é necessária a ampliação de pesquisas sobre o impacto das ações de E-saúde nos resultados de saúde e sobre o cálculo do custo-benefício de sua real implementação (GOLDZEIG, 2009; PIETTE, 2012).

## 2.2 A Política de informação e informática em saúde no Brasil

Com o objetivo de organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), o MS, por influência das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, assumiu o compromisso de formular a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e, no ano de 2004, elaborou um documento-base para a política. No texto, o MS relatava a implantação de um sistema integrado de informação, o Prontuário eletrônico. (BRASIL, 2004)

Porém o conteúdo do documento elaborado em 2004 não foi regulamentado, mas contribuiu na formulação da PNIIS-2012. Para a implementação da política, o MS já instituiu algumas ações normativas. Dentre elas, a redefinição do Comitê de Informação e Informática em Saúde (dirigir e fiscalizar as ações); a regulamentação dos padrões de interoperabilidade dos SIS e do direito constitucional ao acesso à informação pública, além da inclusão de ações no Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual 2012-2015 (BRASIL, 2012).

Por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) que representa um instrumento de colaboração entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), o Ministério da Saúde visa à implementação da PNIIS nas diversas regiões de saúde. Além disso, está pactuando com as esferas estaduais e municipais a utilização do Mapa da Saúde, o qual é um instrumento que utiliza a tecnologia de georreferenciamento para a demonstração geográfica da capacidade instalada dos serviços de saúde da região. Para avaliar os serviços públicos de saúde, o MS desenvolveu o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS). A análise será realizada pelos dados gerados pelos SIS (BRASIL, 2012). No intuito de melhorar o IDSUS, os serviços de saúde deverão investir na qualidade dos registros gerados nos SIS.

A implantação do sistema nacional de registro eletrônico já estava prevista no documento-base elaborado no ano de 2004. Como sua implantação não ocorreu até o momento, uma das diretrizes da PNIIS-2012 é o estabelecimento de um padrão que possibilite a construção do prontuário eletrônico no País (ID, 2012).

A utilização da informática em saúde apresenta várias possibilidades tecnológicas de intervenção em saúde. É necessário, para o fortalecimento do processo decisório clínico e gestor, a efetiva implementação da PNIIS-2012 no

Brasil, pois, até o momento, observam-se apenas tímidas iniciativas, como a implantação do prontuário eletrônico em alguns municípios brasileiros.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências prevê a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

No entanto, até o momento, a vigilância de violências está sendo feita por meio de um sistema de informação já existente anteriormente, o SINAN que, apesar de utilizar um instrumento padronizado e único, a Ficha de Investigação Individual (FII) de violências, não reúne as informações epidemiológicas no país. Talvez a implantação do prontuário eletrônico previsto na PNIS-2012 possibilite essa integração.

### **2.3 Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória- SINAN**

O SINAN foi implantado com o objetivo de padronizar os registros gerados para possibilitar análise e divulgação da situação de saúde em todo o território nacional, em conformidade com a organização do SUS. Seu processo de implantação iniciou-se no princípio da última década do século XX, mas, somente em 1998, foi regulamentada (Portaria MS/GM nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997), a obrigatoriedade da alimentação regular por todas as esferas de gestão da saúde (municípios, estados e Distrito Federal), sendo o gestor nacional o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009 b).

A notificação compulsória no SINAN de doenças e agravos é definida por meio de portarias regularmente atualizadas que definem os procedimentos normativos. A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, é a vigente atualmente . É facultado aos estados e municípios incluírem outros agravos de interesse no programa (LAGUARDIA et al, 2004).

Com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em decorrência da magnitude social e econômica desses flagelos, sobretudo no setor saúde, foi criada em 2006 a Ficha de Notificação/Investigação individual de Violência Doméstica, Sexual e outras (ANEXO A) que, inicialmente, foi utilizada por



meio do *software Epi Info Windows*, foi implantada, apenas, em serviços de referência para violências. No ano de 2009, passou a ser integrada ao SINAN, estando disponível a todos os municípios. As Secretarias Estaduais de Saúde realizavam a implantação gradativa iniciando pelos grandes centros e municípios de maior porte. Em 2011, quando entrou para a lista nacional de notificação compulsória, passou a ser realizada em todos os serviços de saúde, públicos ou privados, em caráter universal (BRASIL, 2009b).

Com a inclusão da violência doméstica, sexual e outras na lista da referida portaria, a notificação do agravo torna-se obrigatória a todos os profissionais e serviços de saúde.

Esse instrumento é importante, pois pode produzir visibilidade da violência em todos os níveis de atenção. Considerando que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem um importante elo com as famílias, são, assim, pontos de apoio focal na identificação da violência dentro do domicílio e na proposição de ações de intervenção no âmbito do setor saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a qualidade dos registros sobre violência doméstica, sexual e outras geradas a partir do banco de dados do Sistema de Agravos de Notificação compulsória (SINAN) no estado de Minas Gerais nos anos de 2010-2011, e caracterizar os atendimentos notificados.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Verificar as inconsistências, incompletitudes dos dados do Sistema de Agravos de Notificação compulsória;

Descrever a ocorrência da violência por meio da avaliação das variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele/etnia, dados do provável agressor e local de ocorrência, relacionando-as com a tipologia da violência;

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo-exploratório de desenho individual-observacional-transversal e retrospectivo. As pesquisas descritivo-exploratórias visam descrever características de determinado fenômeno, estabelecer relações entre variáveis determinando ou não a natureza destas relações, além de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos para a formulação de novos problemas de pesquisa ou novas hipóteses para estudos posteriores (ROUQUAYROL; BARRETO, 2003). A denominação observacional refere-se às investigações de eventos que ocorrem naturalmente e o delineamento transversal representa temporalidade instantânea (PEREIRA, 2008).

### **4.2 Local**

O estudo foi realizado na Unidade Federativa (UF) de Minas Gerais, o segundo estado mais populoso do Brasil com 19.597.330 de habitantes (DATASUS, 2013). A identificação cartográfica das notificações foi feita de acordo com as divisões estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG) (FIGURA 01). O estado se compõe de 13 regiões ampliadas de saúde (Quadro 01) de saúde que se subdividem em 77 regiões de saúde (MINAS GERAIS, 2011).

Quadro 01 – Adscrição, número de municípios, extensão territorial e população por macrorregião de saúde. Minas Gerais, 2013. Alfenas, 2014.

Macrorregião e pólo (s) macrorregional (is)	Número de municípios	Extensão territorial (km <sup>2</sup> )	Estimativa da População <sup>1</sup> 2013
Centro (Belo Horizonte e Sete Lagoas)	104	58.251,9	6.429.520
Centro sul (Barbacena)	50	15.104,8	757.755
Jequitinhonha (Diamantina)	29	25.823,6	387.025
Leste (Governador Valadares e Ipatinga)	85	32.314,1	1.515.889
Leste do sul (Ponte Nova)	53	15.168,4	692.406
Nordeste (Teófilo Otoni)	63	56.641,1	838.903
Noroeste (Patos de Minas)	33	79.594,3	686.334
Norte (Montes Claros)	86	117.072,1	1.651.601
Oeste (Divinópolis)	55	29.257,9	1.261.214
Sudeste (Juiz de Fora)	94	24.664,7	1.641.619
Sul (Alfenas, Pouso alegre, Poços de Caldas, Passos e Varginha)	153	53.766,3	2.737.740
Triângulo do Norte (Uberlândia)	27	42.783,7	1.248.863
Triângulo do Sul (Uberaba)	27	35.534,7	744.497
<b>Total: MINAS GERAIS</b>	<b>853</b>	<b>580.720,8</b>	<b>20.593.366</b>

Fonte: Datasus,2013 e PDR,2011.

<sup>1</sup> Estimativa para o Tribunal de Contas da União. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

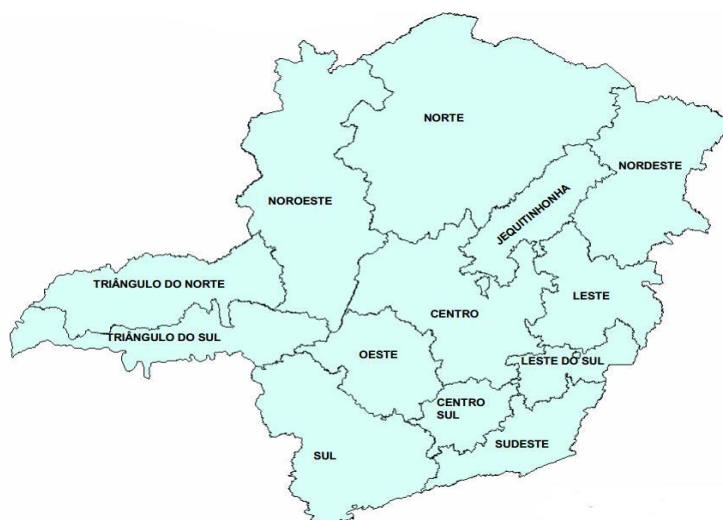


Figura 01- Mapa de macrorregiões de saúde de Minas Gerais. PDR/MG-2011.

Fonte: MINAS GERAIS, 2011.

### **4.3 População**

O levantamento constituiu-se de todas as notificações de violência realizadas por meio da Ficha de Notificação/Investigação Individual – Violência Doméstica, Sexual e outras, totalizando 22.755 (vinte e dois mil e setecentos e cinquenta e cinco) registros no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2010 e 2011.

### **4.5 Instrumento de coleta dos dados**

A fonte dos dados secundários foi o banco composto pelas notificações registradas no SINAN nos anos de 2010 e 2011. O banco de dados constitui do conglomerado de dados do estado todo em uma plataforma única, disponibilizado pela Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES-MG).

O formulário padrão do SINAN constitui-se de duas partes: a Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha Individual de Investigação (FII) (ANEXO A). A FIN contém dados gerais do estabelecimento notificante; identificação do agravo e do paciente, características socioeconômicas, dados de residência e informações sobre o notificante. A FII contém informações específicas de cada doença e agravo e a conclusão da investigação (LAGUARDIA et al., 2004).

### **4.6 Análise e interpretação dos dados**

O arquivo foi extraído do sistema de informação em 08 de novembro de 2012; portanto já havia transcorrido tempo para a conclusão oportuna das investigações – cujo prazo é de 60 dias – como também para a análise da qualidade e para a realização de correções pelos setores responsáveis em todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal). Para a análise da qualidade das informações, foram avaliadas as incompletitudes e as inconsistências.

Para a verificação das incompletitudes, foram considerados todos os campos sem preenchimento ou assinalados com ignorado. Os parâmetros utilizados para essa avaliação foram adaptados de um estudo que analisou a completude das fichas de investigação de hepatites Virais no estado de Pernambuco (BARBOSA, BARBOSA, 2013). A categorização foi realizada da seguinte forma: baixa (< 10% de registros sem preenchimento); regular (11 a 30%) e alta (> 30%).

Para a identificação das inconsistências foi elaborado, pelos autores, um Instrumento de Descrição das Possíveis Incoerências (IDPI), fundamentado nas orientações do 'Roteiro para uso do SinanNET, Análise da Qualidade da Base de Dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais - Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (BRASIL,2010 b). Foram elaborados 109 tipos de inconsistências. Cada um dos campos da ficha de notificação foi analisado quanto à presença de todas as possíveis inconsistências elencadas no IDPI.

Para a interpretação da qualidade dos dados, tabularam-se as variáveis propostas em um banco eletrônico. Em seguida, todos os campos com presença de inconsistências foram assinalados na planilha, destacando-as em cores, sendo uma cor para cada tipo identificado. As inconsistências foram analisadas por campo de ocorrência com análises descritivas dos resultados.

Na segunda etapa, foram excluídas todas as notificações que continham algum tipo de inconsistência para que essas não pudessem interferir nas análises estatísticas das variáveis propostas. Após a exclusão, permaneceram 13.185 registros. Posteriormente, os dados foram importados pelo Software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 17, para as análises estatísticas, descritivas e analíticas.

Foram exploradas as relações existentes entre as variáveis para descrever o perfil da violência. Para verificar as possíveis relações entre as variáveis, foram usados o teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher. Esses testes avaliam a independência entre duas variáveis, verificando, assim, a significância de sua associação. O teste Exato de Fisher foi utilizado nos casos de tabelas de dupla entrada quadrada as quais continham frequências menores que cinco; nos demais casos foram utilizados o Teste Qui-quadrado.

Para representar o número de casos de violências notificados no SINAN-net no período analisado, foi construído um cartograma representativo com o quantitativo distribuído nas 13 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais.O

mapa foi elaborado por meio do programa TabWin, concebido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS, 2013).

