

# Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde

## *Notifications of violence against children and teens by health professionals*

Jakelline Miranda Alves<sup>1</sup>, Emery Ciana Figueiredo Vidal<sup>2</sup>,  
Fernando Luiz Affonso Fonseca<sup>3</sup>, Eglidia Carla Figueiredo Vidal<sup>4</sup>,  
Maria Joana da Silva<sup>1</sup>, Antônio Germane Alves Pinto<sup>2</sup>, Priscila Sousa Aquino<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever as notificações de violência contra as crianças e adolescentes na 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, Ceará, Brasil. **Método:** Estudo transversal. Foram consideradas todas as notificações de violência contra crianças e adolescentes contidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2010 e 2014. Foram consideradas as variáveis: sexo, faixa etária, raça, local de ocorrência, reincidência, relação com a vítima e tipo de violência. Os dados foram extraídos e apresentados em tabelas na forma de frequência absoluta e percentual. **Resultados:** No período estudado, foram registradas 40 notificações de violência contra crianças e adolescentes nos municípios da 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, o que representa 53,3% do total de 75 atendimentos. Houve aumento das notificações de quase 1.050%, passando de 3 notificações, em 2010, para 23 notificações, em 2014. A violência psicológica-moral teve o maior número de notificações. Em relação ao sexo, prevaleceu a violência moral/psicológica (59%) e a sexual (100%) no feminino, e a violência física (46,1%) e a negligência (100%) no sexo masculino. **Conclusão:** Houve um aumento significativo no número de notificações, o que deu visibilidade ao problema. Tal fato demonstra uma necessidade de constante qualificação dos profissionais que participam no processo de atendimento às pessoas que sofreram ou que vivem em situações de violência e a importância do preenchimento efetivo e padronizado das fichas de notificações, pois as informações obtidas pelo seu preenchimento, além de dar visibilidade ao problema, são essenciais para a elaboração de políticas de atendimento consistentes e comprometidas com a realidade da infância vitimada.

**Palavras-chave:** maus-tratos infantis; violência; criança; defesa da criança e do adolescente.

### ABSTRACT

**Objective:** Describing the notifications of violence against children and adolescents at the 19th Health Region of Brejo Santo, Ceará, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study. All reports of violence against children and adolescents contained in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) between 2010 and 2014 were used. The following variables were considered: gender, age, race, place of occurrence, recurrence, relationship to the victim and type of violence. Data were extracted and presented in tables in the form of absolute and percentage frequency. **Results:** During the study period, 40 reports of violence against children and adolescents were recorded in the municipalities of the 19th Health Region of Brejo Santo, representing 53.3% of the total 75 calls. There was an increase in reports of almost 1050%, from 3 notifications in 2010 to 23 reports in 2014. The psychological and moral violence had the highest number of notifications. Regarding gender, moral/psychological (59%) and sexual (100%) violence prevailed in females; physical violence (46.1%) and negligence (100%) prevailed in males. **Conclusion:** There was a significant increase in the number of notifications, which gave visibility to the issue. This shows a need for constant qualification of the professionals who participate in the process of care for people who have suffered or who live in situations of violence; and the importance of effective and standardized filling of the notifications files; as information obtained by its filling, besides giving visibility to the issue, are essential for the development of consistent service policies, committed to the reality of victimized children.

**Keywords:** child abuse; violence; child; child advocacy.

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Regional do Cariri (URCA) – Crato (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Diadema (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

Contato: profferfonseca@gmail.com

Recebido em 10/02/2016. Aceito para publicação em 14/10/2016.

