

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

RENATA DE MELO BATISTA

**CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

UBERABA

2013

RENATA DE MELO BATISTA

**CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de Organização e Avaliação dos Serviços de Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Hemiko Iwamoto

UBERABA

2013

RENATA DE MELO BATISTA

**CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração Organização e Avaliação dos Serviços de Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba-MG, 10 de dezembro de 2013.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Marília Alves  
Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico ao meu filho, razão da minha vida e minha  
mãe, companheira e amiga de todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS pelas orações atendidas nos momentos de desespero, pela paz e luz enviadas a mim durante toda jornada percorrida.

Ao meu filho, Rafael, que tanto participou e compartilhou dessa jornada, você é a expressão do meu amor.

A minha querida mãe, Eleuza, e pai, Antonio, por sua dedicação e amor que me inspiram, por seus valores nobres e caráter irrefutável. Recebam a minha gratidão por tudo que fazem por mim!

Ao meu esposo, Daniel, obrigada pelos incentivos e pelo apoio incondicional.

Aos meus irmãos, Marcela e Bruno, obrigada pela torcida.

A minha Orientadora Helena Iwamoto, obrigada pela confiança, paciência e dedicação na orientação e elaboração desta pesquisa. Foi um grande prazer e privilégio trabalhar com você. Minha sincera gratidão!

As amigas Ellen Cristina e Mariana Marquez por compartilharem comigo os anseios desta trajetória. Obrigada pela amizade, conselhos e apoio. Sentirei saudades de nossos momentos juntas!

Aos amigos da quinta turma do Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM, pelo tempo maravilhoso que convivemos. Vocês são os melhores!

A minha amiga Núbia, sem você este momento não existiria. Obrigada!

A minha amiga Ana Paula, obrigada por ser meu ombro amigo sempre, haja o que houver.

Ao professor Vanderlei José Haas, obrigada pela dedicação e contribuições valiosas durante toda esta pesquisa.

À professora Sybelle Castro, obrigada pelos conselhos e orientações de grande valia. Minha eterna admiração!

Ao professor André Jeronimo, pelo carisma, acolhimento e pelas valiosas contribuições para qualificação.

À professora Marília Alves pela disponibilidade em aceitar o convite para avaliação desta pesquisa.

A Raquel Pereira do Núcleo de Vigilância epidemiológica, obrigada pela disponibilidade e empenho no auxílio a esta pesquisa.

Ao Lucilton Vieira do Setor de Faturamento do HC-UFTM, pelos computadores queimados durante minha coleta, foram dois, pelo empenho e dedicação. Obrigada!

Ao André Batista do Departamento de Sistemas e Métodos, pela paciência e agilidade quando solicitei sua colaboração. Muito obrigada!

Enfim, a todas as pessoas que de alguma maneira sofreram e ainda sofrem com o mal da violência. Meu sincero respeito.

*“Devemos manter-nos incansáveis em nossos esforços não apenas para alcançar a paz, a justiça e a prosperidade para os países, mas também para as comunidades e membros da mesma família. Devemos dirigir nossa atenção para as raízes da violência. Somente assim, transformaremos o legado do século passado de um fardo opressor em um aviso de alerta.”*

*Nelson Mandela*

## RESUMO

BATISTA, Renata de Melo. **Custos hospitalares de casos notificados de violência em um Hospital Público de Ensino**. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2013.

A violência faz parte da história da humanidade desde a sua origem e suas representações devem ser encaradas como fenômenos biopsicossociais complexos que se apresentam de maneira distinta de acordo com o momento histórico, gerando ônus humanos e econômicos aos países. Reconhecendo que a violência e os acidentes exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor da saúde, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação dos casos. Os objetivos deste estudo foram: descrever o perfil sociodemográfico das pessoas vítimas de violência doméstica notificadas em um Hospital Público de ensino; caracterizar os tipos de violência de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade e cor da pele); analisar a completude dos campos preenchidos da ficha de notificação de violência segundo os ciclos de vida (crianças e adolescentes, mulher, idoso e homem maior de 18 anos); descrever as internações hospitalares segundo o tempo de permanência; analisar os custos hospitalares segundo GM e C-D; verificar a correlação entre custos em reais e tempo de permanência em dias e custos em reais e idade em anos completos; analisar os custos hospitalares dos casos de violência notificados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro considerando tipo de violência, sexo, grupo etário e procedimentos hospitalares; e verificar a associação entre custo total e sexo, custo total e situação conjugal, e custo total e presença de deficiência. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Para a análise dos dados, utilizaram-se estatísticas descritivas; análise de comparação dos custos entre grupos definidos por variáveis categóricas; e cálculos do GM, C-D e TMP. Foram estudados 321 casos de violência notificados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). No estudo, predominaram indivíduos com cor de pele branca (58,3%) e parda (31,8%); idade entre 20 e 59 anos (54,5%); do sexo feminino (64,8%); solteiros (64,8%); residentes em Uberaba. A maior frequência de violência foi física (83,2%) e, em seguida, sexual (21,5%). O custo total para o sexo feminino foi mais elevado, R\$ 100.296,00, porém a média de



custo foi maior para o sexo masculino, R\$ 743,70, enquanto para o sexo feminino foi de R\$ 484,52. O custo da violência física representou 97,7% dos custos totais. O grupo etário de 20 a 59 anos representou 23,3% dos custos em 2010 e 39,5% em 2011. Concluiu-se que a maioria dos casos ocorreu em indivíduos de pele branca, do sexo feminino, solteiros, residentes em Uberaba, com idade entre 20 e 59 anos, havendo um aumento do número de notificações de violência, internações e custos hospitalares do ano de 2010 para 2011.

Palavras-chave: Custos Hospitalares. Custos. Custos de Cuidados de Saúde. Gastos em Saúde. Violência. Violência Doméstica.

## ABSTRACT

BATISTA, Renata de Melo. **Hospital costs of reported cases of violence in a Public Teaching Hospital.** 2013. 113f. Master Thesis (Master's degree in Healthcare) – Postgraduate Program in Healthcare, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba – MG, 2013.

Violence is part of humankind history since its origin and its representations must be seen as biopsychosocial complex phenomena, which present themselves in a different way according to the historical moment, generating human and economic burden on countries. Recognizing that the violence and accidents have great social and economic impact, especially in Health sector, Ministry of Health made compulsory the notification of the cases. The aims of this study were: describe the social and demographic profile of people who are victims of domestic violence in a Public Teaching Hospital; characterize the types of violence according to the socio-demographic variables (sex, age group, schooling and skin color); examine the completeness of the fields filled out in the form of the violence notification according to the lifecycles (children and adolescents, woman, elderly and man over 18 years old); describe the hospital admissions according to the length of hospitalization; analyze the funds paid for hospitalization according to average cost and cost per day; verify the correlation between costs in reais and length of stay in days and costs in reais and age in complete years; analyze funds paid for hospitalization of the cases of violence notified at Teaching Hospital of Federal University of Triângulo Mineiro (UFTM), considering type of violence, sex, age group and hospital procedures and verify the association among total cost and sex, total cost and marital status and total cost and deficiency. It is an observational, retrospective, quantitative study. For data analysis it was utilized descriptive statistics; comparative analysis of costs among groups defined by categorical variables and calculations of average cost, cost per day and average length of stay in days. 321 cases of violence notified at the Teaching Hospital of University of Triângulo Mineiro were studied. Among the individuals of the study prevalence was found for whites (58.3%) and mulattos (31.8%), age between 20 and 59 years old (54.5%), females (64.8%), unmarried (64.8%), resident in Uberaba. The highest frequency of violence was physical (83.2%) and sexual (21.5%). Total cost for females was higher, R\$100,296.00. Yet,

the average cost was higher for males, R\$743.70, while for the females it was R\$484.52. Costs of physical violence stood for 97.7% of the total. Age group between 20 to 59 years old stood for 23.3% of the costs in 2010 and 39.5% in 2011. There was an increase in numbers of hospitalizations from 2010 to 2011, with consequent increase in hospital costs for this period. It is concluded that the majority of the cases occurred in white skin female individuals, unmarried, resident in Uberaba, aged between 20 and 59 years old and with an increase in the numbers of violence notification, hospitalizations and hospital costs from 2010 to 2011.

Key-words: Hospital Cost. Costs. Health Care Costs. Health Expenditures. Violence. Domestic Violence.

## RESUMEN

BATISTA, Renata de Melo. **Costos hospitalarios de casos notificados de violencia en un Hospital Público de Enseñanza**. 2013. 113f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Programa de Posgrado en Atención a la Salud, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – MG, 2013.

La violencia hace parte de la historia de la humanidad desde su origen y sus representaciones deben ser vistas como fenómenos biopsicosociales complejos que se presentan de manera distinta según el momento histórico, generando carga humanas y económicas a los países. Reconociendo que las violencias y los accidentes ejercen gran impacto social y económico, sobre todo en el sector salud, el Ministerio de la Salud ha hecho obligatoria la notificación de los casos. Los objetivos de este estudio fueron: describir el perfil sociodemográfico de las personas víctimas de violencia doméstica notificadas en un Hospital Público de enseñanza; caracterizar los tipos de violencia de acuerdo con las variables sociodemográficas (sexo, franja etaria, escolaridad y color de la piel); analizar la completud de los campos rellenados de la ficha de notificación de violencia según ciclos de vida (niños y adolescentes, mujer, anciano y hombre mayor de 18 años); describir los internamientos hospitalarios según el tiempo de permanencia; analizar los costos hospitalarios según Gasto Mediano y Costo/día; averiguar la correlación entre costos en reales y tiempo de permanencia en días y costos en reales y edad en años completos; analizar los costos hospitalarios de los casos de violencia notificados en el Hospital de Clínicas da Universidad Federal del Triângulo Mineiro (UFTM), considerando tipo de violencia, sexo, grupo etario y procedimientos hospitalarios y averiguar la asociación entre costo total y sexo, costo total y situación conyugal y costo total y presencia de deficiencia. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y de abordaje cuantitativo. Para análisis de los datos se ha utilizado estadísticas descriptivas; análisis de comparación de los costos entre grupos definidos por variables categóricas y cálculos del gasto mediano, costo-día y tiempo mediano de permanencia. Fueron estudiados 321 casos de violencia notificados en el Hospital de Clínicas da Universidad Federal del Triângulo Mineiro. Entre los individuos del estudio predominaron el color de piel blanca (58,3%) y parda (31,8%), edad entre 20 y 59 años (54,5%), sexo femenino (64,8%), soltero (64,8%), residente

en Uberaba. La más grande frecuencia de violencia fue la física (83,2%) y sexual (21,5%). El costo total para el sexo femenino fue más elevado, R\$ 100.296,00, entretanto la media de costo fue más grande para el sexo masculino R\$ 743,70, mientras que en el sexo femenino R\$ 484,52. El costo de la violencia física ha representado 97,7% de los costos totales. El grupo etario de 20 a 59 años ha representado 23,3% de los costos en 2010 y 39,5% en 2011. Hubo crecimiento en el número de internamientos del año de 2010 para 2011, con consecuente aumento de los costos hospitalarios para este período. Se concluye que la mayoría de los casos ha ocurrido con individuos de piel blanca, del sexo femenino, solteros, residentes en Uberaba con edad entre 20 y 59 años y que ocurrió un aumento del número de notificaciones de violencia, internamientos y costos hospitalarios del año de 2010 para 2011.

Palabras clave: Costos de Hospital. Costos. Costos de la Atención en Salud. Los Gastos en Salud. Violencia. Violencia Doméstica.

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM em 2010 e 2011.....  | 60 |
| Tabela 2 - Distribuição da frequência dos tipos de violência dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM em 2010 e 2011.....   | 61 |
| Tabela 3 - Distribuição da violência física e sexual dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM em 2010 e 2011.....   | 62 |
| Tabela 4 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo meio de agressão em 2010 e 2011.....   | 63 |
| Tabela 5 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo a natureza da lesão em 2010 e 2011.....  | 63 |
| Tabela 6 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo número de envolvidos, vínculo com a vítima, sexo do provável autor, suspeita do uso de álcool e evolução do caso em 2010 e 2011..... | 64 |
| Tabela 7 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo custos hospitalares e ambulatoriais/pronto-socorro em 2010 e 2011.....   | 65 |
| Tabela 8 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo tempo de permanência hospitalar em dias (TPH) em 2010 e 2011.....  | 65 |
| Tabela 9 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC- UFTM segundo sexo e grupo etário em 2010 e 2011.....   | 66 |
| Tabela 10 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo tipos de violência em 2010 e 2011.....  | 67 |
| Tabela 11 - CCS entre idade em anos completos, tempo de internação em dias e custos em reais em 2010 e 2011.....   | 68 |
| Tabela 12 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo gastos por procedimentos I em 2010 e 2011.....  | 69 |
| Tabela 13 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo gastos por procedimentos II em 2010 e 2011.....   | 70 |

|   |    |
|---|----|
| Tabela 14 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo a completude dos dados em 2010 e 2011..... | 71 |
|---|----|

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMS - Assembleia Mundial de Saúde

AZT - Zidovudina

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CBO - Cadastro Brasileiro de Ocupações

CCP - Coeficiente de Correlação de Pearson

CCS - Coeficiente de Correlação de Spearman

C-D - Custo-Dia

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CGDANT - Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CID - Classificação Internacional de Doenças

CMPT - Complemento

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CMPT - Complemento

CT - Tomografia Computadorizada

DASIS - Departamento de Análise de Situação de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DOC - Documento

DOU - Diário Oficial da União

D\$ - Dólar

D\$J\$ - Dólar Jamaicano

DSIM - Departamento de Sistemas e Métodos

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECG - Eletrocardiograma

EEG - Eletroencefalograma

EF - Ensino Fundamental

EM - Ensino Médio

ES - Ensino Superior

FAA - Ficha de Atendimento Ambulatorial

FIIV - Ficha de Notificação de Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências



FNS - Fundo Nacional de Saúde  
GM - Gasto Médio  
HC - UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana  
HMMC - Hospital Municipal Miguel Couto  
HMSF - Hospital Municipal Salgado Filho  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
K - Kilo (1 k = 2,204 libras)  
MS - Ministério da Saúde  
NUVE - Núcleo de Vigilância Epidemiológica  
OEA - Organización de los Estados Americanos  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
OPM - Órteses, Próteses e Materiais  
PIB - Produto Interno Bruto  
RG - Registro Geral  
RNM - Ressonância Nuclear Magnética  
R\$ - Reais  
SADT - Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia  
SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social.  
SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde  
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS  
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde  
SIHD - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado  
SINAN - Sistema de Notificação de Agravos de Notificações  
SINAN NET - Sistema de Notificação de Agravos de Notificações para Internet  
SPSS - Statistical Package for Social Sciences  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SVS - Secretaria de Vigilância de Saúde  
TMP - Tempo Médio de Permanência  
TPH - Tempo de Permanência Hospitalar  
TRM - Traumatismo Raquimedular

UF - Unidade da Federação

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Ultrassonografia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

WHO - World Health Organization

3TC - Lamivudina

## SUMÁRIO

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                      | <b>22</b> |
| 1.1       | VIOLÊNCIA.....  | 22        |
| 1.2       | TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA.....                                 | 24        |
| 1.2.1     | Violência autoinfligida.....                                | 24        |
| 1.2.1.1   | <i>Comportamento suicida.....</i>                           | 25        |
| 1.2.1.2   | <i>Autoabuso.....</i>                                       | 26        |
| 1.2.2     | Violência Interpessoal.....                                 | 26        |
| 1.2.2.1   | <i>Violência de família e de parceiro(a) íntimo(a).....</i> | 26        |
| 1.2.2.1.1 | Violência contra crianças e adolescentes.....               | 26        |
| 1.2.2.1.2 | Violência contra o idoso.....                               | 27        |
| 1.2.2.1.3 | Violência contra parceiro íntimo.....                       | 28        |
| 1.2.3     | Violência Comunitária.....                                  | 29        |
| 1.2.4     | Violência coletiva.....                                     | 30        |
| 1.2.4.1   | <i>Violência social.....</i>                                | 31        |
| 1.2.4.2   | <i>Violência política.....</i>                              | 31        |
| 1.2.4.3   | <i>Violência econômica.....</i>                             | 31        |
| 1.3       | NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....                              | 32        |
| 1.4       | CUSTOS DA VIOLÊNCIA.....                                    | 34        |
| <b>2</b>  | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>                                   | <b>39</b> |
| <b>3</b>  | <b>OBJETIVOS.....</b>                                       | <b>41</b> |
| 3.1       | OBJETIVO GERAL.....   | 41        |
| 3.2       | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                  | 41        |
| <b>4</b>  | <b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>                              | <b>42</b> |
| 4.1       | TIPO DE ESTUDO.....   | 42        |
| 4.2       | CAMPO DE ESTUDO.....  | 42        |
| <b>5</b>  | <b>POPULAÇÃO.....</b>                                       | <b>43</b> |
| 5.1.      | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....                                  | 43        |
| 5.2.      | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....                                  | 43        |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 VIOLÊNCIA

A violência faz parte da história da humanidade desde a sua origem. A literatura sobre esse assunto é prolífera, tendo recebido a contribuição de muitos pensadores ao longo do tempo. Para Marx, a violência advinha das relações expressas pelo capital, pela luta de classes e pela exploração da mão de obra assalariada. Hegel entendia a violência como inerente ao ser humano, enquanto Nietzsche se concentrava no combate à injustiça, defendendo que a violência mantinha uma função de memória sobre os efeitos de ações proibidas pela sociedade (HAEYECK, 2009).

Ao trabalhar com o tema violência, adotamos a compreensão de que suas representações devem ser encaradas como fenômenos biopsicossociais complexos que se apresentam de maneira distinta de acordo com o momento histórico (MINAYO, 2005).

Talvez a violência sempre tenha participado da experiência humana. Seu impacto pode ser visto de diversas maneiras, em diferentes partes do mundo. Todos os anos, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes de violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva. Apesar do problema de não se obter estimativas precisas, o custo da violência se revela em bilhões de dólares gastos anualmente com assistência à saúde no mundo todo e, nas economias nacionais, mais alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos (KRUG et al., 2002).

Evidentemente não se pode calcular o custo humano em sofrimento e dor. Na verdade, grande parte desse custo é invisível. Enquanto a tecnologia dos satélites tem tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis ao mundo, há muito mais violência ocorrendo de forma invisível nas casas, no trabalho e, até mesmo, em instituições médicas e sociais criadas para cuidar de pessoas, conforme Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

Embora a violência sempre tenha estado presente, as pessoas não têm de aceitá-la como parte inevitável da condição humana. Desde o surgimento da violência, também existem sistemas – religiosos, filosóficos, legais e comunais – que

se desenvolveram para evitá-la ou restringi-la. Nenhum deles foi inteiramente bem-sucedido, porém todos deram sua contribuição para esse marco definidor da civilização (Ibid.).

Desde a década de 1980, o campo de saúde pública tem dado um subsídio cada vez mais importante para essa resposta. Profissionais, pesquisadores e sistemas de saúde pública tomaram para si a tarefa de entender as raízes da violência e evitar que ela ocorra. A violência pode ser evitada e seu impacto amenizado. Os fatores que contribuem para respostas violentas, sejam eles referentes a atitudes e comportamentos ou relacionados a condições mais abrangentes – sociais, econômicas, políticas e culturais –, podem ser modificados. Não se trata de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências. Podem-se encontrar exemplos bem-sucedidos em todo o mundo, desde trabalhos individuais e comunitários em pequena escala até políticas nacionais e iniciativas legislativas (Ibid.).

A OMS (2002, p.05) define violência como “a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis”, como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.”

A violência ainda pode ser rotulada quanto à natureza, sendo classificada em: violência física, psicológica, sexual e envolvendo negligência ou privação (Ibid.).

A definição de violência, segundo Dodge e Coie (1987), implicitamente inclui todos os atos de violência, sejam eles públicos ou privados, reativos (em resposta a eventos anteriores, como provocações) ou proativos (instrumental para resultados em benefício próprio ou com intenção de tal benefício), atos criminosos ou não criminosos. Cada um desses aspectos é importante para se compreender as causas da violência e elaborar programas de prevenção.

Pelo menos desde o começo dos anos oitenta, a violência e a criminalidade letais vêm aumentando em marcha acelerada no Brasil. Enquanto as mortes por causas externas evoluíram a uma taxa anual de 2,4% entre 1980 e 2004, o número de homicídios cresceu 5,6% ao ano, fazendo com que estes representassem 37,9% do total de 127 mil mortes por causas não naturais em 2004. (CERQUEIRA et al., 2007).

A Assembleia Mundial de Saúde (AMS), em sua Resolução OMS 49.25, de 1996, que declarava a violência como um problema de saúde pública, convocou a OMS para o desenvolvimento de uma tipologia da violência para diferenciar os tipos e os elos que as conectavam.

A tipologia proposta pela AMS e a OMS (1996), divide a violência em três grandes categorias:

a) *violência autoinfligida*: violência dirigida contra o próprio indivíduo, é subdividida em comportamento suicida, que engloba pensamentos suicidas; tentativas de suicídio, também chamadas de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada"; e suicídios completados e autoabuso, que incluem atos como a automutilação;

b) *violência interpessoal*: dividida em duas subcategorias, violência da família (criança e idoso) e de parceiro(a) íntimo(a) – que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, mas não exclusivamente dentro de casa; e violência comunitária – que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não) e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), ocorrendo geralmente fora de casa;

c) *violência coletiva*: diferentemente das anteriores, possui subcategorias que sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados, sendo dividida em social (englobando crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões), política (incluindo guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores) e violência econômica (ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas).

## 1.2 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

### 1.2.1 Violência autoinfligida

Stuckler et al. (2009) evidenciaram uma associação; a cada 1% de aumento no desemprego, ocorreu uma elevação de 0,79% no número de suicídios em

menores de 65 anos nos Estados Unidos. A análise também sugere que os governos podem ser capazes de proteger suas populações, especificamente através de orçamento de medidas, ajudando os que perdem seus postos de trabalho a lidar com os efeitos negativos do desemprego e permitindo que as pessoas desempregadas voltem a trabalhar rapidamente.

Estudo realizado com 97 países com dados da Organização das Nações Unidas (ONU) revelou que houve aumento da taxa de suicídio em homens em 33 países, queda dessa taxa em homens em 5 países e em mulheres em 10 países, sendo que em 37 países houve aumento de suicídios associado ao envelhecimento em mulheres (SHAH, 2012).

### **1.2.1.1**      *Comportamento suicida*

Iwamoto et al. (2012a), com base no cálculo do Coeficiente de Mortalidade Padronizado e Anos Potenciais de Vida Perdidos para vítimas de violência, calcularam o índice de mortalidade no período de 1996 a 2007, no estado de Minas Gerais, que foi de 4,29 óbitos por 100.000 habitantes. Os homens apresentaram 6,9 óbitos por 100.000 habitantes, enquanto as mulheres, 1,73 por 100.000 habitantes; de acordo com a faixa etária, a mortalidade foi de 7,0 óbitos por 100.000 habitantes em indivíduos de 40 a 59 anos. Os anos de vida perdidos em relação à média da idade de óbitos giraram em torno dos 40 anos, enfatizando a perda do potencial social do sujeito acometido pela violência autoinfligida.

