

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Luis Paulo Morais Farias

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA CRIANÇAS NO BRASIL E CONSUMO DE
ÁLCOOL PELO AGRESSOR

Montes Claros/MG
Outubro/2022

Universidade Estadual de Montes Claros
Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde
Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde

Luis Paulo Moraes Farias

Violência Interpessoal Contra Crianças no Brasil e Consumo de Álcool Pelo Agressor

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como pré-requisito para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone de Melo Costa
Coorientadora: Prof^a. Dra. Verônica Oliveira Dias

Montes Claros/MG
Outubro/2022

F224v	<p>Farias, Luis Paulo Morais. Violência interpessoal contra crianças no Brasil e consumo de álcool pelo agressor. [manuscrito] / Luis Paulo Morais Farias. – Montes Claros, 2022. 69 f. : il.</p> <p>Inclui Bibliografia. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2022.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa. Coorientadora: Profa. Dra. Verônica Oliveira Dias.</p> <p>1. Violência familiar. 2. Violência contra crianças. 3. Alcoolismo. 4. Saúde pública. I. Costa, Simone de Melo. II. Dias, Verônica Oliveira. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.</p>
-------	---

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Reitor Magnífico: Antônio Alvimar Souza

Vice-Reitora: Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitor de Pesquisa: Clarice Diniz Alvarenga

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Marcos Flávio Silveira Vasconcelos

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Steve Lacerda



CANDIDATO: LUIS PAULO MORAIS FARIAS

DATA: 20/09/2022

HORÁRIO: 17:00

TÍTULO DO TRABALHO: "VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA CRIANÇAS NO BRASIL E CONSUMO DE ÁLCOOL PELO AGRESSOR"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

Prof.^a. Dra. SIMONE DE MELO COSTA (ORIENTADORA)

Prof.^a. Dra. VERÔNICA OLIVIERA DIAS

(COORIENTADORA)

Prof.^a. Dra. THALITA THYRZA DE ALMEIDA SANTA-
ROSA

Prof.^a. Dra. DANIELA ARAÚJO VELOSO POPOFF

Documento assinado digitalmente
 DANIELA ARAUJO VELOSO POPOFF
Data: 22/09/2022 20:08:59-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

Prof.^a. Dra ADRIANA BENQUERER OLIVEIRA PALMA

Documento assinado digitalmente

Prof.^a. Dra MARISE FAGUNDES SILVEIRA

 ADRIANA BENQUERER OLIVEIRA PALMA
Data: 22/09/2022 22:01:33-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br/mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br>

Telefone: (38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-089

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, que sempre me apoiam na busca pelo conhecimento.

Agradeço aos meus pais pela paciência e presteza nos momentos quando mais preciso; aos meus irmãos pelo incentivo e apoio, aos meus colegas de trabalho os quais, no convívio diário, me ajudaram a perseverar. E, por fim, agradeço à minha orientadora que, com a sua capacidade, responsabilidade e agilidade me guiou durante todo esse período.

*A vida ou é uma aventura ousada ou
nada.
(Helen Keller)*

Resumo

Violência é um fenômeno originado das relações desiguais, que afeta segmentos populacionais ou pessoas que se encontram em alguma desvantagem física, econômica, cultural ou emocional. Pode resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Apesar da relevância social da temática violência, ainda é um assunto pouco explorado. Considera-se importante quantificar as notificações de violência e investigar os dados correlacionados à suspeita de uso de álcool pelo agressor para embasar medidas de promoção de saúde e prevenção à violência contra crianças. Este estudo tem como objetivo analisar aspectos epidemiológicos da violência interpessoal contra crianças no Brasil e correlacionar com a suspeita de consumo de álcool pelo agressor. O estudo possui cunho ecológico analítico e quantificou os casos de violência interpessoal contra crianças com até nove anos, registrados no ano de 2018, nas Unidades Federativas (UF) e macrorregiões brasileiras. As variáveis quantitativas investigadas se referem ao número de registros de violência: no sexo feminino; no sexo masculino; para cada uma das diferentes categorias de cor/raça/etnia, de local da violência, de tipo de violência e de vínculo/parentesco do agressor e; para número de registros de suspeita de uso de álcool pelo agressor. Realizou-se o teste de correlação de Spearman (rs) entre registros de suspeita de uso de álcool pelo agressor com os dados de violência contra crianças, com nível de significância $p < 0,05$. No Brasil, foram computadas 51.094 notificações de violência contra crianças. Constatou-se um panorama majoritário para: meninas ($n = 27.792$), crianças brancas ($n = 27.794$), ocorrências em residências ($n = 32.916$), por agressora mãe ($n = 25.616$) e violência do tipo negligência/abandono ($n = 26.955$). Quanto à repetição de violência, foram contabilizados 12.503 registros. A suspeita de uso de álcool pelo agressor esteve presente em 4.662 notificações, correlacionando-se com registros das UF para repetição de violência ($rs = 0,939$), agressor irmão ($rs = 0,939$) e violência física ($rs = 0,953$), $p < 0,001$. Além da produção científica, desenvolveram-se produtos técnicos na área temática violência, tais como *e-book*, formulário de registro de informações de casos de violência interpessoal, fluxograma de notificação de violência interpessoal e palestras. A violência interpessoal atingiu milhares de crianças brasileiras, vítimas da própria mãe e em domicílios, sendo correlacionada à suspeita do uso de álcool pelo agressor. O uso abusivo de álcool pode ser considerado um determinante modificável, sendo importante a educação em saúde no combate/prevenção do etilismo para reduzir/prevenir a violência interpessoal nos espaços familiares ou fora deles. Os produtos técnicos propiciarão educação permanente para equipes de saúde, com contribuições no âmbito da identificação e notificação dos casos.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Alcoolismo.

Abstract

Violence is a phenomenon originated from unequal relationships, affecting population segments or people who are at some physical, economic, cultural or emotional disadvantage. It can result in injury, death, psychological harm, developmental disability or deprivation. Despite the social relevance of the theme of violence, it is still a little explored topic. It is considered important to quantify the reports of violence and investigate the data related to the suspected use of alcohol by the aggressor to support measures to promote health and prevent violence against children. This study aims to analyze epidemiological aspects of interpersonal violence against children in Brazil and to correlate it with suspected alcohol consumption by the aggressor. This study has an analytical ecological nature and quantified the cases of interpersonal violence against children up to nine years old, registered in 2018, in the Federative Units (FU) and Brazilian macro-regions. The quantitative variables investigated refer to the number of records of violence: in females; in males; for each of the different categories of color/race/ethnicity, location of violence, type of violence and the aggressor's bond/kinship and; for the number of records of suspected alcohol use by the aggressor. Spearman's correlation test (rs) was performed between records of suspected alcohol use by the aggressor with data on violence against children, with a significance level of $p < 0.05$. In Brazil, 51,094 reports of violence against children were recorded. A majority scenario was found for: girls ($n = 27,792$), white children ($n = 27,794$), occurrences in homes ($n = 32,916$), by mother aggressor ($n = 25,616$) and neglect/abandonment type violence ($n = 26,955$). For the repetition of violence, 12,503 records were recorded. The suspicion of alcohol use by the aggressor was present in 4,662 notifications, correlating with records of the FU for repetition of violence ($rs = 0.939$), sibling aggressor ($rs = 0.939$) and physical violence ($rs = 0.953$), $p < 0.001$. Besides the scientific production, technical products were developed in the area of violence, such as e-books, forms for recording information on cases of interpersonal violence, flowchart for reporting interpersonal violence and lectures. Interpersonal violence affected thousands of Brazilian children, victims of their own mothers and at home, being correlated to the suspected use of alcohol by the aggressor. Abusive use of alcohol can be considered a modifiable determinant, and health education is important in the fight/prevention of alcoholism to reduce/prevent interpersonal violence in family spaces or outside it. The technical products will provide permanent education for health teams, with contributions in the scope of case identification and notification.

Key-words: Domestic Violence; Child abuse; Alcoholism.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Registros de violência contra criança conforme sexo da vítima e taxa de ocorrência por Unidade Federativa e macrorregião do Brasil, 2018.....	29
Tabela 2. Registros de violência contra criança por local da ocorrência, Unidades Federativas e macrorregião do Brasil, 2018.....	31
Tabela 3. Registros de violência contra criança por tipo de violência, Unidades Federativas e macrorregião do Brasil, 2018.....	32
Tabela 4. Registros de violência contra criança conforme vínculo/grau de parentesco com agressor, Unidades Federativas e macrorregião do Brasil, 2018.....	34
Tabela 5. Correlação entre suspeita de uso de álcool pelo agressor e variáveis relacionadas à violência contra crianças, Brasil, 2018.....	36

Lista de Abreviaturas e Siglas

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
BPE - Beber Pesado Episódico
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA - Estados Unidos da América
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COVID-19 - *Coronavirus Disease 19*
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FEPEG - Fórum de Ensino Pesquisa e Extensão
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MVI - Mortes Violentas Intencionais
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Panamericana da Saúde
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PPGCPS - Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS - Sistema Único de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UF - Unidade Federativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Violência Contra Criança e Legislações Relacionadas.....	15
1.2 Violência Contra Crianças: Dados Epidemiológicos e Consumo de Álcool Pelo Agressor.....	17
1.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal.....	19
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Desenho de Estudo e Fonte de Dados.....	22
3.2 Tratamento Estatístico.....	23
4 PRODUTOS.....	24
4.1 Produto Científico.....	24
4.1.1 ARTIGO CIENTÍFICO.....	24
4.2 Produtos Técnicos.....	45
4.2.1 <i>E-BOOK</i> “ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL: ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”	45
4.2.2 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....	46
4.2.3 FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL RELACIONADAS ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS E FACIAIS	46
4.2.4 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS COM PUBLICAÇÃO DE RESUMOS.....	47
4.2.5 CAPÍTULO DE <i>E-BOOK</i> : CONCEITOS E PANORAMA SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. In: QUANDO FICAR EM CASA NÃO PARECE TÃO SEGURO: REDE DE APOIO ÀS MULHERES AMAZONENSES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA.....	47
4.2.6 PALESTRAS COM ABORDAGEM DO TEMA VIOLÊNCIA.....	48

5 CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
Apêndice A - Formulário para Registro de Informações de Violência Doméstica Relacionadas às Manifestações Bucais e Faciais.....	55
Apêndice B - Fluxograma de Atendimento por Cirurgiões-Dentistas a Pessoas Vítimas de Violência Interpessoal/Autoprovocada.....	57
Anexo A - <i>E-Book</i> : Atenção Centrada na Pessoa em Situação de Violência Interpessoal: Orientações para Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde.....	58
Anexo B - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sinan.....	59
Anexo C - Resumo em Anais de Evento - Violência Doméstica e Odontologia: Pesquisa Bibliométrica.....	61
Anexo D - Resumo em Anais de Evento - Violência Doméstica entre Estudantes: Pesquisa Bibliométrica.....	62
Anexo E - Resumo em Anais de Evento - Violência Contra a Mulher: Pesquisa Bibliométrica.....	63
Anexo F - Resumo em Anais de Evento - Violência Doméstica e Educação em Saúde: Pesquisa Bibliométrica.....	64
Anexo G - <i>E-book</i> : Quando Ficar em Casa Não Parece Tão Seguro: Rede de Apoio às Mulheres Amazonenses no Enfrentamento da Violência Doméstica Durante a Pandemia.....	65
Anexo H - Palestra Abordando o Tema Violência Doméstica no Cenário da COVID-19.....	66
Anexo I - Palestra na Disciplina Aspectos Socioprofissionais em Odontologia com Abordagem do Tema Violência Doméstica.....	67
Anexo J - Palestra na Disciplina Aspectos Socioprofissionais em Odontologia com Abordagem do Tema Violência Doméstica.....	68
Anexo K - Palestra Sobre o Tema Violência Doméstica no 2º Curso de Bioética e suas Implicações Sociais em Tempos de Pandemia.....	69

1 INTRODUÇÃO

Violência é um fenômeno originado das relações desiguais, afetando segmentos populacionais ou pessoas que se encontram em alguma desvantagem física, econômica, cultural ou emocional (MOREIRA; BORIS; VENANCIO, 2011), com o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade (KRUG *et al.*, 2002). Como consequência, a violência pode resultar em: lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), emitido no ano de 2002, categoriza o fenômeno correspondendo-o às características daquele que comete o ato violento: violência dirigida da pessoa contra si mesma (autoinfligida), interpessoal, coletiva (KRUG *et al.*, 2002); acrescido da violência estrutural (MINAYO, 2006).

A tipologia autoinfligida contempla: autoabuso, automutilações, comportamento suicida, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio (MINAYO, 2006).

As violências interpessoais são classificadas em duas tipologias: a intrafamiliar e a comunitária. As violências intrafamiliares ocorrem entre os parceiros íntimos e/ou entre os membros da família, geralmente no ambiente da residência, mas não exclusivamente nesse contexto. Abrangem todos os ciclos de vida: criança, adolescente, mulher ou homem e idoso. Já a violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Como exemplos destacam-se: violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais, assim como violência institucional, que acontece, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (MINAYO, 2006).

A violência do tipo coletiva abrange os atos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômico, como a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, do ponto de vista social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões. A violência coletiva é vista nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações, no campo político (MINAYO, 2006).

A violência estrutural se exemplifica pelos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Ela é difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos. A violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, repete-se, naturaliza-se na

cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos outros tipos de violência, citados anteriormente, tem sua base na violência estrutural (MINAYO, 2006).

Considerando-se que a violência é um fenômeno antigo, a percepção dos seus agravos fez com que fosse considerada um problema de saúde pública (BRASIL, 2005). Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) têm um papel essencial na identificação de casos, no acolhimento às vítimas e suas famílias e, portanto, precisam estar atentos às dinâmicas familiares. No entanto, alguns fatores dificultam o combate à violência interpessoal, tais como o medo dos profissionais em relação ao agressor e a falta de capacitação para executar ações contra a violência interpessoal de prevenção, notificação, encaminhamento e acompanhamento das vítimas (BRASIL, 2010).

Os profissionais da APS tendem a delegar a responsabilidade a outros setores de referência: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Conselho Tutelar. Observa-se que a concretização de redes de apoio aos profissionais de saúde é um dos mais complexos desafios a serem enfrentados pelo poder público, para reduzir os índices de subnotificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes (LEITE, 2016). O estudo teve como foco a violência contra crianças, sendo, portanto, relevante conhecer as legislações relacionadas, os dados epidemiológicos acerca de consumo de álcool pelo agressor e o fluxo de notificação da violência interpessoal no Brasil.