Para a análise da qualidade do preenchimento das fichas, foram avaliadas as seguintes variáveis:

- Dados gerais (município de notificação, data da ocorrência da violência);
- Notificação individual (data de nascimento, idade, sexo, informações sobre possível gestação, raça/cor, relações sexuais, escolaridade);
- Dados de residência (zona e país de residência);
- Dados da pessoa atendida (ocupação, situação conjugal/estado civil, existência e tipo de deficiência/transtorno);
- Dados da ocorrência (município, zona, local e hora de ocorrência, recorrência da violência, possibilidade de violência autoprovocada);
- Tipologia da violência (tipo de violência e meio de agressão);
- Detalhamentos sobre atendimento de violência sexual (tipo de violência sexual, ocorrência e tipo de penetração, procedimentos realizados);
- Consequências da violência (consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação);
- Lesões (natureza e parte do corpo atingida);
- Dados sobre os prováveis autores da agressão (número de envolvidos, vínculo/parentesco com a vítima, sexo, suspeita de uso de álcool);
- Evolução e o encaminhamento do caso (encaminhamento ao setor saúde e outros setores, relação com o trabalho, emissão de comunicação de acidente de trabalho - CAT, circunstância da lesão, classificação final, evolução do caso).

Para a análise estatística e caracterização dos atendimentos, foram utilizadas as variáveis idade, sexo, raça/ cor, tipo de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, financeira/econômica, negligência/abandono), local de ocorrência (residência, não residência) e dados do provável autor da agressão (vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida).

Para um melhor compreensão do leitor optou-se por apresentar os resultados e discussão em duas categorias: a análise das incompletitudes e inconsistências e a caracterização da ocorrência dos tipos de violências.

#### **4.7 Considerações éticas**

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas e aprovado por meio do parecer consubstanciado nº 193.710 (ANEXO B).

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos de forma indireta, utilizando-se de dados secundários e após a ocorrência do evento, de acordo com a Resolução nº 466/12, está isenta a necessidade de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no entanto a pesquisadora firma o acordo de respeitar o anonimato das informações, não utilizar iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar vítimas de violência, e divulgar os resultados apenas em meios científicos.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Análise das incompletitudes e inconsistências

No período de 2010-2011, foram notificados no estado de Minas Gerais 22.755 casos de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Ao analisar as fichas de notificação, verificou-se um total de 36,5% (8313/22755) com uma ou mais inconsistência.

Além disso, foi avaliada também a presença de notificações com características de acidentes. Dentre a totalidade, 0,4% (100/22755) foram notificadas como violência, porém, em um ou vários campos, havia descrição da palavra acidente ou características similares como: “mãe informa queda da cama” ou “ inalou veneno acidentalmente”, etc.

A diferenciação entre acidentes e violências está na definição do caráter de intencionalidade. O acidente é entendido como um evento não intencional e representa uma forma concreta de agressões e, pode de diversas formas, ser previsível e prevenível. Essas características dificultam a compreensão do caráter de intencionalidade, pois a divisória é muito tênue entre os dois acontecimentos, o que, muitas vezes, gera certo grau de imprecisão (BRASIL, 2001). A falta desse limite nítido entre o intencional ou não, pode acarretar na rotulagem como acidentes de certas situações violentas. Assim como, situações conflituosas que terminaram em acidentes podem ser confundidas como violência (JORGE, 2002).

Essa imprecisão foi evidenciada nos registros dos atos violentos, demonstrando a dificuldade dos profissionais de saúde em definir as causas intencionais ou em registrar com clareza os fatos.

Para a OMS a intencionalidade é um dos aspectos mais complexos na definição da violência, e destaca dois pontos relevantes ao conceito de violência. O primeiro é que a intenção de usar a força não necessariamente significa intenção de causar dano. O segundo refere-se à distinção entre a intenção de lesionar e de usar força. A violência está estritamente relacionada aos fatores culturais, sendo assim, em determinadas nações o uso da força pode ser considerado práticas culturais

aceitas, sem a intenção de gerar dano. Assim, a OMS relaciona o conceito à saúde e ao bem-estar das pessoas. (KRUG et al, 2002).

Dentre os casos que demonstraram imprecisão na diferenciação entre violência e acidentes, 25% representaram notificações de negligência. Esta é caracterizada pela omissão da família e da sociedade no provimento das necessidades de um grupo vulnerável. No entanto, em eventos que afetem a integridade física, mas, de ocorrência isolada e sem fatores agravantes como alcoolismo e outros, questiona-se a intencionalidade.

Os casos de violência extrafamiliar (criminalidade/delinquência), cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, não é objeto de notificação pelo SINAN. Esse tipo de vigilância é realizado por outras fontes de notificação e por meio de inquéritos. (BRASIL, 2009). No entanto, foram encontrados 5,1 % (1157/22755) de notificações com essas características.

Somando-se o percentual de inconformidades com as notificações com características de acidentes e de violências extrafamiliares em adultos do sexo masculino, totalizam-se 42 % (9570/22755) de inconsistências. Esse número é muito significativo, pois interfere diretamente nas análises estatísticas do setor saúde.

A Tabela 1 se refere às inconsistências e às incompletitudes das fichas de notificação nos campos: notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida e dados da ocorrência. A informação sobre a idade da vítima é um campo de preenchimento obrigatório, pois o *software* não permite o seguimento da alimentação dos demais dados da investigação. No entanto, 0,8% das idades registradas apresentavam dados inconsistentes. Isso pôde ser identificado pelas fichas conterem o registro da data de notificação exatamente igual à data de nascimento, ou, por registros de características incompatíveis com a idade. Essas falhas puderam ser vislumbradas, por exemplo, no registro de observações adicionais como: menores de 01 ano com informação de “gestação de 5 meses” ou “agressão física de marido para esposa”, entre outras.

Tabela 01- Frequência de inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida e dados da ocorrência), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

	Nº Campo	Campo	Inconsistência <sup>1</sup>		Incompletitude <sup>2</sup>		
			N	Total	N	%	
<b>Notificação individual e</b>	9	Data de nascimento	184	21864	0,8	891	3,9
	10	Idade	184	22755	0,8	*	*
	11	Sexo	2	22755	0	*	*
	12	Gestante	0	22755	0	*	*
	13	Raça/cor	0	17657	0	5098	22,4
	14	Escolaridade	7	12431	0,1	10324	45,4
	29	Zona	0	21891	0	864	3,8
	30	País	0	22755	0	*	0
<b>Dados da Pessoa Atendida</b>	31	Ocupação Situação	39	8302	0,5	14453	63,5
	32	conjugal/Estado civil	1	17622	0	5133	22,6
	33	Relações sexuais	0	12227	0	10528	46,3
	34	Deficiência/Transtorno	89	16074	0,6	6681	29,4
	35	Tipo de deficiência/transtorno					
		Física	0	21437	0	1318	5,8
		Mental	0	21448	0	1307	5,7
		Visual	0	21390	0	1365	6
		Auditiva	0	21385	0	1370	6
		Transtorno	0	21429	0	1326	5,8
		Transtorno de comportamento	0	21404	0	1351	5,9
		Outras deficiências/síndromes	168	21274	0,8	1481	6,5
	<b>Dados da Ocorrência</b>	39	Bairro	NA	22755	NA	9957
40		Logradouro	NA	22755	NA	9925	43,6
41		Número	NA	22755	NA	12572	55,2
46		Zona	0	19084	0	3671	16,1
47		Hora da ocorrência	0	11839	0	10916	48
48		Local de ocorrência	0	17595	0	5160	22,7
		Outros	178	955	18,6	0	0
		Ocorreu outras vezes?	0	14778	0	7977	35,1
		A lesão foi autoprovocada?	798	18700	4,3	4055	17,8

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Notas: \* Campos de preenchimento obrigatório. NA – Não avaliados pela inexistência de campos relacionados.

<sup>1</sup> Percentual calculado sobre o número de notificações com o referido campo preenchido

<sup>2</sup> Percentual calculado sobre a totalidade das notificações

O registro sobre o sexo da vítima, que é obrigatório, apresentou um percentual insignificante de inconsistência. O instrumento de notificação possibilita o preenchimento de sexo feminino, masculino ou indeterminado. No entanto, no

período analisado, foi encontrado apenas 02 casos com o preenchimento de sexo indeterminado. Não foi possível a comparação do sexo com o nome da pessoa atendida, pois os campos que possibilitariam a identificação das vítimas não foram utilizados no estudo.

As informações sobre gestação, quando comparadas com a idade e sexo da vítima, apresentam-se de forma fidedigna, uma vez que o sistema não permite a digitação dos dados sobre o período gestacional incompatíveis com as variáveis: idade e sexo. Analisando a relação com os demais campos, sobretudo em informações adicionais, não foram identificadas inconsistências.

O campo escolaridade foi comparado à idade da vítima para determinar os possíveis registros errôneos. A educação escolar, no Brasil, compõe-se de duas modalidades, a educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio e a educação superior. O período regular para a conclusão da educação básica constitui-se dos nove anos destinados ao ensino fundamental, iniciando-se aos seis anos de idade e três anos do ensino médio, totalizando doze anos de estudo (BRASIL, 1996).

Atualmente, embora não exista a exigência de idade mínima para o ingresso na educação superior, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996) exige que o aluno tenha concluído o ensino médio para ingressar na universidade (BRASIL, 1996). No estudo, uma vítima que foi notificada com a escolaridade de ensino médio completo aos 06 anos e outras seis que foram registradas com ensino superior completo e idade inferior a 18 anos foram consideradas como inconsistência.

Devido ao pequeno percentual de falhas no registro da escolaridade, pode-se inferir que esse campo, quando preenchido, se comporta como um dado de qualidade, no entanto apresentou alto percentual (45,4) de não preenchimento, dificultando a determinação da relação entre os anos de estudo e violência nas análises realizadas pelo setor saúde.

O campo ocupação apresentou alto percentual de incompletitudes (63,5 %). A dificuldade do preenchimento do dado pode estar relacionada à dificuldade de utilização da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). A CBO foi instituída pela portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002; tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins de uniformização de uma classificação nacional (BRASIL, 2002).

Como a violência no âmbito do trabalho vem se constituindo em um importante problema de saúde pública no Brasil, conforme descrito pelos autores Oliveira, Nunes (2008), a informação da ocupação das vítimas poderia contribuir na identificação da relação do trabalho com a violência, portanto torna-se necessário maior empenho no levantamento dessa informação e maior afinidade dos profissionais de saúde na utilização da CBO.

As informações sobre Situação conjugal/Estado civil e Relações sexuais apresentaram incompletude regular (22,6%) e alta respectivamente (46,3%). O alto percentual de incompletudes nas informações sobre o perfil de relações sexuais das vítimas pode evidenciar a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar questões de sexualidade nos atendimentos prestados. Em um estudo realizado com enfermeiras os achados evidenciaram a dificuldade com que o tema é tratado na prática profissional, pois, a comunicação sobre a temática de sexualidade ocorre de modo fragmentado com características do modelo biomédico, onde o foco principal do discurso é a patologia (JUNQUEIRA et al, 2013).

Ao notificar as vítimas portadoras deficiência ou de transtorno, nota-se dificuldade dos profissionais em classificar os tipos. Isso pôde ser evidenciado pelas inconsistências (0,8%) no preenchimento do campo outros. Este deveria ser utilizado apenas quando a deficiência ou o transtorno não se enquadravam em nenhuma das demais classificações apresentadas na ficha. No entanto, a maior parte de inconsistência apresentada nesse campo referia-se à descrição de deficiências/transtornos passíveis de categorização em outros campos.

Além disso, uma característica da ficha que dificulta a classificação das deficiências e dos transtornos, por parte dos profissionais, refere-se à divisão dos transtornos em comportamentais e mentais. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), que é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de padronizar a nomenclatura de doenças, não classifica distintivamente os transtornos mentais dos comportamentais. Assim, os profissionais têm poucos parâmetros para o correto preenchimento.

Sobre as informações dos dados da ocorrência evidencia-se o alto número de não preenchimento das informações sobre o endereço e a hora de ocorrência. Essa informação é um importante instrumento que subsidia o planejamento de intervenções específicas para determinadas localidades, uma vez que tais fontes

podem identificar ações violentas não registradas na polícia ou em outros setores (DAHLBERG, KRUG, 2006).