De acordo com Brown (2008), o valor econômico ajustado por incapacidade e os anos de vida perdidos com a violência, segundo estimativas para os Estados-Membros da OMS, demonstram que a violência é um importante desafio para a saúde pública, com consequências econômicas, além de para pessoas, famílias e comunidades afetadas. Usando dados da OMS e do Banco Mundial, o valor econômico de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade devido à violência em 2002 foram estimados em U\$ 48,4 milhões de dólares, resultado de 1,6 milhões de mortes. É preciso muito mais em termos de quantificação da carga econômica da violência no mundo, particularmente em países de baixa e média renda, onde o peso da violência é maior.



### 1.2.1.2 *Autoabuso*

Borges (2012) apresentou uma leitura clínica e psicanalítica da conduta de autoabuso, explorando detalhadamente a história de vida do indivíduo pela compreensão e apreensão dos elementos subjacentes a esta. Pelo método da análise de conteúdo das entrevistas, definiram-se categorias transversais ao discurso do sujeito. Sugere-se uma depressão *Borderline*, consequência de uma falha da função do objeto externo, predominando o sentimento de vazio e de desamparo. Essa depressão poderá ser exteriorizada sob a forma de manifestações violentas ou, em outras situações, por um desprendimento que torna o indivíduo quase inerte.

## 1.2.2 **Violência Interpessoal**

A violência interpessoal impõe peso substancial sobre o Sistema de Saúde (BROWN; FINKELSTEIN; MERCY, 2008).

### 1.2.2.1 *Violência de família e de parceiro(a) íntimo(a)*

A violência afeta, além de crianças e adolescentes, mulheres e homens em idade jovem e idosos. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Brasil está entre os países que aumentam mais rapidamente o índice de envelhecimento e, de acordo com projeções para o ano de 2025, haverá 46 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos (BRASIL, 2009).

#### 1.2.2.1.1 **Violência contra crianças e adolescentes**

A violência afeta, atualmente, diferentes classes sociais e faixas etárias. A violência contra crianças e adolescentes hoje constitui um grave problema social e de saúde pública, que se reproduz geração após geração, e é definida como todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à

vítima, implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, analisou 1.858 prontuários, e identificou que a família foi a grande fonte de violência sexual infanto-juvenil (44,5%), sendo 26,7% dos agressores os próprios pais ou algum membro familiar (17,8%). Os índices de agressão foram mais frequentes em meninas (86,7%), de 12 a 14 anos (37,8%), e 71,1% dos casos ocorreram em sua própria residência. Houve predomínio de agressores do sexo masculino (82,2%), de 30 a 39 anos (6,7%), e a família teve participação em 26,7% dos casos de denúncia (IWAMOTO et al., 2012b).

A violência psicológica contra a criança, ao sair da invisibilidade, pode colaborar para o aumento da prevenção e da proteção contra essa natureza de violência (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

Um estudo realizado no Triângulo Mineiro com base em entrevistas aos informantes-chave evidenciou que, dos 26 municípios estudados, houve relato de ocorrência de abuso e exploração sexual infanto-juvenil em 21 (80,8%). Quase 90% das vítimas eram do sexo feminino, crianças e adolescentes de 13 a 17 anos (51%), e em 68,6% dos casos a violência aconteceu no âmbito familiar (IWAMOTO et al., 2010).

Entretanto, em nosso país, os registros das situações de violência na infância e na adolescência ainda são poucos e não há como se falar em epidemiologia, ainda que o Ministério da Saúde (MS), em 2001, por meio da Portaria n.º 737/2001, tenha definindo ser este não apenas um problema social, mas também, e principalmente, de Saúde Pública e de notificação obrigatória em todo o território nacional (BRASIL, 2001).

Porém, as denúncias e notificações têm se mantido em números infinitamente inferiores à realidade esperada (PFEIFFER; PIRES, 2005).

#### 1.2.2.1.2 Violência contra o idoso

O idoso, nessa nova configuração social, cultural, demográfica e econômica também se encontra permeado pela relação de violência. A violência contra o idoso é objeto de estudo recente. Segundo Bruno (2005) e Espíndola e Blay (2007), as publicações sobre os maus-tratos na terceira idade mostram-se ainda incipientes, sobretudo em relação à população brasileira.

Veras (2009) argumenta que essa nova realidade impulsiona a ocorrência de redefinições nas políticas de saúde voltadas à população idosa no que diz respeito à atenção às doenças de caráter crônico e às ações e estratégias de prevenção e atenção integral no cuidado à saúde do idoso.

Em estudo realizado em Recife, Pernambuco, entre os idosos entrevistados, 20,8% relataram ter sofrido pelo menos um dos tipos de violência em seu ambiente doméstico. Observou-se associação entre os que moravam com um número maior de indivíduos. Entre as mulheres e idosos dependentes para as atividades instrumentais da vida diária, as variáveis sexo e arranjo familiar mostraram-se associadas significativamente, havendo evidência de maior ocorrência entre os que coabitavam com seis ou mais moradores e as mulheres (DUQUE et al.,2012).

Foi sancionada pela Presidente Dilma, em 26 de junho de 2011, e publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Lei n.º 12.461/11, que veio a alterar o art. 19 do Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/03, no que se refere ao procedimento para a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde, seja público ou privado. Conforme o art. 19 da nova lei, § 1º, para os efeitos dessa Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que cause a este morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (BRASIL, 2011).

Segundo Carvajal, Fernández e Abreu (2010), com o aumento da expectativa de vida da população, os idosos tendem a sofrer um incremento na violência e o impacto na saúde deve ser considerado. O abuso ao idoso inclui violência física, emocional, financeira, sexual, por negligência. A sociedade necessita conhecer as formas em que se manifestam os maus-tratos para que haja contribuição na prevenção da violência (Ibid.).

#### 1.2.2.1.3 Violência contra parceiro íntimo

A mulher também padece da violência. De acordo com a Convenção de Belém do Pará, de 1994, não há fronteiras intransponíveis à violência contra a mulher, estando todas, independentemente de raça, etnia, nível socioeconômico e idade, expostas a ela, segundo a Organização de los Estados Americanos (OEA, 1994). Estudos e pesquisas nacionais e internacionais realizados sobre o tema evidenciam sua alta prevalência e relevância para a saúde pública e que tal fato representa uma violação dos direitos humanos e um obstáculo para a conquista da igualdade de gênero (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002; HEISE; PITANGUY, GERMAIN, 1994; ONU, 2006).

Conforme o Título II, Capítulo I, art. 5º da Lei Maria da Penha, para os efeitos dessa Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

O trabalho que qualifica a atenção à saúde das mulheres em situação de violência deve superar o modelo biomédico de atenção limitado ao processo de reprodução biológica que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência. A superação desse modelo implica rever a prática profissional, posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres, o saber crítico sobre as necessidades em saúde como consequência da situação de opressão que a abordagem de gênero encerra constitui um de seus elementos, um dos instrumentos que deve orientar todo o trabalho das práticas profissionais nessa área (GUEDES; FONSECA, 2011).

### **1.2.3 Violência Comunitária**

A violência contra o homem, embora as referências a esse tipo de violência não sejam tão vastas quanto às relativas às crianças e adolescentes, mulheres e idosos, apresenta forte predomínio na atualidade, visto que no desenho da violência urbana nos conflitos das ruas entre estranhos aparecem como principais vítimas de homicídios os jovens do sexo masculino entre 20 e 29 anos, sendo a proporção de 15 vezes para um de óbitos por projétil de arma de fogo de homens em relação às mulheres da mesma faixa etária. Pesquisas na área da saúde reafirmam a

incidência de homicídios entre jovens do sexo masculino, mostrando que os homens são, no Brasil, as maiores vítimas da violência (DALBOSCO, 2006; SOUZA, 2005).

Os homens ainda respondem por 90% do contingente carcerário; morrem mais em acidentes de trânsito, por ingestão de álcool e drogas, e cometem mais suicídio do que as mulheres (BIDDULPH, 2003; NOLASCO, 1995).

Ainda existe a violência que ocorre nas escolas e no trabalho, como referido por Cai et al. (2010), que exploraram os antecedentes de violência no trabalho no sul da China. Os autores realizaram entrevistas semiestruturadas com 30 funcionários de hospitais que tiveram pelo menos um incidente de violência com pacientes nos últimos 12 meses. As análises dos autores identificaram cinco antecedentes para a violência dos pacientes contra os funcionários. Em primeiro lugar, 93,0% da violência foi relacionada à falta de comunicação entre os funcionários do hospital e os pacientes; em segundo, à inadequada qualidade do serviço médico, 56,7% das incidências; e, em terceiro lugar, o resultado do tratamento foi avaliado como insatisfatório em 60,0%. Em quarto lugar, a pesada carga de trabalho representou 43,3% e, em quinto, a frustração do paciente devido às altas despesas médicas, 40,0% dos casos. Os autores recomendaram uma reengenharia da prestação de serviços do hospital para criar um ambiente mais favorável.

#### **1.2.4 Violência coletiva**

A violência coletiva é qualquer tipo de violência cometida por grupos de indivíduos ou por Estados. Ela é chamada de violência coletiva quando é usada para promover uma pauta social (por exemplo, matança de crianças de rua pela polícia, violência de gangues, terrorismo cometido por grupos racistas, racismo estrutural); de violência política, se utilizada por motivos políticos (por exemplo, conflito armado entre guerrilheiros ou forças paramilitares ou terrorismo por eles promovidos); ou de violência econômica, quando relacionada a uma agenda econômica (por exemplo, terrorismo por cartéis de drogas, exclusão social dos pobres) (OMS, 2002).

A violência coletiva pode afetar diretamente as crianças menores como vítimas ou como testemunhas e, indiretamente, por meio de seu impacto na disponibilidade, estabilidade e receptividade dos cuidadores e de seu ambiente (SHAW, 2003).

#### 1.2.4.1. *Violência social*

Estima-se que mais de dois milhões de crianças em todo o mundo tenham morrido em consequência direta de conflitos armados durante a última década, havendo, no mínimo, três vezes esse número daquelas que foram permanentemente incapacitadas ou seriamente lesadas, e ainda 20 milhões de desabrigadas e outro milhão de crianças que se tornaram órfãs ou foram separadas de suas famílias, conforme Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011).

As crianças expostas a conflitos armados também apresentam maiores índices de mortalidade e morbidade por diversos motivos (por exemplo, infecção, desnutrição), além de outros danos (CARLTON-FORD; BOOP, 2010).

Além disso, mais de quatro milhões de crianças com idade inferior a cinco anos foram consideradas refugiadas, deslocadas internamente, buscaram asilo ou foram consideradas apátridas em 2009 em razão de conflitos ou riscos de perseguição (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES, 2010).

#### 1.2.4.2 *Violência política*

No debate contemporâneo, violência política, via de regra, é nomeada como terrorismo, apoiando-nos nas categorias propostas por Goodwin (2008).

O *US Code*, código de leis americano, discrimina como terrorismo a atividade destinada a:

(1) intimidar ou coagir uma população civil, (2) influenciar a política de um governo por intimidação ou coerção, ou (3) afetar a conduta de um governo por assassinato ou seqüestro. (GOODWIN, 2008, p.200)

Para o Departamento de Estado Norte-Americano, terrorismo é:

*Violência premeditada e politicamente motivada contra alvos não combatentes por grupos subnacionais ou agentes clandestinos, normalmente destinados a influenciar um público. (Apud HOFFMAN, 1998, citado por GOODWIN, 2008, p.200)*

#### 1.2.4.3 *Violência econômica*

Qualquer análise que se faça da sociedade brasileira atual mostra que, ao lado de uma economia moderna, existem milhões de pessoas excluídas de seus benefícios, assim como dos serviços proporcionados pelo governo para seus cidadãos (SCHAWARTZMAN, 2000).

Em 2011, um estudo qualitativo, encomendado pelo Parlamento Europeu, revelou uma população europeia que se sente ignorada pela sociedade no seu conjunto, que considera que a realidade da sua vida não é representada nos principais meios de comunicação social e que os responsáveis políticos não compreendem a vida das pessoas que enfrentam a pobreza e a exclusão social. Os aspectos materiais e cotidianos da pobreza constituem as questões fundamentais – o custo de vida, o emprego, as pensões, os cuidados de saúde. Os aspectos menos tangíveis também são importantes – o impacto da exclusão social na autoestima e o desejo de se sentir ouvido e valorizado pela sociedade. Esse sentimento de invisibilidade e de exclusão é frequentemente exacerbado pela estigmatização da pobreza e pela vergonha ou pelo embaraço sentidos por muitos inquiridos (PARLAMENTO EUROPEU, 2011).

A violência econômica são todos os atos destrutivos ou omissões do(a) agressor(a) que afetam a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família. Inclui: roubo; destruição de bens pessoais (roupas, objetos, documentos, animais de estimação e outros) ou de bens da sociedade conjugal (residência, móveis e utensílios domésticos, terras e outros); recusa de pagar a pensão alimentícia ou de participar nos gastos básicos para a sobrevivência do núcleo familiar; uso dos recursos econômicos de pessoa idosa, tutelada ou incapaz, destituindo-a de gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados (MS, 2002).

### 1.3 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Considerando-se que a violência e os acidentes exercem grande força social e econômica, sobretudo na saúde, o MS, por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356, de 23 de junho de 2006, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (MS, 2006).

No período de 2006 a 2008, o sistema de vigilância foi implantado em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros

de referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros) cujos dados eram coletados com base na Ficha de Notificação/Investigação individual por meio do *software Epi Info Windows* - Nota Técnica n.º 22/Coordenação Geral de Doenças e Agravos não transmissíveis (CGDANT)/Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS)/Secretaria de Vigilância de Saúde (SVS) (Ibid.).

A partir de 2009, o VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificações versão *net* (SINAN NET), disponível para todos os municípios do país. Mas foi a partir de 2011, por meio da Portaria MS/GM n.º 104, de 25 de janeiro, que a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser considerada de caráter universal, ou seja, realizada em todos os serviços de saúde, públicos ou privados (MS, 2010b; MS, 2011a).

O SINAN é alimentado, principalmente, pelas notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória e violência doméstica (MS, 2011a).

O objeto de notificação do VIVA e do SINAN é a violência doméstica, sexual e outros tipos de violência (psicológica/moral; financeira/econômica; tortura; tráfico de pessoas; trabalho infantil; negligência/abandono; intervenção por agente legal) contra mulheres e homens de todas as idades nos casos de violências extrafamiliares/comunitárias, excetuando-se homens adultos (20 a 59 anos de idade). A notificação para homens incide quando a violência ocorre dentro do âmbito doméstico ou é do tipo sexual. A notificação é compulsória, por meio do SINAN, e se justifica em situações de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pelas Leis de n.º 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e n.º 10.778/2003 (Notificação de Violência contra a Mulher). (MS, 2011a).

Consideram-se violência doméstica as variadas formas de violência interpessoal que ocorrem no âmbito da família, sendo perpetradas por um(a) ou mais autores (as) com laços de parentesco consanguíneo ou por afinidade com a vítima. Também se considera violência doméstica quando há vínculos afetivos e/ou relações de poder entre autor(es) e vítima(s). Ela independe do local de ocorrência da violência, pois pode ocorrer tanto na zona urbana como na zona rural, dentro ou fora do domicílio (NJAINÉ et al., 2009).



Dados da Vigilância Contínua (VIVA e SINAN) de 2010 apontaram que, dos 5.565 municípios brasileiros, 44,9% estão notificando violência doméstica, sexual e outras violências. Na região Sudeste, verificou-se notificação em 32,6% dos municípios, enquanto em Minas Gerais, com 853 municípios, 24,4% estão fazendo essa notificação (MS, 2011c).

Segundo Silveira, Iwamoto e Miranzi, (2009), em estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, após a implantação da Ficha de Notificação Individual de Violência, verificou-se que a maioria das vítimas (87%) residia no município do estudo e era de mulheres (67%), de cor branca (26,6%) e com idade entre 20 e 39 anos (55,4%). Do total de casos atendidos, 89% evoluíram para alta, 94,7% foram identificados como violência de natureza física e 41,6% sofreram lesão corporal ou espancamento.

#### 1.4 CUSTOS DA VIOLÊNCIA

De acordo com Gracia (2002), o relatório do UNICEF, em conjunto com estudos realizados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento no Brasil, Colômbia, El Salvador, México, Peru e Venezuela classifica os custos em quatro categorias:

- a) custos diretos: custos que se referem a tratamentos psicológicos e médicos, serviços prestados pela polícia, custos no sistema judicial, habitação e abrigos para mulheres e seus filhos, serviços sociais;
- b) custos não monetários: aumento da morbidade e mortalidade por suicídio e homicídio, aumento da dependência de drogas e álcool e aumento de transtornos depressivos;
- c) efeitos multiplicadores econômicos: redução da participação das mulheres na força de trabalho, redução da produtividade do trabalho e lucros mais baixos;
- d) efeitos multiplicadores sociais: impacto intergeracional, erosão do capital social, redução da qualidade de vida, redução da participação nos processos democráticos.

Em revisão sistemática realizada na Alemanha, verificando trabalhos relacionados a violência contra a mulher por parceiro íntimo, os custos intangíveis

excederam significativamente os custos diretos e indiretos, devido aos danos psicológicos a curto e longo prazo (NIEBUHR; SALGE; BRZANK, 2012).

Na cidade de São José dos Campos, foi realizado um estudo que identificou os gastos de internações por causas externas no Sistema Único de Saúde (SUS). As internações com maior custo total foram relativas a acidentes de trânsito e quedas; o maior gasto médio (GM) de internação foi devido a acidentes com veículos automotores (R\$ 614,63) e assalto (R\$ 594,90); e as lesões que obtiveram maior custo médio foram fraturas de pescoço (R\$1.191,42) e ferimentos na cabeça (R\$1.000,44) (MELLIONE; MELLO JORGE, 2008).

No Reino Unido, em um estudo realizado em 2008, foram estimados os custos dos diferentes tipos de conflito e contenção. O total estimado de custos anuais na Inglaterra para todo o conflito foi de 72,5 milhões de libras, e o de contenção de 106 milhões de libras. O comportamento de conflito mais caro foi o abuso verbal, com um custo médio por ala de 21,2k libras (46,72 libras) e um total de 10,5 milhões de libras em nível nacional, e o de automutilação teve um custo médio de 8,2K libras (18,07 libras) por ala e de 4 milhões de libras em nível nacional (FLOOD; BOWERS; PARKIN, 2008).

A violência contra a mulher contribuiu significativamente para uma maior utilização dos serviços de saúde, especialmente de saúde mental, com consequente aumento dos gastos em saúde nessa área nos Estados Unidos (BONOMI et al., 2009).

A violência custa anualmente bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida. Os custos totais de maneira geral (diretos e indiretos), incluindo assistência à saúde, autópsias, investigações policiais e produtividade perdida resultante de morte prematura seria de aproximadamente 80 milhões de dólares nos Estados Unidos (CLAYTON; BARCEL, 1999).

Em estudo realizado no ano de 1992 nos Estados Unidos, foram estimados em 126 bilhões de dólares os custos diretos e indiretos em virtude de ferimentos à bala, e ferimentos por corte ou facadas custaram mais de 51 bilhões de dólares (MILLER; COHEN, 1997).

Segundo Rodrigues et al. (2009), o tratamento de vítimas de causas externas, de agressões e de acidentes de transporte teria custado ao setor público brasileiro R\$ 2,2 bilhões, R\$ 119 milhões e R\$ 453 milhões, respectivamente.

No ano de 1997, os custos com assistência à saúde resultantes da violência corresponderam a 1,9% do produto interno bruto (PIB) no Brasil, 5% na Colômbia, 4,4% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela, e esses custos contribuem substancialmente para os gastos anuais com assistência à saúde (BUVINIC; MORRISON, 1999).

Os países latino-americanos seguem na direção de inibir o aumento da violência em todas as suas formas. Entretanto, o Brasil ocupa a sexta posição no *ranking* da OMS dos países mais violentos do mundo, segundo Waiselfis (2011) e World Health Organization (WHO, 2012).

Deslandes, Silva e Ugá (1998) realizaram um estudo analisando os custos de um mês da assistência de emergência aos diferentes tipos de violência em dois hospitais municipais do Rio de Janeiro. Esse estudo pesquisou o custo total de cada hospital com o atendimento a cada tipo de violência; o custo médio do atendimento por tipo de violência e o custo dos atendimentos por seus distintos componentes (materiais e medicamentos, cirurgias, procedimentos padronizados, exames, recursos humanos e alimentação). A amostra foi de 1.053 pacientes – 498 do Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) e 555 do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF). Os acidentes relacionados ao trânsito absorveram 74,3% dos custos da amostra analisada no HMMC e 48,4% dos custos relativos à amostra do HMSF. As agressões no HMSF geraram 49,8% do custo da violência, ao passo que no HMMC o percentual foi de 24,9%. O custo médio do tratamento de vítimas dos atropelamentos oscilou entre R\$ 77,76 (HMSF) e R\$ 237,77 (HMMC); os custos médios do atendimento às vítimas de agressões variaram entre R\$107,35 (HMSF) e R\$ 84,19 (HMMC).

Feijó e Portela (2001) realizaram estudo propondo dois modelos de regressão linear para o estudo da variação no custo das internações hospitalares coletadas pelo SUS para procedimentos relacionados a duas classes de lesões: traumatismos cranioencefálicos e afins (98.156); acidentes por armas de fogo e afins (8.970). Utilizaram-se os dados das autorizações de internações hospitalares (AIH) de 1997 de todo o país, disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). As variáveis mais expressivas nos dois modelos foram uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e realização de cirurgia. Os dois modelos mostram-se úteis para a verificação da associação do custo total de internação com as variáveis estudadas.

Estudo realizado em Teresina, Piauí, mostra que as causas externas vêm aumentando o número de ocorrências e elevando o custo das admissões hospitalares. Constatou-se um crescente aumento das admissões (19,5%) e dos custos hospitalares (114,9%) decorrentes dessas causas (MESQUITA et al., 2009).

Bonomi et al. (2008) realizaram um estudo de coorte retrospectivo analisando os custos e a associação a longo prazo dos cuidados de saúde de pessoas que sofreram abusos físicos e sexuais na infância. O total dos custos dos cuidados de saúde anuais foram 36% maiores para mulheres com ambos os tipos de abuso, 22% mais elevados em mulheres que sofreram abuso físico e 16% maiores para as mulheres que sofreram abuso sexual.

Estimou-se que, em 2001, o custo por perda de produção no Brasil foi de R\$ 9,1 bilhões em razão dos homicídios, de R\$ 5,4 bilhões em virtude dos acidentes de transporte e de R\$ 1,3 bilhão graças aos suicídios. O custo total resultante das mortes por causas externas foi de R\$ 20,1 bilhões. Estimou-se, ainda, o total de anos de vida perdidos: no agregado das causas externas, esse total foi de 4,96 milhões de anos, sendo 2,15 milhões em razão de homicídios e 1,24 milhão em virtude de acidentes de transporte. Esses números devem-se principalmente ao alto percentual de vítimas jovens (YWATA et al., 2008).

No ano de 2011, no Brasil, as causas externas representaram 8,6% do total de internações no âmbito do SUS, com valor total pago de R\$ 1,02 bilhão, ocupando a quinta posição entre as principais causas. As maiores taxas de internação por essas causas ocorreram entre homens de 20 a 39 anos (89,7 por 10 mil homens) e entre as mulheres de 60 anos ou mais (74,3 por 10 mil mulheres). A região Centro-Oeste apresentou as maiores taxas (62,5 por 10 mil habitantes) de internação por essas causas, e a região Sul a maior taxa (82,7 por 10 mil homens) entre os homens. Destacaram-se as proporções de internações em razão de quedas (38,4%) e de acidentes de transporte terrestre (15,8%). No período entre 2002 e 2011, essas taxas se incrementaram para os acidentes de transportes terrestres (+25,5%), as agressões (+19,3%) e as quedas (+13,0%), e se reduziram para as lesões autoprovocadas (-24,3%). Os achados revelam a necessidade de manter a prioridade na prevenção de quedas, acidentes de transportes terrestres e agressões, além de indicar a utilidade do uso das informações hospitalares para o monitoramento da epidemiologia da morbidade por causas externas no Brasil (MS, 2011b).