1.1 Violência Contra Criança e Legislações Relacionadas

São consideradas crianças, por lei, no Brasil, indivíduos com até doze anos de idade incompletos e seus direitos são garantidos por meio da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). De acordo com a OMS, a faixa etária em que um indivíduo é considerado criança é de zero a 10 anos de idade, a partir disso se inicia a adolescência (OMS, 2022). A criança goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. A esse público é assegurada a proteção integral, as oportunidades e as facilidades para viver sem violência e preservar sua saúde física e mental; o seu desenvolvimento moral, intelectual e social, e o gozo de direitos específicos à sua condição de vítima ou de testemunha (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017).

É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Cabem à

União, Estados, Distrito Federal e aos Municípios o dever de desenvolver políticas integradas e coordenadas, que visem garantir esses direitos no âmbito das relações domésticas, familiares e sociais, para resguardar toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, abuso, crueldade e opressão, sendo consideradas as formas de violência física, psicológica e sexual (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) é um órgão de caráter permanente, paritário, composto de representantes do poder executivo e das entidades da sociedade civil organizada. O CONANDA objetiva definir e controlar as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes. Além disso, o CONANDA fiscaliza a atuação e a gestão dos órgãos públicos, no que diz respeito a essa população, representando um legítimo reflexo de descentralização, participação e democracia (BRASIL, 1991).

Dados apontam que o maior índice de violência contra crianças ocorre no ambiente doméstico e com agressões praticadas, em sua maioria, por um único agressor, geralmente a mãe. No entanto, há violências cotidianas que efetivamente acontecem e nunca chegam ao conhecimento das instituições públicas, que realizam as notificações, o que faz inferir que o cenário real poderá ser muito mais grave e desconhecido da sociedade (HILDEBRAND, 2015; BRASIL, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019).

No ano de 2014, a Lei Menino Bernardo (BRASIL, 2014) trouxe ao ECA a proibição do castigo e da violência física como forma de educar os filhos. Em 2016, conforme salientado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), foi incorporado ao ECA um conjunto de normas que ficaram conhecidas como Estatuto da Primeira Infância, por tratar dos cuidados básicos necessários ao desenvolvimento de crianças até aos seis anos de idade (IPEA, 2020).

A Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que complementa o ECA, visa oferecer intervenções mais efetivas, para que o sistema possa garantir os direitos da criança e do adolescente, por meio de uma rede mais coesa (BRASIL, 2017). Em 2018, o ECA acolheu leis que fortalecem o combate contra crimes de pedofilia pela internet, imputando pena obrigatória de perda de bens e valores, com infiltração de agentes de polícia na internet para investigar crimes contra a dignidade sexual de crianças (IPEA, 2020).

O artigo 13 do ECA e a Portaria nº 420, de 2 de março de 2022, destacam que qualquer ação ou omissão praticada que constitua violência contra criança deve ser notificada e comunicada imediatamente (BRASIL, 1990; BRASIL, 2022). Apesar disso, percebe-se que

há casos de subnotificação, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), local onde deveria existir maior vínculo entre família e serviço (LEITE, 2016).

Quanto aos dados no campo do trabalho infantil, ao longo de três décadas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve uma queda acentuada na quantidade de crianças trabalhadoras. Em 1992, foram encontradas 7,7 milhões de crianças e adolescentes trabalhando, na faixa etária de cinco a 17 anos; e em 2016, esse número caiu para 1,8 milhão (IPEA, 2020).

1.2 Violência Contra Crianças: Dados Epidemiológicos e Consumo de Álcool Pelo Agressor

A cada ano, a violência é responsável por 1,3 milhão de mortes no mundo, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2014). As estatísticas de mortalidade, fornecidas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e divulgadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Brasil, revelam que as causas externas correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, sendo a primeira causa na população de 01 a 49 anos (IPEA, 2018).

Na revisão sistemática desenvolvida por Nunes e Sales (2016), observou-se que, na maioria dos estudos, o maior número de casos de violência envolveu crianças do sexo masculino, com notória predominância da violência física e negligência. Nos casos de violência envolvendo crianças do sexo feminino, o tipo de violência com o maior número de casos foi a sexual. Os estudos mostram que o agressor é, na maioria dos casos, membro da família, sendo os pais, os perpetradores em maior número; nos casos de violência contra crianças, principalmente na faixa etária menor ou igual a cinco anos, destaca-se a mãe como a maior agressora. A negligência emergiu como a principal forma de maus-tratos, constituindo-se como um problema de ordem social grave, mesmo não tendo uma visibilidade expressa na sociedade e nem políticas públicas específicas para o seu combate.

Destaca-se a violência sexual entre os tipos de violência a que a criança pode ser exposta. Ela pode ser definida como qualquer ato sexual entre um ou mais adultos e uma criança, que tenha por finalidade estimular sexualmente a criança, assim como utilizá-la para obter qualquer tipo de estimulação sexual (GUERRA, 1998).

No Brasil, considerando as vítimas de violência sexual com até 19 anos, o percentual de vítimas de zero a nove anos que era de 37,5% em 2019, passou a ser de 40% no ano de 2020, como relatado no Anuário Brasileiro de Segurança, do Fórum Brasileiro de Segurança

Pública (FBSP). Dessa forma, a cada ano que passa, as vítimas de estupro no Brasil são mais jovens (FBSP, 2021).

Apesar da subnotificação causada pela pandemia da *coronavirus disease 19* (COVID-19), é possível afirmar que, em 2020, as vítimas de estupro no Brasil foram, em média, mais novas do que o perfil das vítimas apresentado em 2019. O crime de estupro normalmente é subnotificado (FBSP, 2021).

Em 2020, pelo menos 267 crianças de zero a 11 anos foram vítimas de mortes violentas intencionais (MVI). As maiores taxas de MVI de vítimas de zero a 19 anos estão em estados do Nordeste e Norte. Quanto aos casos de estupro, foram registrados 46.289, com vítimas entre zero e 19 anos, das quais, 5.140 tinham entre zero e quatro anos. As maiores taxas de estupro estão no Mato Grosso do Sul, Rondônia e Paraná. A distribuição por faixa etária demonstra que, dentre as vítimas de zero a 19 anos, o número de vítimas tem o seu pico na faixa etária de 10 a 13 anos de idade (37%). Porém, os percentuais são altos também nas faixas etárias de zero a quatro anos (14%) e de cinco a nove anos (26%) (FBSP, 2021).

No que diz respeito ao uso de bebidas alcóolicas, sabe-se que o álcool é atualmente, em todo o mundo, a substância psicoativa mais utilizada (BEHL *et al.*, 2014). É inequívoca, há bastante tempo reconhecida e notavelmente robusta, a relação causal entre o consumo de álcool e o comportamento agressivo (LIPSEY *et al.*, 2002; TOMLINSON; BROWN; HOAKEN, 2016; CHIKRITZHS; LIVINGSTON, 2021).

Estudar os efeitos do consumo de álcool é importante para melhor entendimento das condições e padrões dos problemas associados com ele e para desenvolver ações promocionais em saúde (PREAMPRUCHCHA *et al.*, 2022). Sabe-se dos efeitos prejudiciais do álcool nas pessoas que o consomem, no entanto, a sua utilização também pode afetar outras pessoas, principalmente as do convívio de quem o consome (PREAMPRUCHCHA *et al.*, 2022). Um estudo realizado no continente asiático identificou que 16% das crianças tailandesas já experenciaram, pelo menos, um ou mais problemas por conta do consumo de álcool por agressores. Os problemas autodeclarados foram: sérios casos de violência intrafamiliar, na maior parte, causados pelos pais, e abuso verbal (PREAMPRUCHCHA *et al.*, 2022).

O consumo de álcool pode impactar negativamente a vida da criança, desde o período pré-natal. Está associado a experiências traumáticas durante a infância, como episódios de abuso psicológico, sexual ou físico, ou testemunhar atos violentos. Essas experiências podem resultar em: dificuldades na fala, compreensão da linguagem, impacto na inteligência, atenção, memória, empatia e dificuldade nas relações afetivas (PRICE *et al.*, 2017).

1.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal

A violência interpessoal/autoprovocada é de notificação compulsória em todo o território nacional e deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando-se a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (BRASIL, 2016; BRASIL, 2022).

O dimensionamento epidemiológico da violência contra criança só é possível por meio da notificação dos casos. Dessa maneira, tais dados criam visibilidade ao problema da violência e embasam a criação de políticas públicas voltadas à prevenção (SALIBA *et al.*, 2007). Está previsto no ECA, no artigo 245, que professor, profissional de saúde ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche deixarem de comunicar à autoridade competente os casos de que tenham conhecimento, casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra criança ou adolescente, ficará sujeito a penalidades. A multa é de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017).

Os casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual, praticados contra qualquer pessoa, em todos os ciclos de vida, devem ser notificados em até 24 horas, a partir do atendimento. Essa ação contribuirá com a mobilização da rede de serviços, que favorecerá com medidas de contracepção de emergência, profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis e coleta de material biológico (BRASIL, 2022).

O Sinan tem como propósito coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória, a priori. É facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Ele foi implantado em 1993, de forma heterogênea e gradual nas unidades federadas e municípios (BRASIL, 2007).

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), em 1998, reforça o processo e constitui uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o Sinan, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, por meio da Portaria n.º 73, de 9 de março de 1998, publicada pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Ministério da Saúde (MS). A partir de então, o Sinan foi regulamentado, tornando obrigatoria a sua alimentação regular, bem como designando

Funasa, por meio do Cenepi, como gestora nacional do Sistema, e vem sendo atualizado constantemente para melhor adequar-se às necessidades da vigilância em saúde (BRASIL, 2007).

Estudos já documentaram que a violência interpessoal comumente resulta em lesões na região de cabeça e pescoço (WU *et al.*, 2010; GEORGE *et al.*, 2019; NETO; GIRIANELLI, 2020), região do corpo que engloba a área de atuação de cirurgiões-dentistas, que se tornam figuras essenciais na identificação e na notificação dos casos de violência interpessoal.

A notificação dos casos de violência deve ser realizada em duas vias, por meio da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada (ANEXO I) instituída pelo MS. Quanto ao fluxo de notificação, uma das vias da ficha deverá ficar em posse da instituição notificante, a outra via deve ser direcionada à Secretaria Municipal de Saúde e/ou vigilância epidemiológica do município de ocorrência do caso (BRASIL, 2016).

A notificação compulsória não é uma denúncia dos casos de violência, mas sim um instrumento de garantia de direitos, que proporciona a organização, a integração e a articulação da rede de proteção integral às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2016). No caso de crianças, uma comunicação do caso deve, obrigatoriamente, ser feita ao Conselho Tutelar (BRASIL, 1990). No entanto, a falta de condições estruturais ideais, de capacitação profissional, complexidade dos casos atendidos e de articulação entre os serviços são fragilidades da rede de proteção (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021).

Uma outra fragilidade diz respeito ao número de pesquisas sobre violência interpessoal, número escasso e que não tem aumentado ao longo dos anos. É um tema de grande relevância para a sociedade por provocar, além da mortalidade, notadamente prematura, problemas à saúde física, mental, sexual, reprodutiva, comprometimento do bem-estar das vítimas e, por consequência, sobrecarga econômica decorrente de gastos com a assistência em saúde (BRASIL, 2019; LOURENÇO; COSTA, 2020).

Em virtude do exposto, faz-se necessário que haja investigações a respeito do tema violência contra crianças, vista a relevância social dessa temática ainda pouco explorada. Considera-se que computar o quantitativo das notificações e investigar os dados correlacionados poderá embasar medidas de promoção de saúde e prevenção da violência contra crianças, no Brasil e em suas Unidades Federativas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar aspectos epidemiológicos da violência interpessoal contra crianças no Brasil e correlacionar com suspeita de consumo de álcool pelo agressor.

2.2 Objetivos Específicos

- Quantificar aspectos epidemiológicos de violência interpessoal contra crianças por sexo, raça/cor/etnia, local de ocorrência da violência, casos de recorrência, tipos de violência, tipificações de violência sexual, uso de álcool pelo agressor, vínculo/parentesco do agressor com a vítima e taxa de casos por população conforme Unidade Federativa e macrorregiões do Brasil.
- Testar a correlação entre número de registros, nas Unidades Federativas, para suspeita de consumo de álcool pelo agressor com aspectos epidemiológicos de violência interpessoal contra crianças.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho de Estudo e Fonte de Dados

Trata-se de um estudo do tipo ecológico analítico, conduzido com dados do ano de 2018, das Unidades Federativas brasileiras sobre violência interpessoal contra crianças de zero a nove anos.

Os estudos ecológicos utilizam como unidades de análise grupos de pessoas, ao invés de indivíduos. Em geral, eles se baseiam em dados de rotina ou secundários (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

O estudo foi conduzido por meio da análise dos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dados secundários, extraídos por meio do *site* oficial do Ministério da Saúde brasileiro, referentes à violência contra crianças registrada no ano de 2018. Também, foram levantados dados de contingente populacional em cada Unidade Federativa do Brasil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da projeção da população para o ano de 2018, para idade de zero a nove anos. As informações são de domínio público, sem identificação dos usuários, dados agregados, por isso não há comprometimento ético.

O Sistema DATASUS, instituído pelo Decreto 100, de 16 de abril de 1991, publicado no Diário Oficial da União de 17 de abril de 1991, tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle e tem como missão promover modernização por meio da tecnologia da informação para apoiar o SUS (BRASIL, 1991).

As variáveis numéricas investigadas dizem respeito ao número de registros de violência interpessoal contra crianças com até nove anos, do sexo masculino e número de registros do sexo feminino, número de registros para as diferentes categorias de cor/raça/etnia (branca, parda, preta, indígena e amarela), número de registros para cada local de ocorrência da violência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar/similar, via pública e outros locais que englobaram comércio e indústria), número de registros para repetição de violência, número de registros para cada tipo de violência (física, psicológica/moral, sexual, tortura e negligência/abandono), número de registros para cada tipificação de violência sexual (estupro e assédio sexual), número de registros para suspeita de uso de álcool pelo agressor e número de registros para os diferentes vínculos/parentescos do agressor com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrasta, amigo/conhecido, cuidador,

desconhecido, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado e irmão). As informações foram contabilizadas por: Brasil, Unidade Federativa (UF) e macrorregiões brasileiras (Norte, Sul, Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste).

3.2 Tratamento Estatístico

A organização dos dados e a análise estatística foram realizadas por meio do *Software IBM SPSS versão 22.0 para Windows®*. Os resultados foi apresentados em valores absolutos, percentuais e por meio de taxas de casos de violência contra crianças por população. Após verificação da não normalidade na distribuição dos dados, pelo teste *Kolmogorov Smirnov* ($p < 0,05$), foi escolhido o teste não paramétrico de correlação de *Spearman*. Foram calculados os coeficientes de correlação (rs) e o fator de determinação (rs^2). Considerou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O teste de correlação foi utilizado para análise do número de registros nas UF, para suspeita de uso de álcool pelo agressor com aspectos epidemiológicos de violência interpessoal contra crianças.