O dado sobre a recorrência da violência também apresentou percentual alto de incompletude (35,1). O modelo ecológico, introduzido no final da década de 1970 e utilizado para determinar as raízes de diversos tipos de violência, evidencia o papel das relações sociais próximas como fator de perpetração da violência, pois os indivíduos estão ligados numa relação contínua, contribuindo, assim, para que a vítima seja atacada repetidamente pelo agressor (DAHLBERG, KRUG, 2006). Portanto, como nesse banco de dados é possível a identificação da violência ocorrida em âmbito familiar, a caracterização da recorrência de violência pode contribuir para a identificação dos fatores de risco que operam no interior da família, favorecendo a abordagem da saúde pública para a prevenção da violência.

O questionamento sobre a possibilidade de a lesão ter sido autoprovocada proporciona a identificação das tentativas de suicídio e de suicídios. No entanto, para a consistência dessa informação, é necessário que, quando o campo for assinalado com “sim”, o número de envolvidos seja “um”, o provável agressor seja a própria pessoa, e o sexo do autor da agressão deve ser o mesmo sexo do paciente. Quando há incoerência entre esses campos relacionados, não é possível determinar se realmente foi uma lesão autoprovocada ou se houve um registro errôneo do provável autor da agressão, o que descaracteriza totalmente a violência ocorrida. Um percentual significativo (4,3) de notificações apresentou essa inconsistência.

A Tabela 2 descreve as inconsistências e as incompletudes nos campos que registram a tipologia da violência e as informações acerca de violência sexual. Em relação à tipologia da violência, os registros de violência física foram os que apresentaram maior percentual (9,4) de inconsistências. A caracterização do erro de preenchimento foi evidenciada quando não foi assinalada a violência física e foi registrado como meio de agressão substâncias ou de objetos causadores desse tipo de violência como, por exemplo, “força corporal/spancamento”, “enforcamento”, entre outros. Houve ainda informações de ocorrência de lesões com o preenchimento dos campos “natureza da lesão” e “parte do corpo atingida” em que a violência física não foi identificada.

Tabela 02- Frequência de inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (tipologia da violência e violência sexual), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

	Nº Campo	Campo	Inconsistência <sup>1</sup>			Incompletitude <sup>2</sup>	
			N	Total	%	N	%
<i>Tipologia da Violência</i>	51	Tipo de violência					
		Física	2029	21547	9,4	1208	5,3
		Psicológica/Moral	0	19446	0,0	3309	14,5
		Tortura	0	19179	0,0	3576	15,7
		Sexual	114	19585	0,6	3170	13,9
		Tráfico de seres humanos	0	19264	0,0	3491	15,3
		Financeira/econômica	0	19269	0,0	3486	15,3
		Negligência/Abandono	56	19326	0,3	3429	15,1
		Trabalho infantil	18	19224	0,1	3531	15,5
		Intervenção legal	0	19141	0,0	3614	15,9
		Outros	15	18574	0,1	4181	18,4
		52	Meio de agressão				
		Força corporal	432	20509	2,1	2246	9,9
		Enforcamento	26	19004	0,1	3751	16,5
		Obj.contundente	50	19040	0,3	3715	16,3
		Obj. pérfuro/cortante	77	19174	0,4	3581	15,7
		Substância/Obj. quente	63	18929	0,3	3826	16,8
		Envenenamento	704	19034	3,7	3721	16,4
		Arma de fogo	88	19028	0,5	3727	16,4
	Ameaça	0	19000	0,0	3755	16,5	
	Outro	1446	18066	8,0	4689	20,6	
<i>Violência sexual</i>	53	Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?					
		Assédio sexual	224	19738	1,1	3017	13,3
		Estupro	612	19920	3,1	2835	12,5
		Atentado violento ao pudor	602	19720	3,1	3035	13,3
		Pornografia infantil	225	19655	1,1	3100	13,6
		Exploração sexual	222	19668	1,1	3087	13,6
		Outros	122	19464	0,6	3291	14,5
		54	Se ocorreu penetração, qual o tipo ?				
		Oral	1	19387	0,0	3368	14,8
		Anal	1	19450	0,0	3305	14,5
		Vaginal	8	19714	0,0	3041	13,4
		55	Procedimento realizado				
		Profilaxia DST	6	19709	0,0	3046	13,4
		Profilaxia HIV	7	19698	0,0	3057	13,4
		Profilaxia hepatite B	7	19649	0,0	3106	13,6
		Coleta de sangue	4	19675	0,0	3080	13,5
		Coleta de sêmen	1	19550	0,0	3205	14,1
	Coleta de secreção vaginal	0	19614	0,0	3141	13,8	
	Contracepção de emergência	3	19666	0,0	3089	13,6	
	Aborto previsto em lei	0	19715	0,0	3040	13,4	

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Notas: <sup>1</sup> Percentual calculado sobre o número de notificações com o referido campo preenchido <sup>2</sup> Percentual calculado sobre a totalidade das notificações

A violência física apresentou, entretanto, um percentual baixo de incompletitudes (5,3) que pode ser considerado de excelente preenchimento. Por deixar marcas visíveis no corpo, a agressão física é mais comumente reconhecida no âmbito do setor saúde (GOMES et al, 2013). Os demais tipos de violência apresentaram percentuais semelhantes (regular) de incompletitudes e baixo número de inconsistências.

A ficha de investigação de violências contém diversas alternativas que descrevem previamente os possíveis instrumentos/formas de agressão para que o notificante realize a descrição do meio de agressão utilizado.

O preenchimento da opção “outros” apenas deve ocorrer, portanto, quando o meio de agressão utilizado não estiver contemplado em nenhum dos demais campos. A maioria das inconsistências apresentadas referia-se, entretanto, à descrição de meios de agressão com possibilidade de terem sido assinalados nos demais campos, como por exemplo, descrição com características de envenenamento: “uso de medicamentos”, “ingestão de substâncias entorpecentes”, entre outras.

A ficha de investigação de Violências no SINANnet foi implantada em 2009 e sua criação para uso nesse sistema ocorreu em julho de 2008, anterior à implantação da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Essa lei alterou o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, revogando o conceito de Atentado Violento ao Pudor (AVP) e ampliando a abrangência do crime de estupro. O AVP passou a ser considerado, portanto, como estupro. Para os fins de notificação, o campo AVP deveria ser preenchido como “não se aplica”. A análise evidenciou que 3,1% (TABELA 02) das informações classificaram a violência sexual ocorrida como AVP.

Outras inconsistências encontradas em relação à descrição das violências sexuais foram o registro de pornografia infantil em vítimas adultas, a não classificação da violência como sexual frente à informação de gravidez ou de doença sexualmente transmissível como consequência. Um erro comum refere-se ao preenchimento do item outras violências, que deveria ser utilizado apenas na identificação de outros tipos de violências sexuais não contempladas nas alternativas. Em vários casos, entretanto, o estupro foi registrado em outros, como exemplificado: “manipulação sexual”, “tentativa de estupro”, “manipulação de genitália”.



As informações referentes ao tipo de penetração ocorrido apresentaram percentual regular de incompletitudes. O preenchimento dos campos referentes ao procedimento realizado após a ocorrência da violência sexual é importante para se avaliar a realização da profilaxia pós-exposição (PPE). Pôde-se evidenciar por esse estudo o preenchimento regular desses campos no período analisado, necessitando-se, ainda, de esforços para a melhoria da completitude.

No Brasil, não há a obrigatoriedade da organização de um serviço específico para o atendimento a essas vítimas. Assim, para a realização da PPE, a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços. Os gestores municipais e estaduais têm papel decisivo na organização da rede de atenção, de provisão de recurso, de capacitação profissional e de divulgação do fluxo assistencial para o público geral (BRASIL, 2012).

Considerando a heterogeneidade dos serviços de assistência no país, com suas diversidades locais, regionais e estaduais, as informações sobre a PPE contidas na notificação são mais um instrumento que pode possibilitar o conhecimento da organização da rede integrada de atendimento para o planejamento das ações de intervenção nos diversos níveis de atenção.

Tabela 03- Frequência de inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (consequências da violência, lesão e dados do provável autor da agressão), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

	Nº Campo	Campo	Inconsistência <sup>1</sup>			Incompletitude <sup>2</sup>	
			N	Total	%	N	%
<b>Consequências da Violência</b>	56	Consequências detectadas no momento da notificação					
		Aborto	0	18393	0,0	4362	19,2
		Gravidez	65	18465	0,4	4290	18,9
		DST	7	16121	0,0	6634	29,2
		Tentativa de suicídio	0	16183	0,0	6572	28,9
		Transtorno mental	0	15727	0,0	7028	30,9
		Transtorno comportamental	0	15734	0,0	7021	30,9
		Estresse pós-traumático	0	15893	0,0	6862	30,2
		Outros	48	15231	0,3	7524	33,1

Tabela 03- Frequência de inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (consequências da violência, lesão e dados do provável autor da agressão), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

(Continuação)

	Nº Campo	Campo	Inconsistência <sup>1</sup>		Incompletitude <sup>2</sup>		
			N	Total			
<b>Dados do Provável Autor/Agressão Lesão</b>	57	Natureza da lesão	1415	19590	7,2	3165	13,9
		Outros	1275	19253	6,6	3502	15,4
	58	Parte do corpo atingida	215	19836	1,1	2919	12,8
	59	Número de envolvidos	140	18515	0,8	4240	18,6
	60	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida					
		Pai	39	16019	0,2	6736	29,6
		Mãe	57	16010	0,4	6745	29,6
		Padrasto	16	15975	0,1	6780	29,8
		Madrasta	3	15915	0,0	6840	30,1
		Cônjuge	129	16426	0,8	6329	27,8
	Ex-cônjuge	32	16107	0,2	6648	29,2	
<b>Dados do Provável Autor</b>		Namorado (a)	22	16045	0,1	6710	29,5
		Ex-namorado (a)	12	15987	0,1	6768	29,7
		Filho (a)	16	15994	0,1	6761	29,7
		Irmão (a)	31	16239	0,2	6516	28,6
		Amigos/conhecidos	23	15941	0,1	6814	29,9
		Desconhecido (a)	98	16311	0,6	6444	28,3
		Cuidador (a)	8	15917	0,1	6838	30,1
		Patrão/chefe	1	15927	0,0	6828	30,0
		Pessoa com relação institucional	12	15883	0,1	6872	30,2
		Policial/agente da lei	7	15920	0,0	6835	30,0
		Própria pessoa	979	16170	6,1	6585	28,9
		Outros	296	15684	1,9	7071	31,1
	61	Sexo do provável autor da agressão	232	18044	1,3	4711	20,7
62	Suspeita de uso de álcool	0	13213	0,0	9542	41,9	

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Notas: <sup>1</sup> Percentual calculado sobre o número de notificações com o referido campo preenchido <sup>2</sup> Percentual calculado sobre a totalidade das notificações

Estudos demonstram que a violência doméstica tem sido associada a muitos distúrbios mentais, incluindo ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares e psicose (ORAM et al, 2013; WHO, 2005). A análise das consequências detectadas no momento da notificação (TABELA 03) pode contribuir para a demonstração da gravidade e da dimensão das violências

como causa de desenvolvimento de doenças psiquiátricas. No que concerne à incompletitude, entretanto, a descrição das consequências da violência apresentou alto percentual de não preenchimento, principalmente em relação aos distúrbios psiquiátricos.

Isso pode estar relacionado à necessidade do diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado para a identificação dos transtornos psiquiátricos e à associação ao evento violento (BRASIL, 2009). A notificação é compulsória a todos os profissionais de saúde, no entanto, a falta de esclarecimento adequado dos fatos pelas vítimas ou por familiares são fatores que dificultam a avaliação e o preenchimento dessas informações.

Nos casos de violência em que a estrutura física da vítima foi afetada, é necessário caracterizar a lesão. Para isso, a ficha de investigação nesse campo expõe as características básicas como “corte”, “laceração”, entre outros, para que o notificante registre a lesão principal, ou seja, a de maior gravidade. Foi encontrado um importante percentual de inconsistências na relação entre a natureza da lesão e a parte do corpo atingida (TABELA 03). Como por exemplo, os registros de “*fratura de abdome*”, “*traumatismos crânio-encefálico em quadril/pelve*”, “*luxação de órgão genitais/ânus*” e outros. Preenchimentos da alternativa “Outros”, com descrição de lesões que poderiam ter sido categorizadas nas demais alternativas possíveis também ocorreram. Além disso, apresentaram um percentual regular de incompletitude dos campos.

Vale ressaltar que a falta de tempo foi apontada em diversos estudos (GONÇALVES, FERREIRA, 2002; ROHIFS, VALLIS – LIOBET, 2003; SALIBA et al, 2007;) como fator de entrave à realização da notificação por parte dos profissionais de saúde. A sobrecarga de trabalho devido à falta de recursos humanos é fator que contribui para um preenchimento rápido da ficha por parte dos profissionais da assistência, o que propicia a ocorrência de falhas nos registros.