Os sistemas de informações em saúde ambulatorial e hospitalar, contém informações que viabilizam facilitar o planejamento, controle e avaliação do atendimento ambulatorial e efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial. Ao longo dos anos, o SIA-SUS vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial (MS, 2009).

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) foi originalmente concebido como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) para operar o sistema de pagamento de internações aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência Social, a partir de 1981. A partir da Constituição Federal de 1998, com a universalização do sistema de Saúde, o SAMHPS foi estendido para todo o SUS, em 1991, incluindo então todos os hospitais públicos municipais, estaduais, federais, transformando-se no SIH/SUS, possuindo como instrumento de coleta de dados a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (MS, 2013a; OPAS, 2008).

Paradoxalmente à importância do tema, pouquíssimos estudos têm sido conduzidos no sentido de se estimar os custos da violência e criminalidade para o Brasil.

Na tentativa de colaborar com a prevenção da violência e de abordar a temática dos custos gerados por ela, chamando a atenção de estudantes, profissionais e gestores da saúde para essa área tão forte e repleta de dados que entristecem a todos, elaboramos esta pesquisa. Porque a paz é da responsabilidade de todos, um direito do cidadão e um dever do Estado.

## 2 JUSTIFICATIVA

Estudos realizados na área de violência demonstram que a Saúde Coletiva, por sua interface com o social e sua base interdisciplinar, constitui um campo da área da saúde que se aplica ao problema da violência, cabendo a ela o desafio da construção de conhecimentos produtores de tecnologias para a prevenção e o enfrentamento da violência.

A finalidade de se estimar os custos da violência é apontar a importância desta como uma questão de política social, fornecendo um primeiro passo para a distribuição de recursos entre problemas sociais alternativos e a questão da segurança pública e, ainda, possibilitar a orientação de políticas em termos da alocação dos recursos públicos dentre os possíveis programas específicos voltados para a questão da segurança pública.

Desta forma a estimação dos custos hospitalares da violência poderá chamar a atenção, não apenas dos políticos, mas dos meios de comunicação social, imprensa e da população como um todo. A motivação emana do fato de que tais valores explicitariam a extensão do problema em relação a outras questões sociais, expondo ainda que estes custos representam apenas uma parcela de gastos com a violência, pois há também custos com boletins de ocorrência, danos ao patrimônio público, gastos com segurança, entre outros.

Os elaboradores de políticas e operadores da justiça constantemente estão interessados em conhecer os agravos causados por cada tipo de violência. Os primeiros para orientar as ações para coibir aquelas atividades criminais que levam a um maior custo de bem-estar social. Os segundos porque desejam introduzir na estrutura das sentenças a dimensão dos danos causados.

No aspecto filosófico, os danos podem ser combinados com a culpa ou, ainda, com a dissuasão criminal. Ocorre que geralmente muitos tipos de agravos decorrem de uma mesma violência. Por exemplo, num roubo violento, além do valor financeiro perdido, simultaneamente ocorrem traumas, danos psicológicos e físicos à vítima.

O mais importante e controverso uso das estimativas monetárias do custo da violência relaciona-se à análise do custo-benefício dos programas de prevenção e controle à criminalidade e violência, que servem para pautar a escolha pública.

Isso, além da lacuna do conhecimento que ainda permanece em relação à análise dos custos hospitalares, bem como dos fatores que possam influenciá-la para nortear a implantação de medidas de prevenção e a relevante relação de importância deste estudo para a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) como serviço de referência local para o Triângulo Sul.

Sendo assim, a realização desta pesquisa justifica-se, além da reduzida quantidade de publicações nessa área temática, pela importância e relevância do tema violência e dos custos hospitalares que a Federação despende para tratá-la.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever os custos hospitalares de casos de violência doméstica atendidos pelo SUS em um hospital universitário.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) descrever o perfil sociodemográfico das vítimas de violência doméstica notificadas em um Hospital Público de ensino;
- b) caracterizar os tipos de violência de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade e cor da pele);
- c) analisar a completude dos campos preenchidos da ficha de notificação de violência segundo os ciclos de vida (crianças e adolescentes, mulher, idoso e homem maior de 18 anos);
- d) descrever todas as internações hospitalares segundo tempo de permanência;
- e) analisar os custos hospitalares segundo GM e Custo-Dia (C-D);
- f) analisar os custos hospitalares e ambulatoriais dos casos de violência doméstica notificados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), considerando tipo de violência, sexo e grupo etário;
- g) verificar a correlação entre custos hospitalares em reais e tempo de permanência em dias e custos hospitalares em reais e idade em anos completos;
- h) analisar os custos hospitalares e ambulatoriais segundo gastos por procedimentos;
- i) verificar a associação entre custo total e sexo, custo total e situação conjugal e custo total e presença de deficiência.



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e de abordagem quantitativa (FILHO; ROUQUAYROL, 2003; PEREIRA, 1995), que se caracteriza por não haver manipulação de quaisquer fatores dentro do estudo, e por descrever a ocorrência de um evento de acordo com as características das pessoas, do local e do tempo, utilizando-se de dados do passado, portanto retrospectivos, aferidos matematicamente.

### **4.2 CAMPO DE ESTUDO**

O estudo foi realizado no HC-UFTM, em Uberaba, Minas Gerais, de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Trata-se de um hospital público geral de ensino de grande porte, que oferece atendimento de alta complexidade. Atende a especialidades clínicas e cirúrgicas (dermatologia, oncologia, nefrologia, urologia, geriatria, neonatologia, neurologia, hematologia, infectologia, pneumologia, cardiologia, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia plástica, cirurgia torácica, oftalmologia, gastroenterologia, endocrinologia, neurocirurgia, cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia, oncologia, cirurgia bucomaxilofacial, psiquiatria, fisiologia) e reabilitação. Possui atualmente 290 leitos ativos, incluindo 40 leitos de UTI, todos disponíveis e cadastrados pelo SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM, 2013).

## **5 POPULAÇÃO**

A população foi constituída por indivíduos de ambos os sexos que apresentaram notificações de violência doméstica no período compreendido entre 2010 e 2011, independente da idade.

As notificações foram estudadas conforme Ficha de Notificação de Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências do Sistema de Notificações e Agravos de Notificações (FIIV) segundo sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal e cor da pele, verificando ainda se a mulher era gestante, se o indivíduo possuía algum tipo de deficiência, o local de ocorrência do ato violento, se houve reincidência na violência e os tipos de violência (ANEXO A), sendo estes classificados em: trabalho infantil, violência física, psicológica/moral, por tortura, sexual, por tráfico de seres humanos, financeira/econômica, por negligência/abandono e por intervenção legal.

### **5.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Notificações com registro de ocorrência no HC-UFTM oriundas do Ambulatório Maria da Glória, Pronto-Socorro e enfermarias.

### **5.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Notificações encaminhadas de outros serviços.

## 6 COLETA DE DADOS

### 6.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento de notificações – FIIV, visto que a construção de conhecimentos produtores de tecnologias para a prevenção e o enfrentamento da violência são implementados com base em conhecimentos estatísticos das informações de saúde. Percebendo que os bancos de dados da Secretaria de Saúde poderiam apresentar um maior número de erros, por ser realizada apenas uma digitação, optamos por analisar individualmente as fichas de notificação de violência.

Não foram utilizadas todas as variáveis da FIIV, apenas aquelas que categorizaram o perfil da violência e das pessoas a quem esta afetou, visto que o estudo dá uma maior ênfase aos custos.

A FIIV do Sistema de Notificações e Agravos de Notificações é composta por algumas variáveis, as quais estão descritas a seguir e serão utilizadas para a descrição do perfil epidemiológico do agravo no HC-UFTM:

- a) dados gerais: data da notificação, código do município segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), data e ocorrência da violência;
- b) notificação individual: idade, sexo, cor da pele, se gestante ou não, escolaridade;
- c) dados da residência: município de residência;
- d) dados da pessoa atendida: situação conjugal/estado civil, se possui ou não algum tipo de deficiência/transtorno;
- e) dados de ocorrência: município de ocorrência, local da ocorrência, se ocorreu outras vezes, se a lesão foi autoprovocada;
- f) tipologia da violência: tipo de violência e meio de agressão;
- g) violência sexual: qual o tipo de violência sexual;
- h) natureza da lesão e parte do corpo atingida;
- i) dados do provável autor da agressão: número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atingida, sexo do provável agressor, suspeita de uso de álcool;

- j) evolução e encaminhamento: evolução do caso, se óbito por violência, data de encerramento;
- k) notificador: município/unidade de saúde, código da unidade de saúde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

E ainda o Registro Geral (RG) da vítima que foi notificada no HC-UFTM para identificação dos gastos hospitalares e ambulatoriais; a AIH como instrumento do SIH-SUS para identificação dos custos hospitalares disponibilizada pelo setor de Faturamento do HC-UFTM e a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) que gera o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), consolidado e individualizado para importação ao SIA-SUS e disponibilizado pelo Departamento de Sistemas e Métodos do HC-UFTM sob a forma de planilha de custos.

## 6.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizamos as FIIV do SINAN relativas ao período compreendido entre 1º de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2011. As fichas foram disponibilizadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) do HC-UFTM.

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa utilizamos as seguintes variáveis: sexo; faixa etária; cor da pele; escolaridade; situação conjugal; portador ou não de deficiência; no caso de mulheres, se gestante ou não; procedência; local de ocorrência; reincidência ou não da violência; lesão autoprovocada; tipos de violência; meios de agressão; natureza da lesão; vínculo do agressor com a vítima; número de envolvidos; sexo do provável autor; uso de bebida alcoólica; evolução do caso; tempo de permanência; custos hospitalares; custos ambulatoriais; custo total; GM; C-D e custos por procedimentos.

O sexo foi dividido em masculino e feminino; a faixa etária, em grupos definidos pela OMS: menor de 12 anos, 13 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais. A cor da pele foi dividida em branca, parda, preta e outras (amarela e indígena) conforme FIIV do SINAN; a situação conjugal, em solteiro (incluindo viúvo e separado/divorciado) e casado/união consensual.

A escolaridade foi dividida conforme a própria ficha de notificação descreve: analfabeto, até a 8ª série do ensino fundamental (EF), EF completo, ensino médio (EM) incompleto, EM completo, ensino superior (ES) completo.

Quanto à deficiência, foi verificado se o indivíduo era ou não portador e de que tipo se tratava tal deficiência: física, mental, visual, auditiva, transtorno mental ou transtorno de comportamento. Constatou-se ainda se a mulher era gestante ou não e qual a procedência da vítima: se de Uberaba ou de outras localidades.

Quanto ao local de ocorrência da violência, foi verificado se ocorreu na residência da vítima, em habitação coletiva, na escola, em local de prática esportiva, em bar ou similar, em via pública, em comércio/serviços ou em indústria/construção. Averiguou-se ainda se houve reincidência do ato violento e se ocorreu ou não lesão autoprovocada.

A tipologia da violência foi dividida em física, sexual, psicológica e outras (tortura, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil ou intervenção legal). Os meios de agressão foram subdivididos em força/espantamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, objeto ou substância quente, envenenamento, arma de fogo ou ameaça; e a natureza da violência foi dividida em contusão, corte/perfuração/laceração, fratura, intoxicação/envenenamento ou queimadura.

O vínculo do agressor com a vítima foi classificado em familiar/conhecido, desconhecido ou a própria pessoa; o número de envolvidos, em um, dois ou ignorado; o sexo do provável autor em feminino e masculino; verificando-se, ainda, se houve ou não o uso de bebida alcoólica pelo agressor e a evolução do caso em alta, evasão/fuga ou óbito.

O tempo médio de permanência (TMP) corresponde à média de permanência das internações, segundo as AIHs pagas no período.

Os custos no tratamento de vítimas da violência doméstica foram divididos em custos ambulatoriais (atendimentos e procedimentos realizados em pronto-socorro e ambulatório) e custos hospitalares (atendimentos e procedimentos realizados durante internação hospitalar).

O GM por violência doméstica corresponde ao valor médio das AIHs pagas no período foi expresso em real, moeda vigente em todo o período estudado.

O C-D por violência doméstica corresponde ao valor das despesas das internações em um dia, sendo expresso em real.

O custo total se refere ao valor total pago pelo SUS com as internações hospitalares e gastos ambulatoriais relacionados à Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) de violência doméstica (Y09).

Os custos hospitalares relacionados com a questão da violência foram obtidos com base em registros do SUS do HC-UFTM por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) após emissão da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) que fornece dados para custos e estatística e o SIH-SUS, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) utilizando-se o aplicativo SISAIH01 e da Secretaria Municipal de Saúde que é responsável pela emissão dos valores aprovados das AIHs após conferência.

O SIA-SUS é o sistema que, operacionalizado pelo gestor local que processa toda a informação de produção ambulatorial da Atenção Básica e Especializada realizada pelos prestadores do SUS, incorpora desde atendimento básico até os procedimentos realizados por prontos-socorros e ambulatórios de urgência e emergência.

Os custos ambulatoriais foram obtidos com base no BPA que gerou planilhas elaboradas por profissional servidor do Departamento de Sistemas e Métodos (DSIM) da UFTM, constando o registro geral do paciente; a data do procedimento; a subunidade de atendimento (pronto-socorro e ambulatório Maria da Glória); a descrição do procedimento; a quantidade de intervenções e o valor total em reais do procedimento hospitalar e/ou ambulatorial. A busca dos dados foi realizada através da CID-10 que constava na FIIV.

Os custos foram agrupados em categorias para facilitar a análise dos dados. Os valores estão dispostos no APÊNDICE A e foram caracterizados da seguinte maneira:

- a) consultas em ambulatório e pronto-socorro (compreendem os atendimentos e/ou consultas realizadas no ambulatório Maria da Glória e/ou no Pronto-Socorro do HC-UFTM):
  - atendimento em pronto-atendimento;
  - atendimento em ortopedia;
  - atendimento de urgência com observação de 24 horas;
  - consulta médica especializada;
  - consulta de profissional de nível superior.
- b) exames de imagem (compreendem os exames de raios X, ultrassonografias (US) e tomografias computadorizadas realizados em nível ambulatorial):

- raios X (de mão, de braço, de cotovelo, de bacia, da coluna lombosacral, da coluna toracolombar, da coluna cervical, de joelho, de coxa, de perna, de tibiotársica, de tórax, de abdome, de abdome simples e de ossos da face);
- tomografia computadorizada (CT) (de sela túrcica, de coluna, dos seios da face e da pelve);
- US (obstétrica e de abdome total);
- US Doppler.

c) procedimentos realizados no âmbito do Pronto-Socorro e ambulatório:

- administração de medicamentos;
- retirada de fio e/ou pino metálico;
- sutura;
- revisão e/ou troca do aparelho gessado;
- psicoterapia.

d) exames laboratoriais (realizados no Pronto-Socorro e ambulatório):

- hemograma;
- eritrograma;
- exames bioquímicos (ureia; creatinina; colesterol LDL, HDL e total; potássio sérico, sódio, proteínas totais e frações; proteína creativa; fósforo, magnésio, cálcio, glicose, ácido úrico e triglicerídeos);
- exames sorológicos (hepatites B e C, HIV, sífilis, rubéola, citomegalovírus e doenças reumáticas autoimunes).

e) culturas (exames de cultura de bactérias solicitados no Pronto-Socorro e ambulatório):

- antibiograma;
- urocultura;
- hemocultura.

f) exames complementares (eletrocardiogramas e eletroencefalogramas solicitados ambulatorialmente ou em pronto-atendimento):

- eletrocardiograma (ECG);
- eletroencefalograma (EEG).

Após a elaboração das planilhas pelo DSIM por meio do SIA-SUS, utilizamos os custos referentes às pessoas notificadas por violência, conferindo as datas das notificações e os registros gerais de cada indivíduo notificado que não necessitou de internação hospitalar, mas foi atendido no pronto-socorro e/ou no ambulatório do

HC-UFTM. Esses dados foram transferidos à planilha eletrônica do programa *Microsoft® Office Excel®* criando-se um banco de dados com os procedimentos realizados agrupados em categorias, como supracitado anteriormente, com os seus respectivos valores em reais. Em seguida, partimos então para a captação dos dados das internações hospitalares.

O SIH-SUS apresenta algumas limitações: permite a coleta de dados apenas dos gastos do governo federal com o problema, abrangendo apenas as informações das internações em instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, excluindo as custeadas diretamente ou cobertas pelo seguro-saúde, e focaliza, sobretudo, o faturamento, estando sujeito ao preenchimento inadequado de prontuários. Outra limitação do sistema é a defasagem dos valores constantes na tabela de valores de procedimentos hospitalares, paga aos hospitais em relação aos reais gastos dessas instituições no atendimento a tais vítimas (MELIONE; MELLO JORGE, 2008; RODRIGUES et al., 2009; MARTINS; MELLO JORGE, 2009).

Apesar dessas limitações, o SIH-SUS é o maior sistema de informação nacional, com várias vantagens: engloba cerca de 60 a 70% da assistência hospitalar do País, variando de acordo com a região; sua massa de dados gira em torno de 13 milhões de internações/ano; os dados são coletados rotineiramente e disponibilizados ao público via Internet. (MELIONE, 2006; GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO JORGE, 2004; TOMIMATSU, 2009). Por meio do SIH-SUS é possível conhecer o quantitativo de pacientes atendidos pelo SUS divididos por sexo, faixa etária, diagnóstico e tipo de alta, bem como os custos com a hospitalização, o tempo médio de permanência hospitalar, a avaliação do tipo de lesão e os procedimentos realizados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2008).

A Secretaria de Assistência à Saúde gerencia o SIH-SUS, tendo como documento básico a AIH, documento esse obrigatório, que habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento dos custos financeiros das internações hospitalares dos pacientes vinculados ao SUS. A AIH é preenchida pelo estabelecimento hospitalar e enviada mensalmente em meio magnético ao gestor de Saúde, conforme o nível de gestão, para consolidação em nível nacional pelo DATASUS (MS, 2010a; OPAS, 2008).

É por meio desse documento que hospitais, profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) se habilitam a receber pelos serviços prestados. Os



valores dos custos hospitalares são baseados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), que disponibiliza a tabela de procedimentos com todos os seus atributos aos estabelecimentos de saúde credenciados ao SUS e há obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais do Sistema (MS, 2010a; OPAS, 2008).

O formulário de AIH (ANEXO B) é composto das seguintes variáveis:

- a) espelho de AIH: número de AIH; situação; tipo; apresentação; data da autorização; especialidade; órgão emissor; enfermaria; leito; documento autorizador (DOC autorizador); documento do médico responsável (DOC médico responsável); documento do diretor clínico (DOC diretor clínico); documento do médico solicitante (DOC médico solicitante); CNES; nome do paciente; prontuário; data de nascimento; nacionalidade; tipo de documento (Tipo doc); número do documento (DOC) responsável pelo paciente; nome da mãe; endereço; bairro; município; unidade da federação (UF); código de endereçamento postal; procedimento solicitado; procedimento principal; diagnóstico principal; caráter de atendimento; causa do óbito; modalidade; data da internação; data da saída; motivo da saída; AIH anterior; AIH posterior;
- b) procedimentos realizados: linha de procedimento; documento; Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO); CNES; Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); apurar valor para; quantidade; complemento (CMPT); descrição;
- c) valores aprovados (custos financeiros dos serviços hospitalares e profissionais apurados após a AIH ser pré-aprovada): serviço hospitalar (direto: próprio, terceiro); serviço profissional (direto: próprio, terceiro ou rateado: próprio, terceiro) e total, com valores em reais.

A AIH, após ser avaliada pelo médico autorizador, utilizando-se o aplicativo SISAIH01 do DATASUS, é enviada à secretaria de saúde do município com os valores da prévia (valores pré-aprovados) e apresentada ao gestor local em meio magnético, para que o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) importe a produção, critique os dados, calcule os valores a serem pagos e emita os relatórios necessários ao processo, emitindo os valores aprovados. Por alguns motivos, tais como erros de preenchimento, a AIH pode sofrer reprocessamentos, que são realizados no mesmo formulário, com sobreposição de informações. As

secretarias de saúde alimentam o Banco de Dados Nacional do SIHD - SUS após conferência de todos os dados da AIH. O SIHD descentraliza o sistema de informações hospitalares facilitando a gestão local.

O cálculo dos custos hospitalares foi dividido em categorias predeterminadas pelo SIGTAP, que aglomeram procedimentos afins. Por exemplo, as diárias de UTI (nomenclatura adotada pelo SIGTAP) incluem grande parte dos procedimentos realizados em UTIs, tais como: visita médica diária; exames bioquímicos; laboratoriais; hormonais; culturas; raios X; hemogramas completos; ECG; EEG e exames de uroanálise. Outro exemplo são as cirurgias de vias aéreas que englobam todo o procedimento cirúrgico, incluindo os honorários médicos do cirurgião e anestesista, instrumentação cirúrgica e materiais necessários para o procedimento (APÊNDICE A).

Estão inclusos na pesquisa somente os procedimentos realizados e descritos nas AIHs daqueles pacientes que apresentaram as notificações de violência, os demais procedimentos listados no SIGTAP que não apareceram nas AIHs não foram abordados nesta pesquisa.