No teste estatístico, o coeficiente de correlação pode ter valores de menos um (-1) a mais um (+1). Valores próximos a mais um demonstram forte correlação entre as variáveis; e valores próximos a zero representam falta de associação. Os sinais positivos ou negativos demonstram se o coeficiente de correlação entre as duas variáveis cresce concomitante (+) ou se uma cresce enquanto a outra decresce (-) (KUZMA, 1998).

4 PRODUTOS

Este trabalho é composto por um artigo científico e por produtos técnicos: *e-book*, capítulo de *e-book*, fluxograma de notificação de violência interpessoal, formulário para registro de informações de violência interpessoal relacionadas às manifestações bucais e faciais, palestras e resumos expandidos publicados em anais de evento científico.

4.1 Produto Científico

4.1.1 ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo científico intitula-se Violência Interpessoal Contra Crianças no Brasil e Consumo de Álcool Pelo Agressor, que se encontra formatado nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e, após as considerações da banca de defesa, será formatado de acordo com as normas das principais revistas sobre o tema, estilo Vancouver.

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA CRIANÇAS NO BRASIL E CONSUMO DE ÁLCOOL PELO AGRESSOR

RESUMO

Objetivo: analisar aspectos epidemiológicos da violência interpessoal contra crianças no Brasil e correlacionar com consumo de álcool pelo agressor. **Metodologia:** estudo ecológico, com dados de violência interpessoal contra crianças, de 2018, extraídos do Sistema de Informações de Saúde Brasileiro. Foram investigados dados das Unidades Federativas (UF) e das macrorregiões brasileiras conforme número de registros para sexo feminino e para o sexo masculino, para as categorias de cor/raça/etnia, repetição de violência, tipos de violência, vínculos/parentesco com agressor e uso de álcool pelo agressor. Aplicou-se o teste de correlação de Spearman (rs) para analisar aspectos epidemiológicos da violência contra crianças com suspeita de uso de álcool pelo agressor, com significância de 5%. **Resultados:** no Brasil, registraram-se 51.094 notificações de violência, com maior número para São Paulo e região Sudeste. Constatou-se um panorama majoritário para: meninas ($n = 27.792$), crianças brancas ($n = 27.794$), ocorrências em residências ($n = 32.916$), agressora mãe ($n = 25.616$) e violência do tipo negligência/abandono ($n = 26.955$). A violência física foi registrada em 12.668 notificações e a repetição de violência em 12.503. Notificaram-se 4.662 suspeitas de uso de álcool pelo agressor, sendo que nas UF os registros se correlacionaram com repetição de violência ($rs = 0,939$), agressor irmão ($rs = 0,939$) e violência física ($rs = 0,953$), $p < 0,001$. **Conclusão:** a violência interpessoal atingiu milhares de crianças brasileiras, vítimas da própria mãe e em domicílios, sendo correlacionada à suspeita do uso de álcool pelo agressor.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Criança; Alcoolismo; Notificação.

INTERPERSONAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN IN BRAZIL AND ALCOHOL CONSUMPTION BY THE AGGRESSOR

ABSTRACT

Objective: to analyze epidemiological aspects of interpersonal violence against children in Brazil and to correlate with alcohol consumption by the aggressor. **Methodology:** ecological study, with data on interpersonal violence against children, from 2018, extracted from the Brazilian Health Information System. Data from Federative Units (FU) and Brazilian macro-regions were investigated according to the number of records for females and males, for the categories of color/race/ethnicity, repetition of violence, types of violence, bond/kinship with the aggressor and abuser's use of alcohol. The Spearman correlation test (rs) was applied to analyze epidemiological aspects of violence against children suspected of using alcohol by the aggressor, with a significance of 5%. **Results:** in Brazil, 51,094 reports of violence were registered, with the highest number for São Paulo and the Southeast region. A majority scenario was found for: girls ($n = 27,792$), white children ($n = 27,794$), occurrences in homes ($n = 32,916$), mother aggressor ($n = 25,616$) and neglect/abandonment type violence ($n = 26,955$). Physical violence was recorded in 12,668 notifications and repetition of violence in 12,503. A total of 4,662 suspicions of alcohol use by the aggressor were reported, and in the FU the records were correlated with repetition of violence ($rs = 0.939$), sibling aggressor ($rs = 0.939$) and physical violence ($rs = 0.953$), $p < 0.001$. **Conclusion:** interpersonal violence affected thousands of Brazilian children, victims of their own mothers and in their homes, being correlated to the suspicion of alcohol use by the aggressor.

Keywords: Domestic Violence; Child Abuse; Child; Notification; Alcoholism.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças é um problema de saúde pública. Afeta todos os países do mundo e classes sociais (CHEN *et al.*, 2017). Aproximadamente 50% das crianças e adolescentes de dois a 17 anos, em 2015, na Ásia, África e no norte da América, foram vítimas de violência (HILLIS *et al.*, 2016).

A exposição precoce das crianças à violência pode desencadear diversos problemas psicológicos, tais como depressão, ideação suicida, uso de álcool em idades abaixo de 18 anos, estresse pós-traumático, rendimento escolar diminuído, comportamento agressivo e uso ilícito de drogas (LOURENÇO *et al.*, 2013; VANDERMINDEN *et al.*, 2019). Crianças que já sofreram abuso físico ou negligência possuem maior risco de cometer violência contra seus pares, contra crianças e idosos, e perpetrar violência sexual (WILKINS *et al.*, 2014).

A violência doméstica tem forte relação com o consumo de álcool (COLLINS *et al.*, 2002). Existem diferentes teorias que explicam essa influência (CHOENNI; HAMMINK; MHEEN; MHEEN, 2017). Uma delas trata da teoria da distorção cognitiva: o consumo de álcool aumenta o risco de violência porque impede a comunicação entre os membros da família, o que pode levar a más interpretações entre os membros familiares e gerar conflitos (COLLINS *et al.*, 2002).

O abuso ou atos de violência contra crianças vêm recebendo pouca priorização por parte de governos e organizações globais, com investimentos mínimos, apesar da magnitude da problemática (TEW, 2017). A falta de condições estruturais ideais, de capacitação profissional, complexidade dos casos atendidos e de articulação entre os serviços são fragilidades da rede de proteção (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, faz-se necessário compreender o fenômeno da violência contra as crianças para alocar recursos, planejar e direcionar políticas públicas e capacitar os profissionais da saúde (ZINS *et al.*, 2019).

Trata-se de um tema de relevância social, por provocar, além da mortalidade prematura, problemas à saúde física, mental, sexual, reprodutiva, comprometimento do bem-estar das vítimas e, por consequência, sobrecarga econômica decorrente de gastos com assistência em saúde. Entretanto, o número de pesquisas sobre violência interpessoal é escasso e não tem aumentado ao longo dos anos (LOURENÇO; COSTA, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), banco que permite lançar dados de violência contra crianças. Considera-se que estudos com essas informações são importantes por possibilitar medir a magnitude da

violência no país. Este trabalho objetiva analisar aspectos epidemiológicos da violência interpessoal contra crianças no Brasil e correlacionar com suspeita de consumo de álcool pelo agressor.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, de caráter analítico, com utilização de dados quantitativos extraídos do Sistema de Informações de Saúde no aplicativo Tabnet, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, Brasil. Os dados se referem às ocorrências e devidos registros efetuados no ano de 2018, identificados por unidades federativas brasileiras, acessados em 2020. Também se registrou o quantitativo estimado da população de zero a nove anos de idade no Brasil, a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para cálculo das taxas de registros de violência na população. As informações foram agrupadas em cinco macrorregiões brasileiras (região Sul, Norte, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste).

Os dados analisados foram de violência contra crianças, com até nove anos de idade. Essa faixa etária é justificada com base na organização dos dados pelo DATASUS, que categoriza as faixas etárias, sendo a idade de 10 anos incorporada na faixa etária de 10 a 14 anos, considerada adolescente.

As variáveis utilizadas foram número de registros para crianças do sexo masculino e registros para o feminino, número de registros para as diferentes categorias de cor/raça/etnia (branca, parda, preta, indígena e amarela), assim como para locais de ocorrência da violência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar/similar, via pública e outros locais que englobaram comércio e indústria), número de registros para repetição de violência, para cada tipo de violência (física, psicológica/moral, sexual, tortura e negligência/abandono), tipificações de violência sexual (estupro e assédio sexual), número de registro para suspeita de uso de álcool pelo agressor e para os diferentes vínculos/parentescos do agressor (pai, mãe, padrasto, madrasta, amigo/conhecido, cuidador, desconhecido e outros - cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado e irmão).

A descrição dos resultados é apresentada em valores absolutos e percentuais. Entretanto, para o tipo de violência, como há mais de uma modalidade, foi registrada em uma mesma notificação, os resultados foram apresentados apenas pelos valores numéricos, não sendo computabilizados em valores percentuais, por exceder aos 100% dos casos notificados.

Para análise da correlação entre suspeita de uso de álcool pelo agressor com as outras variáveis, foi utilizado o teste não paramétrico, correlação de *Spearman*, após verificada a não normalidade dos dados. Foram calculados os coeficientes de correlação (r_s) e o fator de determinação (r_s^2). Considerou-se o nível de significância estatística $p < 0,05$.

RESULTADOS

No Brasil, foram identificadas 51.094 notificações de violência contra crianças de zero a nove anos, no ano de 2018. O número de registros para o sexo feminino foi 27.792, equivalendo a 54,4% do total de notificações. De acordo com cada macrorregião do país, o maior número de casos notificados ($n = 21.262$) foi na região Sudeste. Quanto à Unidade Federativa, o maior número de notificações deu-se em São Paulo ($n = 9.491$), seguido por Paraná e Rio de Janeiro, 7.606 e 7.499, respectivamente. A maior taxa de casos na população de crianças foi no estado do Paraná, com uma notificação de para cada 196 crianças. No estado de Alagoas, verificou-se uma notificação para cada 2.777 crianças (Tabela 1).

Tabela 1. Registros de violência contra criança conforme sexo da vítima e taxa de ocorrência por Unidade Federativa e macrorregião do Brasil, 2018

Unidade Federativa (UF)	Meninas	Meninos	Total	Taxa
	N (%)	N (%)	N (%)	Nº de casos/pop.*
Acre	66 (67,3)	32 (32,7)	98 (100,0)	1/1.736
Alagoas	127 (62,0)	78 (38,0)	205 (100,0)	1/2.777
Amapá	45 (51,7)	42 (48,3)	87 (100,0)	1/1.807
Amazonas	641 (65,8)	333 (34,2)	974 (100,0)	1/819
Bahia	706 (57,9)	514 (42,1)	1.220 (100,0)	1/1872
Ceará	583 (51,3)	554 (48,7)	1.137 (100,0)	1/1.207
Distrito Federal	538 (67,3)	261 (32,7)	799 (100,0)	1/519
Espírito Santo	452 (55,4)	364 (44,6)	816 (100,0)	1/665
Goiás	634 (53,0)	563 (47,0)	1.197 (100,0)	1/780
Maranhão	298 (61,3)	188 (38,7)	486 (100,0)	1/2.275
Mato Grosso	196 (72,9)	73 (27,1)	269 (100,0)	1/1.916
Mato Grosso do Sul	972 (50,0)	971 (50,0)	1.943 (100,0)	1/213
Minas Gerais	2.062 (59,7)	1.394 (40,3)	3.456 (100,0)	1/790

Pará	611 (64,2)	341 (35,8)	952 (100,0)	1/1605
Paraíba	161 (47,5)	178 (52,5)	339 (100,0)	1/1.827
Paraná	3.768 (49,5)	3.838 (50,5)	7.606 (100,0)	1/196
Pernambuco	1.774 (50,2)	1.758 (49,8)	3.532 (100,0)	1/406
Piauí	473 (56,5)	364 (43,5)	837 (100,0)	1/593
Rio de Janeiro	3.840 (51,2)	3.659 (48,8)	7.499 (100,0)	1/273
Rio Grande do Norte	184 (66,4)	93 (33,6)	277 (100,0)	1/1.871
Rio Grande do Sul	2.138 (53,4)	1.866 (46,6)	4.004 (100,0)	1/337
Rondônia	63 (52,5)	57 (47,5)	120 (100,0)	1/2.327
Roraima	61 (64,2)	34 (35,8)	95 (100,0)	1/1.066
Santa Catarina	1.234 (53,3)	1.082 (46,7)	2.316 (100,0)	1/387
São Paulo	5.428 (57,2)	4.063 (42,8)	9.491 (100,0)	1/601
Sergipe	124 (58,8)	87 (41,2)	211 (100,0)	1/1.675
Tocantins	613 (55,9)	483 (44,1)	1.096 (100,0)	1/238
Brasil	27.792 (54,4)	23.270 (45,6)	51.062 (100,0)	1/574
<hr/>				
<i>Macrorregião brasileira</i>	Mulheres	Homens	Total	Taxa
	N (%)	N (%)	N (%)	Nº de casos /pop.*
Norte	2.100 (61,4)	1.322 (38,6)	3.422 (100,0)	1/963
Nordeste	4.430 (54,9)	3.814 (45,1)	8.244 (100,0)	1/1.088
Sudeste	11.782 (55,4)	9.480 (44,6)	21.262 (100,0)	1/519
Sul	7.140 (51,3)	6.786 (48,7)	12.926 (100,0)	1/289
Centro-Oeste	2.340 (55,6)	1.868 (44,4)	4.208 (100,0)	1/541

*O quantitativo da população com até nove anos foi obtido pelas estimativas do IBGE, 2018.

No país, o maior número de notificações de violência foi para crianças de cor branca ($n = 27.794$), que representa 51,8% dos registros, seguido de crianças pardas (22.177/41,4%), pretas (2.976/5,5%), indígenas (459/0,9%) e amarelas (212/0,4%). A repetição da violência foi registrada em 12.503 notificações, com a seguinte distribuição por região: Sudeste 5.120, Sul 3.954, Nordeste 1.225, Norte 1.135 e Centro-Oeste 1.069.

De acordo com o local de ocorrência da violência, o maior número de casos de violência contra crianças, no Brasil, deu-se em residências ($n = 32.916/64,4\%$). A região Sudeste apresentou o maior número ($n = 11.826$) de registros de violência em residências (Tabela 2).