## INTRODUÇÃO

A violência, há mais de três décadas, é reconhecida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde como um grave problema de saúde pública.<sup>1,2</sup> Nesse contexto, crianças e adolescentes são a faixa etária mais vulnerável a todas as formas de violência.<sup>3</sup>

A violência infanto-juvenil — seja física, psicológica ou sexual — afeta todos no mundo. O impacto dessa “epidemia” global sobre a vida de cada criança e adolescente é profundo (pode gerar lesões, danos e transtornos ao desenvolvimento integral), e os custos econômicos também são alarmantes.<sup>4,5</sup>

Há muito a ser feito, mas, em primeiro lugar, o fim da violência contra a criança e o adolescente deve se tornar uma prioridade pública. Em segundo lugar, deve-se acabar com a percepção de que a violência contra a criança e o adolescente é aceitável. E, em terceiro lugar, as comunidades e os próprios jovens devem se engajar na busca por soluções em relação a esse problema.<sup>4</sup>

Em 2001, o Ministério da Saúde dispôs sobre a obrigatoriedade da notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>6</sup> Ao final da década, foi instituída a notificação compulsória de todas as formas de violências interpessoais. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>7,8</sup> consolida a notificação dos casos de violências pelas unidades de saúde e se destaca como um sistema estruturado. O Ministério da Saúde desenvolve ações, desde a capacitação para o preenchimento das fichas, processamento dos dados, análise, até a disseminação da informação. Todavia, sabe-se que o SINAN encontra-se em fase de implantação desigual nos estados, e muitos municípios ainda não alimentam o sistema.<sup>9</sup>

Atualmente, a notificação das violências é contemplada por meio da Portaria nº 1.271 do Ministério da Saúde,<sup>10</sup> de modo a atender a obrigatoriedade prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990.<sup>11</sup> A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública,<sup>10</sup> e a não notificação desses casos é considerada um agravo de notificação.

Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, a notificação realizada no campo da saúde tem dois propósitos diferentes e complementares. A principal finalidade é a de desencadear ações de proteção e medidas que visem cessar a violência. A segunda finalidade, no contexto da vigilância epidemiológica, é dimensionar o problema, indicando a demanda por ações de intervenção, permitindo o monitoramento, a análise de possíveis mudanças no perfil desses agravos e o planejamento de ações intersetoriais de prevenção, além de subsidiar pesquisas.<sup>9</sup>

Nos últimos 5 anos (2010 a 2014), o percentual de notificações de violência contra crianças e adolescentes assemelha-se em todo o território nacional; no Brasil, foram registrados 280.731 notificações nessa faixa etária, o que representa 41% do total de 683.472 notificações. No Nordeste, esse percentual chegou a 43,48% (53.640); no Ceará, a 51,10% (3.075); e na Região de Saúde de Brejo Santo, Ceará, foram

registradas 40 notificações, o que representa 53,30% do total de 75 notificações no período pesquisado.<sup>7</sup>

Este trabalho teve por objetivo descrever as notificações de violência contra crianças e adolescentes registradas no banco de dados do SINAN, nos anos de 2010 a 2014, na 19ª Região de Saúde de Brejo Santo.

## MÉTODO

Estudo observacional, de corte transversal, descritivo, de base populacional, com abordagem quantitativa, utilizando-se base de dados secundários de notificações contra crianças e adolescentes do SINAN nos municípios que compõem a 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, Ceará. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob o número 221/2013.

O estado do Ceará é dividido em cinco macrorregiões de saúde, sendo elas: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral/Jaguaribe. Existem, atualmente, 22 coordenadorias regionais de saúde distribuídas pelo território cearense, sendo subdivididas nas macrorregiões citadas.

A 19ª Coordenadoria Regional de Saúde de Brejo Santo está situada na macrorregião de saúde do Cariri. A região do Cariri está localizada no sul do estado, no semiárido nordestino, sendo constituída por cinco regiões de saúde: Crato, Juazeiro do Norte, Brejo Santo, Icó e Iguatu, e abrangendo 45 municípios, com uma área territorial de 8.974,126 Km<sup>2</sup>.