As pessoas notificadas por violência doméstica realizaram procedimentos distintos durante o período de internação no HC-UFTM, o que englobou exames, procedimentos cirúrgicos, terapia nutricional, fisioterapia, entre outros listados a seguir:

- a) ultrassonografias, que englobam exames dos demais sistemas (US de tórax, US de abdome total, US obstétrica, US de aparelho urinário e US de tireóide) e do sistema circulatório (US doppler colorido e ecocardiograma);
- b) tomografias computadorizadas (CT), que abrangem CT de tórax e de membros, CT de abdome e pelve, CT de cabeça e pescoço;
- c) ressonância nuclear magnética (RNM);
- d) exames pré-transfusionais sanguíneos de doador/receptor denominados exames pré-transfusionais I e II;
- e) procedimentos de hemotransfusão, denominados Medicina Transfusional (transfusão de concentrado de hemáceas e transfusão de plasma fresco);
- f) tratamento de doenças, entre as quais: insuficiência cardíaca; pneumonias ou influenza; doenças no esôfago, estômago e duodeno; e outras doenças, como septicemia, por exemplo. Estão inclusos nos valores desses

- tratamentos, ainda, hemogramas completos; exames bioquímicos; prova de retração de coágulo; raios X; gasometria arterial, ECG e ECG;
- g) tratamento de intoxicações e envenenamentos, que abrangem tratamento de intoxicação ou envenenamento por exposição a medicamentos e substâncias tóxicas; incluindo também raios X, gasometria arterial, hemograma completo, ECG e ECG;
- h) tratamento de queimados, que incluem atendimento de urgência em médio e grande queimado e ainda raios X, exames bioquímicos, gasometria arterial e hemograma completo;
- i) diárias de acompanhante dos pacientes internados (diárias de acompanhante, diárias de acompanhante de gestante);
- j) diárias de UTI, que englobam ainda exames bioquímicos, exames hormonais, raios X, hemogramas completos, ECG, EEG e exames de uroanálise;
- k) tratamento de traumatismos, que incluem traumas de localização específica e não específica, agregando procedimentos de raios X, exames bioquímicos e hemogramas completos;
- l) tratamentos denominados gerais, que compreendem cirurgias para reparo de lesões de partes moles, tendões e músculos; tenorrafias e miorrafias e raios X;
- m) terapia nutricional, que aborda nutrição enteral e passagem de sonda nasogástrica;
- n) assistência fisioterapêutica (fisioterapia motora e respiratória);
- o) cirurgia bucomaxilofacial (redução cruenta de fratura dos ossos próprios do nariz e redução incruenta de fratura do maxilar superior);
- p) cirurgias de pele e tecido (enxerto dermoepidérmico);
- q) cirurgia da face (osteossíntese da fratura complexa da mandíbula, osteossíntese da fratura simples da mandíbula);
- r) cirurgia de esôfago-estômago-duodeno (laparotomia exploradora, gastrorrafia, esôfago-colonplastia, esofagostomia e gastrostomia);
- s) cirurgia de intestino-reto-ânus (traumatismo de múltiplos órgãos abdominais, enterotomia e/ou enterorrafia com sutura, colostomia, jejunostomia/ileostomia, colectomia parcial-hemicolectomia, enterectomia);

- t) cirurgia da cavidade orbitária e do globo ocular (reconstituição da parede da órbita);
- u) cirurgia da parede e da cavidade abdominal (laparotomia exploradora, enterotomia e/ou enterorrafia com sutura/resseção de quaisquer segmentos);
- v) cirurgia de pâncreas-baço-fígado-vias biliares (hepatorrafia, laparotomia exploradora);
- w) cirurgia do aparelho digestivo (esofagogastroduodenoscopia); parede torácica (toracotomia com drenagem pleural fechada e toracotomia exploradora);
- x) cirurgia das vias aéreas (traqueostomia e cânula de traqueostomia com balão);
- y) cirurgia de pulmões (pneumorrafia);
- z) cirurgia da parede torácica (toracostomia com drenagem pleural fechada e toracotomia exploradora);
- aa) cirurgia dos membros superiores (tratamento cirúrgico de luxação/fratura; luxação de metacarpofalangeana; tratamento cirúrgico de fratura/lesão fisária das falanges da mão com fixação; tratamento cirúrgico da fratura/lesão fisária de epicôndilo/epitróclea do úmero), que engloba ainda raios X);
- bb) cirurgia dos membros inferiores (tratamento cirúrgico de fratura/lesão fisária proximal do colo do fêmur – síntese);
- cc) utilização de órteses, próteses e materiais (OPM), denominados OPM comuns (cânula de traqueostomia sem balão, placa de titânio para neurocirurgia e grampeador linear cortante);
- dd) OPM em ortopedia (parafuso esponjoso de 4,0 mm, parafuso canulado de 7,0 mm; placa com parafuso deslizante de 135 ou 150);
- ee) teste realizado fora da estrutura do HC-UFTM, que engloba o teste rápido para vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- ff) realização de exames sorológicos (hepatites B e C, HIV, sífilis, rubéola, citomegalovírus e doenças reumáticas autoimunes);
- gg) exames anatomopatológicos (biópsias);
- hh) consultas médicas (primeira consulta em pediatria, diagnóstico e/ou atendimento de urgência, incluindo raios X);

- ii) parto (exame de hemaglutinação, parto cesariano, gestação de alto risco);
- jj) parto e nascimento (atendimento de recém-nascido em sala de parto);
- kk) anestesia (anestesia obstétrica para cesariana);
- ll) tratamento de trauma e anomalias em ossos do crânio e face (procedimentos sequenciais em neurocirurgia e/ou ortopedia, tratamento cirúrgico dos ossos da face e crânio, cranioplastia, tratamento cirúrgico em politraumatizado, craniotomia descompressiva, osteoplastia fronto-orbital e tratamento de trauma raquimedular);
- mm) tratamento de doenças do sistema nervoso (tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico – graus leve, médio e grave; tratamento conservador da dor rebelde de origem central ou neoplásica);
- nn) tratamento dos transtornos psiquiátricos (tratamento hospitalar em psiquiatria);
- oo) tratamento dialítico (hemodiálise para pacientes renais agudos);
- pp) acessos para diálise (implantação de catéter duplo-lúmen na insuficiência renal aguda)
- qq) acessos venosos (implantação de cateter venoso central mono-lúmen).

Após obtenção das AIHs e captação dos valores dos custos, estes foram transferidos para uma planilha eletrônica agregando os custos ambulatoriais aos custos hospitalares.

Os custos pagos por serviços produzidos, registrados no SIA-SUS e SIH-SUS representam apenas uma parte das despesas governamentais destinadas à rede de atendimento pública. Uma parcela importante dos recursos provém dos orçamentos públicos estaduais e municipais que complementam os recursos repassados para a remuneração por serviços produzidos. Essa verba chega por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que disponibilizou para a UFTM R\$1.134.870,05 em um total geral por Ação/Serviço/Estratégia de janeiro a dezembro de 2012, e R\$ 47.304.206,93 para o município de Uberaba por intermédio do Fundo Municipal de Saúde de Uberaba. Esta verba é relativa a todos os serviços de saúde prestados pela UFTM e município de Uberaba, independente do agravo (MS, 2012a). Os gastos referentes ao FNS não serão abordados nesta pesquisa.

As fichas de notificação de violência apresentam muitos campos incompletos, para tal, utilizamos uma análise quanto à completude, empregando os critérios propostos pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) quanto à Incompletude de Informação (ROMERO; CUNHA, 2006; OLIVEIRA et al., 2009). Segundo a CEPAL, a incompletude é classificada como:

- a) < 5%: excelente;
- b) 5-10%: bom;
- c) 10-20%: regular;
- d) 20-50%: ruim e
- e) > 50%: muito ruim.

Inicialmente, esta pesquisa contava com 324 fichas de Notificação Individual de Violência, porém três casos foram duplamente notificados, sendo, portanto, retirados do estudo, totalizando 321 fichas de notificação a serem analisadas, 137 em 2010 e 184 em 2011.

Na cidade de Uberaba, segundo dados do SINAN da Secretaria Municipal de Saúde, foram notificados 268 casos no ano de 2010 e 503 casos no ano de 2011, totalizando 771 notificações de violência. As notificações ocorridas no HC - UFTM representaram 51,11% do total de notificações de violência em 2010 e 36,58% em 2011.

O trabalho não contempla o ano de 2012 porque homens de 20 a 59 anos deixaram de ser notificados nos casos de violência extrafamiliar/comunitária (MS, 2013b).

## 7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft® Office Excel®* e digitados com dupla entrada e em duplo cego, ou seja, em locais e por pessoas distintas para verificação de sua consistência, consolidação e validação.

### 7.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados armazenados na planilha Excel® foram importados para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 17.0 para processamento e análise (SPSS, Inc., Chicago, Estados Unidos).

Para atender aos objetivos da descrição do perfil sociodemográfico das vítimas de violência doméstica notificadas e caracterização dos tipos de violência de acordo com as variáveis sociodemográficas foram realizadas análises exploratórias (segundo estatística descritiva) por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, para análise dos custos hospitalares e ambulatoriais considerando tipo de violência, sexo e grupo etário e segundo gastos por procedimentos hospitalares e/ou ambulatoriais dos casos de violência doméstica notificados HC-UFTM foram utilizadas as medidas descritivas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Para a análise de comparação dos custos entre grupos definidos por variáveis categóricas, foi utilizada a comparação de medidas de centralidade e de dispersão, empregando-se a estratificação direta de duas ou mais variáveis e a Correlação de Spearman (CCS) para idade em anos completos, custos em reais e tempo de internação em dias.

Para a verificação das hipóteses de que sexo, situação conjugal e o fato de ser possuidor ou não de deficiência apresentarem diferenças ou associações de custos totais, foi utilizado o teste estatístico não paramétrico de Mann-Whitney para grupos independentes, com nível de significância de 5%. Os valores de “p” deveriam ser interpretados na hipótese de que essa casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

Para atender aos objetivos de descrição de todas as internações hospitalares segundo tempo de permanência e análise dos custos hospitalares segundo GM e C-D foram descritos os indicadores: GM da internação por violência doméstica, expresso pela relação entre o valor total das despesas com internações e o número total de internações; C-D da internação por violência doméstica, correspondente ao valor das despesas das internações em um dia expresso em real (moeda vigente em todo o período estudado); e TMP da internação por violência doméstica, que é a relação entre o número de dias de internação e o número de internações, lembrando que aqui são excluídos os procedimentos ambulatoriais, utilizando-se as seguintes fórmulas:

- a)  $GM = \frac{\text{valor pago pelas internações}}{\text{número de internações}}$
- b)  $C-D = \frac{\text{valor pago pelas internações}}{\text{número de dias de permanência}}$
- c)  $TMP = \frac{\text{número de dias de permanência}}{\text{número de internações}}$

A incompletude dos campos da ficha de notificação foi analisada com base nos critérios propostos pela CEPAL para a incompletude da informação, pela proporção de informação ignorada, pelos campos em branco e pelos códigos atribuídos como informação ignorada especificada (ROMERO; CUNHA, 2006; OLIVEIRA et al., 2009). Os dados foram distribuídos em tabelas.



## **8 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi realizado com base em dados secundários, sem identificação pessoal, endereço e filiação, sendo ainda submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM e aprovado sob protocolo de n.º 2484/2012 (ANEXO B).

Também foram obtidas as autorizações do DSIM, NUVE e Faturamento do HC-UFTM (ANEXOS C, D e E) para a realização desta pesquisa.

Não foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que as fichas de notificação de violência já haviam sido concluídas e arquivadas e o sigilo pessoal foi mantido por tratar-se da temática violência, evitando desconfortos morais e preocupações adicionais às vítimas.

## 9 RESULTADOS

A pesquisa iniciou-se com 324 fichas de Notificação Individual de Violência, contudo três casos foram duplamente notificados, sendo retirados do estudo, restando 321 fichas de notificação a serem analisadas.

O trabalho não contempla o ano de 2012 porque homens de 20 a 59 anos deixaram de ser notificados nos casos de violência extrafamiliar/comunitária nesse ano (MS, 2013b).

### 9.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOTIFICADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Os casos de violência notificados em 2010 foram 137. Já em 2011, houve um aumento desse agravo, com 184 notificações. Observou-se a maior proporção de ocorrências, 85,4% (2010) e 86,9% (2011), no município de Uberaba (Tabela 1).

Em 92 (67,1%) registros em 2010, a situação conjugal concentrou-se em solteiros. Em 2011, a maior frequência permaneceu para estado civil solteiro, 116 (63,0%), seguida dos casados ou em união consensual, 38 (20,7%), sendo que, em 16 (11,7%) e 12 (6,5%) dos casos as vítimas eram gestantes em 2010 e 2011, respectivamente (Tabela 1).

Os portadores de deficiência ou transtorno foram 28,5 % dos casos em 2010. Em 2011, a proporção dos registros foi 19% dos casos de portadores de deficiência. A maioria das notificações de violência não foi de suicídio, mas estes corresponderam a 39,4% em 2010 e 28,8% em 2011 (Tabela 1).

Dos 137 casos notificados em 2010, 28 apresentaram reincidência. No ano de 2011, 13,6% da violência praticada já havia ocorrido outras vezes (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, mais de 77,4% e 40,2% dos casos em 2010 e 2011, respectivamente, foram classificadas como branco/ignorado, impossibilitando uma análise fidedigna da situação (Tabela 1).

Houve predominância da faixa etária de 20 a 59 anos, com 56,9% dos casos em 2010 e 52,7% dos casos em 2011. Considerando-se a frequência absoluta dos casos de violência, observou-se a maior proporção dos casos no sexo feminino, em 2010, com 62,1%, e em 2011, com 66,8% das notificações. Houve maior ocorrência

de casos em indivíduos com cor de pele branca e parda, respectivamente, com 71 (51,8%) e 48 (35%) casos em 2010.

Em 2011, prevaleceram as mesmas cores de pele, mantendo maior frequência a cor de pele branca, 116 (63,1%), e parda, com 54 (29,3%) notificações (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM em 2010 e 2011**

|                               | 2010       |              | 2011       |              |
|-------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                               | N          | %            | N          | %            |
| <b>Situação conjugal</b>      |            |              |            |              |
| Solteiro                      | 92         | 67,1         | 116        | 63,0         |
| Casado/União consensual       | 24         | 17,5         | 38         | 20,7         |
| Branco/Ignorado               | 21         | 15,4         | 30         | 16,3         |
| <b>Gestante</b>               |            |              |            |              |
| Sim                           | 16         | 11,7         | 12         | 6,5          |
| Não                           | 121        | 88,3         | 172        | 93,5         |
| <b>Procedência</b>            |            |              |            |              |
| Uberaba                       | 117        | 85,5         | 160        | 86,9         |
| Outras localidades            | 20         | 14,5         | 24         | 13,1         |
| <b>Deficiência/Transtorno</b> |            |              |            |              |
| Sim                           | 39         | 28,5         | 35         | 19,0         |
| Não                           | 98         | 71,5         | 149        | 81,0         |
| <b>Lesão autoprovocada</b>    |            |              |            |              |
| Sim                           | 54         | 39,4         | 53         | 28,8         |
| Não                           | 83         | 60,6         | 131        | 71,2         |
| <b>Ocorreu outras vezes</b>   |            |              |            |              |
| Sim                           | 28         | 20,4         | 25         | 13,6         |
| Não                           | 109        | 79,6         | 159        | 86,4         |
| <b>Escolaridade</b>           |            |              |            |              |
| Analfabeto                    | 00         | 0,0          | 01         | 0,5          |
| Até a 8ª incompleta EF        | 15         | 10,9         | 64         | 34,8         |
| EF completo                   | 06         | 4,4          | 27         | 14,7         |
| EM incompleto                 | 06         | 4,4          | 07         | 3,8          |
| EM completo                   | 04         | 2,9          | 09         | 4,9          |
| ES completo                   | 00         | 0,0          | 02         | 1,1          |
| Branco/Ignorado               | 106        | 77,4         | 74         | 40,2         |
| <b>Cor da pele</b>            |            |              |            |              |
| Branca                        | 71         | 51,8         | 116        | 63,1         |
| Parda                         | 48         | 35,0         | 54         | 29,3         |
| Preta                         | 14         | 10,3         | 13         | 7,1          |
| Branco/Ignorado               | 04         | 2,9          | 01         | 0,5          |
| <b>Faixa etária</b>           |            |              |            |              |
| Até 12 anos                   | 17         | 12,4         | 31         | 16,9         |
| 13 a 19 anos                  | 34         | 24,8         | 43         | 23,4         |
| 20 a 59 anos                  | 78         | 56,9         | 97         | 52,7         |
| 60 anos ou mais               | 08         | 5,9          | 13         | 7,0          |
| Branco/Ignorado               | 00         | 0,0          | 00         | 0,0          |
| <b>Sexo</b>                   |            |              |            |              |
| Feminino                      | 85         | 62,1         | 123        | 66,8         |
| Masculino                     | 52         | 37,9         | 61         | 33,2         |
| <b>Total</b>                  | <b>137</b> | <b>100,0</b> | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

## 9.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

A violência física e sexual teve destaque no ano de 2010 com, respectivamente, 85,4% e 13,9% dos casos. No ano de 2011, a maior proporção de casos foi também para violência física (81,5%), vindo, na sequência, a violência sexual (27,2%) (Tabela 2). Os outros tipos de violência representaram apenas 2,2% em 2010 e 0,5% em 2011.

**Tabela 2 - Distribuição da frequência dos tipos de violência dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM em 2010 e 2011<sup>1</sup>**

| Tipos de violência | 2010       |              | 2011       |              |
|--------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                    | N          | %            | N          | %            |
| <b>Física</b>      |            |              |            |              |
| Sim                | 117        | 85,4         | 150        | 81,5         |
| Não                | 20         | 14,6         | 34         | 18,5         |
| <b>Psicológica</b> |            |              |            |              |
| Sim                | 00         | 0,0          | 01         | 0,5          |
| Não                | 137        | 100,0        | 183        | 95,5         |
| <b>Sexual</b>      |            |              |            |              |
| Sim                | 19         | 13,9         | 50         | 27,2         |
| Não                | 118        | 86,1         | 134        | 72,8         |
| <b>Outras</b>      |            |              |            |              |
| Sim                | 03         | 2,2          | 01         | 0,5          |
| Não                | 134        | 97,8         | 183        | 95,5         |
| <b>Total</b>       | <b>137</b> | <b>100,0</b> | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

A violência física predominou no sexo feminino, representando 59% dos casos em 2010 e 64,7% em 2011; assim como a violência sexual, com 94,7% e 84,0% para os anos de 2010 e 2011, respectivamente (Tabela 3). O grupo etário mais atingido pela violência física foi de 20 a 59 anos, com 57,3% (2010) e 60,0% (2011); já a violência sexual atingiu de maneira homogênea as crianças até 12 anos; adolescentes de 13 a 19 anos e adultos de 20 a 59 anos (Tabela 3).

As cores de pele branca e parda representaram, respectivamente, 54,7% e 30,8% em 2010, e 61,7% e 31,5% em 2011 dos casos de violência física. A violência sexual atingiu 57,9% de pessoas com cor de pele parda em 2010; já em 2011, predominou a cor de pele branca para o mesmo tipo de violência, 65,3% (Tabela 3).

<sup>1</sup> As categorias não são mutuamente exclusivas, isto é, pode haver mais de um objeto citado simultaneamente.

Quanto à escolaridade, a incompletude das FIV impossibilitou a análise (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição da violência física e sexual dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM em 2010 e 2011**

| Violência Física        | 2010       |              | 2011       |              |
|-------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                         | N          | %            | N          | %            |
| <b>Sexo</b>             |            |              |            |              |
| Feminino                | 69         | 59,0         | 97         | 64,7         |
| Masculino               | 48         | 41,0         | 53         | 35,3         |
| <b>Faixa Etária</b>     |            |              |            |              |
| Até 12 anos             | 11         | 9,4          | 14         | 9,3          |
| 13 a 19 anos            | 31         | 26,5         | 35         | 23,4         |
| 20 a 59 anos            | 67         | 57,3         | 90         | 60,0         |
| 60 anos ou mais         | 08         | 6,8          | 11         | 7,3          |
| <b>Cor da pele</b>      |            |              |            |              |
| Branca                  | 64         | 54,7         | 92         | 61,7         |
| Parda                   | 36         | 30,8         | 47         | 31,5         |
| Outras                  | 17         | 14,5         | 11         | 6,8          |
| <b>Escolaridade</b>     |            |              |            |              |
| EF incompleto           | 13         | 11,1         | 52         | 34,6         |
| EF completo             | 06         | 5,1          | 21         | 14,0         |
| EM incompleto           | 06         | 5,1          | 07         | 4,7          |
| EM completo             | 03         | 2,6          | 09         | 6,0          |
| ES completo             | 00         | 0,0          | 02         | 1,3          |
| Branco/Ignorado         | 89         | 76,1         | 59         | 39,4         |
| <b>Total</b>            | <b>117</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Violência Sexual</b> |            |              |            |              |
| <b>Sexo</b>             |            |              |            |              |
| Feminino                | 18         | 94,7         | 42         | 84,0         |
| Masculino               | 01         | 5,3          | 08         | 16,0         |
| <b>Faixa Etária</b>     |            |              |            |              |
| Até 12 anos             | 06         | 31,6         | 19         | 38,0         |
| 13 a 19 anos            | 06         | 31,6         | 13         | 26,0         |
| 20 a 59 anos            | 07         | 36,8         | 16         | 32,0         |
| 60 anos ou mais         | 00         | 0,0          | 02         | 4,0          |
| <b>Cor da pele</b>      |            |              |            |              |
| Branca                  | 07         | 36,8         | 32         | 65,3         |
| Parda                   | 11         | 57,9         | 12         | 24,5         |
| Outras                  | 01         | 5,3          | 06         | 10,2         |
| <b>Escolaridade</b>     |            |              |            |              |
| EF incompleto           | 02         | 10,6         | 21         | 42,0         |
| EF completo             | 00         | 0,0          | 10         | 20,0         |
| EM incompleto           | 00         | 0,0          | 01         | 2,0          |
| EM completo             | 00         | 0,0          | 00         | 0,0          |
| ES completo             | 00         | 0,0          | 00         | 0,0          |
| Branco/Ignorado         | 17         | 89,4         | 18         | 36,0         |
| <b>Total</b>            | <b>19</b>  | <b>100,0</b> | <b>50</b>  | <b>100,0</b> |

No que se refere à violência sexual, o estupro foi o mais notificado em 2010 (52,6%) e em 2011 (88,0%), seguido de atentado violento ao pudor, com 26,3% dos casos em 2010 e 18,0% dos casos em 2011. A maioria das ocorrências de violência

aconteceu dentro do ambiente domiciliar, 58,4% em 2010 e 46,2% em 2011, seguidas das ocorridas em via pública: 5,1% (2010) e 5,4% (2011).

A força corporal/espancamento foi o principal meio de agressão utilizado nos anos de 2010 (35,0%) e 2011 (37,0%). Os casos de envenenamento corresponderam, em 2010 e 2011, a 31,4% e 22,3% das notificações, respectivamente (Tabela 4). Em 2010, 12,4% dos meios de agressão corresponderam a objetos perfurocortantes e, em 2011, a 10,3% (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo meio de agressão em 2010 e 2011<sup>2</sup>**

| Meio de Agressão            | 2010 |      | 2011 |      |
|-----------------------------|------|------|------|------|
|                             | N    | %    | N    | %    |
| Força/Espancamento          | 48   | 35,0 | 68   | 37,0 |
| Enforcamento                | 04   | 2,9  | 03   | 1,6  |
| Objeto contundente          | 02   | 1,5  | 03   | 1,6  |
| Objeto perfurocortante      | 17   | 12,4 | 19   | 10,3 |
| Objeto ou substância quente | 03   | 2,2  | 04   | 2,2  |
| Envenenamento               | 43   | 31,4 | 41   | 22,3 |
| Arma de fogo                | 08   | 5,8  | 17   | 9,2  |
| Ameaça                      | 00   | 0,0  | 01   | 0,5  |
| Outros                      | 18   | 13,1 | 51   | 27,7 |

A natureza da lesão evidenciou que as intoxicações e envenenamentos obtiveram maioria, com 29,9% em 2010 e 21,7% em 2011, seguidos de cortes, perfurações e lacerações, com 21,2% em 2010 e 22,8% em 2011 (Tabela 5).

**Tabela 5 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo a natureza da lesão em 2010 e 2011**

| Natureza da lesão          | 2010       |              | 2011       |              |
|----------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                            | N          | %            | N          | %            |
| Contusão                   | 17         | 12,4         | 20         | 10,9         |
| Corte/Perfuração/Laceração | 29         | 21,2         | 42         | 22,8         |
| Fratura                    | 10         | 7,3          | 07         | 3,8          |
| Intoxicação/Envenenamento  | 41         | 29,9         | 40         | 21,7         |
| Queimadura                 | 03         | 2,2          | 04         | 2,2          |
| Outros                     | 24         | 17,5         | 55         | 29,9         |
| Não se aplica/Ignorado     | 13         | 9,5          | 16         | 8,7          |
| <b>Total</b>               | <b>137</b> | <b>100,0</b> | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

É importante ressaltar que o total de registros de violência apresentado nas tabelas 4 e 10 pode diferir do total de casos, pois, em alguns registros, existem

<sup>2</sup> As categorias não são mutuamente exclusivas, isto é, pode haver mais de um objeto citado simultaneamente.

associações de diferentes tipos de violência, por exemplo, violência física associada e violência sexual e psicológica.