Tabela 2. Registros de violência contra criança por local da ocorrência, Unidades Federativas e macrorregião do Brasil, 2018

UF	Residência	Habitação coletiva	Escola	Local de prática esportiva	Bar/similar	Via pública	Outros locais*	Ignorado/ em branco	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Acre	75 (76,6)	0 (0,0)	3 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (7,1)	2 (2,0)	11 (11,2)	98 (100,0)
Alagoas	128 (62,4)	0 (0,0)	4 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	21 (10,2)	16 (7,8)	35 (17,1)	205 (100,0)
Amapá	66 (76,0)	1 (1,1)	4 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (5,7)	4 (4,6)	7 (8,0)	87 (100,0)
Amazonas	656 (67,3)	1 (0,1)	16 (1,6)	1 (0,1)	2 (0,2)	37 (3,8)	216 (22,2)	46 (4,7)	975 (100,0)
Bahia	708 (57,9)	5 (0,4)	23 (1,9)	1 (0,1)	8 (0,7)	102 (8,3)	175 (14,3)	200 (16,4)	1.222 (100,0)
Ceará	640 (56,2)	5 (0,4)	21 (1,8)	5 (0,4)	4 (0,4)	183 (16,1)	198 (17,5)	82 (7,2)	1.138 (100,0)
Distrito Federal	582 (72,8)	3 (0,4)	28 (3,5)	2 (0,3)	0 (0,0)	9 (1,1)	49 (6,0)	127 (15,9)	800 (100,0)
Espírito Santo	544 (66,7)	2 (0,2)	41 (5,0)	3 (0,4)	2 (0,2)	63 (7,7)	87 (10,7)	74 (9,1)	816 (100,0)
Goiás	914 (76,4)	4 (0,3)	32 (2,7)	4 (0,3)	5 (0,4)	91 (7,6)	54 (4,5)	93 (7,8)	1.197 (100,0)
Maranhão	399 (82,1)	3 (0,6)	3 (0,6)	2 (0,4)	4 (0,8)	20 (4,1)	28 (5,8)	27 (5,6)	486 (100,0)
Mato Grosso	186 (69,1)	7 (2,6)	13 (4,8)	0 (0,0)	5 (1,9)	8 (3)	26 (9,7)	24 (8,9)	269 (100,0)
Mato Grosso do Sul	1.215 (62,5)	11 (0,6)	51 (2,6)	5 (0,3)	1 (0,1)	83 (4,2)	435 (22,3)	143 (7,4)	1.944 (100,0)
Minas Gerais	2.461 (71,2)	33 (1,0)	163 (4,7)	12 (0,3)	29 (0,8)	190 (5,5)	238 (6,9)	332 (9,6)	3.458 (100,0)
Pará	698 (73,3)	7 (0,7)	27 (2,8)	6 (0,6)	4 (0,5)	100 (10,5)	57 (6,0)	53 (5,6)	952 (100,0)
Paraíba	258 (76,1)	3 (0,9)	9 (2,7)	0 (0,0)	3 (0,9)	33 (9,6)	25 (7,4)	8 (2,4)	339 (100,0)
Paraná	5.911 (77,6)	23 (0,3)	337 (4,4)	6 (0,1)	19 (0,3)	395 (5,2)	731 (9,6)	191 (2,5)	7.613 (100,0)
Pernambuco	2.018 (57,1)	11 (0,3)	43 (1,2)	5 (0,1)	10 (0,3)	150 (4,3)	790 (22,4)	506 (14,3)	3.533 (100,0)
Piauí	671 (80,2)	1 (0,1)	13 (1,5)	1 (0,1)	5 (0,6)	30 (3,6)	26 (3,1)	90 (10,8)	837 (100,0)
Rio de Janeiro	2.932 (39,1)	16 (0,2)	111 (1,5)	13 (0,2)	25 (0,3)	384 (5,1)	1.400 (18,6)	2.626 (35,0)	7.507 (100,0)
Rio Grande do Norte	190 (68,6)	3 (1,1)	4 (1,4)	2 (0,7)	1 (0,4)	12 (4,4)	22 (7,9)	43 (15,5)	277 (100,0)
Rio Grande do Sul	2.923 (73,0)	10 (0,2)	106 (2,7)	3 (0,1)	4 (0,1)	113 (2,8)	624 (15,6)	222 (5,5)	4.005 (100,0)
Rondônia	80 (66,7)	1 (0,8)	8 (6,7)	0 (0,0)	2 (1,7)	4 (3,3)	10 (8,3)	15 (12,5)	120 (100,0)
Roraima	62 (65,3)	11 (11,6)	2 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,1)	3 (3,2)	15 (15,7)	95 (100,0)
Santa Catarina	1.684 (72,7)	9 (0,4)	51 (2,2)	5 (0,2)	0 (0,0)	116 (5,0)	396 (17,1)	56 (2,4)	2.317 (100,0)
São Paulo	5.889 (62)	774 (8,2)	490 (5,2)	11 (0,1)	31 (0,3)	334 (3,5)	974 (10,3)	992 (10,4)	9.495 (100,0)
Sergipe	136 (63,8)	2 (0,9)	5 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (3,3)	26 (12,2)	37 (17,5)	213 (100,0)
Tocantins	890 (81,2)	5 (0,5)	17 (1,6)	3 (0,3)	2 (0,2)	54 (4,9)	96 (8,8)	29 (2,5)	1096 (100,0)

Brasil	32.916 (64,4)	951 (1,9)	1.625 (3,2)	90 (0,2)	167 (0,3)	2.553 (5,0)	6.708 (13,1)	6.084 (11,9)	51.094 (100,0)**
<i>Macrorregião brasileira</i>	Residência	Habitação coletiva	Escola	Local de prática esportiva N	Bar/similar	Via pública	Outros locais*	Ignorado/ em branco	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	(%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Norte	2.527 (73,8)	26 (1,0)	77 (2,2)	10 (0,3)	10 (0,3)	209 (6,0)	388 (11,3)	176 (5,1)	3.423 (100,0)
Nordeste	5.148 (62,4)	33 (0,4)	125 (1,5)	16 (0,2)	36 (0,4)	558 (6,8)	1.306 (15,8)	1.028 (12,5)	8.250 (100,0)
Sudeste	11.826 (55,6)	825 (3,9)	805 (3,8)	39 (0,2)	87 (0,4)	971 (4,5)	2.699 (12,7)	4.024 (18,9)	21.276 (100,0)
Sul	10.518 (75,5)	42 (0,3)	494 (3,5)	14 (0,1)	23 (0,2)	624 (4,5)	1.751 (12,5)	469 (3,4)	13.935 (100,0)
Centro-Oeste	1.983 (65,8)	21 (0,7)	92 (3,1)	7 (0,2)	6 (0,2)	100 (3,3)	510 (16,9)	294 (9,8)	3.013 (100,0)

* Comércio, indústria e outros locais.

**Perdas de informações em cinco fichas de notificação.

Quanto ao tipo de violência, o somatório da negligência/abandono, sexual, física, psicológica/moral e tortura totaliza 60.488, com média de 1,18 tipos de violência para cada caso notificado. O maior número de registros no Brasil foi para a categoria negligência/abandono ($n = 26.955$), seguido da violência sexual ($n = 13.274$), física ($n = 12.668$), psicológica/moral ($n = 6926$) e violência por tortura ($n = 665$), conforme apresentado na tabela 3. Os registros de lesão autoprovocada totalizaram 1.122 casos para o país, correspondendo a 2,2% das notificações.

Tabela 3. Registros de violência contra criança por tipo de violência, Unidades Federativas e macrorregião do Brasil, 2018

UF	NÚMERO DE REGISTROS PARA CADA TIPO DE VIOLENCIA*				
	Negligência/ abandono		Sexual	Física	Psicológica/moral
	N	N	N	N	N
Acre	4	55	47	16	1
Alagoas	15	88	117	52	7
Amapá	16	40	48	37	8
Amazonas	302	553	206	144	6
Bahia	532	305	437	233	24
Ceará	703	177	306	150	24
Distrito Federal	140	534	160	95	8
Espírito Santo	304	243	259	122	22
Goiás	543	373	351	158	34
Maranhão	267	130	118	78	15

Mato Grosso	15	169	120	85	22
Mato Grosso do Sul	1.545	185	204	70	6
Minas Gerais	688	1.457	1.653	962	90
Pará	203	558	387	325	18
Paraíba	199	42	107	34	7
Paraná	4.991	1.494	1.575	1.033	80
Pernambuco	2.547	365	671	369	23
Piauí	570	191	149	42	11
Rio de Janeiro	5.579	1.097	1.119	291	35
Rio Grande do Norte	81	119	105	67	9
Rio Grande do Sul	2.372	1.001	573	182	23
Rondônia	25	58	47	23	5
Roraima	6	42	63	25	1
Santa Catarina	1.610	484	375	220	12
São Paulo	2.912	3.162	3.269	2.056	164
Sergipe	101	83	39	7	2
Tocantins	680	269	163	50	8
BRASIL	26.955	13.274	12.668	6.926	665

<i>Macrorregião brasileira</i>	Negligência/ abandono		Sexual	Física	Psicológica/moral	Tortura
	N	N	N	N	N	N
Norte	1.236	1.575	961	620	47	
Nordeste	5.015	1.500	2.049	1.032	122	
Sudeste	2.243	5.959	6.300	3.431	311	
Sul	9.483	2.979	2.523	1.435	115	
Centro-Oeste	8.973	1.261	835	408	70	

*diferentes tipos de violência foram registrados para uma mesma criança, resultando em somatório acima da totalidade de casos, o que justifica a não apresentação de valores percentuais.

Com relação à violência sexual, 8.475 casos no Brasil foram tipificados como estupro e 4.520 como assédio sexual. O número de registros de violência sexual nos estados brasileiros se correlacionou com registros para vítimas do sexo feminino ($rs = 0,918$; $rs^2 = 0,842$) e também com os registros para o sexo masculino ($rs = 0,848$; $rs^2 = 0,719$), de forma significativa ($p < 0,001$). O tipo de violência sexual caracterizado como “estupro”, também apresentou correlação positiva significativa com o número de notificações no sexo feminino

($rs = 0,900$; $rs^2 = 0,810$) como para os registros no sexo masculino ($rs = 0,831$; $R^2 = 0,690$), $p < 0,001$.

No Brasil, assim como ocorreu com os tipos de violência, o somatório dos registros de violência por modalidade de agressor foi 53.893, com média de 1,06 agressores por criança vítima. As notificações de violência contra crianças tiveram como agressores, em sua maioria, a mãe ($n = 25.616$), seguido do pai ($n = 16.852$). No estado do Rio de Janeiro, verificou-se um maior número de notificações envolvendo violência provocada por mães ($n = 4.840$) e pais ($n = 3.127$), conforme tabela 4.

Tabela 4. Registros de violência contra criança conforme vínculo/grau de parentesco com agressor, Unidades Federativas e macrorregião do Brasil, 2018

UF	NÚMERO DE REGISTROS PARA CADA VÍNCULO/GRAU DE PARENTESCO COM AGRESSOR*								
	Amigo/ desconhecido								
	Pai	Mãe	Padrasto	Madrasta	conhecido/	Cuidador	Desconhecido	Outros**	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Acre	12	12	11	2	16	0	16	11	
Alagoas	27	22	15	0	46	0	27	13	
Amapá	13	23	6	85	13	3	7	2	
Amazonas	183	295	98	6	192	7	41	34	
Bahia	241	515	59	8	107	11	44	74	
Ceará	401	661	32	4	129	14	83	36	
Distrito Federal	170	160	79	4	130	15	34	45	
Espírito Santo	199	314	50	14	92	5	29	37	
Goiás	431	536	65	8	119	42	46	46	
Maranhão	210	250	27	1	54	2	15	21	
Mato Grosso	46	33	25	3	47	8	23	16	
Mato Grosso do Sul	814	1.433	41	7	61	30	28	54	
Minas Gerais	748	916	255	30	565	50	173	220	
Pará	177	166	84	18	231	5	88	34	
Paraíba	42	85	7	4	25	7	18	6	
Paraná	2.962	4.695	348	57	421	76	173	177	
Pernambuco	1.127	2.087	69	13	151	23	85	65	
Piauí	358	529	35	1	88	4	21	16	
Rio de Janeiro	3.127	4.840	243	33	397	42	120	115	

Rio Grande do Norte	67	79	30	0	49	3	11	15
Rio Grande do Sul	1.768	2.446	233	25	292	63	48	104
Rondônia	31	27	6	1	19	2	17	8
Roraima	4	32	6	84	10	3	10	4
Santa Catarina	890	1.506	77	16	133	34	40	46
São Paulo	2.531	3.235	590	90	1.119	123	284	408
Sergipe	68	99	7	0	15	0	10	6
Tocantins	201	616	48	10	82	7	37	40
Brasil	16.848	25.612	2.546	524	4.603	579	1.528	1.653
Amigo/								
<i>Macrorregião brasileira</i>	Pai	Mãe	Padrasto	Madrasta	conhecido/ desconhecido	Cuidador	Desconhecido	Outros**
	N	N	N	N	N	N	N	N
Norte	621	1.171	259	206	563	27	216	133
Nordeste	2.541	4.327	281	31	563	64	216	252
Sudeste	6.605	9.305	1.138	167	2173	220	606	780
Sul	5.620	8.647	658	98	846	173	261	327
Centro-Oeste	1.461	2.162	210	22	357	95	131	161

* Mais de uma modalidade de agressor foi registrada em uma mesma notificação, resultando em somatório de agressores acima da totalidade de casos, o que justifica a não apresentação de valores percentuais.

** Outros: cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado e irmão.

Em 4.662 notificações, registrou-se a suspeita de uso de álcool pelo agressor, sendo no estado de São Paulo identificada em 1.008 notificações, no Paraná em 817 e em Minas Gerais em 595. A região Sudeste apresentou o maior número de casos de suspeita do uso de álcool ($n = 2.027$), seguido da região Sul ($n = 1.265$), Nordeste ($n = 728$), Centro-Oeste ($n = 429$) e Norte ($n = 213$).