O Decreto de Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011,<sup>12</sup> conceitua como região de saúde os espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A Região de Saúde de Brejo Santo é composta pelos municípios de Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Penaforte e Porteiras. Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2011, aprovado pela Secretaria da Saúde do estado do Ceará (CESAU) em 30 de fevereiro de 2012, Brejo Santo é classificado como município polo, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de média e alta complexidade (MAC). Nos 9 municípios que integram a 19ª Região de Saúde Brejo Santo residem 210.792 habitantes. Brejo Santo é o município com maior destaque, dada sua localização central e influência regional nos aspectos sociais e econômicos, sendo também o município mais populoso da região, com 47.218 habitantes, área de 633,421 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 68,27 habitantes por Km<sup>2</sup>.<sup>13</sup>

Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), criado com o objetivo de informatizar as informações de saúde para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. De acordo com o artigo 35 do Decreto nº 7.530,<sup>14</sup> a informatização das atividades do SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.<sup>15</sup>

Para a composição deste estudo foram selecionadas as seguintes variáveis:

1. das vítimas: sexo (masculino; feminino; em branco; ignorado); faixa etária (<1; 1–4; 5–9; 10–14; 15–19 anos); raça (branca; preta; parda; ignorado; em branco);
2. das violências: local de ocorrência (residência; habitação coletiva; escola; local de prática de esporte; bar; via pública; ignorado; em branco; outros); reincidência (sim; não; ignorado; em branco); tipos de violências (psicológica/moral; física; sexual; abandono/negligencia);
3. dos agressores: relação com a vítima (pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado; ex-namorado; filho; irmão; amigo/conhecido; desconhecido; cuidador; outros; ignorado; em branco).

Os dados foram coletados em relação ao ano de notificação do atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência na 19ª Região de Saúde de Brejo Santo. Para análise dos resultados, utilizou-se estatística descritiva, e em seguida os dados obtidos foram apresentados em tabelas na forma de frequência absoluta e percentual.

## RESULTADOS

No período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, foram registradas 40 notificações de violência contra a criança e o adolescente nos municípios que compõem a 19ª Região

de Saúde de Brejo Santo. Observou-se que o município que mais fez registros de notificações foi Porteiras, com um total de 29 notificações, enquanto os municípios de Aurora e Barro não tiveram nenhum registro no período citado. Os municípios de Abaiara, Brejo Santo, Milagres e Penaforte registraram apenas uma notificação cada, Mauriti registrou duas e Jati, cinco notificações. Foi possível observar que as faixas etárias nas quais houve mais incidência de casos foram: de 10 a 14 anos, com 20 notificações; de 15 a 19 anos, com 12; de 5 a 9 anos, com 5 notificações; e de 1 a 4 anos com 2. A faixa etária menos incidente foi a de menores de 1 ano, com apenas uma notificação.

A análise dos dados do SINAN dos anos de 2010 a 2014 apontou um aumento no número de notificações no período, representando quase 1.050% em 5 anos, passando de 3 notificações, em 2010, para 23 notificações, em 2014.

Os resultados mostraram que, entre os anos de 2010 e 2014, 2014 foi o de maior número de notificações de violência contra crianças e adolescentes, com 57,5% do total de notificações observadas – um aumento alarmante em relação aos anos anteriores.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, a violência é mais praticada contra meninas, 55,0% (2010–2014), com exceção de 2013, período no qual se observou o mesmo número de notificações entre meninos e meninas. Quanto à idade das vítimas, 50,0% dos casos foram relacio-

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das crianças e adolescentes vítimas de violência na 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, Ceará, Brasil no período de 2010 a 2014.

Variáveis	Período											
	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo												
Masculino	1	33,3	1	50,0	0	–	5	50,0	11	47,8	18	45,0
Feminino	2	66,6	1	50,0	2	100,0	5	50,0	12	52,2	22	55,0
Total	3	100,0	2	100,0	2	100,0	10	100,0	23	100	40	100,0
Faixa etária (anos)												
<1	–	–	–	–	–	–	–	–	1	4,3	1	2,5
1 a 4	–	–	–	–	–	–	–	–	2	8,7	2	5,0
5 a 9	–	–	–	–	2	100,0	1	10,0	2	8,7	5	12,5
10 a 14	2	66,6	–	–	–	–	5	50,0	13	56,5	20	50,0
15 a 19	1	33,3	2	100,0	–	–	4	40,0	5	21,7	12	30,0
Total	3	100,0	2	100,0	2	100,0	10	100,0	23	100,0	40	100,0
Raça												
Branca	1	33,3	1	50,0	1	50,0	2	20,0	4	17,4	9	22,5
Preta	–	–	–	–	–	–	2	20,0	1	4,7	3	7,5
Parda	1	33,3	1	50,0	1	50,0	5	50,0	17	73,9	25	62,5
Ignorado Branco	1	33,3	–	–	–	–	1	10,0	1	4,7	3	7,5
Total	3	100,0	2	100,0	2	100,0	10	100,0	23	100,0	40	100,0

F: frequência absoluta.