Apenas um indivíduo estava envolvido no ato violento como agressor em sua grande maioria: 75,2% em 2010 e 79,9% em 2011 (Tabela 6). Em relação ao vínculo com a vítima, a violência cometida pela própria pessoa, suicídios ou tentativas de suicídios corresponderam a 40,1% e 28,8% em 2010 e 2011, respectivamente. E a violência cometida por familiares e/ou conhecidos da vítima foi de 20,4% em 2010 e 28,8% em 2011 (Tabela 6). O sexo predominante do provável autor da violência foi o masculino, com 76 (55,5%) notificações em 2010 e 103 (56%) em 2011 (Tabela 6). A análise de suspeita do uso de álcool esteve prejudicada devido aos altos índices de incompletude em 2010 e 2011 (Tabela 6). Em 93,4% dos casos, em 2010, a evolução foi a alta hospitalar; os óbitos foram 4,4% nesse ano. Em 2011, as altas representaram 91,3% e os óbitos 7,1% (Tabela 6).

**Tabela 6 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo número de envolvidos, vínculo com a vítima, sexo do provável autor, suspeita do uso de álcool e evolução do caso em 2010 e 2011**

|                                  | 2010       |              | 2011       |              |
|----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                                  | N          | %            | N          | %            |
| <b>Número de envolvidos</b>      |            |              |            |              |
| Um                               | 103        | 75,2         | 147        | 79,9         |
| Dois                             | 06         | 4,4          | 08         | 4,3          |
| Branco/Ignorado                  | 28         | 20,4         | 29         | 15,8         |
| <b>Vínculo com a vítima</b>      |            |              |            |              |
| Familiar/Conhecido               | 28         | 20,4         | 53         | 28,8         |
| Desconhecido                     | 20         | 14,6         | 24         | 13,0         |
| Própria pessoa                   | 55         | 40,1         | 53         | 28,8         |
| Outros                           | 08         | 5,8          | 09         | 4,9          |
| Branco/Ignorado                  | 26         | 19,1         | 45         | 24,5         |
| <b>Sexo do provável autor</b>    |            |              |            |              |
| Maculino                         | 76         | 55,5         | 103        | 56,0         |
| Feminino                         | 28         | 20,4         | 38         | 20,7         |
| Branco/Ignorado                  | 33         | 24,1         | 43         | 23,3         |
| <b>Suspeita do uso de álcool</b> |            |              |            |              |
| Sim                              | 20         | 14,6         | 31         | 16,8         |
| Não                              | 44         | 32,1         | 61         | 32,2         |
| Branco/Ignorado                  | 73         | 53,3         | 92         | 50,0         |
| <b>Evolução do caso</b>          |            |              |            |              |
| Alta                             | 128        | 93,4         | 168        | 91,3         |
| Evasão/Fuga                      | 02         | 1,5          | 03         | 1,6          |
| Óbito                            | 06         | 4,4          | 13         | 7,1          |
| Branco/Ignorado                  | 01         | 0,7          | 00         | 0,0          |
| <b>Total</b>                     | <b>137</b> | <b>100,0</b> | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

### 9.3 INTERNAÇÕES HOSPITALARES CONFORME TEMPO DE PERMANÊNCIA E CUSTOS HOSPITALARES, SEGUNDO GASTO MÉDIO E CUSTO-DIA

Ocorreram 91 (28,34%) internações dentre os 321 casos notificados de violência nos anos de 2010 e 2011, que corresponderam a 41,8% em 2010 e 58,2% em 2011; um crescimento, portanto, de 16,4% de um ano para o outro (Tabela 7).

O valor total pago pelas internações correspondentes aos anos de 2010 e 2011 foi de R\$ 169.232,00, e os gastos ambulatoriais/pronto-atendimento foram de R\$ 13.615,00, totalizando R\$ 182.847,00 (Tabela 7). O GM correspondeu a R\$ 1.859,69 e o C-D foi de R\$ 225,04.

**Tabela 7 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo custos hospitalares e ambulatoriais/pronto-socorro em 2010 e 2011**

|                             | N          | Mínimo | Máximo    | Média    | Mediana | Desvio Padrão | Total             |
|-----------------------------|------------|--------|-----------|----------|---------|---------------|-------------------|
| <b>Custos Hospitalares</b>  |            |        |           |          |         |               |                   |
| 2010                        | 38         | 137,00 | 24.887,00 | 1.865,64 | 256,86  | 4611,781      | 70.891,00         |
| 2011                        | 53         | 44,00  | 20.285,00 | 1.855,49 | 575,65  | 3138,814      | 98.341,00         |
| <b>Total</b>                | <b>91</b>  |        |           |          |         |               | <b>169.232,00</b> |
| <b>Custos Ambulatoriais</b> |            |        |           |          |         |               |                   |
| 2010                        | 109        | 7,00   | 247,00    | 54,77    | 31,00   | 59,366        | 5.970,00          |
| 2011                        | 145        | 7,00   | 228,00    | 52,73    | 35,79   | 48,707        | 7.645,00          |
| <b>Total</b>                | <b>254</b> |        |           |          |         |               | <b>13.615,00</b>  |

O tempo médio de permanência hospitalar foi de 8,26 dias; os dias de permanência totalizaram 752. Cerca de 71,4% dos casos notificados permaneceram de 1 a 10 dias internados no HC-UFTM (Tabela 8).

**Tabela 8 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo tempo de permanência hospitalar em dias (TPH) em 2010 e 2011**

| TPH   | N            | 1 a 4       | 5 a 10      | 11 a 16     | 17 a 22    | >23        |
|-------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
| 2010  | 38           | 16          | 10          | 07          | 02         | 03         |
| 2011  | 53           | 26          | 13          | 08          | 04         | 02         |
| Total | 91           | 42          | 23          | 15          | 06         | 05         |
| %     | <b>100,0</b> | <b>46,1</b> | <b>25,3</b> | <b>16,5</b> | <b>6,6</b> | <b>5,5</b> |



#### 9.4 CUSTOS HOSPITALARES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS NO HC-UFTM, CONSIDERANDO TIPO DE VIOLÊNCIA, SEXO E GRUPO ETÁRIO

**Tabela 9 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC- UFTM segundo sexo e grupo etário em 2010 e 2011**

|                     | Ano   | N   | Custo      | Média    | Mediana | Mínimo | Máximo    | Desvio Padrão |
|---------------------|-------|-----|------------|----------|---------|--------|-----------|---------------|
| <b>Sexo</b>         |       |     |            |          |         |        |           |               |
| Feminino            |       |     |            |          |         |        |           |               |
|                     | 2010  | 85  | 23.490,00  | 279,64   | 49,46   | 0,00   | 9.044,00  | 1049,957      |
|                     | 2011  | 123 | 76.806,00  | 624,44   | 62,31   | 0,00   | 20.295,00 | 2191,054      |
|                     | Total | 208 | 100.296,00 | 484,52   | 55,00   | 0,00   | 20.295,00 | 1821,023      |
| Masculino           |       |     |            |          |         |        |           |               |
|                     | 2010  | 52  | 53.370,00  | 1067,41  | 57,81   | 0,00   | 24.913,00 | 3958,058      |
|                     | 2011  | 61  | 29.181,00  | 478,37   | 93,31   | 0,00   | 3.626,00  | 937,865       |
|                     | Total | 113 | 82.551,00  | 743,70   | 88,10   | 0,00   | 24.913,00 | 2746,823      |
| <b>Grupo etário</b> |       |     |            |          |         |        |           |               |
| Até 12 anos         |       |     |            |          |         |        |           |               |
|                     | 2010  | 17  | 734,00     | 43,12    | 11,00   | 11,00  | 186,00    | 59,282        |
|                     | 2011  | 31  | 1.415,00   | 45,64    | 21,11   | 10,00  | 206,00    | 47,001        |
|                     | Total | 48  | 2.148,00   | 44,75    | 20,15   | 10,00  | 206,00    | 51,068        |
| 13 a 19 anos        |       |     |            |          |         |        |           |               |
|                     | 2010  | 28  | 6.825,00   | 243,75   | 49,56   | 10,00  | 3.539,00  | 686,947       |
|                     | 2011  | 42  | 25.915,00  | 617,03   | 82,80   | 11,00  | 6.746,00  | 1422,595      |
|                     | Total | 70  | 32.740,00  | 467,72   | 69,32   | 10,00  | 6.746,00  | 1192,105      |
| 20 a 59 anos        |       |     |            |          |         |        |           |               |
|                     | 2010  | 76  | 42.628,00  | 560,90   | 128,66  | 7,00   | 13.265,00 | 1870,353      |
|                     | 2011  | 90  | 72.189,00  | 802,10   | 83,32   | 11,00  | 20.295,00 | 2437,226      |
|                     | Total | 166 | 114.818,00 | 691,67   | 89,76   | 7,00   | 20.295,00 | 2192,868      |
| 60 anos ou mais     |       |     |            |          |         |        |           |               |
|                     | 2010  | 07  | 26.674,00  | 3.810,54 | 145,86  | 11,00  | 24.913,00 | 9311,918      |
|                     | 2011  | 11  | 6.467,00   | 587,92   | 201,17  | 59,00  | 3.545,00  | 1044,727      |
|                     | Total | 18  | 33.141,00  | 1.841,16 | 173,52  | 11,00  | 24.913,00 | 5818,891      |

Os custos hospitalares com casos de violência estiveram presentes em 302 notificações, sendo que 5,9% dos casos não foram faturados pelos setores responsáveis – DSIM e Setor de Faturamento do HC-UFTM. No ano de 2010, foram gastos R\$ 76.860,00 com casos de violência, e em 2011, o gasto foi de R\$ 105.987,00, totalizando R\$ 182.847,00.

O Custo Hospitalar Total foi mais elevado para o sexo feminino, R\$ 100.296,00, porém a média de custo foi maior para o sexo masculino R\$ 743,70, enquanto, no sexo feminino, foi de R\$ 484,52. O custo foi mais elevado para o sexo

feminino porque as notificações referentes a esse sexo foram quase 65% do total de notificações. (Tabela 9).

Os gastos tiveram sua concentração no grupo etário de 20 a 59 anos, representando 23,3% dos gastos em 2010 e 39,5% dos gastos em 2011. Isso se deve ao fato de o grupo etário em questão representar a maior parte das notificações, tanto no ano de 2010 quanto em 2011 (Tabela 9).

Os custos hospitalares segundo a tipologia da violência são representados quase que exclusivamente pela violência física, que domina R\$ 178.738,00; seguida da violência sexual R\$ 6.369,00. Os custos provenientes das diárias de UTI e procedimentos cirúrgicos ajudaram a elevar os custos da violência física (Tabela 10).

**Tabela 10 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo tipos de violência em 2010 e 2011<sup>3</sup>**

| Tipo Violência           | Ano       | N   | Custo      | Média  | Mediana | Mínimo | Máximo    | Desvio Padrão |
|--------------------------|-----------|-----|------------|--------|---------|--------|-----------|---------------|
| <b>Física</b>            | 2010      | 117 | 75.188,00  | 689,80 | 50,93   | 7,00   | 24.913,00 | 2839,188      |
|                          | 2011      | 150 | 103.549,00 | 734,39 | 86,11   | 11,00  | 20.295,00 | 2111,076      |
|                          | 2011      |     | 178.738,00 | 714,95 | 66,61   | 7,00   | 24.913,00 | 2450,013      |
|                          | Tot<br>al |     |            |        |         |        |           |               |
| <b>Sexual</b>            | 2010      | 19  | 1.569,00   | 82,60  | 78,76   | 11,00  | 195,00    | 67,905        |
|                          | 2011      | 50  | 4.799,00   | 97,94  | 68,39   | 10,00  | 1.639,00  | 229,105       |
|                          | 2011      |     | 6.369,00   | 93,66  | 71,00   | 10,00  | 1.639,00  | 197,208       |
|                          | Tot<br>al |     |            |        |         |        |           |               |
| <b>Psicológica</b>       | 2010      | 00  | 0,00       | 0,00   | 0,00    | 0,00   | 0,00      | -             |
|                          | 2011      | 01  | 86,00      | 86,31  | 86,31   | 86,00  | 86,00     | -             |
|                          | 2011      |     | 86,00      | 86,31  | 86,31   | 86,00  | 86,00     | -             |
|                          | Tot<br>al |     |            |        |         |        |           |               |
| <b>Outras violências</b> | 2010      | 02  | 320,00     | 160,00 | 160,00  | 137,00 | 183,00    | 32,605        |
|                          | 2011      | 02  | 456,00     | 455,75 | 455,75  | 456,00 | 456,00    | -             |
|                          | 2011      |     | 776,00     | 258,59 | 183,06  | 137,00 | 456,00    | 172,298       |
|                          | Tot<br>al |     |            |        |         |        |           |               |

## 9.5 CORRELAÇÃO ENTRE CUSTOS EM REAIS, IDADE EM ANOS COMPLETOS E TEMPO DE INTERNAÇÃO EM DIAS

<sup>3</sup> As categorias não são mutuamente exclusivas, isto é, pode haver mais de um objeto citado simultaneamente.

Em relação à correlação entre idade em anos completos, custos em reais e tempo de internação, a CCS mostrou-se, respectivamente, como fraca positiva ( $0,1 \leq r < 0,5$ ), sinalizando que, quanto maior a idade, maior o gasto em saúde; e forte positiva ( $0,8 \leq r < 1$ ), evidenciando que o custo em saúde aumenta conforme se eleva o tempo de internação. Como havia alguns tempos de internação muito acima da média, assim como custos totais nas mesmas circunstâncias, optamos pela CCS para variáveis não paramétricas por sofrer menor influência desses valores atípicos que a Correlação de Pearson (CCP) (Tabela 11).

**Tabela 11 - CCS entre idade em anos completos, tempo de internação em dias e custos em reais em 2010 e 2011**

|                             | <b>CCS<sup>4</sup></b> | <b>Significância</b> | <b>Tamanho da Amostra</b> |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|
| Idade em anos completos     | 0,347**                | <0,001               | 302                       |
| Tempo de internação em dias | 0,759**                | <0,001               | 302                       |

## 9.6 CUSTOS HOSPITALARES DE ACORDO COM GASTOS POR PROCEDIMENTO

As diárias de UTI foram responsáveis por 39,3% dos custos hospitalares, seguidas dos procedimentos cirúrgicos (26,3%) (Tabela 12).

Os tratamentos de intoxicações representaram 4,0% dos custos hospitalares, e os tratamentos de queimados, 3,5% (Tabela 13).

## 9.7 ASSOCIAÇÕES ENTRE CUSTO TOTAL E SEXO, E PRESENÇA DE DEFICIÊNCIA E SITUAÇÃO CONJUGAL

Em relação ao sexo e ao custo total, foi utilizado o teste estatístico de Mann Whitney, que revelou  $p = 0,052$ . Embora as medianas sejam maiores e apontem o sexo masculino com gastos mais elevados, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Com os dados do estudo não há evidências de que haja diferenças de custos entre os sexos, visto que  $p > 0,05$ .

<sup>4</sup> A correlação é significativa em 0,01.

Os casos notificados de violência com situação conjugal definida como solteiro apresentaram custos totais mais elevados do que os dos casados ou em união consensual, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ( $p = 0,041$ ).

Os portadores de deficiência (física, mental, visual, auditiva, transtorno mental e transtorno de comportamento) apresentaram custos mais altos do que os que foram notificados como hígidos, sendo que as diferenças notadas foram estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 12 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo gastos por procedimentos I em 2010 e 2011**

|                               | Ano    | Custo     | % <sup>5</sup> | Média     | Mediana  | Mínimo   | Máximo    | Desvio Padrão |
|-------------------------------|--------|-----------|----------------|-----------|----------|----------|-----------|---------------|
| Diárias de UTI                |        |           |                |           |          |          |           |               |
|                               | 2010   | 41.198,00 | 53,6           | 10.299,50 | 9.409,66 | 1.017,26 | 21.361,56 | 8494,136      |
|                               | 2011   | 30.716,00 | 29,0           | 6.143,20  | 4.069,04 | 1.017,26 | 15.967,53 | 5782,889      |
|                               | 2011   | 71.914,00 | 39,3           | 7.990,66  | 6.103,56 | 1.017,26 | 21.361,56 | 6969,584      |
|                               | Tot al |           |                |           |          |          |           |               |
| Cirurgias <sup>6</sup>        |        |           |                |           |          |          |           |               |
|                               | 2010   | 11.106,00 | 14,4           | 740,37    | 554,73   | 20,10    | 2.808,59  | 812,058       |
|                               | 2011   | 38.073,00 | 35,9           | 1.359,75  | 1.029,44 | 18,27    | 4.903,21  | 1198,508      |
|                               | 2011   | 49.179,00 | 26,9           | 1.143,69  | 730,42   | 18,27    | 4.903,21  | 1110,155      |
|                               | Tot al |           |                |           |          |          |           |               |
| Exames Clínicos <sup>7</sup>  |        |           |                |           |          |          |           |               |
|                               | 2010   | 1.881,00  | 2,4            | 38,37     | 17,22    | 3,00     | 183,00    | 47,534        |
|                               | 2011   | 3.063,00  | 2,9            | 47,13     | 42,23    | 1,00     | 158,00    | 35,679        |
|                               | 2011   | 4.944,00  | 2,7            | 43,36     | 28,88    | 1,00     | 183,00    | 41,227        |
|                               | Tot al |           |                |           |          |          |           |               |
| Exames de Imagem <sup>8</sup> |        |           |                |           |          |          |           |               |
|                               | 2010   | 4.155,00  | 5,4            | 72,90     | 20,00    | 6,00     | 471,00    | 98,653        |
|                               | 2011   | 4.711,00  | 4,4            | 88,88     | 41,94    | 7,00     | 589,00    | 119,434       |
|                               | 2011   | 8.866,00  | 4,8            | 80,60     | 33,52    | 6,00     | 589,00    | 108,948       |
|                               | Tot al |           |                |           |          |          |           |               |
| Consultas                     |        |           |                |           |          |          |           |               |
|                               | 2010   | 2.032,00  | 2,6            | 20,32     | 11,00    | 10,00    | 134,00    | 18,673        |
|                               | 2011   | 2.474,00  | 2,3            | 17,80     | 11,00    | 10,00    | 65,00     | 10,087        |
|                               | 2011   | 4.506,00  | 2,5            | 18,85     | 11,00    | 10,00    | 134,00    | 14,338        |

<sup>5</sup> % (em relação ao custo total).

<sup>6</sup> Cirurgias (aparelho digestivo, aparelho respiratório, bucomaxilofacial, cavidade orbitária, neurocirurgia, cirurgia ortopédica, cirurgia vascular).

<sup>7</sup> Exames Clínicos (laboratoriais, sorologias, bioquímicos, hormonais).

<sup>8</sup> Exames de Imagem (ultrassom, raios-X, CT, RNM).

|              |     |          |     |        |       |       |          |         |
|--------------|-----|----------|-----|--------|-------|-------|----------|---------|
|              | 1   |          |     |        |       |       |          |         |
|              | Tot |          |     |        |       |       |          |         |
|              | al  |          |     |        |       |       |          |         |
| Fisioterapia |     |          |     |        |       |       |          |         |
|              | 201 | 2.977,00 | 3,9 | 212,67 | 82,55 | 6,00  | 1.232,00 | 349,566 |
|              | 0   | 2.565,00 | 2,4 | 116,61 | 57,15 | 13,00 | 419,00   | 116,999 |
|              | 201 | 5.542,00 | 3,0 | 153,97 | 60,32 | 6,00  | 1.232,00 | 236,339 |
|              | 1   |          |     |        |       |       |          |         |
|              | Tot |          |     |        |       |       |          |         |
|              | al  |          |     |        |       |       |          |         |

**Tabela 13 - Distribuição dos Custos Hospitalares e Ambulatoriais dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo gastos por procedimentos II em 2010 e 2011**

|                       | Ano | Custo    | % <sup>9</sup> | Média    | Mediana  | Mínimo   | Máximo   | Desvio Padrão |
|-----------------------|-----|----------|----------------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| Queimados             | 201 | 3.639,00 | 4,7            | 1.819,26 | 1.819,26 | 1.819,00 | 1.820,00 | 0,368         |
|                       | 0   | 3.639,00 | 3,5            | 1.819,52 | 1.819,26 | 1.820,00 | 1.820,00 | 0,000         |
|                       | 201 | 7.278,00 | 4,0            | 1.819,39 | 1.819,52 | 1.819,00 | 1.820,00 | 0,260         |
|                       | 1   |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | Tot |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | al  |          |                |          |          |          |          |               |
| Intoxicações          | 201 | 2.938,00 | 3,8            | 146,89   | 136,95   | 137,00   | 336,00   | 44,511        |
|                       | 0   | 3.441,00 | 3,3            | 132,36   | 136,95   | 55,00    | 137,00   | 17,394        |
|                       | 201 | 6.379,00 | 3,5            | 138,68   | 136,95   | 137,00   | 336,00   | 32,522        |
|                       | 1   |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | Tot |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | al  |          |                |          |          |          |          |               |
| Terapia Nutricional   | 201 | 2.692,00 | 3,5            | 384,54   | 275,77   | 88,00    | 1.466,00 | 492,053       |
|                       | 0   | 6.188,00 | 5,8            | 238,01   | 160,38   | 28,00    | 1.078,00 | 268,294       |
|                       | 201 | 8.880,00 | 4,9            | 269,09   | 172,75   | 28,00    | 1.466,00 | 324,551       |
|                       | 1   |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | Tot |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | al  |          |                |          |          |          |          |               |
| OPM <sup>10</sup>     | 201 | 36,00    | 0,3            | 8,93     | 8,93     | 9,00     | 9,00     | 0,000         |
|                       | 0   | 5.513,00 | 5,2            | 551,35   | 613,10   | 9,00     | 1.124,00 | 451,315       |
|                       | 201 | 5.549,00 | 3,0            | 396,37   | 162,10   | 9,00     | 1.124,00 | 453,315       |
|                       | 1   |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | Tot |          |                |          |          |          |          |               |
|                       | al  |          |                |          |          |          |          |               |
| Terapia Transfusional | 201 | 951,00   | 1,2            | 190,17   | 127,41   | 42,00    | 424,00   | 156,797       |
|                       | 0   | 2.323,00 | 2,2            | 211,17   | 84,94    | 39,00    | 806,00   | 244,102       |
|                       | 201 | 3.274,00 | 1,8            | 204,61   | 106,18   | 39,00    | 806,00   | 215,362       |

<sup>9</sup> \*% (em relação ao custo total).