Em relação aos dados do agressor (TABELA 03), o número de envolvidos deve referir-se apenas ao causador do ato violento. As inconsistências encontradas relacionaram-se à descrição de números maiores ou menores de agressores que os registrados em vínculo/grau de parentesco com a vítima. Houve informações de “*dois envolvidos com registro de vínculo apenas mãe*”, “*um envolvido com mãe e pai como grau de parentesco*”. Não houve concordância também em alguns registros do sexo do agressor com o vínculo/grau de parentesco: “*autor mãe do sexo masculino*”

ou “*padrasto do sexo feminino*” e, ainda, “*um envolvido de ambos os sexos*”. Uma possível explicação para a ocorrência dessa falha é a inclusão errônea da vítima no número de envolvidos. A incompletude do campo número de envolvidos apresentou-se de forma regular (18,6%).

O instrumento de notificação permite o registro do uso de álcool pelo agressor durante a execução do ato violento. Essa informação apresentou alto percentual de incompletude.

Não há campo específico na ficha para a informação do uso de outras substâncias psicoativas. Essas substâncias podem agir no funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), deprimindo, estimulando ou perturbando o indivíduo, o que contribui para a geração de atitudes violentas (SCHENKE, CONSTANTINO, ASSIS, 2009). E, ainda, as drogas ilícitas contribuem para a dinâmica de produção de violência durante sua comercialização e a distribuição (GARCIA, 2012). O conhecimento da dimensão da relação do uso delas com a violência, bem como, seu impacto no setor saúde são, portanto, de extrema importância.

Quando o mesmo campo apresenta diversas opções de preenchimento, o notificante deve preencher aquele que se aplica à situação de violência com o código referente ao “sim” e as demais com “não” ou “não se aplica”, quando for o caso. Observou-se, no entanto, que, em geral, os profissionais têm preenchido apenas aquela informação referente ao ocorrido e deixado os demais em branco. Isso contribui para a baixa completude daquele campo.

Essa situação se aplica, por exemplo, a itens referentes ao vínculo/grau de parentesco com a vítima atendida. Com isso, a incompletude tornou-se, em geral, alta. Houve também registros no campo “outros” de vínculos que poderiam ser assinalados nas demais opções da ficha.

As informações referentes ao encaminhamento da vítima para o setor saúde ou para outros setores (TABELA 4) possibilitam a identificação da rede integrada de atenção à violência de uma determinada região ou estado, considerando que, para a obtenção de melhores resultados na execução de ações e de programas de prevenção à violência, são necessárias articulações institucionais, intersetoriais e interdisciplinares.

Tabela 04- Frequência de inconsistências e incompletitudes por campo de notificação (evolução e encaminhamento), Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

	Nº Campo	Campo	Inconsistência <sup>1</sup>			Incompletitude <sup>2</sup>	
			N	Total	%	N	%
<b>Evolução e Encaminhamento</b>	63	Encaminhamento no setor saúde	0	18266	0,0	4489	19,7
	64	Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores					
		Conselho Tutelar	97	16622	0,6	6133	27,0
		Vara da Infância/Juventude	13	16185	0,1	6570	28,9
		Casa Abrigo	0	16189	0,0	6566	28,9
		Programa Sentinela	0	16140	0,0	6615	29,1
		Delegacia de Atendimento à Mulher	0	16467	0,0	6288	27,6
		Delegacia de Proteção à Criança e do Adolescente	0	16210	0,0	6545	28,8
		Outras delegacias	0	16847	0,0	5908	26,0
		Ministério Público	0	16118	0,0	6637	29,2
		Centro de Referência da Mulher	0	16140	0,0	6615	29,1
		Centro de Referência Assistência Social	0	16210	0,0	6545	28,8
		Instituto Médico Legal	0	16336	0,0	6419	28,2
		Outros	1557	15944	9,8	6811	29,9
		65	Violência relacionada ao trabalho	35	19166	0,2	3589
	66	Se sim, foi emitida a Comunicação de acidente de trabalho?	0	20898	0,0	1857	8,2
	67	Circunstância da lesão	577	6088	9,5	16667	73,2
	68	Classificação final	957	22755	4,2	0	0,0
	69	Evolução do caso	0	20239	0,0	2516	11,1

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Notas: <sup>1</sup> Percentual calculado sobre o número de notificações com o referido campo preenchido <sup>2</sup> Percentual calculado sobre a totalidade das notificações

Os registros sobre o encaminhamento da vítima apresentaram percentual regular de incompletitude. Sendo que, os encaminhamentos para o próprio setor saúde apresentaram melhores índices de preenchimento que aqueles para outros setores. Isso pode evidenciar a maior facilidade de atuação profissional no âmbito do setor saúde em detrimento às ações de intersectorialidade. Ou seja, os atendimentos em diversos níveis de atenção são comuns a vários agravos, enquanto que, aqueles em outros setores necessitam de uma rede especializada. Além disso, na maior parte desses encaminhamentos é necessária a ocorrência da denúncia, onde, como

abordado anteriormente, os profissionais de saúde apresentam medo das implicações legais do ato.

Além disso, foram encontradas inconsistências referentes ao encaminhamento para o conselho tutelar e para vara da infância e juventude de vítimas com idades incompatíveis, ou seja, de adultos. Ainda, como ocorrido em todos os campos com a possibilidade do preenchimento da opção “outros”, houve registros de vínculos que poderiam ser categorizados nas demais opções de campos existentes na ficha.

O aumento da violência relacionada ao trabalho se constitui um importante problema de saúde pública. As inconsistências encontradas sobre a relação da violência com o trabalho (TABELA 04) referem-se à descrição do ambiente de trabalho ou do trajeto no local de ocorrência sem o registro de violência relacionada ao trabalho. Houve também o preenchimento de relação com o trabalho no ato violento, em menores de 14 anos, sem a classificação da tipologia de trabalho infantil. A incompletitude desse campo foi regular (15,8%).

Em um artigo conceitual de síntese, Oliveira e Nunes (2008) propõem um conceito amplo de violência relacionada ao trabalho como “toda ação voluntária de um indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou em atividades concernentes”.

Tal como na conceituação da violência, em que existem diversas definições, umas coincidentes outras contraditórias (MINAYO, 2009), também ocorre na abordagem da violência relacionada ao trabalho. Pelas inconsistências encontradas nas informações sobre a violência relacionada ao trabalho pode-se inferir que o conceito ainda está incompreendido por alguns notificantes. Para que a violência no âmbito do trabalho seja claramente esclarecida, é necessário que isso esteja arraigado de forma holística no olhar dos profissionais de saúde.

A informação sobre a circunstância da lesão (TABELA 04) foi a que apresentou pior percentual de incompletitude (73,2%). Esse campo refere-se à classificação da causa e da circunstância da violência sofrida pela vítima e, não, à natureza da lesão (BRASIL, 2009). Para o seu preenchimento, devem ser utilizados os códigos do Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Além de baixo percentual de registro, ainda há as inconsistências que se referiram a não utilização do capítulo XX da CID-10. Em muitas notificações foram informadas, portanto, o código referente à lesão principal como exemplo “fraturas” ou, ainda, sobre os transtornos psiquiátricos apresentados no momento do atendimento. Houve também a presença de códigos sem qualquer relação com o evento violento.

Como a notificação é obrigatória aos profissionais de saúde, o alto percentual de incompletude pode ser explicado pela falta de familiaridade dos demais profissionais (não médicos) com a utilização da terminologia da CID-10. Estudos que avaliaram o preenchimento do CID em outros sistemas de informação evidenciaram que médicos, mesmo utilizando cotidianamente a classificação, também registram erroneamente, como exemplo o realizado em Belém-PA. Avaliando as declarações de óbito, que é um instrumento onde a responsabilidade ética e jurídica do preenchimento é do médico, os autores encontraram 71,5% de erro de registro da causa de morte. A principal incoerência encontrada foi a utilização de termos vagos (SILVA et al, 2013 a).

Como estratégia adotada, devido às peculiaridades que envolvem a vigilância das violências e à necessidade de realização de intervenções de urgência, o Ministério da Saúde orienta que, para fins de notificação, todos os casos prováveis ou suspeitos deverão considerados como casos de violências. Para o preenchimento do campo classificação final, que se destina à definição da ocorrência ou não do ato violento, a opção “inconclusivo” não deve, portanto, ser utilizada. Essa alternativa não foi retirada da ficha ainda, pois, para isso, seriam necessárias alterações na estrutura do instrumento eletrônico.

Para o correto preenchimento, o notificante deve considerar os casos como “confirmados” e “prováveis” (suspeitos). A alternativa “descartado” deve ser utilizada em raras situações, em que, por razões legais, o profissional de saúde tem a comprovação de que a vítima não foi violentada (BRASIL, 2009).

Como inconsistência no campo classificação final (TABELA 04), foi encontrado um percentual de fichas encerradas como “inconclusivo”. Devido à obrigatoriedade de preenchimento, não há incompletudes.

O campo evolução final do caso (TABELA 04), apresentou percentual regular de incompletude (11,1). Esse possibilita a identificação da ocorrência de óbitos por

violências, portanto sua importância está nas contribuições para as análises de mortalidade por causas externas no Brasil.

Analisando a qualidade dessas estatísticas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Jorge, Laurenti, Gotlieb (2007) declaram que, atualmente, em aproximadamente 10% das declarações de óbito, os médicos legistas registram apenas as lesões encontradas e, não, as circunstâncias do acidente/violência.

O registro de óbitos por violências no SINAN permite a comparação e a complementação com as informações geradas pelo SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). No Brasil, como os sistemas de informações não possuem integração automatizada, essa comparação de dados de um mesmo agravo entre diferentes sistemas (relacionamento probabilístico) pode contribuir para a melhora da qualidade de ambos. O relacionamento de dados SIM/SINAN também é uma estratégia necessária para a redução de subregistros (DRUMOND; SILVA, 2013).

Outros aspectos não abordados neste estudo ainda são importantes para a avaliação de sistemas de informação como clareza metodológica, cobertura, confiabilidade, não duplicidade e validade (LIMA et al, 2009).

A estratégia brasileira de notificação pelo setor saúde pode ser considerada um avanço, principalmente, no tocante à padronização dos dados, mesmo com presença de heterogeneidade entre os estados, o instrumento é único. Os Estados Unidos da América (EUA) que são reconhecidos como pioneiros na iniciativa estatal de intervenções sobre a violência familiar, já haviam estabelecido a notificação compulsória desde o final da década de 1970 em todos os estados, no entanto os padrões e as formas de notificação variam de estado para estado (LIMA, DESLANDES, 2011).

Isso não significa que a vigilância de violências esteja efetivamente implantada no Brasil, no entanto os avanços até agora alcançados contribuem para a o enfrentamento da invisibilidade, sobretudo, da violência doméstica.

Os sistemas de informação em saúde se expandem, mas nem sempre sua função de dar visibilidade a problemas a serem enfrentados resulta em ações específicas do poder público (KIND, 2013).

Conclui-se a necessidade de investimentos na qualidade das informações geradas, uma vez que essas são subsídios de tomada de decisão tanto na esfera local quanto em macropolíticas de saúde.



Outros levantamentos ainda são pertinentes a respeito da importância do SINAN na informação sobre a violência familiar, doméstica e em outras, sobretudo análises sobre o atendimento às necessidades informacionais dos gestores de saúde e sua aplicabilidade em nível local.

## 5.2 Caracterização da ocorrência de violências

As informações sobre a ocorrência das violências no estado de Minas Gerais foram produzidas após a realização da análise crítica ao banco de dados. Isso pode configurar alterações no perfil das notificações no estado, já que muitos registros foram excluídos. Sem a crítica, no entanto, não seria possível obter confiabilidade para o estudo. Isso justificaria, portanto, a possibilidade da ocorrência de dados divergentes com os apresentados nesta análise.

No ano de 2010, foram notificados atendimentos por violência 6.749 e em 2011, foram 16.006. O aumento no número de registros justifica-se pela mudança da obrigatoriedade da notificação, que, como abordado anteriormente, no ano de 2010, era em unidades sentinelas e, em 2011, tornou-se compulsória para todos os profissionais de saúde.

A maior incidência de casos notificados de violências (Quadro 02 e Figura 01) não acompanhou as características sociodemográficas e a maior concentração dos serviços de saúde no estado de Minas Gerais.