O registro de suspeita de utilização de álcool pelo agressor apresentou correlação positiva significativa com o total de registros, nas UF, de aspectos epidemiológicos da violência interpessoal contra crianças. O fator de determinação, que explica a variação dos registros para suspeita de uso de álcool pelo agressor, explica a violência provocada por irmão em 88% ($p < 0,001$), para violência por agressor pai em 84% ($p < 0,001$), por agressores amigos/conhecidos e cuidadores em 82% ($p < 0,001$) e por agressora mãe em 81% ($p < 0,001$). O aumento de registros de violência física nas UFs explicou melhor o aumento de

registros de suspeita do uso de álcool pelo agressor, ($rs^2 = 0,908$) e vice-versa, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5. Correlação entre suspeita de uso de álcool pelo agressor e variáveis relacionadas à violência contra crianças. Brasil, 2018

VARIÁVEIS ANALISADAS POR ESTADO	Suspeita de uso de álcool pelo agressor		
	rs	rs ²	p
Total de registros	0,952	0,906	< 0,001
Repetição da violência	0,939	0,882	< 0,001
<i>Parentesco/vínculo do Agressor</i>			
Irmão	0,939	0,882	< 0,001
Pai	0,916	0,839	< 0,001
Padrasto	0,910	0,828	< 0,001
Amigo/conhecido	0,907	0,823	< 0,001
Cuidador	0,904	0,817	< 0,001
Mãe	0,898	0,806	< 0,001
Desconhecido	0,888	0,789	< 0,001
Ex-cônjuge	0,624	0,389	0,001
Madrasta	0,558	0,311	0,003
<i>Tipo de violência</i>			
Física	0,953	0,908	< 0,001
Psicológica/moral	0,904	0,817	< 0,001
Sexual	0,900	0,810	< 0,001
Tortura	0,813	0,661	< 0,001
Negligência/abandono	0,881	0,776	< 0,001
<i>Local de ocorrência da violência</i>			
Residência	0,948	0,899	< 0,001

DISCUSSÃO

A notificação de violência possui o intuito de originar dados que fundamentem o planejamento de intervenções e a prevenção de agravos. Normatizações legais e éticas, tais como o Estatuto da Criança e do Adolescente e os códigos de ética dos profissionais de saúde, determinam que a notificação é compulsória.

A omissão do profissional de saúde acerca da violência interpessoal possui implicações de cunho ético e legal, com previsão de penalidades (BRASIL, 1990). A proposta de se identificar e notificar casos de violência doméstica ou qualquer outro evento de notificação compulsória se fundamenta na necessidade de embasar o planejamento de intervenções para

promover a prevenção de agravos e lesões (ROLIM *et al.*, 2014). Entretanto, estudo que avaliou o conhecimento dos professores universitários em relação ao atendimento à criança vítima de violência doméstica demonstrou que a maioria dos professores universitários relata não ter sido contemplado esse conteúdo na sua formação profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No presente estudo, constata-se que o número de notificações de violência contra crianças do sexo feminino foi maior, tanto no país, como também nas UFs, com exceção para Paraíba e Paraná, que apresentaram maiores registros de casos para o sexo masculino e, para Mato Grosso do Sul, que apresentou uma distribuição equânime. Em análise mundial, ser do sexo feminino é um dos fatores que explica o aumento da violência emocional, como demonstrado na meta-análise desenvolvida com dados de 94 estudos de países de média e baixa renda (CERNA-TUROFF *et al.*, 2021).

Mais da metade das notificações foi para violência contra crianças de cor branca, contrastando com estudo americano, com dados de 2015, que identificou que a proporção de cor/raça mais afetada foi a preta, na relação de 81,54 por 1.000 indivíduos (KIM; DRAKE, 2019).

Há registros de repetição da violência contra crianças, não tendo como saber se a notificação também foi registrada na primeira agressão ou se a criança foi vítima de agressões repetidas, que não tenham sido notificadas anteriormente. Para repetição de notificação, a literatura internacional coloca que esse fato é algo comum nos Estados Unidos da América (EUA), onde se estima que uma em cada 13 crianças terá três ou mais notificações. Ademais, crianças que tiveram notificações anteriores possuem maior probabilidade de serem notificadas novamente. O risco de crianças sofrerem violência recorrente aumenta de acordo com o número de notificações (KIM; DRAKE, 2019). Isso torna necessário refletir em que medida o ato da notificação da violência tem contribuído para mudar a realidade do panorama da violência interpessoal, quanto à prevenção da ocorrência de novos casos ou de recorrências.

Observa-se que, à medida que se aumenta o número de recorrências, piores são os prognósticos com relação à saúde da criança (DRAKE; JONSON-REID; KIM, 2017), portanto, esse ciclo da violência contra crianças deve ser rompido o mais cedo possível, sendo que os dados de notificação poderiam contribuir nesse sentido.

Quanto ao local de ocorrência da violência, o maior número de casos deu-se em residências, tanto no país como para todas as Unidades Federativas. A residência é o local onde as crianças deveriam se sentir protegidas (PEDROSO; LEITE, 2021), mas, ao contrário,

é local onde são agredidas. O contato próximo com a criança no âmbito da residência pode explicar, em parte, os registros de repetições de agressões. Também, foram registrados outros pontos de ocorrência da violência, tais como habitação coletiva, escola e em locais de prática esportiva.

A categoria violência por negligência/abandono foi a mais registrada nas notificações, no Brasil. Tal resultado concorda com o estudo americano, que identificou especificamente esse tipo de violência, em 60,8%, nos EUA, no ano de 2018 (ESTADOS UNIDOS, 2020).

Um exemplo de negligência, especificado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é a não vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 1990). É importante destacar que o maior registro para negligência/abandono tem também uma relação com o local mais frequente de ocorrência das violências, em residências, já que nesse cenário de contexto familiar é que se permite identificar as diversas categorias de negligência, por desorganização da rede de apoio familiar.

Diferentes tipos de violência constam nos registros, sexual, física, psicológica/moral, negligência/abandono e tortura e, inclusive a violência autoprovocada, que esteve presente em 2,2% das notificações no geral. Constatou-se que, para uma mesma criança, foi registrado mais de um tipo de violência.

O aumento do número de registro de violência sexual, entre as UFs, foi explicado em 92% pelo aumento de casos registrados para o sexo feminino e explica em 85% o aumento de casos para o sexo masculino. O aumento de registros para violência sexual por estupro também explicou 81% da variação de casos para vítimas meninas e explicou em 69% a variação nos registros para os meninos. A Unidade Federativa com mais cadastros de violência sexual tem maiores números de registros de violência contra meninas. Outro estudo demonstrou que crianças do sexo feminino apresentaram maior associação com o aumento da violência sexual (CERNA-TUROFF *et al.*, 2021).

A criança pode ser vítima de violência em diferentes locais, em casa, na escola, em espaços públicos e até mesmo na internet (CHEN *et al.*, 2017). Os registros demonstram alta frequência de violência provocada pelos próprios pais das crianças. Resultado que tem uma relação com o local de ocorrência de violência nas residências e com a repetição das agressões. A violência provocada por pais está em acordo com diversos estudos (FARIAS *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2017; PEDROSO; LEITE, 2021). Investigação com dados de 35 países sobre homicídios em crianças encontrou que 56,5% foram assassinadas pelos pais. Sobre dados de homicídios em neonatos (crianças com menos de um mês de vida), todos os assassinatos foram cometidos pelos pais (STÖCKL *et al.*, 2017).

A agressão também foi registrada para pessoas com diferentes vínculos parentais, como irmão; pessoas com vínculo de amizade; cuidadores e até mesmo por desconhecidos; sendo constatado mais de um agressor em uma mesma notificação. Tal resultado tem relação com a maior frequência de casos de violência em residências, espaço que propicia atuação muitas vezes velada e apoiada pelos múltiplos agressores, concorrendo para as repetições de agressões.

A suspeita de uso de bebida alcoólica, por parte do agressor, consta nos registros de 9,1% do total de notificações, sendo o número de registros correlacionado a aspectos epidemiológicos da violência contra crianças. Uma explicação se dá pelo modelo teórico biopsicológicosocial que liga o álcool à agressão. Esse modelo inclui influências do desenvolvimento, consumo de álcool ou drogas, influências psicológicas e do contexto (CHERMACK; GIANCOLA, 1998).

O consumo abusivo de álcool onera a sociedade, direta e indiretamente, pois potencializa gastos nos setores de atenção à saúde, no âmbito do sistema judiciário, no setor previdenciário, e se relaciona com mais mortes em pessoas de 20 a 49 anos, economicamente ativas (OMS, 2018). Nessa perspectiva, o consumo de álcool é considerado um sério fator de risco à saúde e importante causa de violências (BRASIL, 2020a).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apresentou que as pessoas acima de 18 anos estão consumindo mais álcool. Em 2019, 17% das mulheres afirmaram ter consumido bebida alcoólica, pelo menos uma vez na semana, sendo que em 2013 eram 12,9%. Entre os homens, o resultado foi 36,3% para 2019 e 37,1% em 2013 (BRASIL, 2020a). Portanto, observa-se um aumento de mulheres consumindo álcool, o que pode ter relação com as agressões de mães contra suas crianças.

Segundo o relatório sobre consumo de álcool nas Américas, emitido pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), o padrão de risco Beber Pesado Episódico (BPE), ou seja, o consumo de álcool em 60 gramas ou mais em única ocasião aumentou de 4,6% para 13% de 2010 a 2015, entre as mulheres (OPAS, 2015). Em 2019, o consumo abusivo de álcool foi apresentado para 18,8% de brasileiros, entre homens foi para 25,4% e entre as mulheres 13,3% (BRASIL, 2020b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018, com dados mundiais. No Brasil, em 2016, o consumo foi de 7,8 L de álcool puro *per capita* por ano, sendo estimado para homens 13,4 L e para mulheres, 2,4 L. O consumo brasileiro é menor que a média das Américas (8L), no entanto, maior que a média no mundo (6,4 L). A OMS advoga que prevenir e reduzir o consumo nocivo do álcool deve ser

prioridade em todos os países e propôs uma meta para redução em 10% no mundo, em 2025 (OMS, 2018), que poderá refletir em redução de violência interpessoal contra crianças.

Crianças expostas à violência possuem maior risco de perpetuarem atitudes violentas posteriormente em suas vidas (WILKINS *et al.*, 2014), além de terem maiores chances de desenvolverem comportamentos de risco, como: fumo, uso excessivo de álcool, câncer, problemas cardíacos, problemas respiratórios, comportamentos sexuais de risco, transtornos mentais, uso de drogas (ANDA *et al.*, 2006) e violência contra outros e a ele mesmo (LOGAN; LEEB; BARKER, 2009).

Tem-se como limitação do atual estudo o fato de ele se embasar em fonte de dados secundários, cujas fichas são preenchidas por profissionais das redes de atenção à saúde. Dessa maneira, pode existir omissão de dados ou subnotificação, ou seja, é possível que o número de ocorrência seja maior e que não tenham chegado ao conhecimento dos departamentos responsáveis pelo devido registro e pela investigação dos casos.

A notificação da violência contra crianças ainda é uma prática incipiente nos serviços de saúde. Estudo conduzido em 85 cidades do estado do Ceará, Brasil, verificou entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas condução de práticas de subnotificação de violência contra crianças e adolescentes, na Atenção Básica. Entre os profissionais que afirmaram já terem identificado casos de violência, 59,2% não realizaram a notificação (ROLIM *et al.*, 2014).

Portanto, as práticas errôneas de recursos humanos em instituições de saúde agravam a invisibilidade do problema (ROLIM *et al.*, 2014). Evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de práticas educacionais junto aos profissionais de saúde, tornando-os aptos a realizarem notificações, em respeito à legislação específica, ou também ofertarem um serviço humanizado para as crianças expostas à violência (ACOSTA *et al.*, 2017).

Além da subnotificação de casos, deve-se destacar a falta de informações de alguns dados durante a notificação. Estudo na cidade de Manaus/Amazonas (Brasil) analisou fichas de notificação, no período de 2009 a 2016, e observou aumento, ao longo dos anos, de informações ignoradas ou em branco. Nas fichas em que houve violência sexual, notou-se maior quantidade de informações ausentes. Além disso, mais de 40% das notificações não apresentaram informações referentes ao turno da ocorrência e se o agressor estava sob efeito de álcool (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Tanto a subnotificação como a ausência de informações, em casos notificados, impactam em prejuízos no planejamento de ações de saúde pública em prol de prevenção da violência contra crianças.

CONCLUSÃO

A violência contra crianças é um problema de saúde pública, que afeta ambos os sexos em todas as regiões do Brasil. No ano de 2018, foram registrados mais de 51.000 casos, sendo a maioria de meninas e crianças de cor branca. O tipo de violência mais prevalente foi a negligência/abandono e a maioria dos casos foi perpetrada pelos próprios pais das crianças. O local de ocorrência mais frequente foi nas residências. A repetição da violência se deu para quase um quarto dos casos registrados.

A suspeita de uso de álcool pelo agressor correlaciona-se de forma determinante e significativa com registros de aspectos epidemiológicos nas UFs: com a repetição da violência; com diferentes vínculos/parentesco do agressor, fortemente vista em irmão, pai e padrasto; com a violência física, sexual, negligência/abandono, tortura psicológica/moral; e para violência no interior de residências. Importante destacar que o uso de álcool é um fator determinante modificável, a partir de políticas adequadas de educação em saúde no combate/prevenção do etilismo.

A educação permanente para equipes de saúde faz-se necessária para que ocorra a identificação precoce de casos de violência, e que ela seja notificada, conforme a legislação específica, evitando, assim, agravamentos e reincidências. Entretanto, considera-se que o mais importante é prevenir a ocorrência de violências. Para isso, sugere-se que os profissionais trabalhem, efetivamente, nos espaços familiares, por meio da educação em saúde. O letramento em saúde poderá favorecer a construção de um contexto familiar mais saudável e contribuir, assim, na prevenção dos diferentes tipos de violência no interior das residências, além de propiciar o combate ao etilismo junto aos potenciais agressores.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>>.
- ANDA, R. F. *et al.* The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**. v. 256, n. 3, p. 174–186, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>>.
- BRASIL a. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>.
- BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf>.
- BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.
- CERNA-TUROFF, I. *et al.* Factors Associated With Violence Against Children in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Regression of Nationally Representative Data. **Trauma, violence, & abuse**. v. 22, n. 2, p. 219-232, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33461441/>>.
- CHEN, L. *et al.* Know Violence in Childhood. Ending violence in childhood. Global report 2017. Retrieved from New Delhi, India, 2017. Disponível em: <https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/global_report_2017-ending_violence_in_childhood.pdf>.
- CHERMACK, S. T.; GIANCOLA, P. R. The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. **Clinical Psychology Review**. v. 17, p. 621–649, 1998. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027273589700038X?via%3Dihub>>.
- CHOENNI, V.; HAMMINK, A.; MHEEN, D. V. Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. **Trauma Violence Abuse**. v. 18, n. 1, p. 37-50, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26296740/>>.

COLLINS, J. J. Issues in the linkage of alcohol and domestic violence services. In: GALANTER, M. **Recent developments in alcoholism**. 1 ed. Boston: Springer, 2002. p. 387–405. Disponível em: <<https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4899-1678-5#about>>.

DRAKE, B.; JONSON-REID, M.; KIM, H. Surveillance bias in child maltreatment: a tempest in a teapot. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 14, n. 9, p. 2-15, 2017.

ESTADOS UNIDOS. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment 2018. 2020. Disponível em: <<https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>>.