Fonte: SINAN/SVS/MS.<sup>15</sup>

nados a crianças com idade entre 10 e 14 anos, com exceção de 2011 e 2012, quando não houve registros de notificações nessa faixa etária. As crianças menores de 1 ano foram as que menos sofreram violência em número absoluto (1,0 a 2,5%); a raça parda foi a mais notificada, com 62,5% (2010–2014), com exceção dos anos 2010, 2011 e 2012, nos quais o percentual observado foi igual entre branca e parda.

No período analisado, de 2010 a 2014, cerca de metade das ocorrências registradas foi de ordem intrafamiliar (18–45%) e praticada em sua maioria por amigo/conhecido, que foi identificado como principal agressor (10–25%), seguido do pai (6–15%) e da mãe (3–7,5%). Quanto à reincidência, 22,5% eram casos notificados como reincidentes (Tabela 2).

Durante o decorrer da pesquisa foi possível identificar que a violência moral/psicológica concentrou a maior ocorrência de violência contra a criança e o adolescente (22–53,6%).

Em seguida, aparecem a violência física (13–31,7%), sexual (5,0–12,1%), e o abandono/negligência (1,0–2,4%). Em um caso notificado, a criança ou adolescente agredido sofreu mais de um tipo de violência simultaneamente.

Em relação ao sexo das vítimas de violência, prevaleceu o feminino na violência moral psicológica (59,0%) e sexual (100,0%). Enquanto na violência física (46,1%) e negligência (100,0%) houve prevalência do sexo masculino (Tabela 3). Os crimes sexuais foram praticados preferencialmente em residência (50%), sendo 33,3% em outros locais e 16,6% ignorado.

Entre 2010 e 2014, a violência psicológica-moral teve o maior número de notificações, com destaque para 2014, quando os casos representaram 62,9% dos casos notificados. Em segundo lugar, está a violência física, a qual apresentou relativa queda no percentual desses casos; já nos anos de

Tabela 2. Distribuição dos casos notificados de violência contra criança e o adolescente segundo local da ocorrência, agressor e reincidência na 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, Ceará, Brasil no período de 2010 a 2014.

Variáveis	Período											
	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Local de ocorrência</b>												
Residência	–	–	1	50,0	–	–	6	60,0	11	47,8	18	45,0
Escola	2	66,6	–	–	–	–	–	–	2	8,7	4	10,0
Local de prática de Esporte	–	–	–	–	–	–	–	–	2	8,7	2	5,0
Bar	–	–	1	50,0	–	–	–	–	1	4,3	2	5,0
Via pública	1	33,3	–	–	–	–	2	20,0	6	26,0	9	22,5
Ignorado	–	–	–	–	–	–	1	10,0	1	4,30	2	5,0
Outros	–	–	–	–	2	100,0	1	10,0	–	–	3	7,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Agressor</b>												
Pai	–	–	–	–	–	–	1	10,0	5	21,7	6	15
Mãe	–	–	–	–	–	–	1	10,0	2	8,7	3	7,5
Irmão	–	–	–	–	–	–	1	10,0	–	–	1	2,5
Amigo/conhecido	2	66,6	1	50,0	2	100,0	3	30,0	2	8,7	10	25
Desconhecido	–	–	1	50,0	–	–	–	–	3	13,0	4	10,0
Em branco	1	33,3	–	–	–	–	4	40,0	2	8,7	7	17,5
Outros	–	–	–	–	–	–	–	–	9	39,1	9	22,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Reincidência</b>												
Reincidente	–	–	1	50,0	1	50,0	5	50,0	2	8,7	9	22,5
Não reincidente	3	100,0	1	50,0	1	50,0	5	50,0	18	78,2	28	70,0
Branco/ignorado	–	–	–	–	–	–	–	–	3	13,0	3	7,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