**Quadro 02** Taxa de incidência de casos notificados por violências nas macrorregiões de saúde. Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

Macrorregiões	Casos	População	Taxa de Incidência <sup>1</sup>
Leste do Sul	1982	692.406	286,1
Triângulo do Sul	1682	744.497	225,8
Sul	4813	2.737.740	175,8
Oeste	1853	1.261.214	146,9
Noroeste	911	686.334	132,7
Norte	1919	1.651.601	116,1
Triângulo do Norte	1388	1.248.863	111,1
Sudeste	1396	1.641.619	85,0
Centro	5287	6.429.520	82,2
Centro Sul	398	757.755	52,5
Nordeste	415	838.903	49,5
Jequitinhonha	166	387.025	42,9
Leste	545	1.515.889	36,0

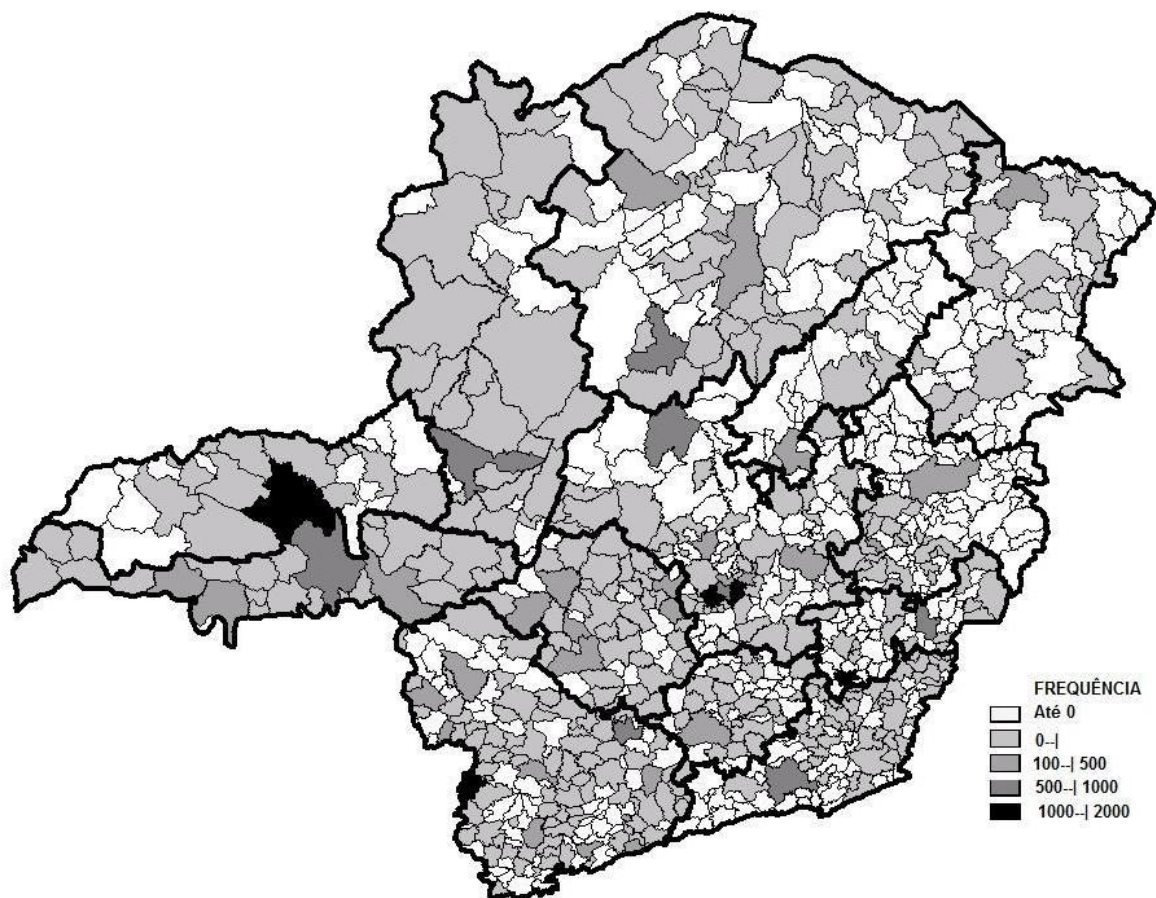
Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Nota: <sup>1</sup>Taxa de incidência por 100.000 habitantes

A distribuição espacial e temporal dos homicídios no Brasil apresenta um padrão de regularidade marcado pela concentração nas regiões metropolitanas que são densamente povoadas e têm estruturas econômicas diversificadas (ANDRADE, DINIZ, 2013). Isso não pode ser evidenciado no padrão das notificações analisadas nesse estudo. Uma vez que, as maiores taxas de incidência de registros ocorreram em macrorregiões com menores densidades populacionais.

Aquelas que apresentaram maiores taxas de incidência foram: Leste do Sul, Triângulo do Sul e Sul. Isso pode evidenciar que, nos anos avaliados, a maior incidência de notificações por violências esteve estritamente relacionada às estratégias adotadas pelo setor saúde de ampliação da vigilância do agravo.

**Figura 02** Mapa de frequência de casos notificados de violências, segundo o município de notificação e as macrorregiões de saúde. Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.



O sexo feminino foi predominante em todos os tipos de violência (TABELA 05 e 06). No tocante à violência física, é importante considerar que a notificação ocorrida por meio desse instrumento não inclui a violência extrafamiliar (criminalidade/delinquência) cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como brigas entre gangues, etc. (BRASIL, 2009 a).

Além disso, como a notificação é realizada apenas quando a vítima é atendida pelo setor saúde, deve ser considerado também fato da maior procura a esses serviços pelas mulheres, provavelmente relacionado aos fatores culturais e sociais (LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2005).

As estatísticas mundiais apontam uma maior incidência de mortalidade por violência em homens. Correspondem ao sexo masculino 77% de todos os homicídios no mundo, o que representa taxas acima de três vezes mais altas do que entre as do sexo feminino (DAHLBERG, KRUG, 2006).

A morbimortalidade diferenciada entre homens e mulheres está relacionada, entre outros fatores, aos padrões de gênero que envolvem os fatores sociais e culturais prevalentes nas sociedades (LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2005). A violência de gênero que se manifesta sobre a opressão e a crueldade nas relações entre homens e mulheres, vítima, sobretudo, as mulheres (MINAYO, 2009). Quando os olhares se voltam para a vulnerabilidade, a situação de exposição à violência se inverte. Estudo realizado pela OMS (2005) mostrou que 32,1 % das mulheres da cidade de São Paulo e 34% em municípios da zona da mata de Pernambuco (PE), na faixa etária de 15-49 anos, sofreram violência física por parceiro íntimo.

Os dados da presente análise confirmam o que a literatura aponta em relação à violência contra a mulher. A maior incidência do sexo feminino nas notificações de violência realizadas pelo SINAN é concordante em diversas análises (MASCARENHAS et al, 2009; ASSIS et al, 2012; VELOSO et al, 2013; SILVA et al, 2013 b).

As estatísticas do setor saúde no Brasil, anteriores à implantação da notificação por meio do SINAN e disponíveis em todas as esferas de gestão do SUS, representavam apenas a morbimortalidade por violências, ou seja, informações referentes ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Com a implantação dessa ferramenta no SINAN e com a instituição de sua obrigatoriedade, tornaram-se disponíveis outras informações como tipologia, perfil das pessoas envolvidas (vítimas e autores da agressão), local de ocorrência e outras características dos eventos violentos. Isso possibilita maior visibilidade de outras violências como a de gênero, contribuindo, assim, para desvelar a natureza oculta da violência, sobretudo a doméstica. Tendo em vista a promulgação da Lei 11.340/06 - a Lei Maria da Penha - que visa criar mecanismos para o cumprimento do compromisso do Estado brasileiro em coibir e prevenir a violência contra a mulher, esse é um importante instrumento para a identificação das situações de violência a que elas estão expostas.

A faixa etária prevalente em todos os tipos de violência, exceto a negligência/abandono e sexual, foi de adultos jovens entre 20-39 anos (TABELA 05), resultado que corrobora com estudos realizados em unidades de atendimento de urgência e de emergência das capitais brasileiras e do Distrito federal (MASCARENHAS et al, 2009; ANDRADE et al, 2012) e com as estatísticas de mortalidade por causas externas no Brasil (DATASUS, 2013).

O Brasil é um país jovem. Em 2010, os adultos na faixa etária entre 20-39 anos representavam 33,54 % da população total, realidade também no estado de Minas Gerais onde esse grupo representava 32,91 % da totalidade (DATASUS, 2013). A incidência da violência, bem como de mortalidade por causas externas nessa faixa etária, destaca a necessidade de maior atenção das autoridades, considerando-se que representam o grupo de maior produção econômica e social aumentando, assim, os gastos públicos (ANDRADE-BARBOSA et al, 2013).

Em relação à violência contra idosos (60 anos e mais), houve predominância da violência física, seguida pela psicológica, negligência/abandono e financeira/econômica, como pode ser observado pelos números absolutos de notificações nas tabelas 05 e 06. Resultado semelhante foi obtido na análise de Mascarenhas et al (2012), que avaliou o banco nacional de notificações de violência no SINAN no ano de 2010.

Sobre as crianças e os adolescentes, houve maior número de atendimentos entre adolescentes; sendo a faixa etária de 15-19 anos (adolescência tardia) a mais acometida em todos os tipos de violências (TABELAS 5 e 6), exceto a sexual e negligência/abandono, em que houve predominância de idades entre 10-14 anos (adolescência precoce). No Brasil, em 2011, os adolescentes tardios sofreram mais

violência física que os adolescentes precoces, no entanto aqueles com idade entre 10-14 anos foram mais acometidos por violência psicológica, sexual, negligência/abandono e tortura (WAISELFISZ, 2012). Quando agrupada a faixa etária de 10-19 anos (TABELA 06), a violência sexual torna-se mais frequente nos adolescentes que em adultos entre 20-39 anos.

**Tabela 05** Análise descritiva e analítica dos casos notificados, segundo sexo, faixa etária da vítima, local de ocorrência por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

Variáveis	Tipologia da Violência								
	Física			Psicológica			Tortura		
	f	%	p <sup>1</sup>	f	%	p <sup>1</sup>	f	%	p <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>									
Feminino	8212	70	0,00*	2727	83,5	0,00*	241	80,3	0,00*
Masculino	3491	30		540	16,5		59	19,4	
Total	11703	100		3267	100		300	100	
<b>Faixa etária (anos)</b>									
Menor de 01	64	0,6	0,00*	10	0,3	0,00*	6	2	0,00*
1-5	208	1,8		105	3,2		7	2,3	
6-9	202	1,7		74	2,3		11	3,7	
10-14	803	6,8		231	7,1		21	7	
15-19	1783	15,2		392	12		34	11,3	
20-39	6037	51,6		1663	50,9		158	52,7	
40-59	2060	17,6		609	18,6		46	15,3	
Maior de 60	546	4,7		183	5,6		17	5,7	
Total	11703	100		3267	100		300	100	
<b>Local da ocorrência</b>									
Residência	5943	69,4	0,00*	2223	74,1	0,00*	197	68,9	0,29
Não residência	2616	30,6		775	25,9		89	31,1	
Total	8559	100		2998	100		286	100	

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Nota: <sup>1</sup> valor p- associado ao teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher

\* estatisticamente significativo (P < 0,05)

a) A vítima notificada pode ter sofrido mais de um tipo de violência simultaneamente.

A adolescência é um período marcado por comportamentos extremos e de dependência dos adultos. A concentração de violências entre adolescentes implica em maior necessidade de intervenções em âmbito familiar, haja vista que as responsabilidades legais sobre a saúde das crianças e adolescentes são do Estado e Família. Embora a família devesse se comportar como protetora desses adolescentes, os estudos demonstram que, ao contrário, é no seio familiar que, na maioria das vezes, são estes violentados (ASSIS et al, 2012).

A notificação compulsória de violência é um importante instrumento para mobilizar a rede de proteção integral de crianças e de adolescentes. Embora o arcabouço legal já tenha sido formulado pelo Estatuto da Criança e Adolescente

(ECA), a instituição da vigilância dentro do setor saúde amplia a visibilidade do evento, contribuindo, assim, para as ações de enfrentamento.

