



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Gonçalves de Assis, Simone; Quintes Avanci, Joviana; Pires Pesce, Renata; de Oliveira Pires, Thiago;
Lopes Gomes, Daniela

Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 9, septiembre, 2012, pp. 2305-2317

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023703007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil

Reports of domestic, sexual and other forms of violence against children in Brazil

Simone Gonçalves de Assis ¹
 Joviana Quintes Avanci ¹
 Renata Pires Pesce ¹
 Thiago de Oliveira Pires ¹
 Daniela Lopes Gomes ²

Abstract *The scope of this article is to outline the scenario of domestic, sexual and other forms of violence against children (0-9 years old) in Brazil for the year 2010. It is based on data from reports of domestic, sexual and other forms of violence registered with SINAN – Information System for Notifiable Diseases (Continuous VIVA). Absolute and relative numbers are presented, derived from reported violence, discriminating between children under 1 year of age and those between 1-9 years old, due to the specificities that exist in these age groups. Throughout the country, the number of reports among those under 10 years of age is low (17.1%). Differences were found for the distribution of reports in the different Brazilian States. Few municipalities and few services reported violence to SINAN-Net in 2010 in the country. Some differences were found between children under 1 year of age and those between 1 and 9 years of age, as for instance the relationship between the profile of the violence, the victim and the perpetrator, and the handling of the case. The quality of the reported information is discussed showing the high level of unreported data in some spaces of the reporting form. Lack of information may prejudice comprehension of the phenomenon, interfering with the planning, organization and operation actions of the health services in the country.*

Key words Reports, Children, Violence

Resumo *O artigo tem como objetivo apresentar o quadro de violência doméstica, sexual e outras violências perpetradas contra crianças (0-9 anos) no Brasil no ano de 2010, baseando-se nas notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA Contínuo). São apresentados os números absolutos e relativos derivados das notificações sobre violências, discriminando-se entre crianças menores de 1 ano e aquelas entre 1-9 anos, devido às especificidades existentes nessas faixas etárias. Em todo o país, o número de notificações entre menores de 10 anos é baixo (16,9%). Foram constatadas diferenças quanto à distribuição das notificações por unidade da federação. Observou-se que poucos municípios notificaram violências ao SINAN-Net no ano de 2010 no país. Algumas diferenças foram encontradas entre notificações em menores de 1 ano de idade e notificações de crianças entre 1-9 anos de idade, como por exemplo em relação ao perfil da violência, da vítima e do agressor, e o encaminhamento do caso. A qualidade da informação das notificações é discutida mostrando nível elevado de ausência de registros em alguns campos da ficha. Falhas na informação podem prejudicar o conhecimento mais detalhado do fenômeno, interferindo nas ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde no país.*

Palavras-chave Notificação, Crianças, Violência

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil 4036/700, Manguinhos, 21040-361 Rio de Janeiro, RJ. simone@claves.fiocruz.br
² Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Introdução

Desde a década de 1990, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente¹ para promover o direito à vida e à saúde dessa população, a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências vem sendo concebida como um importante instrumento de proteção de crianças e adolescentes, e não de denúncia e punição².

O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, declarou em 1996, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a violência se constitui em um importante problema para a saúde pública. Um dos desdobramentos desta constatação foi a criação de um instrumento de notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes³. Esta portaria apoia-se também na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em sua diretriz sobre o monitoramento das violências⁴.

A notificação compulsória da violência contra a criança e o adolescente estabelecida pelo setor saúde deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes. Permite aos profissionais de saúde, assim como do campo da educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça, adotarem medidas de cuidado às vítimas da violência. Notificar implica em dividir e partilhar com os vários setores da sociedade a responsabilidade de proteger crianças e adolescentes. O segmento à notificação para a rede de cuidados e proteção está relacionado à organização dos serviços e dos fluxos internos, sendo fundamental o trabalho em equipe multiprofissional para acompanhamento adequado dos casos⁵. No contexto da vigilância, a notificação compulsória da violência tem como princípio a utilização imediata da informação no local onde é gerada, além da alimentação dos bancos de dados nacionais. O objetivo é permitir análises mais gerais que orientem o planejamento e o estabelecimento de ações necessárias ao conjunto ou grupos específicos da população brasileira, em situações correntes ou emergenciais⁵.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, tem a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes. O VIVA foi estruturado em dois componentes: o primeiro relacio-

nado à vigilância contínua de violência doméstica, sexual e outras interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); o outro componente, é a vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). A partir de 2009, o componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos Notificados (Sinan-Net), adequando-se as suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados⁶.