<sup>10</sup> OPM (órteses, próteses e materiais).

|                             |     |          |     |        |      |      |          |         |
|-----------------------------|-----|----------|-----|--------|------|------|----------|---------|
|                             | 1   |          |     |        |      |      |          |         |
|                             | Tot |          |     |        |      |      |          |         |
|                             | al  |          |     |        |      |      |          |         |
| Outros custos <sup>11</sup> |     |          |     |        |      |      |          |         |
|                             | 201 | 3.255,00 | 4,2 | 20,122 | 0,63 | 0,63 | 1.106,74 | 177,181 |
|                             | 0   |          |     |        |      |      |          |         |
|                             | 201 | 3.281,00 | 3,1 | 23,006 | 0,63 | 0,63 | 1.448,70 | 179,251 |
|                             | 1   |          |     |        |      |      |          |         |
|                             | Tot | 6.536,00 | 3,6 | 21,784 | 0,63 | 0,63 | 1.010,00 | 178,017 |
|                             | al  |          |     |        |      |      |          |         |

### 9.8 COMPLETUDE DOS CAMPOS PREENCHIDOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEGUNDO OS CICLOS DE VIDA (CRIANÇAS E ADOLESCENTES, MULHER, IDOSO E HOMEM MAIOR DE 18 ANOS)

Em relação à completude dos dados encontrados nas fichas de notificação de violência, 86,1% (2010) e 87,0% (2011) das variáveis estavam completas; 7,3% (2010) apresentaram pelo menos um campo incompleto, o que, de acordo com os critérios propostos pela CEPAL para incompletude da informação (ROMERO; CUNHA, 2006; OLIVEIRA et al., 2009), foi considerado bom. Em 2011 foram 4,9%, o que foi classificado como excelente (Tabela 14).

**Tabela 14 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica no HC-UFTM segundo a completude dos dados em 2010 e 2011**

| Campos           | 2010       |              | 2011       |              |
|------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                  | N          | %            | N          | %            |
| Completos        | 118        | 86,1         | 160        | 87,0         |
| Um incompleto    | 10         | 7,3          | 09         | 4,9          |
| Dois incompletos | 01         | 0,7          | 02         | 1,1          |
| Três incompletos | 01         | 0,7          | 01         | 0,5          |
| Seis incompletos | 07         | 5,2          | 12         | 6,5          |
| <b>Total</b>     | <b>137</b> | <b>100,0</b> | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

Analisando os campos individualmente, identificamos que àqueles referentes à identificação da ficha individual, quanto à situação conjugal foram classificados como “regular” (10% a 20%), tanto para o ano de 2010, quanto para o ano de 2011.

A escolaridade apresentou 77,4% de campos branco/ignorado em 2010 e 40,2% em 2011, sendo classificada quanto à completude em “muito ruim” e “ruim”, respectivamente. Houve melhora dos critérios de preenchimento das fichas de um

<sup>11</sup> Outros custos, acessos centrais e de diálise, administração de medicamentos, sutura, psicoterapia, troca de gesso, tratamento dialítico e diárias de acompanhante.

ano para outro, porém com os altos índices de incompletude fica prejudicada a análise do perfil escolar das vítimas.

As variáveis “cor da pele” e “faixa etária” apresentaram incompletude inferior a 5%, sendo classificadas pelos critérios da CEPAL como “excelentes”.

Quanto ao número de envolvidos no ato violento, foram classificados como “ruim” (20% a 50%) e “regular” (10% a 20%) com ligeira queda da incompletude de 2010 para 2011. O campo vínculo com a vítima apresentou aumento da incompletude de um ano para o outro, sendo classificado como “regular” em 2010 e “ruim” em 2011.

A variável “suspeita do uso de álcool” foi classificada como “muito ruim” em 2010 e “ruim” em 2011. Quanto à evolução do caso, o preenchimento foi classificado como “excelente”.

Em relação à Ficha de Individual de Investigação de Violências, percebeu-se que é um instrumento valioso quando preenchido adequadamente e que a maioria dos campos não apresentam complexidade para o preenchimento, consistindo em registros com interpretação simples.

## **10 DISCUSSÃO**

No Brasil, é complicado imaginar que haja algum fenômeno que preocupe tanto a sociedade, sobretudo nas áreas urbanas, quanto a violência. Tanto que autoridades governamentais, pesquisadores e a sociedade em geral têm procurado meios para minimizar o problema, cujos efeitos não são apenas palpáveis, como os altos custos dos setores público e privado, mas intangíveis, tais como as sequelas psicológicas que afligem parentes, amigos e as próprias vítimas da violência.

Os sistemas de informação em saúde são de fundamental importância para a análise da situação de saúde no Brasil e a consequente elaboração de políticas públicas, estratégias de enfrentamento e prevenção da violência. Dentre eles, o SINAN vem sendo muito utilizado para a vigilância epidemiológica e o controle de doenças e agravos, porém apresenta limitações quanto às dimensões do agravo estudado. Esse argumento vai ao encontro com Domingues e Souza (2009), que

relatam dados secundários, apontando que, embora as informações sejam de grande importância, são insuficientes para a elaboração da construção epidemiológica.

Não obstante, como há escassez de estudos na área, utilizamo-nos das fichas de notificação individual de violência do SINAN para a descrição do perfil da violência no HC-UFTM.

No presente estudo, realizado de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, houve um crescimento de 34% do número de notificações de violência, o que acena para uma subnotificação dos casos em 2010, visto que a notificação de violência foi introduzida em Minas Gerais em 2008. Esse contexto corrobora os dados do Relatório Técnico sobre Vigilância de Violências de Minas Gerais (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010), que relata crescimento de 67,5% no número médio de notificações por mês para o ano de 2010 em relação aos anos anteriores, visto também no estudo de Veloso et al. (2013). Esse perfil demonstra que o número de notificações de violência aumenta ano a ano, caracterizando-se como um instrumento muito importante para a caracterização da violência.

Quanto ao perfil epidemiológico, as vítimas que apresentaram notificações de violência encontradas neste estudo são, em sua maioria, residentes no município da pesquisa (86,3%), mulheres (64,8%) e de cor branca (58,3%). Do total de atendidos, 92,2% dos casos evoluíram para alta, em 83,2% foi identificada violência física e 36,1% sofreram lesão corporal ou espancamento. Tal estatística se deu em consonância com o estudo de Silveira, Iwamoto e Miranzi (2009), em que a maioria das vítimas residia no município do estudo, era de mulheres de cor branca e com idade entre 20 e 39 anos, evoluíram para alta e foi identificada violência de natureza física como predominante, com a constatação de lesão corporal ou espancamento, semelhante ao Relatório de Situação do Ministério da Saúde para Minas Gerais, em que os principais tipos de violência notificados em 2010 (7.876 casos) em Minas Gerais foram os atendimentos decorrentes de violência física (72,4%), seguidos dos eventos decorrentes de violência psicológica/moral (18,2%) e violência sexual (15,5%) (MS, 2011c). O perfil da violência mostra-se muito semelhante em Uberaba e no estado de Minas Gerais. A violência sexual mostrou-se muito presente neste estudo em virtude de todos os casos referentes a essa tipologia da violência serem encaminhados ao HC-UFTM.



Helweg-Larsen et al. (2011) identificaram fatores de risco para a violência tanto em homens como em mulheres, sendo estes jovens, divorciados e tendo feito a ingestão de quantidades maiores que as recomendadas de bebidas alcoólicas. Os custos de saúde anuais para as mulheres dinamarquesas desse estudo foram de 787 euros acima daquelas não expostas à violência, principalmente com tratamentos psiquiátricos. A presença do uso de álcool nesse estudo esteve prejudicada pela incompletude superior a 50% desta variável na FIIV. Porém, o álcool foi apontado como importante fator de risco e passível de prevenção.

Cecílio et al. (2012), em sua pesquisa, também evidenciaram como principais vítimas de violência: mulheres, agredidas por homens, conhecidos ou parentes da vítima, com prevalência da violência física e dentro das próprias residências, indo ao encontro deste estudo, demonstrando que a violência presente dentro das casas e sendo praticada por conhecidos é o perfil da violência doméstica que está abrigado na invisibilidade dos lares.

Esse perfil também foi descrito por Souza et al. (2012), que focalizam o sexo masculino na faixa de 15-29 anos permeado como agressor e agredido, porém com morbidade e mortalidade 11,6 vezes mais elevadas, além de sofrerem 4,5 vezes mais internações do que as mulheres, evidenciando que, nas agressões, o perfil é predominantemente masculino, assim como neste estudo. A predominância masculina nesse tipo de causa pode ser explicada pela maior exposição dos homens ao espaço público, onde ocorre grande parte desses atos violentos; alia-se a isso o fato de os homens se arrisarem mais do que as mulheres, além de um maior consumo de bebida alcoólica pela população masculina, aumentando o risco de exposição à violência. As faixas etárias mais acometidas foram de 20 a 59 anos (54,5%), semelhantemente aos estudos de Tomimatsu (2006) e Melione e Mello Jorge (2008), em que a faixa de 20 a 59 anos também predominou, sinalizando um importante dado referente aos jovens, apontando a importância da elaboração de políticas públicas com foco preventivo nessa população.

No ano de 2010, foi infligida violência a 12,4% das crianças, com aumento para 16,9% no ano de 2011. O número elevado de crianças vítimas da violência também apresentou destaque na revisão de De Almeida e Lourenço (2012), talvez porque a criança seja um dos elementos de maior vulnerabilidade na família. A violência contra o adolescente apresentou ligeira queda de um ano para outro neste estudo.

A violência contra a mulher representou 62,1% dos casos em 2010 e 66,8% em 2011, sendo consistente com outros estudos, em que a violência afeta um número significativo de mulheres a cada ano (LOGAN; WALKER; HOYT, 2012; DE ALMEIDA; LOURENÇO, 2012; VELOSO et al., 2013; CECÍLIO et al., 2012). A frequente predominância da violência para com o sexo feminino pode ser explicada pelas questões de gênero, que colocam a mulher como sexo frágil e “objeto” sexual, fazendo com que estas sejam alvo preferencial dos agressores. Aliado a isso, a visibilidade do fenômeno pode ter aumentado devido a maior conscientização da mulher pela procura dos serviços de saúde e segurança pública, após a divulgação da Lei Maria da Penha em 2006.

O idoso representou 5,9% dos casos de violência em 2010, com aumento para 7% no ano de 2011. Na literatura, a violência contra o idoso não constitui um problema novo, é considerado que ela sempre existiu (OMS, 2002), e os estudos apresentam uma grande lacuna nas escutas dos idosos, visto que estes são o foco da pesquisa, mas não os principais participantes ou informantes (SACOL; ZAPPE, 2011). Verificou-se que o número de óbitos prevaleceu na população de 20-59 anos, seguida dos idosos, tanto em 2010 quanto em 2011. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, do total de óbitos, 3,3% eram por causas externas em idosos (MELLO JORGE et al., 2012).

A questão do vínculo do agressor, sendo ele amigo, conhecido e/ou parente da vítima, representou, neste estudo, 20,4% e 28,8% em 2010 e 2011, respectivamente, como no estudo de Cecílio et al.(2012) e Veloso et al. (2013), em que o vínculo entre vítima e agressor apresentou perfil semelhante.

O homem aparece como principal agressor, corroborando a pesquisa de De Almeida e Lourenço (2012).

Quanto aos meios de agressão, a violência decorrente de armas de fogo representou 5,8% dos casos em 2010 e 9,2% em 2011; os objetos perfurocortantes 12,4%(2010) e 10,3% (2011), e 44% da violência com uso de arma de fogo ocorreu entre jovens de 13-19 anos, sendo estes 60% do sexo masculino, em consonância com estudo realizado por Ward et al. (2009) na Jamaica, em que três quartos dos homicídios ocorridos durante 2006 foram por arma de fogo e 15% envolveram objeto pontiagudo; 90% ocorreu entre os homens e, destes, 39% entre aqueles com idade entre 18-29 anos, e 34% entre homens com idade entre 30-44 anos, demonstrando que esse perfil seria uma tendência mundial.

A utilização da força corporal e espancamento foram identificados com maior frequência contra o sexo feminino, 83,3% (2010) e 75% (2011) na faixa etária de 20-59 anos para ambos os sexos, atingindo 4,2% dos idosos em 2010 e 8% em 2011. Em estudo realizado com notificações de violência de idosos no Brasil em 2010, o abuso físico representou 67,7% de todas as violências e o principal meio de agressão foi a força corporal e o espancamento (47,8%) (MASCARENHAS et al., 2012).

As agressões e lesões autoprovocadas representaram, respectivamente, 15,4% e 53,8% das internações hospitalares, com ligeiro aumento de 2010 para 2011 e predominantemente entre pessoas de 20-59 anos de ambos os sexos, semelhantemente ao estudo de Lignami e Vilela (2013), em que os mesmos meios de agressão alcançaram taxas de internação por causas externas substanciais, com elevação das taxas do ano de 2008 para 2010 e predominância para ambos os sexos no estrato de 20-39 anos.

Os envenenamentos no presente estudo predominaram no sexo feminino (59,5%), e entre pessoas de 20 a 59 anos (66,6%), os óbitos por intoxicações foram 7,1% dos casos. Segundo Leite et al. (2011), ainda que a taxa de suicídio entre os mais velhos seja a mais alta, um crescente aumento das taxas no grupo com idade de 20 a 59 anos tem sido observado em ambos os gêneros. A proporção entre taxa de suicídio e gênero indica fortemente uma maior mortalidade entre os homens. Embora as mulheres sejam propensas a tentar o suicídio mais vezes, os homens têm êxito mais frequente. Isto sugere que os homens têm uma intenção de morte mais forte e, assim, tendem a usar métodos mais letais. Embora os transtornos mentais estejam associados a grande parte de todos os casos de suicídio, esse evento também pode ser resultado de fatores culturais, sociais, ambientais, fisiológicos, genéticos e biológicos.

De acordo com Silveira, Santos e Ferreira (2012), os gastos com suicídio na rede hospitalar do SUS foram superiores a R\$ 35.000.000,00. O sexo masculino prevaleceu na mortalidade e custos (22 milhões de reais). Quanto às causas, identificou-se maioria dos óbitos por enforcamentos (51,4%) e de internações por intoxicações exógenas (69,0%).

Das 321 fichas de notificação de violência, 28,3% necessitaram de internação hospitalar e houve um crescimento de 16,4% no número de internamentos do ano de 2010 para 2011 neste estudo, corroborando o estudo de Alochio (2011), que

realizou um modelo de tendência linear para analisar a proporção das internações por causas externas de 1998 a 2007, revelando crescimento de 36% no período.

O crescimento da proporção das internações por causas externas em relação a todas as causas também foi demonstrado nos estudos de Melione e Mello Jorge (2008), Mesquita et al. (2009) e Lignami e Vilela (2013).

As lesões que mais geraram internações foram intoxicações, corroborando com o estudo de Silveira, Santos e Ferreira (2012), pode-se inferir maior gravidade nas intoxicações, pois representaram 31,6% dos óbitos por violência no presente estudo, principalmente no sexo masculino que representou 66,7% dos óbitos por intoxicações; seguidas de cortes/perfurações/lacerações, fraturas e queimaduras, e mostraram elevação dos gastos de 2010 para 2011. O crescimento dos gastos com as internações por violência corrobora outros estudos (MELIONE; MELLO JORGE, 2008; MESQUITA et al., 2009).

Durante as internações, foi analisado o TMP. Alochio (2011) revela TMP para as causas externas de 5,1 e 6,0 dias para o Brasil e Espírito Santo, respectivamente. Para Minayo e Souza (2002), o TMP no Espírito Santo por causas externas foi de 5,7 dias, diferentemente do que foi encontrado nesta pesquisa, em que o TMP dos pacientes notificados por violência foi de 8,26 dias no HC-UFTM, encontrando-se acima, ainda, da média geral de permanência no mesmo hospital, que é de 7,4 dias, segundo informações sobre dados estatísticos da UFTM (UFTM, 2013). Segundo Mello Jorge e Koiziume (2004), o TMP comparando traumatismos e envenenamentos mostrou-se menos importante em relação aos pacientes internados por causas naturais, em média, 6,76 dias, no estado de São Paulo; e os pacientes internados por causas externas ficaram, em média, 4,68 dias (dados para o estado de São Paulo). Resultados semelhantes foram descritos por Mesquita et al. (2009) no Piauí.

Talvez haja discrepância nos tempos médios de permanência em razão de o número de notificações estudadas nesta pesquisa serem reduzidos em relação aos estudos supracitados, que abrangeram metodologia de tipo de estudo ecológico, porém verifica-se que as internações decorrentes da violência consomem períodos relevantes de permanência nos hospitais.

Em relação aos custos, os resultados demonstraram que das 321 fichas de notificação, 302 foram faturadas pelo DSIM e/ou Setor de Faturamento do HC-UFTM. Foram internadas 91 pessoas, das quais 38 em 2010 e 53 em 2011, com

gastos de R\$ 70.891,00 e R\$ 98.341,00 em 2010 e 2011, respectivamente. Os casos que foram atendidos ambulatorialmente e em pronto-atendimento totalizaram 245, com gastos de R\$ 5.970,00 em 2010 e R\$ 7.645,00 em 2011.

A violência física representou 99,6% (R\$ 168.555,07) dos custos hospitalares, podendo ser explicada pelos altos gastos com diárias de UTI e procedimentos cirúrgicos e 74,9% (R\$ 10.197,00) dos custos ambulatoriais, seguida da violência sexual que representou apenas 1,0% (R\$ 1.692,32) dos custos hospitalares, visto que a maioria dos casos evoluiu com alta hospitalar após procedimentos profiláticos e não geraram internação, mas estes representaram 35,1% (R\$ 4.778,86) dos custos ambulatoriais.

O valor médio por internação por violência no SUS no estado de Minas Gerais foi de R\$ 1.550,09 em 2009 e de R\$ 1.597,82 em 2010 (MS, 2013a). O GM por internação encontrado nesta pesquisa foi de R\$ 1.859,69. Os valores encontrados neste trabalho talvez tenham excedido os custos no estado de Minas Gerais, porque houve duas internações superiores a 40 dias, elevando, assim, o custo final, mas vão ao encontro do estudo de Mello Jorge e Koiziumi (2004), em que os gastos do SUS medidos pelo C-D e pelo GM com as internações hospitalares por causas externas foram superiores àqueles decorrentes de causas naturais, seja no âmbito do Brasil, seja no estado de São Paulo, embora o tempo médio de internação em dias tenha sido menor em ambas as áreas.

Allareddy, Allareddy e Nalliah (2011) estimaram o perfil e os custos dos atendimentos de emergência de fraturas de face decorrentes de acidentes em hospitais nos Estados Unidos. A idade média dos pacientes foi de 37,9 anos, sendo 68% do sexo masculino. A média de custo por visita foi de 3,192 dólares; a média de despesas de hospitalização totalizou 62,414 dólares; a média de internação foi de 6,23 dias, tendo sido 37% de agressões, 24,6% de quedas e 12,1% de acidentes de trânsito. O perfil e os custos de casos notificados de violência no HC-UFTM aponta que a idade (grupo etário de 20 a 59 anos) corrobora o estudo americano; porém, em relação ao sexo, diferencia-se, pois o estudo americano aborda os acidentes automobilísticos, destacando o sexo masculino, enquanto o presente estudo aborda a violência doméstica, que contempla em sua maioria o sexo feminino.

A violência física representou 97,7% dos custos para o HC-UFTM, com custo médio de R\$ 714, 95, confirmando o estudo de Melione e Mello Jorge (2008), realizado em São José dos Campos - SP, que evidenciou que os maiores gastos

totais foram por internações decorrentes de acidentes de transporte e quedas. O maior GM de internação foi em razão de acidentes de transporte (R\$ 614,63), seguido das agressões (R\$ 594,90). Os resultados encontrados demonstraram que a violência física é importante fonte de gastos com internações por causas externas.

A violência sexual totalizou custos hospitalares e ambulatoriais de R\$ 6.369,00; os custos relacionados à violência sexual são provenientes principalmente da profilaxia, que deve ser realizada nas primeiras 72 horas após a violência, são eles a contracepção: anticoncepcional oral com 50 µg de etinil-estradiol (2 comprimidos) e repetir após 12 horas; ou anticoncepcional oral com 30 µg de etinil-estradiol (4 comprimidos) e repetir após 12 horas. Realizar o β HCG antes do início da medicação; Sífilis: Penicilina Benzatina – Em crianças 50.000 UI/kg IM dose única. Em adultos 2.400.000 UI IM; Gonorréia: Ceftriaxona – 125 mg IM dose única. Doxiciclina – 100 mg VO de 12 em 12 horas durante 7 dias. *Chlamydia trachomatis*: Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 g) VO, dose única. Eritromicina 50 mg/kg/dia de 6 em 6 horas VO, por 10 a 14 dias; tricomoníase ou vaginose bacteriana: Metronidazol 15 mg/kg/dia de 8 em 8 horas VO por 7 dias. Em maiores de 45 kg: 2 g VO, dose única; hepatite B: checar esquema vacinal. Se completo: conduta encerrada. Iniciar ou completar o esquema inicial com as doses necessárias (zero, 30 e 180 dias). Indicar a Imunoglobulina hiperimune para hepatite B, dose única; HIV / AIDS: iniciar preferencialmente até 1 hora após a violência ou até, no máximo, 72 horas. Usar por 28 dias o esquema: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Kaletra (ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA - DIRETRIZES ASSISTENCIAIS, 2012).

Custos médicos diretos totalizaram D\$J\$ 96.800 mil dólares jamaicanos para lesões fatais, D\$J\$ 484.800 para lesões graves, e D\$J\$ 1,5 bilhão de dólares jamaicanos para ferimentos leves ocasionados por violência interpessoal em 2006. O custo por lesão foi de aproximadamente D\$J\$ 72.000 para os ferimentos fatais, D\$J\$ 418.000 para ferimentos graves e D\$J\$ 256.000 para ferimentos leves, sendo que o dólar jamaicano corresponde a R\$ 0,02173 reais (WARD et al., 2009). Os resultados encontrados no presente estudo demonstraram que a violência física é importante fonte de gastos com internações por causas externas também em outros países.

Em 2010, os gastos em saúde referentes à violência contra crianças e adolescentes com idades entre 0 e 19 anos representaram, neste estudo, 14,1% em 2010 e 15,0% em 2011, indo ao encontro do estudo de Monuteaux, Lee e Fleeger

(2012), nos Estados Unidos, onde o custo médico total de lesões intencionalmente infligidas a crianças foi de 765 milhões de dólares, deixando claro que os atendimentos em emergências de crianças vítimas de lesão violenta representam um importante problema de público saúde e um desafio econômico, necessitando de prevenção e esforços de intervenção.

Lundy et al. (2010) salientaram a falta de dados relacionados à violência pós-traumas em crianças no Reino Unido, objetivando estabelecer os custos físicos e financeiros de traumas na cabeça de crianças obtidos com base em dados retrospectivos. Das crianças sobreviventes, grande parte ficou com déficits neurológicos e/ou psicológicos, gerando custos substanciais, enfatizando que é necessário muito planejamento e trabalho para estabelecer as necessidades dessas crianças a longo prazo. O mesmo deve ser pensado para adolescentes, adultos e idosos, pois a falta de prevenção e planejamento com relação à questão da violência gera doentes crônicos que ajudam a inflar o novo perfil epidemiológico da saúde no Brasil.

O gasto em saúde foi mais elevado no que se refere à violência sofrida pelo sexo feminino, contemplando 54,9% dos custos. Em estudo realizado na Dinamarca, Kruse et al. (2011) relataram que os gastos com atendimentos em saúde em mulheres vítimas de violência foram mais elevados que os custos em mulheres não vítimas, impulsionados pelos tratamentos psiquiátricos e os vários episódios de violência pelos quais essas mulheres passaram. As estimativas dos custos econômicos da violência por parceiro íntimo são substanciais, incluindo mudanças na qualidade de vida e medidas cautelares (LOGAN; WALKER; HOYT, 2012).