FARIAS, M. S. et al. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 25, n. 4, p. 799-806, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/SGq6w9n6mN545CmsJMLc9yr/?lang=pt>>.

HILLIS, S. et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**. v. 137, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6496958/>>.

KIM, H.; DRAKE, B. Cumulative Prevalence of Onset and Recurrence of Child Maltreatment Reports. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. v. 58, n. 12, 2019. Disponível em: <[https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(19\)30174-1/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(19)30174-1/fulltext)>.

LEVANDOWSKI, M. L. et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 37, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDc35gk53mDz9MrX4nFfr/?lang=pt>>.

LOGAN, J.; LEEB, R.; BARKER, L. Gender-Specific Mental and Behavioral Outcomes Among Physically Abused High-Risk Seventh-Grade Youths. **Public health reports**. v. 124., n. 2, p. 234-245, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/24233254_Gender-Specific_Mental_and_Behavioral_Outcomes_Among_Physically_Abused_High-Risk_Seventh-Grade_Youths>.

LOURENÇO, L. M.; COSTA, D. P. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. Gerais, Revista Interinstitucional de Psicologia. v. 13, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000100010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130109>>.

LOURENÇO, L. M. et al. Consequences of Exposure to Domestic Violence for Children: A Systematic Review of the Literature. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online]. 2013, v. 23, n. 55, p. 263-271. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-43272355201314>>.

MALTA, D. C. et al. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinelas de Urgências nas capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 22, n.9, p. 2.889-2.898, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/qjrvy99LMpdCWK7dmNBxvmH/abstract/?lang=pt#:~:text=Es>sa%20se%20mostrou%20associada%20com,da%20viol%C3%A3ncia%20f%C3%ADcica%20e%20sexual.>

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Avaliação do conhecimento de docentes da área da saúde em relação à abordagem da criança vítima de violência doméstica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 13, n. 1, p. 1.428-1.433, 2018.

OLIVEIRA, N. F. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Global status report on alcohol and health 2018. Genebra, 2018. 450p. Disponível em: <http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1428%3Aalcohol-substance-abuse-publications&Itemid=41530&lang=en"OPAS -

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas. Washington D. C., 2015. 91p.

PEDROSO, M. R. de O.; LEITE, F. M. C. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300003>>.

ROLIM, A. C. A. *et al.* Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde em Debate** [online]. v. 38, n. 103, p. 794-804, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140072>>.

STÖCKL, H. *et al.* Child homicide perpetrators worldwide: a systematic review. **BMJ Paediatrics Open**. Online e000112. 2017. Disponível em: <<https://bmjpaedopen.bmjjournals.com/content/1/1/e000112>>.

TEW, R. *et al.* Counting pennies: a review of official development assistance to end violence against children. Bristol: ChildFund Alliance, Save the Children, SOS Children's Villages International, World Vision International, and Development Initiatives. 2017.

VANDERMINDEN, J. *et al.* Rates of neglect in a national sample: Child and family characteristics and psychological impact. **Child Abuse and Neglect**. v. 88, p. 256-265, 2019.

WILKINS, N. *et al.* Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute, 2014.

ZINS, Z. P. *et al.* Trends in US physician diagnosis of child physical abuse and neglect injuries, 2006–2014. **Child Abuse & Neglect**. v. 98, n. 104179, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213419303564?via%3Dihub>>.

4.2 Produtos Técnicos

4.2.1 E-BOOK: “ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL: ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”

O *e-book* Atenção Centrada na Pessoa em Situação de Violência Interpessoal: Orientações Para Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária (Anexo A) foi desenvolvido pelos alunos de mestrado Luis Paulo Morais Farias e Larissa Souza e Santos, sob orientação da professora Simone de Melo Costa. Contou com participação de professores da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como também de alunos de iniciação científica de cursos de graduação em saúde da Unimontes. O livro contém informações orientadoras destinadas aos cirurgiões-dentistas da atenção primária, sendo que esses profissionais possuem amplo contato com a comunidade. Eles trabalham com regiões adstritas, em parceria com uma equipe multiprofissional, com potencial de identificar os principais problemas existentes nos territórios. Entretanto, o *e-book* não exclui a possibilidade de cirurgiões-dentistas da rede privada o utilizarem, assim como qualquer profissional do campo da saúde.

O *e-book* enfatiza a atenção centrada na pessoa, ou seja, enfatiza que a relação entre profissionais de saúde e vítimas de violência deverá ser mediada por adoção de tecnologias leves de cuidado (relacionais), estabelecidas com interlocução, que possibilite falar, escutar e interpretar a vítima da violência. Dessa forma, a resolução dos problemas se fundamenta na parceria entre o profissional cirurgião-dentista e a vítima.

Ao longo do produto, são apresentados aspectos bucofaciais de violência, exemplificados por meio de imagens, contribuindo, assim, para o diagnóstico de lesões mais preciso pelo profissional.

O *e-book* foi apresentado à coordenação da Atenção Primária à Saúde, especificamente à referência técnica da odontologia do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, para divulgação, principalmente, aos profissionais que atuam na rede de saúde bucal do município.

4.2.2 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

O Fluxograma de Atendimento às Pessoas Vítimas de Violência Interpessoal/Autoprovocada (Apêndice A) foi desenvolvido em parceria com o departamento de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Montes Claros.

No fluxograma, foram listados os processos: acolhimento à pessoa vítima de violência, realização do exame clínico, preenchimento do prontuário, preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal do Sinan, em duas cópias, com envio de uma das cópias ao setor de epidemiologia do município, e o encaminhamento do informe sucinto, por parte do setor de Vigilância Epidemiológica, à entidade responsável pelo acompanhamento do caso. Processos que devem ser de conhecimento dos profissionais responsáveis pela notificação e necessários para acompanhamento da vítima de violência.

4.2.3 FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL RELACIONADAS ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS E FACIAIS

Constatada a necessidade de um formulário para melhor registro e detalhamento da situação de violência pelo cirurgião-dentista, elaborou-se um Formulário Para Registro de Informações de Violência Interpessoal Relacionadas às Manifestações Bucais e Faciais (Apêndice B). Esse formulário apresenta informações imprescindíveis para o detalhamento da violência, contribuindo para um adequado registro e arquivamento junto ao prontuário de saúde, a partir de informações mais completas para futuras investigações, caso solicitadas por instâncias responsáveis pela averiguação da situação de violência. No formulário, são listados os sinais de agressão física e são propostas imagens que facilitam ao profissional identificar a localização da agressão, tanto em regiões intrabucais como extrabucais.

Em relação às orientações e aos encaminhamentos necessários para investigação dos casos, o formulário lista as entidades responsáveis pelo atendimento de cada público específico, sejam crianças, mulheres, idosos, população LGBITQA+ seja pessoas com deficiência.

Diante da necessidade de se realizar uma boa documentação das informações obtidas nos exames clínicos, o referido formulário foi apresentado à coordenação de odontologia do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, a fim de institucionalização na APS e nos Centros de Especialidades Odontológicas. Além disso, foi disponibilizado ao corpo docente

do curso de graduação em odontologia da Unimontes, por meio virtual, a partir do *e-book*, para possível utilização nas clínicas-escola do curso.

4.2.4 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS COM PUBLICAÇÃO DE RESUMOS

Foram produzidos quatro resumos expandidos publicados em anais do Fórum de Ensino Pesquisa e Extensão (Fepeg) da Unimontes, em parceria com alunos de iniciação científica, da graduação em saúde. Os resumos trataram da temática violência e odontologia, violência entre estudantes, violência contra mulheres, violência e educação em saúde. Os resumos estão disponíveis na plataforma *online* do evento: <<https://fepeg2021.unimontes.br/anais>> (Anexo C, Anexo D, Anexo E, Anexo F).

4.2.5 CAPÍTULO DE *E-BOOK*: CONCEITOS E PANORAMA SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. In: “QUANDO FICAR EM CASA NÃO PARECE TÃO SEGURO: REDE DE APOIO ÀS MULHERES AMAZONENSES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA”

O *e-book* Quando Ficar em Casa Não Parece Tão Seguro: Rede de Apoio às Mulheres Amazonenses no Enfrentamento da Violência Doméstica Durante a Pandemia (Anexo G) foi desenvolvido por meio de parceria entre a Faculdade Federal do Amazonas e o Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (PPGCPS) da Unimontes. Os professores e estudantes de mestrado participaram do livro redigindo o capítulo “Conceitos e panorama sobre a violência contra as mulheres”. O *e-book* tem por objetivo empoderar as mulheres amazonenses quanto à rede de proteção à mulher em situação de violência. O Amazonas é o estado com os maiores índices de violência contra a mulher, em razão disso é importante empoderar as mulheres a respeito dos principais conceitos e significados de violência, para que possam identificá-la em suas relações intrafamiliares.

O produto foi lançado em meio à pandemia, momento em que as pessoas passavam a maior parte do tempo em suas casas. Como consequência do distanciamento social, existiram impactos na saúde mental da população e na situação econômica das famílias, impactando nas relações familiares. Tornou-se necessário difundir as informações sobre violência para

empoderar e fortalecer as mulheres amazonenses para o enfrentamento de situações de violência interpessoal.

4.2.6 PALESTRAS COM ABORDAGEM DO TEMA VIOLÊNCIA

Durante o mestrado, quatro palestras sobre violência foram ministradas para diferentes públicos. Em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, por intermédio da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros e com o PPGCPS, foi ministrada a palestra Violência Doméstica no Cenário da COVID-19 (comprovante em Anexo H). A abordagem retratou os impactos da pandemia da COVID-19 sobre o cotidiano de famílias brasileiras e de suas consequências. Dentre elas, o aumento do número de denúncias de violência ocorridas nas residências. A palestra foi ministrada de forma *online*, com utilização da plataforma *Google Meet*, por videoconferência. O público-alvo envolveu profissionais da APS, vinculados aos municípios da Macrorregião de Saúde Norte, do estado de Minas Gerais. Entre eles, profissionais de nível superior, tais como cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos; profissionais de nível técnico, como técnicos de enfermagem e técnicos em saúde bucal (TSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Palestras sobre violência interpessoal ainda foram ministradas para alunos do curso de graduação em odontologia da Unimontes, dada a necessidade de capacitar futuros profissionais a respeito da identificação, notificação e acompanhamento de casos de violência (comprovação no Anexo I e Anexo J). As palestras foram ministradas na disciplina Aspectos Socioprofissionais em Odontologia, para alunos do 9º período, por dois semestres, para duas turmas distintas, nas datas de 11 de junho de 2021 e 26 de novembro de 2021.

Nas palestras ministradas na graduação, os conceitos de violência foram explicitados, nos diferentes ciclos de vida afetados e informadas as leis de proteção às pessoas vítimas. O foco foi dado à ficha de notificação do Sinan, que se mostrou ser o primeiro contato, para alguns estudantes. Foi abordada a evolução que ocorreu desde a primeira ficha até a de uso atual. Durante as palestras, trabalharam-se o passo a passo do preenchimento da ficha de notificação e o fluxo para acompanhamento dos casos notificados.

No dia 28 de outubro de 2021, foi realizada a palestra retratando a violência doméstica em tempos de pandemia (comprovação Anexo K), no 2º Curso de Bioética e Suas Implicações Sociais em Tempos de Pandemia. Nessa palestra, discutiram-se as definições de violência, o panorama desse fenômeno com ocorrência em todos os locais de convívio social, com maior ênfase à ocorrência de violência nas residências. O papel do profissional de saúde, mesmo em

caso de suspeita de violência, foi ressaltado, assim como a importância da realização da notificação da violência interpessoal. Os fluxos para o acompanhamento de vítimas, por diferentes entidades do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, foram apresentados.

5 CONCLUSÕES

Em 2018, no Brasil, 51.094 crianças foram expostas à violência interpessoal, nos seus diferentes meios de convívio. Dada a magnitude da violência, no contexto social e da saúde, ela foi considerada um problema de saúde pública.

A maioria dos casos notificados foi para meninas e para crianças de cor branca. O tipo de violência mais prevalente foi a negligência/abandono e a maioria dos casos foi perpetrada pelos próprios pais das crianças. O local mais frequente de ocorrência da violência foi nas residências e a repetição da violência foi identificada para quase um quarto dos casos registrados.

A suspeita de uso de álcool pelo agressor correlaciona-se de forma determinante e significativa com registros de aspectos epidemiológicos nas UF: com a repetição da violência; com diferentes vínculos/parentesco do agressor, com correlação forte para irmão, pai e padrasto; com a violência física, sexual, negligência/abandono, tortura psicológica/moral; e para violência no interior de residências. Importante destacar que o uso de álcool é um fator determinante modificável, a partir de políticas públicas.

Mais investigações a respeito da temática violência contra crianças ainda são necessárias, como forma de contribuir para a melhor elucidação desse fenômeno e embasar intervenções junto aos profissionais de saúde, tais como: educação permanente para equipes de saúde, notificação de forma fidedigna dos casos e educação em saúde para propor o letramento em saúde das comunidades. Tem-se que a educação em saúde possa favorecer a construção de um contexto familiar mais saudável e contribuir, assim, para a prevenção dos diferentes tipos de violência no interior das residências.

Os produtos técnicos que compõem este trabalho, tais como o *e-book* para cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde, compilam informações importantes e aplicáveis, no dia a dia. Trazem contribuições para uma adequada identificação de casos de violência interpessoal, notificação e referenciais necessários para o acompanhamento das vítimas. Ademais, o produto *e-book* incorpora mais dois produtos técnicos, aplicáveis na APS: a ficha de registros da violência no âmbito da consulta odontológica e o fluxograma das etapas do acolhimento aos referenciais de diferentes grupos vítimas de violência. Tem-se que a discussão e a reflexão propiciada sobre violência, tanto nos eventos científicos como nos espaços da graduação e de pós-graduação, tenham contribuído para conscientização da

necessidade de se obter uma mensuração correta do número de casos de violência interpessoal, de modo a evitar a subnotificação e cooperar na proposição de ações de promoção de saúde e prevenção da violência.

REFERÊNCIAS

BEHL, T. *et al.* A critical insight into complications of alcohol. **World Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Science.** v. 3, n. 2, p. 1222-1238, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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

BRASIL. Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília/DF, 1991.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Brasília/DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104 p.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e

Propostas de Políticas Públicas / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 377p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2^a ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIVA Inquérito 2017: vigilância de violência e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência: capitais e municípios [Internet]. Brasília, DF.

BRASIL. Decreto nº 10.859, de 19 de novembro de 2021. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e remaneja cargos em comissão. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.859-de-19-de-novembro-de-2021-36094278>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 420, de 2 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília/DF, 2022.

CHIKRITZHS, T.; LIVINGSTON, M. Alcohol and the Risk of Injury. **Nutrients**. v. 13, n. 2., 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/nu13082777>>.