A partir das informações registradas por este novo sistema de notificação, vem sendo possível dimensionar a magnitude da violência no país, planejar o investimento em núcleos de vigilância e assistência, possibilitar a garantia dos direitos de crianças e adolescentes e subsidiar pesquisas e ajustes na rede de proteção. É importante destacar que pouco ainda se conhece sobre as estratégias regionais adotadas para implantação desse novo sistema. Muitos municípios do país, anteriores ao Sinan-Net adotavam fichas próprias, a exemplo do Rio de Janeiro⁷ – pioneiro na implantação de fichas de notificação de violência contra crianças e adolescentes no país. Essas múltiplas fichas originavam informações heterogêneas. É certo que a implantação de uma ficha única a ser utilizada em todo território do Brasil constitui-se um avanço inquestionável para a notificação da violência. Para que se alcance a universalidade da informação, é imprescindível que ocorra a adesão de estados e municípios brasileiros.

Para que haja informações de qualidade, é essencial investir em capacitação profissional no tema da notificação das violências, estratégia preconizada na PNRMAV⁴ e na Política Nacional de Promoção da Saúde⁸, que prioriza a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz. As estatísticas hoje existentes, produzidas com base nos números oficiais, giram em torno de 10% a 30% do total de casos, mesmo em países em que notificar é uma ação para a qual o cidadão está sensibilizado⁹. Alguns autores chegam a comentar que as estimativas de prevalência geradas em cenários de serviços de emergência em todo o mundo, correspondem tão somente ao nível de sensibilização e capacitação dos profissionais, e não à sua ocorrência real na clientela atendida¹⁰.

Este artigo tem como objetivo apresentar o quadro de violência doméstica, sexual e outras perpetradas contra crianças (0-9 anos) no Brasil no ano de 2010, tendo como base de dados as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no SINAN – Net (VIVA Contínuo).

Metodologia

As notificações de violência doméstica, sexual e outras violências em crianças menores de 10 anos analisadas neste artigo integram o VIVA contínuo e referem-se ao ano de 2010. O banco analisado foi cedido pelo Ministério da Saúde e foi extraído para análise em janeiro de 2012, em sua versão final. O VIVA contínuo é uma modalidade de vigilância inicialmente implantado em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) em algumas cidades brasileiras, a partir de agosto de 2006. Utiliza a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, que encampa a notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres, independente de faixa etária.

A ficha de notificação do Sinan-Net analisada neste artigo é composta pelas seguintes variáveis: tipologia da violência, meio de agressão, detalhamentos sobre atendimento de violência sexual, consequências da violência, tipos de lesões, dados sobre os prováveis autores da agressão, a evolução e o encaminhamento do caso.

No artigo são apresentados os números absolutos e os relativos derivados das notificações sobre violências, discriminando-se entre crianças menores de 1 ano e aquelas entre 1-9 anos, devido às especificidades existentes nessas faixas etárias no que se refere à violência^{11,12}. Taxas por cem mil habitantes foram calculadas para ambas as faixas de idade e para crianças menores de 10 anos, utilizando-se a informação do número de crianças em cada unidade de federação segundo o censo 2010¹³. Pontos de corte para as taxas apresentadas no mapa são dados pelos quartis.

Utilizando-se o total das notificações envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos calculou-se: o percentual de notificação de crianças em relação a todas as idades, o percentual de municípios notificantes de violências segundo unidade da federação (UF) e o número de unidades de saúde que notificaram violências segundo a UF. Para facilitar a leitura, somente serão mostradas na seção de resultados diferenciações segundo sexo quando estas forem mais significativas. No geral, a apresentação dos dados será feita de forma agrupada.

Os dados são apresentados mantendo os registros sem informação (em branco e ignoradas), visando apontar ao leitor as carências ain-

da existentes no preenchimento dos dados de violências no Sinan-Net e que precisam ser enfrentadas para a melhor qualidade dos dados.

Resultados

Em todo o país, foram registradas 12.473 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças menores de 10 anos no ano de 2010. Deste total, ocorreram 1.797 notificações entre menores de 1 ano e 10.682 na faixa de 1-9 anos. Considerando-se todas as faixas etárias, obteve-se um total de 73.794 notificações (16,9% referentes a crianças). Estes dados podem ser observados no Gráfico 1, que também aponta a presença significativa de notificações entre adolescentes e adultos.

Na Tabela 1 pode-se constatar a distribuição das notificações por unidade da federação (UF). Observa-se que Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal na região Centro Oeste, os três estados do Sul, Rio de Janeiro (Sudeste) e Pernambuco (Nordeste) apresentam as maiores taxas de notificações em crianças menores de 1 ano de idade. Na faixa de 1-9 anos os mesmos estados mostram taxas significativas, acrescidos de Goiás (CO), São Paulo (SE), Amazonas e Roraima (Norte).