**Tabela 06** Análise descritiva e analítica dos casos notificados, segundo sexo, faixa etária da vítima, local de ocorrência por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

Variáveis	Tipologia da Violência								
	Sexual			Financeira Econômica			Negligência/ Abandono		
	f	%	p <sup>1</sup>	f	%	p <sup>1</sup>	f	%	p <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>									
Feminino	737	90,7		194	85,5		198	58,2	
Masculino	76	9,3	0,00*	33	14,5	0,00*	142	41,8	0,00*
Total	813	100		227	100		340	100	
<b>Faixa etária (anos)</b>									
Menor de 01	2	0,2		-	-		26	7,7	
1-5	105	13		3	1,3		148	43,6	
6-9	75	9,2		-	-		34	10	
10-14	219	27	0,00*	5	2,2	0,00*	31	9	0,00*
15-19	130	16		13	5,7		20	5,9	
20-39	208	25,5		99	43,6		21	6,2	
40-59	60	7,4		58	25,6		11	3,2	
Maior de 60	14	1,7		49	21,6		49	14,4	
Total	813	100		227	100		340	100	
<b>Local da ocorrência</b>									
Residência	427	59,6	0,00*	185	82,6	0,00*	255	93,8	0,00*
Não residência	289	40,4		39	17,4		17	6,3	
Total	716	100		224	100		272	100	

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Nota: <sup>1</sup> valor p- associado ao teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.. \* estatisticamente significativo (P< 0,05).

a)A vítima notificada pode ter sofrido mais de um tipo de violência simultaneamente.

Em todos os tipos de violência, o local de ocorrência, predominante, foi a residência (TABELAS 05 e 06), resultado que corrobora a literatura. (ASSIS et al, 2012; MASCARENHAS et al,2012a; VELOSO et al,2013;).

As condições dos indivíduos que os tornam expostos a riscos dentro de seu próprio domicílio estão relacionadas às situações de fragilidade. Assim, mulheres, crianças e idosos tornam-se os grupos vulneráveis.

A mulher, como vítima no âmbito da residência, está relacionada principalmente à violência contra parceiro íntimo, que vitima mais o sexo feminino, retornando-se, assim, às questões de gênero. Utilizando as definições elaboradas por Sueves, Jané e Plasência (2010), adaptadas do modelo ecológico proposto pela OMS, atribui-se, como fatores interpessoais geradores da violência contra parceiro íntimo, os conflitos, instabilidades e desajustes familiares, dominância masculina e estresse econômico.

No domicílio, a violência contra crianças e adolescentes ocorre principalmente em decorrência da banalização, por parte dos pais, da violência física. Esse fenômeno se associa às questões culturais de justificativa de seu uso como forma de disciplinar, favorecendo a cronicidade da violência (ROQUE, 2008).

A violência contra idosos, ocorrida no âmbito da residência, relaciona-se aos arranjos familiares contemporâneos com presença de conflitos entre gerações e também ao histórico prévio de violência e à falta de preparo para os cuidados exigidos. Esse fenômeno condiz com a falta de políticas públicas que auxiliem os familiares no enfrentamento dessas adversidades (ABATH et al,2010).

Na incidência de violência segundo raça (TABELA 07), houve maior acometimento das raças preta e indígena.

**Tabela 07** Taxa de incidência<sup>1</sup>, segundo raça/cor da pele e tipologia de violência. Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

Raça/Cor da pele	Tipo de Violência						Total
	Física	Psicológica	Tortura	Sexual	Financeira Econômica	Negligência/ Abandono	
Branca	44,4	15,1	1,3	2,8	1,2	1,7	66,6
Preta	66,6	26,8	2,3	5,8	1,9	1,6	105,0
Amarela	49,7	19,8	3,2	5,9	0,0	0,5	79,1
Parda	37,9	11,9	1,1	3,5	0,8	1,4	56,6
Indígena	160,7	16,1	9,6	6,4	0,0	3,2	196,1

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Nota: <sup>1</sup>Taxa de incidência calculada por 100.000 habitantes.e população residente segundo raça/cor da pele do Censo Demográfico 2010.IBGE

Estudo para verificação da cor da pele predominante nos homicídios por violência no Brasil concluiu que, apesar da heterogeneidade dos estados, a tendência preponderante foi a de queda dos homicídios da população branca e de crescimento da preta. No estado de Minas Gerais, em 2010, os homicídios por violência na população preta foi 127% maior que na população branca. Isso representa forte crescimento nos níveis de vitimização em pretos (WAISELFISZ, 2012).

Destaca-se, ainda, a necessidade de ampliação de ações específicas para o grupo em questão em decorrência do aumento da vitimização por homicídios causados por violência na população preta em Minas Gerais, e da maior incidência



de notificações por esse agravo nessa população. Conclui-se, ainda, a necessidade de aprofundamento em estudos com enfoque em raça e etnia.

Considerando que a população indígena no estado de Minas Gerais representa apenas 0,15% da população geral (IBGE, 2013), essa taxa de incidência expressiva pode evidenciar a necessidade de estratégias localizadas de notificação para esse grupo específico. Esses dados revelam a necessidade de aprofundamento em estudos sobre violência em indígenas para comprovação dos fatores que elevaram esse índice.

Schaiber et al (2006), avaliando a produção científica brasileira sobre violência, até o ano de 2006, constataram que etnia e raça foram temas ausentes nas discussões, ou, quando citados, foram para a caracterização da amostra.

**Tabela 08** Frequência dos casos notificados segundo principais agressores por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

Variáveis	Tipologia da Violência <sup>a</sup>					
	Física		Psicológica		Tortura	
	f	%	f	%	f	%
<b>Agressor<sup>b</sup></b>						
Mãe	208	1,8	76	2,3	13	4,3
Pai	332	2,8	138	4,2	14	4,7
Padrasto	146	1,2	71	2,2	7	2,3
Madrasta	13	0,1	4	0,1	0	0,0
Cônjuge	2582	22,1	935	28,6	96	32,0
Ex-cônjuge	579	4,9	337	10,3	20	6,7
Namorado	434	3,7	117	3,6	7	2,3
Ex-namorado	292	2,5	120	3,7	8	2,7
Filho (a)	294	2,5	147	4,5	10	3,3
Desconhecido	896	7,7	307	9,4	58	19,3
Irmão (a)	419	3,6	111	3,4	7	2,3
Conhecido (a)	1228	10,5	426	13,0	28	9,3
Cuidador (a)	20	0,2	15	0,5	4	1,3
Patrão/chefe	6	0,1	4	0,1	0	0,0
Pessoa com relação institucional	43	0,4	14	0,4	0	0,0
Policial/agente da lei	93	0,8	32	1,0	5	1,7

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Nota: a) A vítima notificada pode ter sofrido mais de um tipo de violência simultaneamente b) Foi considerado o total de casos por tipo de violência para os cálculos percentuais.

Excetuando a violência sexual e a negligência/abandono nas demais tipologias, o maior agressor foi representado pelos cônjuges/companheiros (TABELAS 08 e 09). Isso se justifica pela maioria do sexo feminino no banco, já que essa forma de violência é a mais frequente entre as mulheres, causando lesões, incapacidades, danos psicológicos e óbitos (SUEVES, JANÉ, PLASENCIA, 2010).

Os homens foram responsáveis por 90,1% das agressões acarretadas pelos parceiros íntimos. A maior incidência de notificações de agressões por cônjuge/companheiro também foi obtida no estudo dos casos de violência registrados no SINAN na cidade de Recife-PE (SILVA et al, 2013 b). Estudos internacionais evidenciam que os parceiros íntimos são responsáveis por 30-70% dos homicídios em mulheres (KRUG et al, 2002).

Realidade diferente foi encontrada no município de Belém, capital do estado do Pará. A análise dos anos de 2009-2011 encontrou maior número de notificações por agressores amigos, conhecidos, ou seja, pessoas próximas às vítimas, do que por cônjuge / companheiro (VELOSO et al, 2013).

**Tabela 09-** Análise descritiva dos casos notificados, segundo principais agressores por tipologia da violência, Minas Gerais, 2010-2011. Alfenas, 2014.

Variáveis	Tipologia da Violência <sup>a</sup>					
	Sexual		Financeira Econômica		Negligência/ Abandono	
	f	%	f	%	f	%
<b>Agressor<sup>b</sup></b>						
Mãe	6	0,7	1	0,4	69	20,3
Pai	49	6,0	9	4,0	29	8,5
Padrasto	49	6,0	0	0,0	10	2,9
Madrasta	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Cônjuge/companheiro	29	3,6	63	27,8	15	4,4
Ex-cônjuge	17	2,1	45	19,8	4	1,2
Namorado	20	2,5	4	1,8	12	3,5
Ex-namorado	17	2,1	4	1,8	0	0,0
Filho (a)	1	0,1	30	13,2	27	7,9
Desconhecido	280	34,4	21	9,3	4	1,2
Irmão (a)	15	1,8	9	4,0	15	4,4
Conhecido (a)	204	25,1	27	11,9	8	2,4
Cuidador (a)	4	0,5	5	2,2	10	2,9
Patrão/chefe	2	0,2	0	0,0	0	0,0
Pessoa com relação institucional	5	0,6	0	0,0	2	0,6
Policial/agente da lei	2	0,2	1	0,4	0	0,0

Fonte: SINAN net. Dados extraídos em 08.11.2012. SES-MG.

Nota: a) A vítima notificada pode ter sofrido mais de um tipo de violência simultaneamente.

b) Foi considerado o total de casos por tipo de violência para os cálculos percentuais.

Quanto a violência em adolescentes precoces (10- 14 anos), os conhecidos da vítima (25,6%) foram os maiores agressores. Em sequência, vêm o pai e padrasto (17,4%), desconhecidos (12,5%) e a mãe e a madrasta (5,6%). Resultado diferente foi encontrado no estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 2009 e 2010, onde os maiores perpetradores da violência na faixa etária de 10-14 anos foram o pai, a mãe e o padrasto (ZANATTA, 2012). Enquanto na adolescência tardia os

resultados de ambos os estudos se assemelham por prevalecer a violência por parceiros amorosos, nos quais são incluídos os namorados, ex-namorados, cônjuge e ex-cônjuge que, juntos, representaram 19,9 % dos agressores. Os conhecidos (15,7%) e os desconhecidos (13,2%) foram os demais grupos incidentes.

Quando avaliadas apenas as vítimas crianças (0-9 anos), os agressores mais reportados foram a mãe (17,04%) e o pai (14,8%). Com uma frequência semelhante, aparecem os conhecidos (14,4%). A maior prevalência de violência contra criança cujo agressor é a mãe ou pai também foi encontrada nas estatísticas nacionais no ano de 2010 (ASSIS, 2012), porém não na mesma proporção, uma vez que, no Brasil, em 2010, 60,6% das agressões nessa faixa etária foram cometidas pela mãe.

As notificações em idosos (60 anos e mais) envolvem em primeiro lugar, como agressores os filhos (20,9%); em sequência, com resultados muito semelhantes, aparecem os conhecidos da pessoa atendida (12,8%), os desconhecidos (12,5%) e os cônjuges (12%). A maior prevalência dos filhos como prováveis agressores corrobora análise nacional realizada em 2010 (MASCARENHAS et al, 2012).

Na negligência/abandono, o perfil do principal agressor se modifica, pois, em 61,1% dessas notificações, as vítimas foram crianças (0-9 anos), já que, como visto, predomina a mãe como executora do ato violento.

Em relação ao sexo dos autores da agressão, 51% deles foram homens contra 23,9% de mulheres. Agressores de ambos os sexos executaram apenas 3,4% dos atos. Análise dos atendimentos de emergência por violências entre menores de 10 anos no Brasil em 2006-2007 também evidenciou que a maior parte dos agressores é do sexo masculino, sendo que a razão de agressores do sexo masculino sobre o feminino foi de 2,2 (MASCARENHAS et al, 2010).

No tocante à violência sexual, o principal agressor é um desconhecido da vítima (34,4%) (TABELA 09). Um levantamento realizado em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, com o objetivo de caracterizar a violência sexual contra mulheres, o principal agressor também foi um desconhecido (69,2%) da pessoa atendida (FACURI, 2013). Análise realizada na França, em 418 atendimentos por violência sexual, demonstrou que em 51% dos casos o agressor era um desconhecido (GROSSIN, 2003).

Cabe reforçar, no entanto, que, em atendimentos de violência sexual, há a ocorrência de vítimas de dois perfis diferenciados: o primeiro envolve um agressor

conhecido, essas são frequentemente abusadas sexualmente por um membro da família. O segundo refere-se ao grupo de agredidas por um estranho. No primeiro grupo, há menor taxa de procura por atendimento no setor saúde e denúncia policial, em decorrência principalmente da recorrência do ato violento (GROSSIN, 2003; FACURI, 2013).

O instrumento de notificação possibilita a caracterização do perfil das pessoas atendidas e agressores. Espera-se, dessa forma, contribuir para a implementação de políticas, de programas e de ações de saúde pública, em todos os níveis de atenção, de forma a proporcionar a efetivação de intervenções intersetoriais e integradas de enfrentamento às violências.