F: frequência absoluta.  
Fonte: SINAN/SVS/MS.<sup>15</sup>

2011 e 2012 não houve notificações. O abandono como a forma mais severa de negligência foi notificado no ano de 2013 e praticado pela mãe do menor (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O número de notificações de violência contra crianças e adolescentes tem aumentado com o passar dos anos. Seja ela física, sexual, por negligência/abandono e ou psicológica/moral, a violência vem aterrorizando diversos setores da sociedade.<sup>16,17</sup>

Tendências internacionais sugerem um número crescente de notificações e encaminhamento de casos para os serviços de proteção à criança e ao adolescente nos últimos anos.<sup>18,19</sup>

A análise dos dados do SINAN dos anos de 2010 a 2014 apontaram o ano de 2014 como o de maior número de notificações de violências contra crianças e adolescentes, com 57,5% do total em relação aos anos estudados. Também mostrou que houve um grande aumento no número de notificações no período, representando quase 1.050%, passando de 3 notificações, em 2010, para 23 notificações, em 2014. Essa configuração pode não revelar um aumento da violência, mas sim um aumento do número das denúncias, o que possivelmente deve ter correlação com o fato dela ter se tornado um agravo de notificação compulsória. Também se enfatiza o conhecimento do ECA por parte dos profissionais de saúde quanto à identificação e notificação de casos de violência.<sup>7</sup>

O Brasil ainda não cumpre integralmente a determinação para que profissionais de saúde notifiquem casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes. Algumas das dificuldades mais relatadas e que atuam como fatores obstaculizadores do processo de notificação dos maus-tratos são: o receio dos profissionais de sofrerem represálias por parte do agressor e posteriores consequências no trabalho; a falta de articulação e comunicação entre a saúde e outros setores da sociedade; a ausência de uma rede de suporte que forneça um respaldo aos profissionais; a falta de formação ou capacitação do profissional para identificar e notificar

os casos; o desconhecimento, pelos profissionais de saúde, da importância e dos usos da notificação; a descrença nos mecanismos sociais de proteção à criança; e o pouco apoio institucional para a realização da notificação.<sup>20-24</sup>

Neste estudo, o sexo feminino foi preponderante entre crianças e adolescentes vítimas de violência, estando presente em 55,0% dos casos analisados. Esses achados são consonantes com a literatura que destaca o sexo feminino entre casos de violência contra a criança e o adolescente, principalmente quando levanta características da violência sexual.<sup>25,26</sup>

Em pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, que traçou o perfil clínico-epidemiológico dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados em um hospital, encontrou-se discordância com o atual estudo,<sup>17</sup> pois nesta pesquisa o sexo masculino predominou sobre o sexo feminino.

Quanto à raça, a parda foi a mais notificada (62,5%), seguida pela cor branca e preta. Estudos têm demonstrado que a violência e a vitimização seguem um padrão étnico, o qual teria pardos e negros como destaque.<sup>17,27</sup> Estudos internacionais também demonstram algum tipo de associação da vitimização infanto-juvenil em relação à cor, com predominância da cor negra.<sup>28</sup> Em uma capital do Nordeste do Brasil, a violência contra crianças e adolescentes foi predominante entre pardos e brancos.<sup>29,30</sup>

Quanto à idade das vítimas de violência nos casos estudados, as crianças mais afetadas estão na faixa etária entre 10 e 14 anos (50%), seguida pela faixa etária de 5 a 9 anos – o que diverge do preconizado pela OMS<sup>3</sup>, que afirma que a faixa etária mais afetada pela violência é de 5 a 9 anos, seguida das crianças de 10 a 14 anos. Um estudo feito em uma capital brasileira também aponta a faixa de 5 a 9 anos de idade como a mais atingida.<sup>16</sup>

Nos cinco anos analisados, quase a totalidade das ocorrências foi intrafamiliar (residência) (18–45%). No que diz respeito ao local de ocorrência, levantamentos realizados em diferentes municípios apontam a presença da violência doméstica como maioria absoluta dos casos de violência registrados. Em Feira de Santana, Bahia,<sup>31</sup> os registros apontaram

Tabela 3. Número e percentual de notificações de violência em crianças e adolescentes por natureza da violência e sexo nos Municípios da 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, Ceará, Brasil no período de 2010 a 2014.