HILDEBRAND, N. A *et al.* Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 213-221, June, 2015.

FERREIRA, C. L. S.; CORTES, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 11, p. 3.997-4.008, nov. 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2021. São Paulo: FBSP, 2021. 380p.

GEORGE, E. *et al.* Radiologic Findings in Intimate Partner Violence. **Radiology**. v. 29, n. 1, p. 62–69, 2019

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez. 1998. 262 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2020. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2018. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2018.

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

LEITE, J. T. *et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2016, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016. Acessado em 27 de março de 2022, e55796. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55796>>.

LOURENÇO, L. M.; COSTA, D. P. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 13, n. 1, p. 1-18, 2020.

LEVANDOWSKI, M. L. *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 37, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDc35gk53mDz9MrX4nFfr/?lang=pt>>.

LIPSEY, M. W. *et al.* Is there a causal relationship between alcohol use and violence? In: Galanter M, editor. **Recent developments in alcoholism**. New York: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 245–282.

MARINHO, K. R. E.; GIRIANELLI, V. R. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**. v. 28, n. 4, p. 488-499, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040404>>.

MINAYO, M. C. S. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

MOREIRA, V; BORIS, G. D. J. B.; VENANCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis. v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000200021&lng=pt&nrm=iso>.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. 2022. Disponível em: <<https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/adolescent-data>>. Acesso em:10 de agosto de 2022.

PREAMPRUCHCHA, P. *et al.* The effects of others' drinking on the harms to children in Thailand: Lessons from the WHO - ThaiHealth project. **PLOS ONE**. v. 17, n. 3, p. 1-11, 2022.

PRICE, A. *et al.* Prenatal alcohol exposure and traumatic childhood experiences: A systematic review. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**. v. 80, n. 1, p. 89-98, 2017.

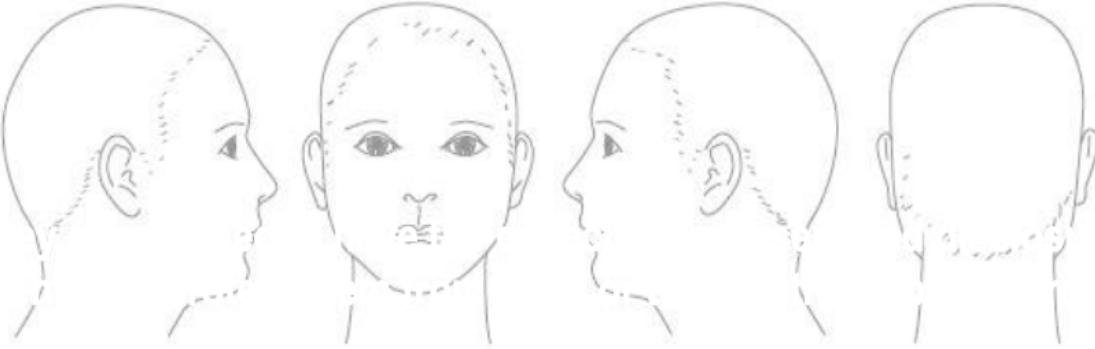
SALIBA, O. *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública** [online]. v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>>.

TOMLINSON, M. F.; BROWN, M.; HOAKEN P. N. Recreational drug use and human aggressive behaviour: a comprehensive review since 2003. **Aggression and Violent Behavior**. v. 27, p. 9–29. 2016.

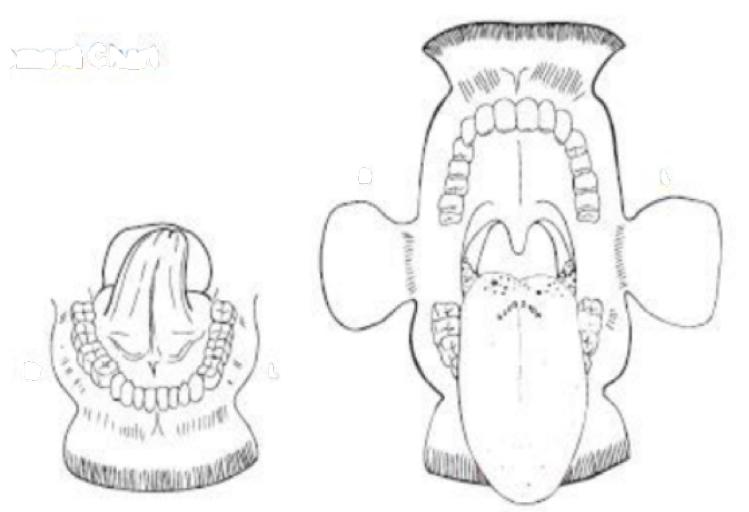
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Status Report on Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2014.

WU, V.; HUFF, H.; BHANDARI, M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. **Trauma, Violence, and Abuse**. v. 11, n. 2, p. 71–82, 2010.

Apêndice A - Formulário para Registro de Informações de Violência Doméstica Relacionadas às Manifestações Bucais e Faciais

Formulário para registro de informações de violência doméstica relacionadas às manifestações bucais e faciais			
Nome:			
Acompanhante e grau de parentesco (se vítima criança/adolescente):			
Data de nascimento:	/ /	Idade na data da consulta:	
Sexo:	() Feminino () Masculino		
Data da injúria: Hora da injúria:	/ / ____ : ____	Data do atendimento: Hora do atendimento:	/ / ____ : ____
Quem perpetrhou e que mecanismo utilizou para cometer a injúria (se relatou, quem relatou):			
Local da injúria:	Face () Cabeça () Intrabucal () Dentes ()		
Sinais de agressão na região extrabucal?	Lesão no olho Hematoma Abrasões Lacerações Queimaduras Mordidas Fraturas	() Sim () Sim () Sim () Sim () Sim () Sim () Sim	() Não () Não () Não () Não () Não () Não () Não
Outros sinais:			
Localização: 			
Sinais de agressão na região intrabucal?	Hematoma Abrasões Lacerações Queimaduras Fraturas ósseas Laceração no freio labial Laceração no freio lingual Trauma no palato Trauma dental	() Sim () Sim	() Não () Não
Outros sinais:			

Localização:



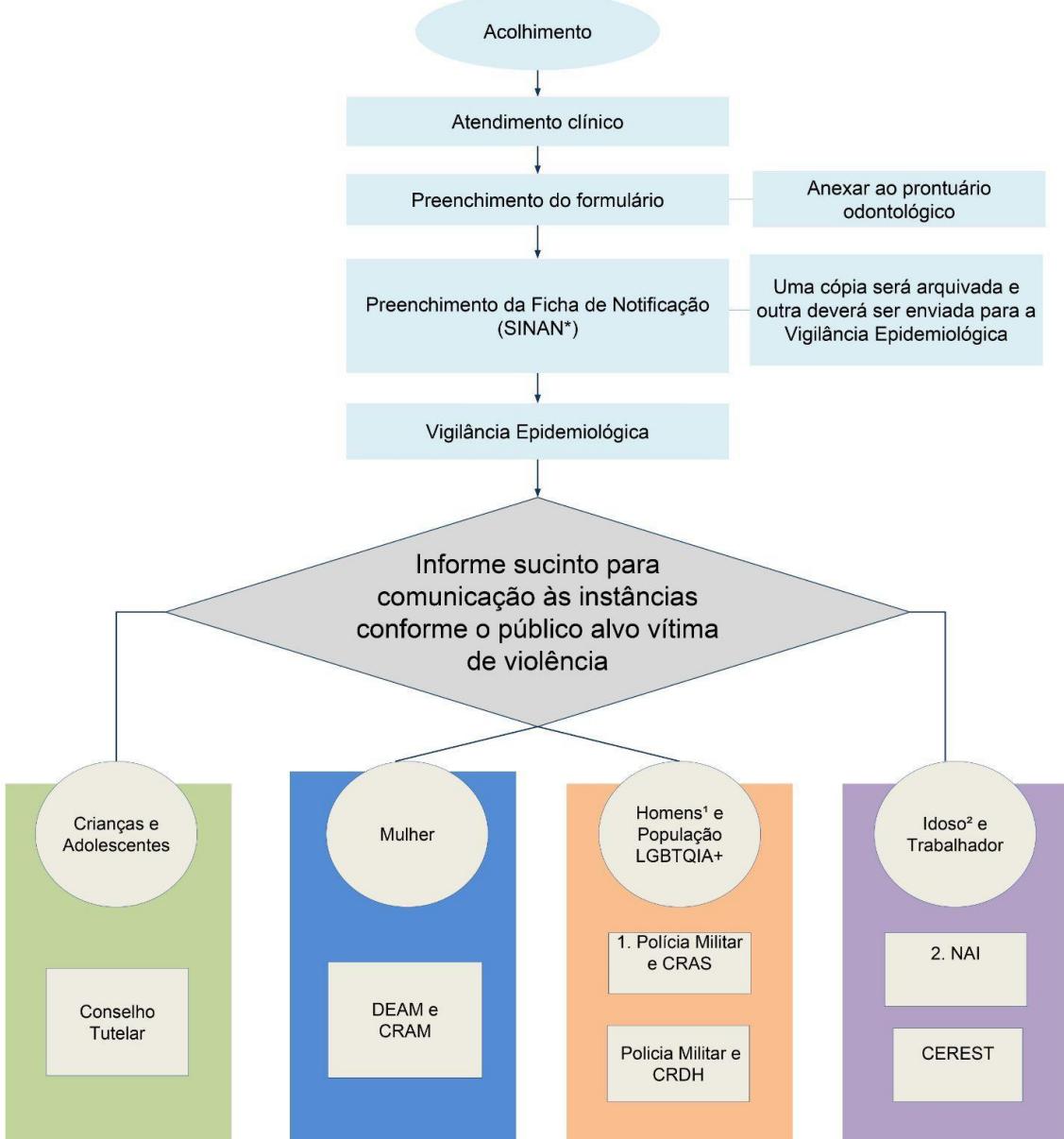
Alguma manifestação bucal que suspeita de abuso sexual? Qual?	
Impressões quanto a negligência odontológica (não-oferecimento de necessidades básicas da criança, com prejuízo ou risco como resultado de formas inadequadas de nutrição, higiene e supervisão):	
Registro/impressão da história relatada pelo responsável:	
Registro/impressão da história relatada pela criança:	
Detalhes e outras observações:	
Tomada de decisão clínica/ Procedimentos clínicos executados:	
Orientações/Encaminhamentos	<input type="checkbox"/> Rede de assistência social (Cras; Creas) <input type="checkbox"/> Rede de atendimento à mulher (Delegacia de Atendimento à Mulher) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso - delegacia de atendimento ao idoso <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outras delegacias Outros:
Nome e assinatura do profissional que fez o atendimento	
Nome e assinatura do técnico em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal que acompanhou o atendimento	

Fonte: adaptado de Cairns; Mok; Welbury, 2005; Massoni, *et al.* 2010; Durkan; Murphy, 2019.

Apêndice B – Fluxograma de Atendimento por Cirurgiões-Dentistas a Pessoas Vítimas de Violência Interpessoal/Autoprovocada



Fluxograma de Atendimento por Cirurgiões-Dentistas à Pessoas Vítimas de Violência Interpessoal/Autoprovocada

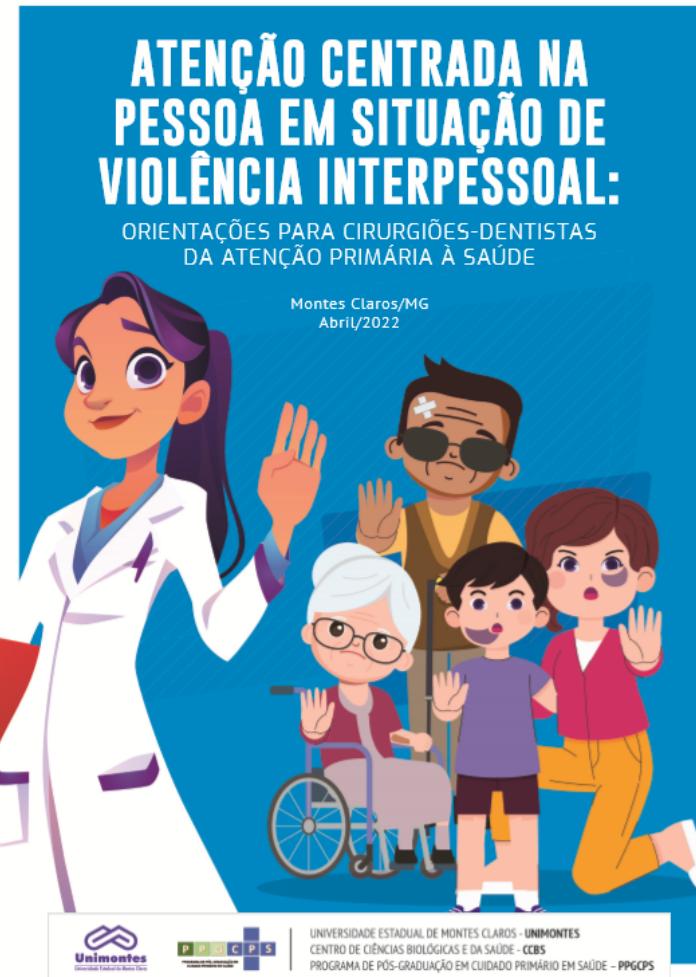


SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
DEAM: Delegacia Especializada em Crimes Contra à Mulher
CRAM: Centro de Referencia em Atendimento à Mulher
CRAS: Centro de Referência em Assistência Social
CRDH: Centro de Referência em Direitos Humanos
NAI: Núcleo de Atendimento ao Idoso
CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Anexo A – *E-Book*: Atenção Centrada na Pessoa em Situação de Violência Interpessoal:
Orientações para Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde

Para acessar o livro escaneie com a câmera do celular o *QrCode* abaixo, ou através do link:

[https://drive.google.com/file/d/14UDmyTpWdxnVOAxnV16_0vUTJ8_LguU/view?
usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/14UDmyTpWdxnVOAxnV16_0vUTJ8_LguU/view?usp=sharing)



Anexo B – Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sinan

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	Nº			
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual				
	2 Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		
	4 UF	5 Município de notificação				
	6 Unidade Notificadora	<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros				
	7 Nome da Unidade Notificadora			Código Unidade		
	8 Unidade de Saúde			Código (CNES)		
	10 Nome do paciente					
	12 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		
	14 Gestante	<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				
	16 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esíno médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esíno médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 10- Não se aplica				
17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe					
Notificação Individual	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito		
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)				
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP			
	30 (DDD) Telefone	31 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	32 País (se residente fora do Brasil)					
	Dados Complementares					
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social	34 Ocupação			
		35 Situação conjugal / Estado civil	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
		36 Orientação Sexual	3-Bissexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lesbica)	37 Identidade de gênero:	3-Homem Transexual 1-Travesti 8-Não se aplica 2-Mulher Transexual 9-Ignorado	
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		1 - Sim 2 - Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito		
43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4		
49 Ponto de Referência		50 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)						
52 Local de ocorrência		07 - Comércio/serviços 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro _____ 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado				
53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
SVS 15.06.2015						

Violência	<p>55 Essa violência foi motivada 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil </p> <p>57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____ </p>		
Violência Sexual	<p>58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____</p>		
Dados do provável autor da violência	<p>59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei </p> <p>60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> </p> <p>61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> da lei <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional </p> <p>62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> </p> <p>63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> </p>		
Encaminhamento	<p>64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado</p> <p>65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente <input type="checkbox"/> Defensoria Pública </p>		
Dados finais	<p>66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX </p> <p>69 Data de encerramento</p>		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Nome _____ Função _____ Violência interpessoal/autoprovocada _____ Sinan _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ Assinatura _____ SVS 15.06.2015		

Anexo C – Resumo em Anais de Evento - Violência Doméstica e Odontologia: Pesquisa Bibliométrica



AUTOR(ES): JÚLIA LIKA DEGAWA YAMAMOTO, LUIS PAULO MORAIS FARIAS, LARISSA SOUZA SANTOS, VERÔNICA OLIVEIRA DIAS, ORLENE VELOSO DIAS, MARIA THEREZA SOUZA SANTANA e SIMONE DE MELO COSTA.
ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E ODONTOLOGIA: PESQUISA BIBLIOMÉTRICA

Introdução

A violência é um problema de grande complexidade e passou a ser considerada um problema de saúde pública (TORNAVOI; GALO; SILVA, 2011), devido a sua magnitude e impacto na qualidade de vida dos indivíduos (DE LIMA et al., 2016). O Brasil possui um elevado índice de violência, embora nos últimos anos muitos esforços tenham sido direcionados no intuito de combatê-la. Esse aumento pode ser justificado pela intensificação do tráfico de drogas ilícitas, contrabando e tráficos de armas de fogo e outras mercadorias (BERNARDINO et al., 2017).