## 6 CONCLUSÃO

Ao término dessa análise verificou-se a existência de 42 % de inconsistências, percentuais elevados de incompletudes nos registros das informações sobre violência da ficha do SINAN. Evidencia-se a necessidade de aprimorar a completitude e a consistência dos dados gerados por esse sistema de informação, para que, realmente, se possam subsidiar ações de intervenção, de prevenção e de formulação de políticas e de programas em todos os níveis de atenção. Diante da demanda crescente por informações tempestivas e precisas que subsidiem a tomada de decisão gestora, a eficiência e a qualidade das informações ainda persistem como desafios.

Além disso, esse sistema tem sido utilizado como fonte de estudos e de pesquisas específicas. Verifica-se que há a necessidade de se realizar uma anterior análise crítica do banco, considerando-se a confiabilidade e a subnotificação para a garantia da fidedignidade das informações.

Os sistemas atuais de informação requerem atividades sistemáticas de monitoramento e de avaliação, função compartilhada entre as três esferas de gestão à saúde. No Brasil, na prática, esse monitoramento não segue um plano regular de execução. O volume de dados gerados, a falta de estrutura física, sobretudo, em esferas municipais, e a escassez de recursos humanos podem contribuir para a dificuldade de realização dessas atividades. Assim, evidencia-se a necessidade da instituição de uma política nacional de monitoramento regular das informações produzidas.

A promoção de ações educativas de abordagem da violência para os profissionais de saúde são ferramentas essenciais no aperfeiçoamento da qualidade das informações. Essa estratégia isolada, no entanto, não se mostra eficiente. É necessário o aprimoramento das formas de envolvimento dos profissionais, pois esses apresentam dificuldades em lidar com o complexo problema da violência, que vai além da informação gerada e permeia todos os entraves ao seu enfrentamento.

Ressalta-se a importância de investimentos coordenados pelas três esferas de governo, em E-saúde, conforme diretrizes da PNIS-2012, para a implantação de sistemas de informação voltados aos pacientes e não às patologias e integrados, como tem sido despontada essa estratégia em cenário mundial.

A inserção da temática da violência no setor saúde é recente no Brasil e em Minas Gerais. Além disso, essa inclusão é realizada de diferentes formas, considerando as disparidades regionais e estão sendo incorporadas com pontos fortes e limitações, mas de forma progressiva.

A inclusão de indicadores de ampliação da notificação de violência no Pacto pela Saúde em esfera nacional e no Programa de Fortalecimento de Vigilância em Saúde no estado de Minas Gerais são táticas importantes para a melhoria da subnotificação, no entanto estratégias de melhoria da qualidade das informações ainda necessitam ser aprimoradas.

Evidenciou-se, ainda, que o perfil das vítimas de violência atendidas pelo setor saúde no estado e Minas Gerais, de forma geral, consiste principalmente de mulheres, jovens (20-29 anos) e pretos. O principal local de ocorrência é a residência e a relação com o agressor sofre variação de acordo com a faixa-etária analisada e com a tipologia da violência. Apesar desse resultado conclui-se a necessidade de intervenções específicas para os grupos vulneráveis.

A caracterização da violência ocorrida no estado de Minas Gerais, por meio do SINAN, pode fomentar iniciativas de capacitação profissional, de implementação e de melhoria das redes de atenção às vítimas e de cumprimento do dever de coibir e de prevenir a violência.

Constitui função dos SIS proporcionar conhecimento sobre a situação de saúde da população. Para tanto, são necessários investimentos em instrumentos inteligentes de gestão e apoio estratégico permanente para o desenvolvimento das ações.

Como limitação deste estudo na caracterização das inconsistências deve ser considerado o fato de que apenas é possível evidenciar os registros errôneos pela possibilidade de relacionamento entre os campos. Aqueles campos que não se relacionam com outras informações, podem conter equívocos, mas apenas poderiam ser verificados apenas por meio de avaliação dos fatos *in loco* ou em prontuários das vítimas.

O reconhecimento das deficiências dos SIS não é algo novo. Espera-se que essas informações possam contribuir para a implementação e para a operacionalização de reformas que possam proporcionar a melhoria da qualidade das informações sobre violências produzidas pelo SINAN no estado de Minas Gerais e em cenário nacional.

## REFERÊNCIAS

ABATH, M. B. et al . A violência física contra a pessoa idosa revelada em serviço médico-legal, Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1797-1806, set. 2010.

ANDRADE-BARBOSA, T. L. et al. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 711-719, 2013.

ANDRADE, L. T; DINIZ, A. M. A. A reorganização espacial dos homicídios no Brasil e a tese da interiorização. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v.30, supl. 2013.

ANDRADE, M. V. et al. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 97, n. 4, p. 307-316, out.2011.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.1, p.21-30, mar. 2012.

ASSIS, S. G. et al . Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer. Violência Doméstica: reflexões sobre o agir Profissional. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília , v. 25, n. 1, mar. 2005.

BARBOSA D.A, BARBOSA A.M.F. Avaliação da completude e consistência do banco de dados das hepatites virais no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** , Brasília,v.22, n.1, p. 49-58, jan.-mar. 2013

BARBUSCIA, D. M; RODRIGUES-JUNIOR, A. L. Completude da informação nas Declarações de Nascido Vivo e nas Declarações de Óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, Jun. 2011.

BRADLEY et al. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of womem attending general practice. **BMJ**, v. 324, n.7332, p.1-5, 2002. Disponível em:

[http://www.bmj.com/highwire/filestream/323354/field\\_highwire\\_article\\_pdf/0.pdf](http://www.bmj.com/highwire/filestream/323354/field_highwire_article_pdf/0.pdf). Acesso em: 05 nov.2011.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília (Brasil). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm) Acesso em: 05 dez.2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Federal Nº. 737/2001 de 16 de maio de 2001**. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-737.htm>. Acesso em: 05 nov.2011.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002**. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf> Acesso em: 12 ago.2011.

\_\_\_\_\_. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta Versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei n.11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 14 dez. 2012.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências**. Brasília, DF, novembro, 2009 a.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v.2, 2009 b.



\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010.** Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecem fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União de 1º/09/2010 (seção I pág. 50). Brasília, DF, 2010 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Roteiro para uso de Sinanet ,Análise da Qualidade da Base de Dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais: Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.** Versão Preliminar. Brasília, DF, dezembro, 2010 b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecem fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde e revoga a Portaria n.º 2.472. Diário Oficial da União de 26/01/2011 (n.º. 18, Seção 1, pág. 37). Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília, DF, 2012.

BRENDER J.; NOHR C.; McNAIR P. Research needs and priorities in health informatics. **International Journal of Medical Informatics**, v. 58, p. 257-289,2000.

COSTA C.G; LEÃO B.F; MOURA L.A. Jr. São Paulo city health information system - a case report. **Medinfo**, v.2, p.377-81,2007.

DATASUS. **Informações de Saúde.** Disponível em:  
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.  
Acesso em: 11 dez.2012

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, jan. 2006.

DEGENHARDT, L. et al. A carga global da doença atribuíveis ao uso de drogas ilícitas e de dependência: resultados do Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, V.382, p. 1564-1574, 9-15 nov.2013.

DRUMOND, E. F.; SILVA, J. M. Avaliação de estratégia para identificação e mensuração dos acidentes de trabalho fatais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1361-1365, maio 2013.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, mai. 2013.

FARIAS, L. M. M. et al. Os limites e possibilidades do Sistema de Informação da Esquistossomose (SISPCE) para a vigilância e ações de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2055-2062, out. 2011.

FRANCO, T.L. B; NOGUEIRA, D.A; GRADIM, C.V. C. **Violência contra a Mulher no município de Guaxupé, MG- Brasil**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2013.

GARCIA, Héctor Iván et al. Treinta años de homicidios en Medellín, na Colômbia, 1979-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 28, n. 9, p. 1699-1712, set. 2012.

GARRIB A, et al. An evaluation of the district health information system in rural South Africa. **South African Medical Journal**, v. 98, n. 7, p. 549-552, 2008.

GERMAN, R. R. et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. **MMWR**, v. 50, p. 1-35, 2001.

GOLDZWEIG, C. L. et al. Costs and benefits of health information technology: new trends from the literature. **Health Affairs**, v. 28, n. 2, p. w282-w293, 2009.

GROSSIN, C. et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. **Forensic Science International**, v. 131, n. 2, p. 125-130, 2003.

GOMES, N. P. et al. Identificação da Violência na Relação Conjugal a Partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 789-796, 2013.

GONÇALVES, H.S; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 315-319, jan-fev. 2002.

GOST GARDE J. **Gestión sanitaria y tecnologías de la información**. In: Reunión de la Sociedad Española de Informática de la Salud; 2000. Disponível em: <http://www.seis.es/informes/2001/default.htm>. Acesso em: 01 ago. 2013.

JORGE, M. H. P. M. Violência Como Problema de Saúde Pública. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v 54, n. 1, jun. 2002.

JORGE, M. H. P. M; LAURENTI, R; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 643-654, 2007.

JUNQUEIRA, L. C. U. et al . Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17,n. 44, Mar. 2013.

KIND, L. et al . Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LIMA C. R. A, et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, set.2011.

MALTA D.C, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.2, p. 173-176, 2010.

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

MASCARENHAS, M.D. M. et al . Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012.

MATE K.S. et al. Challenges for routine health system data management in a large public programme to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa. **PLoS One**, v. 4, n. 5, p. e5483, may 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº. 978, de 16 de novembro de 2011**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização / PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/401-regionalizacao-assistencial-sesmg>. Acesso em 04 dez.2012.

MINAS GERAIS. Rede de Teleassistência de Minas Gerais. In: Apresentações do Encontro Telessaúde. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/copy\\_of\\_treinaspres/apresentacoes-do-encontro-telessaude](http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/copy_of_treinaspres/apresentacoes-do-encontro-telessaude). Acesso em: 01 ago. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG em 2010 e a Evolução – 2003-2010. Belo Horizonte, 2011b.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJANE K; ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro- RJ: Fundação Oswaldo Cruz, cap.1, p.21-42, 2009.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

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

MORRIS, L; TAYLOR, M.W; HUNTER, C; CAMPBELL, L.M; Information management in primary care: delivering a strategy to improve patient care in Scotland. **Informatics in Primary Care**. v.10.p.85-8.2002.

OLIVEIRA, R.P.; NUNES, M. O. Violência Relacionada ao Trabalho: uma proposta conceitual. **Soc. Saúde**, São Paulo, v.17, n. 4, dez. 2008.

ORAM, S. et al. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**. v. 202, n. 2, p. 94-99, 2013.

OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-713,abr. 2011.

PALACIO-MEJIA, L. S. et al . Sistemas de información en salud en la región mesoamericana. *Salud pública Méx*, Cuernavaca, v.53, n. extra 3, p.S368-S374, 2011.

PIETTE, J. D. et al. Impacts of e-health on the outcomes of care in low-and middle-income countries: where do we go from here?. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 90, n. 5, p. 365-372, 2012.

RICHARDSON, J. et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. **BMJ**; v.324, p. 274 -7, 2002. Disponível em: <http://www.bmj.com/highwire/filest>. Acesso em: 05 nov. 2012.

ROHIFS, I; VALIS-LIOBET, C. Actuar contra La violencia de género: um reto para La salud pública. **Gac. Sanit**. Barcelona, v.17, n. 4, p.263-265, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv17>. Acesso em 10/11/201.

ROQUE E.M.S. T, FERRIANI M.G.

justiça: algumas perspectivas. In: FERRIANI M.G. C, MEDEIROS M, SILVA M.A.I, Ubeda EML. **Debaixo do mesmo teto**: . Goiânia: AB; 2008, p. 55-103.

ROUQUAYROL M.Z; BARRETO M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N.D. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2003. Pp. 83–121.

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

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS”. Boletim CEInfo . São Paulo, Ano VI, n.5, maio 2011.

SCHENKE, M; CONSTANTINO, P; ASSIS, S.G. O uso de substâncias e violências. In: NJANE K; ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro- RJ: Fundação Oswaldo Cruz, cap.1, p.239-258, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M.T.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde pública**, São Paulo, v 40, n. SPE, ago.2006.

SCHRAMM, J.M.A.et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p.897-908, 2004.

SILVA JÚNIOR, J.B. Vigilância das Dant no contexto da Vigilância em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Anais**. Brasília, DF, 2006.

SILVA, M.A.I; FERRIANI, M.G.C. Domestic violence: from the visible to the invisible. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.275-281, abr. 2007.

SILVA J. A. C. et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém-Pará, em 2010. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 335-340, 2013 a.

SILVA, M.C.M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013 b.