Houve um crescimento dos gastos em saúde com violência no HC-UFTM de 38,0% de 2010 para 2011, assim como no estudo de Mendonça e Alves (2004), que encontrou crescimento dos gastos de aproximadamente 42,7% no estado de Pernambuco de 1996 a 1999. Tal fato pode ser explicado, pois, geralmente, o tratamento das vítimas de causas externas demanda procedimentos mais onerosos, como cirurgias e exames de diagnóstico por imagem. Deve-se considerar também o alto custo terapêutico do atendimento a esses pacientes, que necessitam de procedimentos mais caros, como cirurgias, internações em unidades de terapia intensiva, medicamentos e equipes multiprofissionais.

Custos médicos relacionados a lesões associadas a armas de fogo representaram 14% de todas as lesões relacionadas à violência entre 2010-2011,

corroborando a pesquisa de Ward et al. (2009), em que cerca de 16% dos custos estavam relacionados a lesões por arma de fogo na Jamaica, em 2006.

Método semelhante ao estudo de Ward et al. (2009) foi empregado no Brasil e na Tailândia. No Brasil, em 2004, o custo médico direto de lesões ocasionados por violência representava cerca de 0,4% do total do orçamento da saúde, enquanto as perdas de produtividade por causa da violência corresponderam a aproximadamente 12% do total de gastos com saúde e 1,2% do PIB (BUTCHART et al., 2008). Da mesma forma, na Tailândia, o custo médico direto de ferimentos em razão da violência representou cerca de 4% do orçamento total da saúde em 2005, enquanto as perdas de produtividade ocasionados por lesões relacionadas à violência representaram 0,4% do PIB. A título de comparação, os custos anuais de acidentes de trânsito na América Latina e no Caribe (incluindo Jamaica e Brasil) são estimados em cerca de 1% do PIB (JACOBS; AERON-THOMAS; ASTROP, 2004). Esses resultados sugerem que as lesões relacionadas à violência são uma carga significativa para a economia brasileira.

Segundo Otálvaro e Amar (2011), a violência, sendo um fenômeno multicausal, deve ser tratada de uma maneira interdisciplinar, ou seja, todos os envolvidos devem unir forças e canalizar todos os tipos de recursos para a sua gestão.

O gasto em saúde mostrou-se mais elevado para vítimas de violência de acordo com o aumento do tempo de internação e o avanço da idade. Em estudo realizado nos Estados Unidos de 2000-2008, Monuteaux (2012) evidenciou que custos agregados no tratamento de crianças vítimas de violência aumentaram com a idade da vítima.

As diárias de UTI e os procedimentos cirúrgicos representaram, juntos, 66,2% dos custos de cuidados de saúde em 2010 e 2011, estabelecendo os pontos que mais elevam os gastos, em consonância com Silva e Cauás (2004).



## 11 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico da violência apresentou 321 casos notificados no HC-UFTM. Destes, o maior número foi de mulheres, representando 64,8%. Houve predominância entre o grupo etário de 20 a 59 anos, 54,5%. Os casos afetaram, em sua maioria, pessoas procedentes de Uberaba, solteiros e brancos. Indivíduos com deficiência ou transtorno representaram parcela importante das ocorrências do estudo.

Os casos de violência física e sexual foram os de maior ocorrência, tanto no ano de 2010 quanto em 2011. A violência física representou 83,2% dos casos. A força corporal e o espancamento foram os meios de agressão mais frequentemente utilizados nos atos violentos, seguidos dos envenenamentos e objetos perfurocortantes. As violências física e sexual predominaram no sexo feminino. Dos tipos de violência sexual, o estupro teve maior ocorrência. A maioria das vítimas foi agredida dentro do ambiente familiar, e geralmente 75,2% (2010) e 79,9% (2011) por apenas um agressor, sendo este, em sua maioria, do sexo masculino. Mais de 90% das vítimas teve alta como evolução do caso, e 4,4% evoluíram a óbito.

Das 321 fichas de notificação, 19 não foram faturadas pelos órgãos responsáveis (DSIM e Faturamento) dentro do HC-UFTM. Os custos hospitalares e ambulatoriais totalizaram R\$ 182.897,00, com GM de R\$ 1.859,60; C-D de R\$ 225,04; e tempo médio de internação de 8,26 dias. As diferenças entre custos relacionadas ao sexo não se mostraram estatisticamente significativas, diferentemente do que ocorreu entre solteiros e casados/união consensual, em que os solteiros obtiveram maiores gastos em saúde, assim como os portadores de deficiência em relação aos não portadores. As diárias de UTI e as cirurgias representaram parcela significativa no custo total da internação (66,2%).

Houve um crescimento do número de internações do ano de 2010 para 2011, com aumento de 36% de um ano para outro. 71,4% dos casos permaneceram internados de um a 10 dias no HC-UFTM.

Quanto à incompletude dos dados, 7,3% em 2010 e 4,9% em 2011 continham pelo menos um campo da ficha de notificação incompleto. A incompletude dos registros esteve muito presente no que se refere à escolaridade, em que a maioria dos registros foi branco/ignorado.

Assim sendo, e diante do exposto, conclui-se que a violência aumenta sua notoriedade a cada ano, com aumento do número de notificações, predominância das vítimas do sexo feminino, agredidas em suas residências por conhecidos ou parentes, evoluindo com importante aumento das internações hospitalares e dos gastos em saúde oriundos da violência. Sabe-se, ainda, que a violência está intimamente ligada a indicadores socioeconômicos baixos, e que ampla parte das violências podem ser evitáveis mediante atuações promocionais em saúde, tanto educativas como de prevenção, sugerindo-se intervenções nessas áreas.

Embora haja limitações presentes no Banco de Dados em relação às internações hospitalares por causas externas no SUS, pode-se afirmar que sua grande massa de dados garante uma boa visibilidade sobre o perfil da violência no país. Houve um aumento do número de notificações de um ano para o outro, apontando para a melhoria das notificações de violência em Uberaba, sendo uma tendência também no Brasil. Houve dificuldade em trabalhar com dados secundários nesta pesquisa. A carência de informações foi uma constante.

Na literatura, existe uma lacuna muito grande na área de violência associada aos custos de forma geral. Dessa maneira, torna-se interessante a realização de estudos semelhantes com um maior número de notificações em nível estadual e federal a fim de futuras comparações.

Outro fator muito importante seria o investimento no treinamento e capacitação dos profissionais que preenchem as fichas de notificação de violência e as autorizações de internações hospitalares, com o objetivo de melhorar os bancos de dados do SINAN e SUS para posteriores verificações mais fidedignas. Esses fatores estão implicados diretamente nas limitações deste estudo, atribuídas ao subregistro da violência e a seus custos financeiros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos tempos, muito se tem argumentado sobre a violência e suas nuances, apontando-se causas e culpados, porém pouco se tem feito de concreto para atingir as raízes do problema. Muitas vezes, sentimo-nos indignados com tamanha violência experimentada, tantas vezes próxima e sempre causadora do medo e da castração dos direitos de ir e vir do ser humano. Porém, depois do impacto daquele instante de horror, a violência acaba caindo no esquecimento, até que venha outra e outra.

A violência gera custos humanos e sociais em absenteísmo e saúde. Pesquisar os custos gerados pela violência deve ser visto como importante ferramenta no planejamento e controle dos gastos em saúde.

Este estudo apresentou uma parcela dos gastos hospitalares com violência no Brasil, porém é um estudo pequeno e apresenta limitações, necessitando da implementação de dados ecológicos para a expansão e representatividade deste.

Os resultados deste estudo devem ser conhecidos por todos os profissionais de saúde em todos os níveis, principalmente gestores, pois a violência é algo que deve e pode ser prevenido. Com a geração de políticas públicas que possam, se não sanar, pelo menos reduzir a violência, economizaremos gastos importantes que oneram investimentos que poderiam ser gastos na própria saúde do brasileiro.

Sabemos que muitos são os desafios e esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir como um primeiro passo para tocar as autoridades e a população em geral, de maneira que sejam tomadas medidas preventivas em relação à violência para gerar um ponto de referência para a alocação de recursos, a definição de prioridades e a defesa da prevenção.

## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, mai, 2011.

ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA. **Diretrizes Assistenciais – Protocolo de Atendimento à vítima de violência sexual**. São Paulo, mar, 2012.

ALLAREDDY, V.; ALLAREDDY, V.; NALLIAH, R. P. Epidemiology of facial fracture injuries. **J Oral Maxillofac Surg**. 69:2613-2618, 2011.

ALOCHIO, A. C. A. **Análise das internações por causas externas no Estado do Espírito Santo**. 2011. Dissertação (Mestrado. em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

BIDDULPH, S. **Por que os homens são assim?** São Paulo: Fundamento, 2003.

BONOMI, A. E. et al. Health care utilization and costs associated with childhood abuse. **J. Gen. Inter. Med.**, v. 23, n. 3, p. 294-299; mar. 2008.

\_\_\_\_\_. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. **Health Services Research**, v. 44, n. 3, jun. 2009.

BORGES, C. N. L. O. **À flor da pele**: algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão. 2012. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Portugal, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/2282>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 16 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 set. 1990. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 96, 18 mai. 2001. Seção 1e.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 08 ago. 2006. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. **Rede Interagencial de Informações para Saúde**, Brasília: MS; 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.461, de 26 de junho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 jul. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BROWN, D. V. Economic value of disability-adjusted life years lost to violence: estimates for WHO Member States. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 203–209, sep. 2008.

BROWN, D. S.; FINKELSTEIN, E. A.; MERCY, J. A. Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 23, n. 12, p. 1747-1766, feb. 2008.

BRUNO, L. M. S. M. Considerações sobre o abuso financeiro de pessoas idosas e a dinâmica das relações familiares. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

BUTCHART, A. et al. **Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence**. Geneva, Switzerland: World Health Organization and Department Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, 2008.

BUVINIC, M.; MORRISON, A. **Violence as an obstacle to development**. Washington, D.C., Inter American Development Bank, (Technical note: Economic and social consequences of violence), 1999.

CAI, W. et al. Antecedents of medical workplace in South China. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 2, p. 312-327, may. 2010.

CAMARGO, F. C. et al. Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis; v. 20, n. esp., p. 100-107, 2011.

CARLTON-FORD, S.; BOOP, D. Civil war and life chances: a multinational study. **International Sociology**, p. 75-97, v. 25, n. 1, jan. 2010.

CARVAJAL, F. U.; FERNÁNDEZ, R. R.; ABREU, R. L. V. Violencia doméstica em la tercera edad. **Revista Cubana de Salud Pública**; v. 36, n. 2, p. 189-191, 2010.

CECÍLIO, L. P. P. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios

do Estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 293-304, abr./jun. 2012.

CERQUEIRA et al. **Análises dos custos e conseqüências da violência no Brasil**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

CLAYTON, D.; BARCEL, A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. **Chronic Diseases in Canada**, v. 20, p. 89-95, 1999.

CUEVA, G. Violencia y adicciones: problemas de la salud pública. **Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública**, v. 29, n. 1, p. 99-103, mar. 2012.

DALBOSCO, C. **Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens: estudo teórico clínico de famílias em sofrimento**. 2006. 216 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS – CID 10**. 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/defpto.htm.exe?sih/mbr.def>>. Acesso em: 15 set. 2013.

DE ALMEIDA, A.; LOURENÇO, L. M. Como a violência doméstica/intrafamiliar foi vista ao longo do tempo no Brasil: breve contextualização. **Perspectivas em Psicologia**, v. 9, p. 14-23, 2012.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P.; UGÁ, M. A. D. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 287-299, 1998.

DODGE, K. A.; COIE, J. D. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 53, p. 1146-1158, dec. 1987.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Recife, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev. Saude Pública**; v. 41, n. 2, p. 301-306; 2007.

FEIJÓ, M. C. C.; PORTELA, M. C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-637, mai./jun. 2001.

FILHO, N. A.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos da metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 6 ed., p., 2003. 728 p.

FLOOD, C.; BOWERS, L.; PARKIN, D. Estimating the costs of containment on adult acute inpatient psychiatric wards. **Nurs. Econ.**, v. 26, n. 5, p. 325-330, sep./oct. 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Child protection from violence, exploitation and abuse.** [2011]. Disponível em: <[http://www.unicef.org/protection/index\\_armedconflict.html](http://www.unicef.org/protection/index_armedconflict.html)>. Acesso em: 31 jan. 2011.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1121-1129. 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003. 2004.

GOODWIN, J. Explaining revolutionary terrorism. In: FORAN, J.; LANE, D.; ZIVKOVIC, A. **Revolution in the making of the modern world – social identities, globalization and modernity.** New York: Routledge, p.199-221, 2008.

GRACIA, E. **Las víctimas invisibles de la violencia familiar: el extraño iceberg de la violencia doméstica.** Barcelona: Paidós; 2002.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia com necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 45, n. esp. 2, p. 1731-5; 2011.

HAEYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Rev. Bras. Hist. Cienc. Soc.**, a. 1, n. 1, jul. 2009.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, p. 89-121, 2002.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **violence against women: the hidden health burden.** Washington, DC: World Bank; 1994.

HELWEG-LARSEN, K. et al. Risk factors for violence exposure and attributable healthcare costs: results from the danish national health interview surveys. **Scandinavian Journal of Public Health**, n. 39, p. 10–16, 2011.

HOFFMAN, B. **Inside terrorism.** New York: Columbia University Press, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 17 set. 2012.

IWAMOTO, H. H. et al. A violência sexual infanto-juvenil sob a ótica dos informantes-chave. **Rev. Eletr. Enf**, v. 12, n. 4, p. 647-654, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/11699>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, p. 100-107, 2012a.

\_\_\_\_\_. Situações de violência sexual infanto-juvenil registradas no conselho tutelar de Uberaba / MG. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v.1 n.1, 2012b. Disponível em: <<http://fmtm.br/revistaeletronica/index.php>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

JACOBS, G.; AERON-THOMAS, A.; ASTROP, A. **Estimating global road fatalities**. London: Copyright Transport Research Laboratory, 2004.

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

KRUSE, M. et al. The health care coasts of violence against women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 17, p. 3494–3508, 2011.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LEITE, M. A. R. et al. Perfil epidemiológico de pacientes que tentaram suicídio no Brasil. **Percorso Acadêmico**. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 175-176, 2011.

LIGNAMI, L. O.; VILLELA, L. C. M. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 225-234, abr./jun. 2013.

LOGAN, T. K.; WALKER, R.; HOYT, W. The economic costs of partner violence and the cost-benefit of civil protective orders. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 27, n. 6, p. 1137-1154, 2012.

LUNDY, C. T. et al. Outcome and cost of childhood brain injury following assault by young people. **Emerg. Med. J.**, n. 27, p. 659-662, 2010.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, 2009.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor de saúde – Brasil, 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

MELIONE, L. P. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1814-1824, ago. 2008.

MELIONE, L.P. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Morbidade Hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 17(3): 205-216, jul/set. 2008.



MELIONE, L. P. R. **Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

MELLO JORGE, M. H. P. et al. Em busca de melhores informações sobre a causa básica do óbito por meio de *linkage*: um recorte sobre as causas externas em idosos – Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 407-418, jul./set. 2012.

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: Análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 7, n. 2., 2004.

MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B.; FILHO, J. E. C. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1577-1581, nov./dez. 2002.

MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B. Custos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de traumatismos no Estado de Pernambuco em 1999. **Acta. Ortop. Bras.**, v. 12, n. 3, 2004.

MESQUITA, G. V. et al. Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 273-279, abr./jun. 2009.

MILLER, T. R.; COHEN, M. A. Costs of gunshot and CUT/stab wounds in the United States with some Canadian comparisons. **Accident Analysis and Prevention**, v. 29, p. 329-341, 1997.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Vigilância de Violências. **Relatório Técnico de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.1, n. 2, 2010, 21 p.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, p. 9-4, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; **Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000**. Centro Latinoamericano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Carelli, ENSP, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, jul. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SE / Datasus** - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde **VIVA contínuo**. Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1612](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612)>. Acesso em: 06 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Fundo Nacional de Saúde. **Desembolso financeiro por regime de caixa (2012)**. Uberaba, 2012a. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Fundo Nacional da Saúde. **Gestão financeira do sistema único de saúde**: manual básico. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM nº. 104**, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Morbidade por acidentes e violências no Brasil**: tendência das hospitalizações no período de 2002 a 2011. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação**. 5 ed. Brasília, 2011c, 34 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM nº. 3.462**, de 11 de novembro de 2010. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Nota técnica nº. 22 CGDANT/DASIS/SVS/MS**. Brasília, p. 1-10, 2006.

\_\_\_\_\_. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Caderno de atenção básica**, Brasília, n. 8, 2002.

\_\_\_\_\_. **Movimento de Autorização de Internação Hospitalar**. Arquivos Reduzidos. Brasília, 1999.

MONUTEAUX, M. C.; LEE, L.; FLEEGER, E. Children injured by violence in the United States: emergency department utilization, 2000-2008. **Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine**, v. 19, n. 5, p. 1553-2712, may. 2012.

NIEBUHR, D.; SALGE, S.; BRZANK, P. Kosten intimer partner-gewalt gegen frauen ein systematischer review. **Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz**, v. 55, p. 715-717, 2012.

NJAINE, K. et al. **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2009.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Roxo, 1995, p. 188.

OLIVEIRA, M. E. P. et al. Avaliação da completitude dos registros de febre tifóide notificados no Sinan pela Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 219-226, jul./set. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **In depth study on all forms of violence against women.** New York, 2006. Disponível em: <<http://daccessods.un.org/tMP/8874883.html>>. Acesso em: 18 set. 2013.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”.** Belém do Pará, 1994. Disponível em: <[http://www2.mre.gov.br/dts/violencia\\_e.doc](http://www2.mre.gov.br/dts/violencia_e.doc)>. Acesso em: 20 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Geneva, 2002.

\_\_\_\_\_. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo: Centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em português, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2 ed. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. **Recomendaciones para el estudio de los costos de la violencia.** Caracas, 1995.

OTÁLVARO, L. E. O.; AMAR, J. J. A. Violencia em la pareja, las caras del fenómeno. **Salud Uninorte**, Barranquilla (Col.), v. 27, n. 1, p. 108-123, 2011.

PARLAMENTO EUROPEU. **Pobreza e exclusão social – Relatório integral.** Bruxelas, jan. 2011.

PEREIRA, M. G. Métodos empregados em epidemiologia. In: PEREIRA M. G. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PFEIFFER, L.; PIRES, J. M. Principais tipos de violência. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Crianças e adolescentes seguros: guia completo para prevenção de acidentes e violências.** São Paulo: Publifolha, 2005, p. 253.

RODRIGUES, R. I. et al. Os custos da violência para o sistema público no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 29-36, jan. 2009.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 673-681, 2006.

SACOL, K. L. P., ZAPPE, J. G. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. **Advances in Health Psychology**, v. 19, n. 1-2, p. 39-50, jan./dez., 2011.

SANTANA, J.S.S. ; SANTANA, R.P.; LOPES, M. L. Violência Sexual contra crianças e adolescentes: Análise de notificações dos conselhos tutelares e departamento de polícia técnica. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.35, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório Técnico sobre Vigilância de Violências de Minas Gerais**. Coordenadoria de doenças e agravos não transmissíveis. v. 01, 2010.

SCHWARTZMAN, S. Brasil, The Social Agenda. **Daedalus** (Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences), v. 129, n. 2, p. 29-53, 2000.

SHAH, A. Suicide rates: age-associated trends and their correlates. **J. Inj. Violence Res.**, v. 4, n. 2, p. 79-86, jul. 2012.

SHAW, J. A. Children exposed to war/terrorism. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 6, p. 237-246, 2003.

SILVA, J. J.; CAUÁS, M. Avaliação da violência urbana e seu custo cirúrgico na vítima de trauma de face no Hospital Restauração – Recife PE. **Odontol. Clín.-cient**, v. 3, n. 1, p. 49-56, jan./abr. 2004.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; FERREIRA, L. A. Impacto da morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **R. pesq.: cuid.fundam.** Online. 4(4): 3033 - 3042, 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1859/pdf\\_662](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1859/pdf_662)>. Acesso em: 18 nov. 2013.

SILVEIRA, R. E.; IWAMOTO, H. H.; MIRANZI, S. S. C. Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. **CuidArt, Enferm.**, v. 3, n. 1, p. 19-25, jan./jun. 2009.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E. R. et al. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3243-3248, 2012.

SOUZA, W. V.; DOMINGUES, C. M. A. S. Notificação compulsória de doenças e agravos no Brasil: um breve histórico sobre o Sistema de Informação de Agravos de Notificação no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistema de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, v. 1, p. 39-60.

STUCKLER, D. et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **The Lancet**, v. 374, p. 315-323, jul. 2009.

SPSS. Inc. Statistical Analysis Using SPSS. Chicago, 2001.

TOMIMATSU, M. F. A. I. **Internações por acidentes e violências financiadas pelo setor público em Londrina, Paraná**: análise dos registros, gastos e causas. 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. **Apresentação do hospital de clínicas da UFTM**. [2013]. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/11/t/APRESENTACAO>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. **Global trends. refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced, and stateless persons**. Geveva: United Nations High Commissioner for Refugees, jun. 2010.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WAISELFIS, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari/Ministério da Justiça, 2011. Disponível em: <<http://www.sesp.rr.gov.br/MAPADAVIOLENCIA.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

WARD, E. et al. Results of an exercise to estimate the costs of interpersonal violence in Jamaica. **West Indian Med. J.**, v. 58 n. 5, p. 446, nov. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Statistical Information System (WHOSIS)**. [2012]. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/en/>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Global consultation on violence and health.violence**: a public health priority. Geneva: WHO, 1996.

YWATA, A. X. C. et al. Custos das mortes por causas externas no Brasil. **Rev. Bras. Biom.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 23-47, 2008.