A violência doméstica é uma das subcategorias da violência. É um problema atual na sociedade e ameaça o bem-estar físico e mental principalmente de crianças, mulheres e idosos, em razão da alta vulnerabilidade desses grupos. Os grupos vulneráveis ficam sem condições de se defender, trazendo consequências, tais como traumas, lesões ou agressividade. Ainda assim, o principal alvo desse tipo de violência são as mulheres, que apresentam o maior número de registros. (CARVALHO; GALO; SILVA 2013).

Anexo D - Resumo em Anais de Evento - Violência Doméstica entre Estudantes: Pesquisa Bibliométrica

AUTOR(ES): LUCAS SALES PALMA, ISABELA DE SÁ OLIVEIRA, LUIS PAULO MORAIS FARIAS, LARISSA SOUZA SANTOS, LUIS PAULO SOUZA E SOUZA, VERÔNICA OLIVEIRA DIAS e SIMONE DE MELO COSTA.
ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

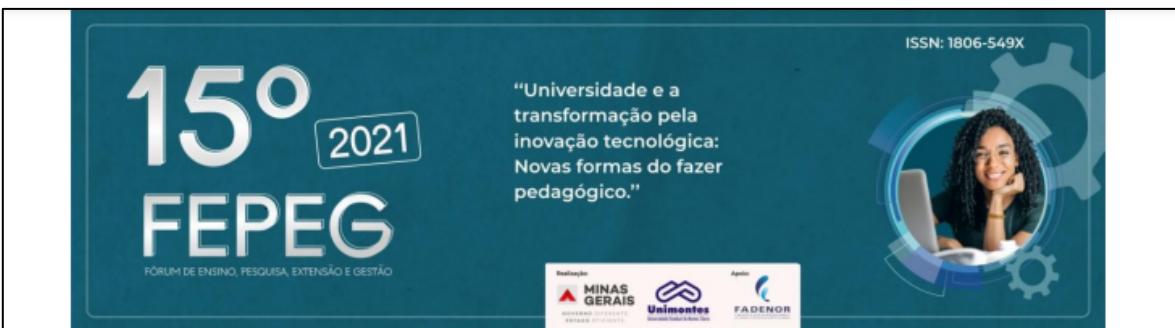
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ENTRE ESTUDANTES: PESQUISA BIBLIOMÉTRICA

Introdução

A violência doméstica pode ser caracterizada como uso intencional de força, manipulação, chantagem ou poder, com o intuito de causar ferimentos físicos ou danos psicológicos na vítima (BALTAZAR-MEZA et al., 2020). Em geral, 23% dos jovens já sofreram ou sofrem violência doméstica, seja pelos pais, professores, companheiros ou amigos (OGUZTURK et al., 2019). Essa exposição à violência gera aumento das taxas de transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão, traumas e suicídio, contribuindo, também, para a redução do nível do aprendizado e dos rendimentos nos estudos. Dessa forma, a violência doméstica torna-se uma prioridade de saúde pública (CLARKE et al., 2020).

Além de transtornos psicológicos, os estudantes vítimas de violência doméstica têm maior tendência a apresentar resultados negativos que prejudicam a saúde física, como o excesso de peso e o uso de drogas (SILVA; HASSELMANN, 2018). A violência doméstica e o abuso em casa, associados à pressão nessa fase da vida, contribuem para o aumento de 3,6 vezes no índice de tabagismo com iniciação precoce e outras drogas ilícitas entre estudantes

Anexo E - Resumo em Anais de Evento - Violência Contra a Mulher: Pesquisa Bibliométrica



AUTOR(ES): MARIA THEREZA SOUZA SANTANA, LARISSA SOUZA SANTOS, LUIS PAULO MORAIS FARIAS, JÚLIA LIKA DEGAWA YAMAMOTO, LUCIANA COLARES MAIA, ORLENE VELOSO DIAS e SIMONE DE MELO COSTA.

ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PESQUISA BIBLIOMÉTRICA

Introdução

A violência contra a mulher é um complexo problema de saúde pública. Apresenta causas multifatoriais e consequências que impactam em diversos âmbitos da vida da mulher violentada (SOARES; LOPES, 2018). Esse tipo de violência caracteriza-se por qualquer ação ou omissão contra o gênero feminino que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, dano moral ou patrimonial. Sendo que, os atos violentos podem ocorrer tanto em âmbito doméstico quanto em outro lugar, entre parentes ou estranhos, e em qualquer relação afetiva, seja íntima ou não (KRENKEL; MOTTA, 2015).

A violência física é aquela que causa lesões corporais por meio de golpes de intensidade variada e realizados com mãos, pés ou instrumentos de qualquer natureza. O abuso psicológico pode ser entendido como agressões verbais e emocionais, podendo ter manifestações como hostilidades, reprevações, insultos, ameaças, desvalorização, isolamento e comportamentos de dominância. Considera-se violência sexual as relações sexuais forçadas, a exposição a atividades

Anexo F - Resumo em Anais de Evento: Violência Doméstica e Educação em Saúde:
Pesquisa Bibliométrica

The poster for the 15th FEPEG conference features a dark blue background. On the left, the text "15º 2021 FEPEG" is displayed, with "FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO" underneath. In the center, there is a quote: "Universidade e a transformação pela inovação tecnológica: Novas formas de fazer pedagógico." To the right, there is a circular graphic showing a woman with braided hair smiling while working on a laptop. Logos for "MINAS GERAIS", "Unimontes", and "FADENOR" are at the bottom. The ISSN number "ISSN: 1806-549X" is in the top right corner.

AUTOR(ES): LUÍSA SILVA RUAS, LARA SANTOS CANGUSSU, LARISSA SOUZA SANTOS, LUIS PAULO MORAIS FARIAS, LUIS PAULO SOUZA E SOUZA, LUCIANA COLARES MAIA e SIMONE DE MELO COSTA.

ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PESQUISA BIBLIOMÉTRICA

Introdução

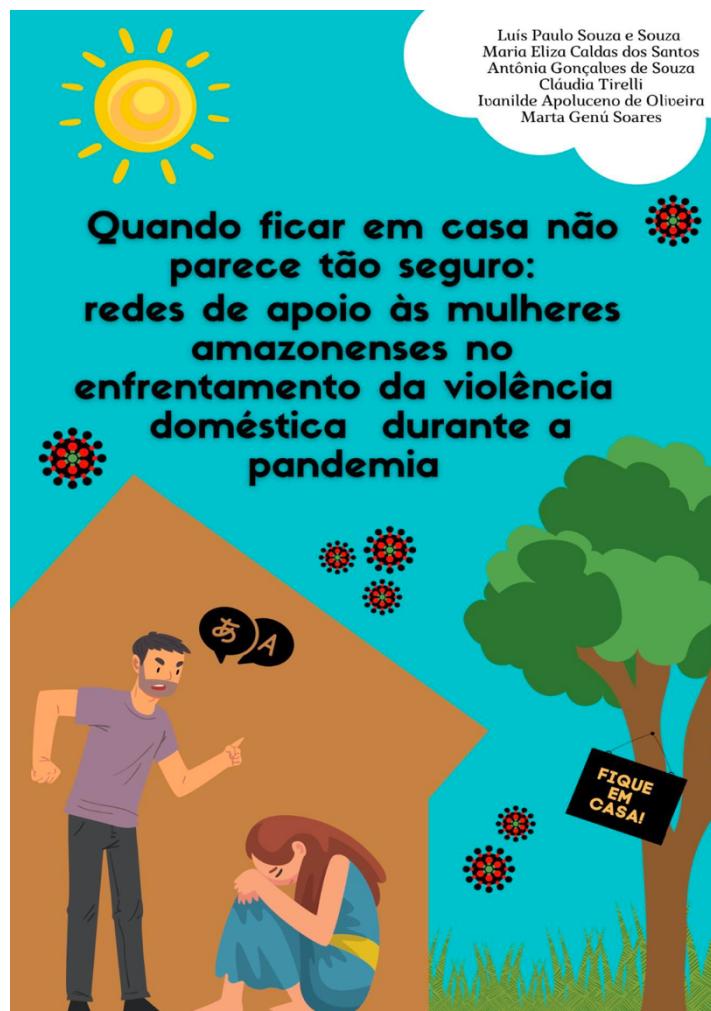
A violência doméstica foi definida pela Organização Mundial de Saúde como uma forma agressiva e opressora de violência interpessoal. O agressor geralmente utiliza táticas de controle para abusar emocionalmente, fisicamente, sexualmente ou economicamente de um membro da família ou parceiro romântico (DIVAKAR et al., 2019).

No contexto da violência doméstica e educação em saúde, o profissional de saúde educador deve fazer uma reflexão

Anexo G - *E-book: Quando Ficar em Casa Não Parece Tão Seguro: Rede de Apoio às Mulheres Amazonenses no Enfrentamento da Violência Doméstica Durante a Pandemia*

Para acessar o *e-book* escaneie com a câmera do celular o *QrCode* abaixo, ou através do link:

<https://drive.google.com/file/d/1W7dq5hin37yOYdSMHcvUlAeCrQmToy8/view?usp=sharing>



Anexo H – Certificado de Palestra abordando o tema Violência Doméstica no Cenário da COVID-19



Anexo I – Certificado de Palestra na disciplina Aspectos Socioprofissionais em Odontologia com Abordagem do Tema Violência Doméstica

04/02/2022 12:29	SEI/GOV MG - 38872451 - Declaração
 <p>GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS Universidade Estadual de Montes Claros Unimontes Coordenação do Curso de Odontologia Universidade Estadual de Montes Claros</p>	
<p>Declaração - UNIMONTES/CCBS/ODONTOLOGIA - 2021</p> <p>Montes Claros, 01 de dezembro de 2021.</p>	
<p>DECLARAÇÃO</p>	
<p>Declaramos que Luis Paulo Morais Farias ministrou palestra na disciplina Aspectos socioprofissionais em Odontologia, no 9º período da graduação em Odontologia, com abordagem do tema Violência Doméstica, no dia 11 de junho de 2021, no horário das 16 às 18:30 horas, em videoconferência pela plataforma virtual Google Meet.</p>	
<p>Montes Claros, 11 de junho de 2021</p>	
<p>Renata Francine Rodrigues Lima</p>	
	<p>Documento assinado eletronicamente por Renata Francine Rodrigues de Lima, Coordenadora do curso de odontologia, em 01/12/2021, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.</p>
	<p>A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 38872451 e o código CRC 70801D45.</p>
<p>Referência: Processo nº 2310.01.0005184/2021-71</p>	
<p>SEI nº 38872451</p>	
<p><small>https://www.sei.mg.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=44861289&infra... 1/1</small></p>	

Anexo J – Certificado de Palestra na disciplina Aspectos Socioprofissionais em Odontologia
com Abordagem do Tema Violência Doméstica

04/02/2022 12:28 SEI/GOV MG - 38871134 - Declaração


GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Universidade Estadual de Montes Claros
Coordenação do Curso de Odontologia
Universidade Estadual de Montes Claros

Declaração - UNIMONTES/CCBS/ODONTOLOGIA - 2021
Montes Claros, 01 de dezembro de 2021.

DECLARAÇÃO

Declaramos que Luis Paulo Moraes Farias ministrou palestra na disciplina Aspectos socioprofissionais em Odontologia, no 9º período da graduação em Odontologia, com abordagem do tema Violência Doméstica, no dia 26 de novembro de 2021, no horário das 16 às 18:30 horas, em videoconferência pela plataforma virtual Google Meet.

Montes Claros 26 de Novembro de 2021

Renata Francine Rodrigues Lima

 Documento assinado eletronicamente por **Renata Francine Rodrigues de Lima, Coordenadora do curso de odontologia**, em 01/12/2021, às 14:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).

 A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **38871134** e o código CRC **0FABE530**.

Referência: Processo nº 2310.01.0005184/2021-71 SEI nº 38871134

https://www.sei.mg.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=44859837&infra... 1/1

Anexo K - Certificado de Palestra Sobre o Tema Violência Doméstica no 2º Curso de Bioética e suas Implicações Sociais em Tempos de Pandemia

CERTIFICADO

Certificamos que LUIS PAULO MORAIS FARIAS ministrou a palestra “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA” no 2º CURSO DE BIOÉTICA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA realizado pela Universidade Estadual de Montes Claros, no dia 28 de outubro, contabilizando carga horária de 2 horas.

Montes Claros, 16 de novembro de 2021.

Joaniiva RP Lopes

Professora Drª Joaniiva Ribeiro Lopes
Coordenadora Geral

Poliana Ferreira Luis

Poliana Ferreira Luis
Secretaria