STROETMANN,K.A.et AL. European countries on their journey towards national eHealth infrastructures: Final European progress report. Luxembourg: European Comission eHealth-Impact,2011.Disponível em:  
<http://www.ehealthimpact.org/download/documents/ehealthimpactsept2006.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

SUELVES, J.; JANÉ, M.; PLASÈNCIA, M. A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la Salud Pública. **Revista Española de Medicina Legal**, v. 36, n. 3, p. 98-103, 2010.

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

VELOSO, M. M. X. et al . Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, maio 2013.

VERMELHO, L.L. MONTEIRO, M.F.G. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO R; BLOCH K.V; LUIZ R.R; WERNECK GL (EDS.). **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2012: A cor dos homicídios no Brasil. **Cebela, SEPP/PR, editor**. Brasília, 2012.

WALDMAN, E. A; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.71-79, 1999.

WHO. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva, 2005. Disponível em:

[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf) . Acesso em: 10 jan. 2011

ZANATTA, Elisângela Argenta et al. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p.165-168.2012.

## APÊNDICE A

### FICHA DE DESCRIÇÃO DAS INCONSISTÊNCIAS

---

#### Descrição das Inconsistências analisadas:

---

- 1 Menores de 14 anos com registro de ocupação;
  - 2 Características da violência incompatível com a idade;
  - 3 Data de nascimento igual à data de notificação;
  - 4 Impossibilidade de determinar sexo;
  - 5 Menor ou = 18 anos com educação superior completa;
  - 6 Registros de idade  $\leq$  a 10 anos com ensino médio completo;
  - 7 Menor de 10 anos casado, viúvo ou separado;
  - 8 Informou deficiência ou transtorno e marcou NÃO em todas as deficiências ou transtornos;
  - 9 Características de transtorno mental ou comportamental, mas assinalado como outras deficiências./síndromes;
  - 10 Características de deficiência mental, mas assinalado outras deficiências/síndromes;
  - 11 Ausência de característica de deficiência ou transtorno, mas assinalado como outras deficiências/síndromes;
  - 12 Outras deficiências não descritas corretamente;
  - 13 Características de deficiência física, mas assinalado como outras deficiências/síndromes;
  - 14 Impossibilidade de determinar município de ocorrência;
  - 15 Impossibilidade determinar local (siglas, nomes próprios, inconsistência);
  - 16 Característica de residência assinalada como outro local de ocorrência;
  - 17 Característica de escola assinalada como outro local de ocorrência;
  - 18 Característica de local de prática esportiva assinalada como outro local de ocorrência;
  - 19 Característica de comércio /serviços assinalada como outro local de ocorrência;
  - 20 Característica de via pública assinalada como outro local de ocorrência;
  - 21 Característica de habitação coletiva assinalada como outro local de ocorrência;
  - 22 Característica de bares ou similares assinalada como outro local de ocorrência;
  - 23 Não assinalado violência física e registrado o meio da agressão como força corporal/spancamento;
  - 24 Assinalado violência sexual, porém, com Não para todos os tipos de violências sexuais;
  - 25 Não classificado como violência física e registrado lesões;
  - 26 Não classificado como violência física e registrado meio de agressão enforcamento;
  - 27 Não classificado como violência física e registrado como meio de agressão objeto contundente;
-



---

**Descrição das Inconsistências analisadas:**

---

- 28 Não classificado como violência física e registrado como meio de agressão objeto cortante;
  - 30 Não classificado como violência física e registrado como meio de agressão arma de fogo;
  - 31 Não classificado como violência física e registrado outro meio de agressão compatível com Violência Física;
  - 32 Classificado como outro tipo de violência, porém, não possível de identificar ou inconsistente;
  - 33 Meio de agressão OUTROS: não possível de identificar ou inconsistente;
  - 34 Assinalado outro meio de agressão com características de uso de força corporal;
  - 35 Assinalado outro meio de agressão com características de uso de objeto contundente;
  - 36 Assinalado outro meio de agressão com características de uso de objeto cortante;
  - 37 Assinalado outro meio de agressão com características de uso de ameaça;
  - 38 Assinalado outro meio de agressão com características de envenenamento;
  - 39 Assinalado outro meio de agressão com características de enforcamento;
  - 40 Assinalado outro meio de agressão com características de uso de substância quente;
  - 41 Características de acidente notificado como negligência;
  - 42 Assinalado apenas tortura, mas, registrado meio de agressão como outros com características incompatíveis;
  - 43 Assinalado violência sexual autoprovocada;
  - 44 Assinalado violência sexual e o tipo marcado atentado violento ao pudor sem marcar estupro;
  - 45 Assinalado pornografia infantil em adulto;
  - 46 Não assinalado violência sexual e registrado como consequência da violência a gravidez;
  - 47 Não assinalado violência sexual e registrado como consequência da violência Doença Sexualmente Transmissível (DST);
  - 48 Violência sexual vazia ou ignorada e assinalada características compatíveis com violência sexual;
  - 49 Assinalado outro tipo de violência sexual, porém não possível de identificar ou inconsistente;
  - 50 Assinalado outro tipo de violência com característica de estupro;
  - 51 Não classificado como violência física e assinalado em outras consequências da violência alterações físicas;
  - 52 Assinalado outro tipo de consequência com característica de DST;
  - 53 Assinalado outro tipo de consequência com característica de Transtorno mental ou comportamental;
  - 54 Assinalado outras consequências, porém não possível de identificar ou inconsistente;
  - 55 Assinalado entorse/ luxação na boca;
  - 56 Assinalado entorse/luxação no abdome;
-

---

**Descrição das Inconsistências analisadas:**

---

- 57 Assinalado entorse /luxação em órgãos genitais/ânus;
  - 58 Assinalado fratura de abdome;
  - 59 Assinalado traumatismo dentário em múltiplos órgãos/regiões;
  - 61 Assinalado traumatismo crânio encefálico em quadril/pelve;
  - 62 Assinalado traumatismo crânio encefálico em membros superiores;
  - 63 Assinalado traumatismo crânio encefálico em membros inferiores;
  - 64 Assinalado traumatismo crânio encefálico em órgãos genitais/ânus;
  - 65 Assinalado traumatismo crânio encefálico em múltiplos órgãos/regiões;
  - 66 Assinalado intoxicação e marcado outras opções que não múltiplos órgãos;
  - 67 Assinalado trauma em outras lesões, mas não especificado o tipo;
  - 68 Assinalado outras lesões, mas registrado descrições incompatíveis com lesões;
  - 69 Assinalado outras lesões, mas realizado descrições de consequências;
  - 70 Assinalado outras lesões com características de queimadura;
  - 71 Assinalado outras lesões com características de intoxicação;
  - 72 Assinalado outras lesões com características de fratura;
  - 73 Assinalado outras lesões com características de politraumatismo;
  - 74 Assinalado outras lesões com características de traumatismo dentário;
  - 75 Assinalado outras lesões com características de traumatismo cranio-encefálico;
  - 76 Assinalado outras lesões com características de entorse/luxação;
  - 77 Assinalado outras lesões com características de corte/laceração/perfuração;
  - 78 Assinalado outras lesões com características de contusão;
  - 79 Assinalado outras lesões com características de amputação;
  - 80 Assinalado outras lesões e descrito mais de uma lesão e não a principal;
  - 81 Assinalado apenas 01 envolvido e descrito mais de 01 relação de agressores;
  - 82 Assinalado outro agressor com impossibilidade de identificação;
  - 83 Assinalado outro agressor, porém descrito desconhecido;
  - 84 Assinalado outro agressor, porém descrito características de cuidador;
  - 85 Assinalado outro agressor, porém descrito relação institucional;
  - 86 Assinalado outro agressor, porém descrito agentes da lei/policiais;
  - 87 Assinalado outro agressor, porém descrito a própria pessoa;
  - 88 Assinalado outro agressor, porém descrito amigos/conhecidos;
  - 89 Assinalado sexo do agressor masculino e relação mãe;
  - 90 Assinalado sexo do agressor masculino e relação madrasta;
  - 91 Assinalado sexo do agressor feminino e relação pai;
  - 92 Assinalado sexo do agressor feminino e relação padrasto;
  - 93 Assinalado 01 agressor envolvido e registrado ambos os sexos;
  - 94 Assinalado agressor: própria pessoa e registrado sexo do agressor masculino e sexo da própria pessoa feminino;
  - 95 Assinalado agressor: própria pessoa e assinalado sexo do agressor feminino e sexo da própria pessoa masculino;
-

---

**Descrição das Inconsistências analisadas:**

---

- 96 Assinalado lesão autoprovocada e no autor não registrado como própria pessoa;
  - 97 Assinalado lesão autoprovocada e registrado outro agressor (relação);
  - 98 Maiores de 18 anos encaminhados ao conselho tutelar;
  - 99 Maiores de 18 anos encaminhados à vara de infância e juventude;
  - 100 Assinalado outros encaminhamentos não possíveis de identificar, inconsistente ou com uso de siglas;
  - 101 Assinalado outros encaminhamentos com característica de setor saúde;
  - 102 Assinalado outros encaminhamentos com característica de outras delegacias;
  - 103 Assinalado outros encaminhamentos com característica de centro de referência de assistência social;
  - 104 Assinalado outros encaminhamentos com característica de conselho tutelar;
  - 105 Assinalado outros encaminhamentos com característica de Instituto Médico Legal (IML);
  - 106 Violência relacionada ao trabalho em vítimas com idade menor ou igual a 14 anos e não registrado o trabalho infantil;
  - 107 Violência ocorrida no local de trabalho ou no trajeto e não foi assinalada relação com trabalho;
  - 108 Não utilizado os códigos do capítulo XX do CID -10;
  - 109 Assinalado inconclusivo no campo classificação final;
-

## ANEXO A

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

Nº

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

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	
	4 UF		5 Município de notificação	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade		11 SEXO M - Masculino F - Feminino	
Dados de Residência	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF	
Dados Complementares	18 Município de Residência		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados da Pessoa Atendida	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
Dados da Ocorrência	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
	32 Situação conjugal / Estado civil		33 Relações sexuais	
	34 Possui algum tipo de deficiência/transstorno?		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?	
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência	
	38 Bairro		39 Logradouro (rua, avenida,...)	
	40 Número		41 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados da Ocorrência	42 Geo campo 3		43 Geo campo 4	
	44 Ponto de Referência		45 Zona	
	46 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		47 Ocorreu outras vezes?	
48 Local de ocorrência		49 A lesão foi autoprovocada?		
01 - Residência		02 - Habitação coletiva		
03 - Escola		04 - Local de prática esportiva		
05 - Bar ou similar		06 - Via pública		
07 - Comércio/serviços		08 - Indústrias/construção		
09 - Outro		99 - Ignorado		
1 - Sim		2 - Não		
3 - Com homens e mulheres		4 - Não se aplica		
5 - Sim		6 - Não se aplica		
7 - Sim		8 - Não se aplica		
9 - Ignorado		1 - Sim		
2 - Não		3 - Ignorado		
1 - Sim		2 - Não		
3 - Ignorado		9 - Ignorado		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008



## ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DOS REGISTROS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO: DISCUSSÃO SOBRE O ESTADO DE MINAS GERAIS EM 2010-2011.

**Pesquisador:** Cilcia Valim Côrtes Gradim

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12345413.4.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 193.710

**Data da Relatoria:** 05/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem estruturado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a qualidade das informações sobre violência doméstica, sexual e outras geradas pelo SINAN do estado de Minas Gerais no ano de 2010-2011.

Conhecer o número de casos de violência notificados e a associação entre as variáveis registradas no sistema; Analisar as inconsistências, incompletudes, e duplicidades, bem como os campos de maior e menor dificuldade de preenchimento; Comparar os resultados entre as treze macrorregiões do estado realizando o geoprocessamento das informações.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo não apresenta riscos, uma vez que os pesquisadores declaram respeitar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo pode contribuir para uma maior valorização, por parte dos profissionais, da notificação de violência e, ainda, promover reflexão sobre todos os campos da referida ficha para subsidiar ações de capacitação na área.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa quantitativa. Será realizada com dados secundários através de um banco composto pelas

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 730

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3209-1318

Fax: (35)3209-1318

E-mail: comite.alfal@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



notificações registradas no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN). A análise será feita por meio do arquivo DBF dos anos de 2010-2011. O banco constitui-se de 20.927 notificações.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Dados secundários.

Apresenta autorização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - com o compromisso de respeitar a Resolução 196/96.

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado acata parecer da relatoria.

ALFENAS, 05 de Fevereiro de 2013

Assinado por:

Mônica Jayme de Almeida  
Máisa Ribeiro Pereira Lima Brigagão  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br