Natureza da violência	Sexo	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	n	%
Moral/psicológica	Feminino	2	100,0	–	–	2	100,0	2	66,6	9	52,9	13	59,0
	Masculino	–	–	–	–	–	–	1	33,3	8	47,1	9	41,0
Física	Feminino	–	–	–	–	–	–	2	50,0	4	44,4	6	46,1
	Masculino	–	–	–	–	–	–	2	50,0	5	55,5	7	53,8
Sexual	Feminino	–	–	–	–	2	100,0	2	100,0	1	100,0	5	100,0
	Masculino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Abandono/negligência	Feminino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Masculino	–	–	–	–	–	–	1	100	–	–	1	100

F: frequência absoluta.

Fonte: SINAN/SVS/MS.<sup>15</sup>

o domicílio como um local privilegiado (78%) para a ocorrência das diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, caracterizando um acontecimento do contexto familiar e de difícil identificação. Em Curitiba, Paraná, a violência doméstica também foi relatada como a mais frequente,<sup>32</sup> demonstrando que dentro de casa as crianças estão mais expostas à violência do que nas ruas.<sup>16,26</sup>

A violência contra a criança e o adolescente foi praticada em sua maioria por amigo/conhecido, que apareceu como principal agressor (10–25%), seguido do pai (6,0–15%) e da mãe (3,0–7,5%). Esses dados são similares aos da literatura, que aponta os pais, padrastos e amigos/conhecidos como os principais responsáveis pelos casos.<sup>31</sup> O abuso cometido por pessoas conhecidas e de confiança distorce a realidade e a visão de mundo da criança, uma vez que o ambiente onde ela poderia sentir-se segura passa a ser o palco privilegiado para o agressor.

A mãe foi referida como a agressora mais frequente, em estudo realizado em vários municípios de São Paulo, nos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIS).<sup>5</sup>

Quanto à reincidência, 22,5% foram casos notificados como reincidentes. O que difere de pesquisa feita em Curitiba, Paraná, na qual dentre as 338 notificações de violência contra crianças de 0 a 9 anos de idade, foram analisados 300 casos, o que corresponde a 88,7% de casos reincidentes.

Em relação à reincidência, os resultados apontaram para a necessidade de ações efetivas desde a primeira ocorrência, visando minimizar os danos causados às crianças pela repetição das agressões. Daí a urgência de medidas educativas, preventivas e protetoras das crianças e famílias que vivem em situação de violência. O caráter cíclico e repetitivo da violência demonstra que não bastam intervenções focadas na ocorrência, pois se trata de um contexto de violência que permeia as relações entre os membros da família.<sup>16</sup>

A violência moral/psicológica foi a maior ocorrência de violência contra a criança e o adolescente (22,0–53,6%). Em seguida, aparecem a violência física (13,0–31,7%), sexual (5,0–12,1%) e o abandono/negligência (1,0–2,4%). Já em pesquisa feita em São Paulo (Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde; 2013) a ordem foi diferente: violência física (64,7%); violência psicológica (20,5%); violência sexual (9,4%); negligência (4,7%); e maus-tratos (0,8%). Na cidade de Curitiba, a negligência e a violência física foram as formas mais notificadas.<sup>16</sup>

Em relação ao sexo das vítimas de violência, prevaleceu o feminino na violência moral psicológica (59%) e sexual (100%). Enquanto na violência física (46,1%) e na negligência (100,0%) tivemos prevalência do sexo masculino.