## **APÊNDICE A – VALORES DOS PROCEDIMENTOS SEGUNDO SIGTAP 2010/2011**

### **1) EXAMES DE IMAGEM**

#### 1.1) US:

a) US dos demais sistemas:

- US de tórax = R\$ 24,20
- US de abdome total = R\$ 37,95
- US obstétrica = R\$ 24,20
- US de aparelho urinário = R\$ 100,10
- US de tireoide = R\$ 24,20
- US Transfontanela = R\$ 62,15

b) US do sistema circulatório:

- US doppler colorido = R\$ 39,60
- Ecocardiograma = R\$ 159,08

c) Tomografias computadorizadas (CT):

- CT de tórax e membros = R\$ 136,41
- CT de abdome e pelve = R\$ 138,63
- CT de cabeça e pescoço = R\$ 97,44 (crânio) / 86,75 (coluna) / 140,82 (face)

d) RNM:

- RNM de cabeça, pescoço e coluna = R\$ 268,75

### **2) EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

- a) Exames doador/receptor (I e II) = R\$ 17,02 (cada)
- b) Medicina transfusional = R\$ 8,39

### **3) TRATAMENTO DE DOENÇAS**

- a) Tratamento de doenças:
  - Pneumonia ou Influenza (Gripe) = R\$ 582,42
  - Doenças bacterianas = R\$ 865,91
  - Insuficiência cardíaca = R\$ 699,46
  - Doenças do esôfago, estômago e duodeno = R\$ 186,06
- b) Tratamento de intoxicações e envenenamentos = R\$ 136,95
- b) Tratamento de queimados = R\$ 1.819,52
- c) Tratamento de traumatismos – localização específica/não específica = R\$ 199,33

#### **4) DIÁRIAS**

- a) Diárias de acompanhante/acompanhante gestante = R\$ 8,00
- b) Diárias de UTI = R\$ 508,63

#### **5) TERAPIA NUTRICIONAL**

- a) Nutrição enteral e passagem de sonda nasogástrica = R\$ 44,00

#### **6) ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA**

- a) Fisioterapia motora = R\$ 6,35
- b) Fisioterapia respiratória = R\$ 6,35

#### **7) CIRURGIAS**

- a) Cirurgia bucomaxilofacial/face:
  - Redução incruenta de fratura de maxilar superior Le Fort I = R\$ 364,55
  - Redução cruenta de fratura dos ossos próprios do nariz = R\$ 252,40
  - Osteossíntese da fratura complexa da mandíbula = R\$ 589,13
  - Osteossíntese de fratura simples da mandíbula = R\$ 503,19
- b) Cirurgias de pele e tecido:

- Enxerto dermoepidérmico = R\$ 365,77
  
- c) Cirurgia de esôfago-estômago-duodeno:
  - Tratamento cirúrgico no politraumatizado e gastrorragia = R\$ 897,08
  - Laparotomia exploradora e gastrorragia = R\$ 687,76
  - Esofagocoloplastia = R\$ 1.914,57
  - Esofagostomia e gastrostomia = R\$ 1.251,29,00
  
- d) Cirurgia de intestino-reto-ânus:
  - Enterotomia e/ou enterorragia com sutura e colostomia = R\$ 1.715,68
  - Laparotomia exploradora e colorragia por via abdominal = R\$ 2.762,90
  - Jejunostomia/ileostomia = R\$ 799,64
  - Colectomia parcial (hemicolectomia) e enterectomia = R\$ 2.762,90
  
- e) Cirurgia da cavidade orbitária e globo ocular = R\$ 730,42
- f) Cirurgia da parede e cavidade abdominal:
  - Laparotomia exploradora e enterotomia e/ou enterorragia com sutura/resecção = R\$ 637,19
  
- g) Cirurgia de pâncreas-baço-fígado-vias biliares:
  - Hepatorragia =R\$ 897,08
  
- h) Cirurgia do aparelho digestivo:
  - Esofagogastroduodenoscopia = R\$ 48,16
  
- i) Cirurgia das vias aéreas:
  - Traqueostomia = R\$ 554,73
  - Cânula de traqueostomia com balão = R\$
  
- j) Cirurgia de pulmões:
  - Pneumorragia = R\$ 1.260,27
  
- k) Cirurgia da parede torácica:
  - Toracotomia com drenagem pleural fechada = R\$ 1.029,44



- Toracotomia exploradora = R\$ 794,31

l) Cirurgia dos membros superiores:

- Tratamento cirúrgico de luxação/fratura – luxação metacarpofalangeana = R\$ 192,60

- Tratamento cirúrgico de fratura/lesão fisária das falanges da mão – com fixação = R\$ 192,60

- Tratamento cirúrgico fratura/lesão fisária de epicôndilo/epitróclea do úmero = R\$ 311,42

m) Cirurgia dos membros inferiores:

- Tratamento cirúrgico de fratura/lesão fisária proximal do colodo fêmur – síntese = R\$ 961,85

n) Tratamentos gerais:

- Tratamento cirúrgico em politraumatizado e tenomiiorrafia = R\$ 205,91

o) Trauma e anomalias do Sistema Nervoso Central:

- Cirurgia de fístula liquórica raquidiana = R\$ 2.018,51

- Craniotomia descompressiva = R\$ 860,28

- Osteoplastia fronto-orbital = R\$ 571,87

- Cirurgia de hematoma cerebral = R\$ 1.500,72

- Procedimentos sequenciais em neurocirurgia e/ou ortopedia e cranioplastia = R\$ 2.313,70

## **8) ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS (OPM)**

a) OPM comuns:

- Cânula de traqueostomia sem balão = R\$ 8,93

- Placa de titânio para neurocirurgia = R\$ 1.124,00

- Placa de titânio do sistema ósseo = R\$ 281,00

- Grampeador linear cortante = R\$ 1.033,00

b) OPM em ortopedia:

- Parafuso esponjoso 4,0 mm = R\$ 43,20
- Parafuso canulado 7,0 mm = R\$ 43,20
- Placa com parafuso deslizante de 135 ou 150 = R\$ 621,00

## **9) TESTE REALIZADO FORA DA ESTRUTURA**

- a) Teste rápido de HIV = R\$ 10,00

## **10) EXAMES SOROLÓGICOS**

- a) Exames sorológicos
  - Hepatites B e C (antígeno de superfície)= R\$ 18,55
  - HIV (imunofluorescência, teste rápido ou ELISA)= R\$ 10,00 (cada)
  - Sífilis (VRDL) = R\$ 2,83
  - Rubéola (IGM) = R\$ 17,16
  - Citomegalovírus (anticorpos anticitomegalovírus IGM e IGG) = R\$ 11,00
  - Antitoxoplasma (IGG) = R\$ 17,16
  - Doenças reumáticas autoimunes (anticorpos anti-HTLV 1 e 2)= R\$ 18,55

## **11) EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS**

- a) Exames anatomopatológicos (biópsias) = R\$ 24,00

## **12) OUTROS EXAMES**

- a) Aparelho respiratório:
  - Broncofibroscopia R\$ 36,02

## **13) CONSULTAS**

- a) Consultas médicas = R\$ 10,00
- b) Primeira consulta em pediatria = R\$ 55,20
- c) Diagnóstico e/ou atendimento de urgência = R\$ 44,22

## **14) PARTO**

- a) Parto cesariano = R\$ 890,94
- b) Parto e nascimento (primeira consulta de pediatria de recém-nascido) = R\$ 55,20
- c) Anestesia (anestesia obstétrica para cesariana) = R\$ 96,60

## **15) OUTROS TRATAMENTOS**

- a) Tratamento de doenças do sistema nervoso:
  - Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico – grau leve = R\$ 242,10
  - Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico – grau médio = R\$ 329,26
  - Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico – grau grave = R\$ 718,28
  - Tratamento traumatismo raquimedular (TRM) = R\$ 329,26
  - Tratamento conservador da dor rebelde de origem central ou neoplásica = R\$ 329,26
- b) Tratamento dos transtornos psiquiátricos = R\$ 56,00
- c) Tratamento dos transtornos provocados por intoxicação aguda em usuários de álcool e outras drogas = R\$ 130,00
- d) Tratamento dialítico = R\$ 111,42
- e) Acessos para diálise (implantação de cateter venoso central duplo-lúmen) = R\$ 163,89
- f) Acessos venosos (implantação de cateter venoso central mono-lúmen)= R\$ 85,00

## **16) CONSULTAS EM AMBULATÓRIO E PRONTO-SOCORRO**

- a) Atendimento em pronto-atendimento = R\$ 11,00
- b) Atendimento em ortopedia = R\$ 13,00

- c) Atendimento de urgência com observação de 24 horas = R\$ 12,47
- d) Consulta médica especializada = R\$ 10,00
- e) Consulta de profissional de nível superior = R\$ 6,00

## **17) EXAMES DE IMAGEM**

### a) Raios X:

- RX de mão = R\$ 6,30
- RX de punho = R\$ 6,91
- RX de antebraço = R\$ 6,42
- RX de braço = R\$ 7,77
- RX de cotovelo = R\$ 5,90
- RX de ombro = R\$ 7,98
- RX de bacia = R\$ 7,77
- RX de coluna lombosacral = R\$ 10,96
- RX de coluna toracolombar = R\$ 15,58
- RX de coluna cervical = R\$ 8,33
- RX de joelho = R\$ 6,78
- RX de coxa = R\$ 8,94
- RX de perna = R\$ 8,94
- RX tíbiotársica = R\$ 6,50
- RX cavum (pé) = R\$ 6,88
- RX de dedos do pé = R\$ 6,78
- RX calcâneo = R\$ 6,50
- RX de tórax = R\$ 6,88
- RX de abdome = R\$10,73
- RX de abdome simples = R\$ 7,17
- RX de ossos da face = R\$ 8,38
- RX de crânio = R\$ 9,15

### b) CT:

- CT de sela túrcica (crânio) = R\$ 97,44
- CT de coluna cervical = R\$ 86,76
- CT dos seios da face = R\$ 86,75

- CT de pelve

c) US:

- US obstétrica = R\$ 20,00

- US obstétrica com Doppler = R\$ 33,00

- US de abdome total = R\$ 33,00

- US doppler vasos = R\$ 33,00

## **18) PROCEDIMENTOS**

a) Administração de medicamentos = R\$ 0,63

b) Retirada de fio e/ou pino metálico = R\$ 28,42

c) Sutura = R\$ 6,00

d) Curativos e retirada de pontos = R\$ 0,00

e) Revisão e/ou troca do aparelho gessado = R\$ 21,93

f) Psicoterapia = R\$ 2,55

## **19) EXAMES LABORATORIAIS**

a) Hemograma = R\$ 4,11

b) Eritrograma = R\$ 2,73

c) Hematócrito = R\$ 2,73

d) Hematimetria = R\$ 2,73

e) Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO) = R\$2,01

f) Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP) = R\$2,01

g) Amilase = R\$ 2,25

h) Gama Glutamil Transferase (GAMA GT) = R\$ 3,51

i) Fosfatase alcalina = R\$ 2,01

j) Gasometria arterial = R\$ 15,65

k) Exames bioquímicos:

- Ureia = R\$ 1,85

- Creatinina = R\$ 1,85

- Colesterol LDL, HDL = R\$ 3,51 (cada)

- Colesterol total = R\$ 1,85

- Potássio sérico = R\$ 1,85
- Sódio = R\$ 1,85
- Proteínas totais e frações = R\$ 1,40
- Proteína C reativa = R\$ 9,25
- Fósforo = R\$ 1,85
- Magnésio = R\$ 2,01
- Cálcio = R\$ 1,85
- Glicose = R\$ 1,85
- Ácido úrico = R\$ 1,85
- Triglicerídeos = R\$ 3,51

l) Exames sorológicos:

- Hepatites B e C (antígeno de superfície)= R\$ 18,55
- HIV (imunofluorescência, teste rápido ou ELISA)= R\$ 10,00 (cada)
- Sífilis (VRDL) = R\$ 2,83
- Rubéola (IGM) = R\$ 17,16
- Citomegalovírus (anticorpos anticitomegalovírus IGM e IGG) = R\$ 11,00
- Antitoxoplasma (IGG) = R\$ 17,16
- Doenças reumáticas autoimunes (anticorpos anti-HTLV 1 e 2) = R\$ 18,55

m) Exames hormonais:

- Hormônio tireoestimulante (TSH) = R\$ 7,79
- Tiroxina livre (T4 livre) = R\$ 10,09
- Gonadotrofina coriônica humana (BETA HCG) = R\$ 6,83

## 20) CULTURAS

- a) Antibiograma = R\$ 4,98
- b) Cultura de bactérias para identificação = R\$ 5,62
- c) Cultura de fungos para identificação = 4,19
- d) Urocultura = R\$ 5,62
- e) Hemocultura = R\$ 11,49

## 21) EXAMES DE UROANÁLISE

- a) Urina I = R\$ 3,70
- b) Urinálise = R\$ 3,70

## **22) EXAMES COMPLEMENTARES**

- a) ECG = R\$ 5,15
- b) EEG = R\$ 11,34

## **23) OUTROS EXAMES**

- a) Retinografia colorida binocular = R\$ 12,34
- b) Retinografia fluorescente binocular = R\$ 20,93

## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

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

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

|   |  |  |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
| Dados Gerais  | 1 Tipo de Notificação<br><div style="text-align: right;">2 - Individual</div>  |  | 3 Data da notificação  |  |  |   |  |
|   | 2 Agravado/doença<br><b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>   |  | Código (CID10)<br>Y09  | 3 Data da notificação  |  |   |  |
|   | 4 UF   | 5 Município de notificação   |  | Código (IBGE)  |  |   |  |
|   | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)   |  | Código (CNES)  | 7 Data da ocorrência da violência  |  |   |  |
| Notificação Individual  | 8 Nome do paciente   |  |  | 9 Data de nascimento   |  |   |  |
|   | 10 (ou) Idade<br>1 - Hora <input type="checkbox"/><br>2 - Dia <input type="checkbox"/><br>3 - Mês <input type="checkbox"/><br>4 - Ano <input type="checkbox"/>   |  | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/><br>F - Feminino <input type="checkbox"/><br>I - Ignorado  | 12 Gestante<br>1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/><br>4 - Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/> |  | 13 Raça/Cor<br>1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/><br>4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> |  |
|   | 14 Escolaridade<br>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)<br>3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)<br>6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica |  |  |  |  |   |  |
|   | 15 Número do Cartão SUS  |  | 16 Nome da mãe   |  |  |   |  |
| Dados de Residência   | 17 UF  | 18 Município de Residência   |  | Código (IBGE)  | 19 Distrito  |   |  |
|   | 20 Bairro  |  | 21 Logradouro (rua, avenida,...)   |  | Código   |   |  |
|   | 22 Número  | 23 Complemento (apto., casa, ...)  |  | 24 Geo campo 1   |  |   |  |
|   | 25 Geo campo 2   |  | 26 Ponto de Referência   |  | 27 CEP   |   |  |
|   | 28 (DDD) Telefone  |  | 29 Zona<br>1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/><br>3 - Periurbana 9 - Ignorado   |  | 30 País (se residente fora do Brasil)  |   |  |
|   | <b>Dados Complementares</b>  |  |  |  |  |   |  |
|   | Dados da Pessoa Atendida   | 31 Ocupação  |  |  |  |   |  |
|   |  | 32 Situação conjugal / Estado civil<br>1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/><br>2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado  |  | 33 Relações sexuais<br>1 - Só com homens <input type="checkbox"/> 3 - Com homens e mulheres <input type="checkbox"/><br>2 - Só com mulheres <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   |  |   |  |
| 34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?<br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado |  | 35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?<br>1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes<br><input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento |  |  |  |   |  |
| Dados da Ocorrência   | 36 UF  | 37 Município de ocorrência   |  | Código (IBGE)  | 38 Distrito  |   |  |
|   | 39 Bairro  |  | 40 Logradouro (rua, avenida,...)   |  | Código   |   |  |
|   | 41 Número  | 42 Complemento (apto., casa, ...)  |  | 43 Geo campo 3   |  |   |  |
|   | 44 Geo campo 4   |  | 45 Ponto de Referência   |  | 46 Zona<br>1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/><br>3 - Periurbana 9 - Ignorado |   |  |
|   | 47 Hora da ocorrência<br>(00:00 - 23:59 horas)   |  | 48 Local de ocorrência<br>01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/><br>02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/><br>03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado |  |  |   |  |
|   | 49 Ocorreu outras vezes?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado   |  | 50 A lesão foi autoprovocada?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  |  |  |   |  |



|   |   |  |  |   |  |  |
|---|---|--|--|---|--|--|
| <b>Tipologia da violência</b>                               | <b>51</b> Tipo de violência <span style="float:right">1- Sim 2- Não 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos<br><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal<br><input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil  |  |  | <b>52</b> Meio de agressão <span style="float:right">1- Sim 2- Não 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça<br><input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____  |  |  |
|   | <b>53</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <span style="float:right">1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual<br><input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____   |  |  | <b>54</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo?<br><span style="float:right">1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal  |  |  |
| <b>Violência Sexual</b>                                     | <b>55</b> Procedimento realizado <span style="float:right">1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei  |  |  |   |  |  |
| <b>Consequências da violência</b>                           | <b>56</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação <span style="float:right">1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático<br><input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____   |  |  |   |  |  |
| <b>Lesão</b>  | <b>57</b> Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)<br>01 - Contusão                      04 - Fratura                      07 - Traumatismo crânio-encefálico                      10 - Queimadura<br>02 - Corte/perfuração/laceração                      05 - Amputação                      08 - Politraumatismo                      11 - Outros _____<br>03 - Entorse/luxação                      06 - Traumatismo dentário                      09 - Intoxicação                      88 - Não se aplica<br>89 - Ignorado  |  |  |   |  |  |
|   | <b>58</b> Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)<br>01 - Cabeça/face                      04 - Coluna/medula                      07 - Quadril/pelve                      10 - Órgãos genitais/ânus<br>02 - Pescoço                      05 - Tórax/dorso                      08 - Membros superiores                      11 - Múltiplos órgãos/regiões<br>03 - Boca/dentes                      06 - Abdome                      09 - Membros inferiores                      88 - Não se aplica<br>89 - Ignorado  |  |  |   |  |  |
| <b>Dados do provável autor da agressão</b>                  | <b>59</b> Número de envolvidos<br>1 - Um <input type="checkbox"/><br>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/>   |  |  | <b>60</b> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida <span style="float:right">1- Sim 2- Não 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) |  |  |
|   |   |  |  | <b>61</b> Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/><br>1 - Masculino <input type="checkbox"/><br>2 - Feminino <input type="checkbox"/><br>3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/>  |  | <b>62</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/><br>1- Sim <input type="checkbox"/><br>2- Não <input type="checkbox"/><br>9- Ignorado <input type="checkbox"/> |
| <b>Evolução e encaminhamento</b>                            | <b>63</b> Encaminhamento no setor saúde <span style="float:right">1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado</span> <input type="checkbox"/>  |  |  |   |  |  |
|   | <b>64</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores <span style="float:right">1- Sim 2- Não 9- Ignorado</span><br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher<br><input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS<br><input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)<br><input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____ |  |  |   |  |  |
|   | <b>65</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/><br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado   |  |  | <b>66</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/><br>1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado  |  |  |
|   | <b>67</b> Circunstância da lesão<br>CID 10 - Cap XX _____   |  | <b>68</b> Classificação final <input type="checkbox"/><br>1 - Confirmado<br>2 - Descartado<br>3 - Provável<br>8 - Inconclusivo |   | <b>69</b> Evolução do caso <input type="checkbox"/><br>1 - Alta                      3 - Óbito por Violência<br>2 - Evasão / Fuga                      4 - Óbito por outras causas<br>9 - Ignorado |  |
|   |   | <b>70</b> Se óbito por violência, data _____ |  | <b>71</b> Data de encerramento _____  |  |  |
| <b>Informações complementares e observações</b>             |   |  |  |   |  |  |
| Nome do acompanhante _____                                  |   | Vínculo/grau de parentesco _____             |  | (DDD) Telefone _____  |  |  |
| Observações Adicionais:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |   |  |  |   |  |  |
| <b>TELEFONES ÚTEIS</b>                                      |   |  |  |   |  |  |
| Disque-Saúde<br>0800 61 1997                                |   | Central de Atendimento à Mulher<br>180       |  | Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes<br>100  |  |  |
| <b>Notificador</b>  | Município/Unidade de Saúde _____  |  |  | Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____   |  |  |
|   | Nome _____  |  | Função _____   |   | Assinatura _____   |  |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências          |   | Sinan NET                                    |  | SVS 10/07/2008  |  |  |

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia

38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854

E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

### IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA EM UM HOSPITAL PUBLICO DE ENSINO DO MUNICIPIO DE UBERABA  
 PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: HELENA HEMIKO IWAMOTO  
 INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM  
 DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 18/10/2012  
 PROTOCOLO CEP/UFTM: 2484

### PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 20 de março de 2013.

Prof<sup>a</sup>. Ana Palmira Soares dos Santos  
 Coordenadora do CEP/UFTM

**ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO DSIM**

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO 001/2013**

**Uberaba, 25 de março de 2013**

Para: Freud Antonio M. Gomes  
Diretor DSIM/ UFTM  
Hospital de Clínicas da UFTM

De: Renata de Melo Batista/ Helena Hemiko Iwamoto

**Ref.: Autorização para realização da pesquisa: “CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE UBERABA”**

Prezado (a) Sr. Freud Antonio M. Gomes, solicitamos através deste, autorização para coleta de dados no Departamento de Sistemas e Métodos (DSIM), referente à Dissertação de Mestrado Acadêmico, que está sendo realizada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - Uberaba-MG, na Linha de Pesquisa “Atenção à Saúde das Populações”, intitulada “Custos Hospitalares de Casos Notificados de Violência em Hospital Público de Ensino do Município de Uberaba” (Cópia Anexa).

O objetivo principal do estudo é descrever os custos hospitalares de casos de violência atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital Universitário.

Os dados serão obtidos através das Planilhas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) à partir das Notificações de Violência do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN).

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins estritamente acadêmicos e não haverá qualquer identificação de indivíduos.



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

Agradeço a atenção dispensada e aguardamos ansiosamente seu parecer.

Atenciosamente,

Renata de Melo Batista/ Helena Hemiko Iwamoto

De acordo:

  
\_\_\_\_\_  
Freud Antonio M. Gomes Diretor do DSIM  
Diretor DSIM/ UFTM  
Hospital de Clínicas da UFTM

## ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NUVE)



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

### **CARTA DE AUTORIZAÇÃO 002/2013**

**Uberaba, 25 de março de 2013**

Para: Sybelle de Castro Miranzi

Coordenadora NUVE/ UFTM

Hospital de Clínicas da UFTM

De: Renata de Melo Batista/ Helena Hemiko Iwamoto

**Ref.: Autorização para realização da pesquisa: “CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE UBERABA”**

Prezado (a) Sra. Sybelle de Castro Miranzi, solicitamos através deste, autorização para coleta de dados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE), referente à Dissertação de Mestrado Acadêmico, que está sendo realizada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - Uberaba-MG, na Linha de Pesquisa “Atenção à Saúde das Populações”, intitulada “Custos Hospitalares de Casos Notificados de Violência em Hospital Público de Ensino do Município de Uberaba” (Cópia Anexa).

O objetivo principal do estudo é descrever os custos hospitalares de casos de violência atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital Universitário.

Os dados serão obtidos através das Planilhas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) à partir das Notificações de Violência do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN).



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins estritamente acadêmicos e não haverá qualquer identificação de indivíduos.

Agradeço a atenção dispensada e aguardamos ansiosamente seu parecer.

Atenciosamente,

Renata de Melo Batista/ Helena Hemiko Iwamoto

De acordo:

---

Sybelle de Castro Miranzi  
Coordenadora NUVE/ UFTM  
Hospital de Clínicas da UFTM

Profa. Dra. Sybelle de S. C. Miranzi  
Coordenadora NUVE/HCI/UFTM  
COREN-MG 68037



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO 003/2013**

**Uberaba, 25 de março de 2013**

Para: Lucilton Vieira Faria  
Coordenador Faturamento HC-UFTM  
Hospital de Clínicas da UFTM

De: Renata de Melo Batista/ Helena Hemiko Iwamoto

**Ref.: Autorização para realização da pesquisa: “CUSTOS HOSPITALARES DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE UBERABA”**

Prezado (a) Sr. Lucilton Vieira Faria, solicitamos através deste, autorização para coleta de dados no Setor de Faturamento do HC/UFTM, referente à Dissertação de Mestrado Acadêmico, que está sendo realizada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - Uberaba-MG, na Linha de Pesquisa “Atenção à Saúde das Populações”, intitulada “Custos Hospitalares de Casos Notificados de Violência em Hospital Público de Ensino do Município de Uberaba” (Cópia Anexa).

O objetivo principal do estudo é descrever os custos hospitalares de casos de violência atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital Universitário.

Os dados serão obtidos através das Planilhas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) à partir das Notificações de Violência do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN).

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins estritamente acadêmicos e não haverá qualquer identificação de indivíduos.

**ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO HC-UFTM**