No estudo que observou os dados coletados sobre a violência na cidade de São Paulo, a violência psicológica também foi maior no sexo feminino, divergindo do presente estudo com relação à violência física, que também foi mais frequente em meninas. Em relação à violência sexual, foi observada igual incidência em ambos os sexos; e em relação à negligência, a porcentagem maior era referente ao sexo masculino.<sup>32</sup>

## CONCLUSÃO

A partir dos dados levantados para a realização deste estudo foi possível concluir que a violência foi mais praticada contra meninas, que os indivíduos mais afetados tinham entre 10 e 14 anos, assim como a raça parda foi a mais notificada. Quase a metade das ocorrências observadas foi de cunho intrafamiliar e praticada em sua maioria por amigo/conhecido; e a maioria das notificações não era reincidente. A violência moral/psicológica figurou como a violência de maior ocorrência. Em relação ao sexo das vítimas de violência, prevaleceu o feminino na violência moral/psicológica e sexual. Enquanto na violência física e negligência houve prevalência do sexo masculino. Os crimes sexuais foram praticados preferencialmente no âmbito residencial.

Houve um aumento significativo no número de notificações de violência contra crianças e adolescentes, fato que pode ter sido o responsável por dar visibilidade ao problema. Tal fato demonstra a necessidade de constante qualificação dos profissionais de saúde e de outros setores que participam direta ou indiretamente no processo de atendimento às pessoas que sofreram ou que vivem em situações de violências.

Essa qualificação vai dar ferramentas adequadas no manejo dos casos identificados e pode garantir o preenchimento efetivo e a padronizado das fichas de notificações de coleta de dados. Além disso, as informações obtidas pelo seu preenchimento adicionando os atos associados com a promoção de ações e campanhas educativas podem estimular as notificações dos casos de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da saúde global. *RECIIS*. 2010;4(1):19-24.
2. Sodre F. A agenda global dos movimentos sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:1781-91.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
4. Brandt Y. Inovação, proteção à criança e agenda pós-2015: um imperativo global. In: *Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2015: reimagine o futuro* [Internet]. Brasília: UNICEF; 2015 [acesso em 08 ago. 2016]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/SOWC\\_Ensaio\\_pos2015.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/SOWC_Ensaio_pos2015.pdf)
5. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Impacto sobre a violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos (PnDH-3). Brasília: Liberdade de Expressão; 2010.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. 1990 [acesso em 11 nov. 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.968, de 25 de outubro de 2001. *Diário Oficial da União*. 2001.

9. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2305-17.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. [Internet]. 2014 [acesso em 4 nov. 2015]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria\\_1271\\_06jun2014.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf)
11. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Cortez; 1990.
12. Brasil. Decreto de Lei n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2011
13. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. SESA 2015 [Internet]. 2015 [acesso em 17 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>
14. Decreto n.º 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*. 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. 2015 [acesso em 08 ago. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
16. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 10 ago. 2016];20(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_08](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08)
17. Santos SAF, Azevedo OP, Pereira AGL, Escosteguy CC. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no H.F.S.E. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2012 [acesso em 10 ago. 2016];23(43). Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/boletim/bol43/perfil.asp>
18. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2926-36.
19. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):323-32.
20. Patrício KP, Michaloski LCR, Rujula MJP. Vigilância em saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, orgs. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec/Cealag; 2011. p. 355-73.
21. Silva JL, Lima MLC. Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
22. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(1):315-9.
23. Silva MAI, Ferriani MGG. Violência doméstica: do visível ao invisível. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(2):275-81.
24. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. A responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):472-7.
25. Paula SL, Alves AS. Violência contra meninas e adolescentes no Brasil: casos de violência sexual registrados por meninas e adolescentes com 18 anos incompletos, nas Delegacias Policiais e da Mulher, na cidade de Uberlândia, no período de 2004 a 2010. In: *Actas do VII Congresso Português de Sociologia*. Porto; 2012.
26. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1647-53.
27. Noronha CV, Machado EP, Tapparelli G, Cordeiro TRF, Laranjeira DHP, Santos CAT. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 1999;5(4-5):268-77.
28. Rickert VI, Wiemann CM, Vaughan RD, White JW. Rates and risk factors for sexual violence among an ethnically diverse sample of adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:1132-9.
29. Gomes MLM, Falbo Neto GH, Viana CH, Silva MA. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendida sem um serviço de apoio à mulher, Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(Suppl.1):s27-s34.
30. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Suppl 1):177-87.
31. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):456-64.
32. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):895-901.