Na Tabela 1, a coluna que apresenta o percentual de municípios notificantes no Estado refere-se às notificações em todo o ciclo vital. Neste sentido, o melhor estado da federação é o Rio de Janeiro, com 48,9% de seus municípios notificando pelo menos um evento violento em 2010. Roraima, Santa Catarina, Ceará, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e São Paulo têm percentuais que oscilam entre 22,8% e 33,3%. O quadro apresentado de poucos municípios notificando violências ao SINAN-Net seria ainda mais grave se o dado se referisse apenas às crianças.

O número de unidades de saúde notificantes apresentado na Tabela 1 segue a mesma lógica: muito poucos serviços notificaram violências no ano de 2010 no país, considerando-se todas as idades.

Na Figura 1 se constata visualmente a distribuição das taxas de notificação por violências (por cem mil crianças) considerando-se os menores de 10 anos. Numa análise geral, Mato Grosso do Sul, Roraima, Rio Grande do Sul e São Paulo são os Estados com maiores taxas de notificação de violência de crianças de 0 a 9 anos de idade.

Visando compreender melhor as especificidades das crianças menores de um ano e das mais velhas, apresentam-se a seguir algumas caracte-

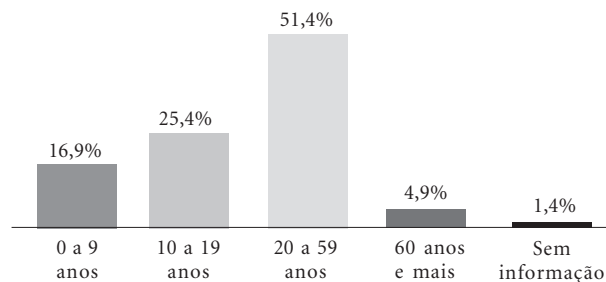


Gráfico 1. Distribuição percentual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências segundo faixas etárias no ano de 2010. Brasil (N=73.794).

Fonte: VIVA Contínuo 2010- SINAN/SVS/MS.

rísticas das violências notificadas ao SINAN-NET em 2010.

Notificações em menores de 1 ano

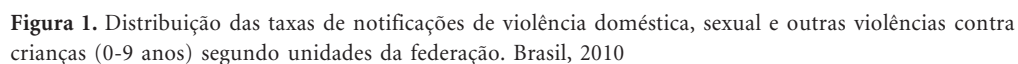
A Tabela 2 apresenta dados referentes às 1.797 notificações de crianças até um ano de idade. A maioria tem a cor da pele branca (41%) e preta/parda (32%). Em cerca de 1/4 das notificações esta importante questão não foi preenchida.

Algum tipo de deficiência/transtorno foi constatado em 3,1% das crianças, especialmente a deficiência física (0,8%), seguida pela mental (0,3%), visual (0,3%) e auditiva (0,1%). Essa informação está ausente para uma quantidade significativa de registros.

Tabela 1. Distribuição do número e taxa de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências em crianças, do percentual de notificações de crianças em relação a todas as faixas etárias, do percentual de municípios e número de unidades de saúde notificantes, segundo UF, 2010.

UF	Número de notificações em crianças < 1 ano	Taxa* de notificações < 1 ano	Número de notificações em crianças 1-9 anos	Taxa* de notificações 1-9 anos	% notificação de crianças em relação a todas as faixas etárias	% municípios notificantes no Estado	Número de unidades de saúde notificantes
Rondônia	0	-	7	2,88	3,7	7,7	13
Acre	3	20,55	46	31,74	11,0	13,6	8
Amazonas	33	44,97	358	52,48	30,5	19,4	28
Roraima	2	21,22	56	63,97	11,4	33,3	5
Pará	18	12,66	532	38,66	43,3	13,3	28
Amapá	1	7,08	17	13,23	8,8	6,3	1
Tocantins	9	37,95	50	21,74	8,9	9,4	31
Maranhão	20	16,67	116	9,76	26,0	12,0	43
Piauí	6	12,80	70	14,79	11,3	9,0	36
Ceará	12	9,52	91	7,49	14,2	22,8	69
Rio Grande do Norte	10	21,56	26	5,83	6,3	9,6	28
Paraíba	4	6,94	76	13,90	10,1	6,3	28
Pernambuco	175	133,30	624	48,37	18,3	10,3	79
Alagoas	2	3,75	34	6,55	2,7	6,9	10
Sergipe	1	3,09	54	17,11	32,0	2,7	3
Bahia	41	19,97	435	21,27	11,6	11,0	136
Minas Gerais	69	27,70	695	28,29	11,6	15,9	248
Espírito Santo	2	4,08	18	3,91	9,1	7,7	6
Rio de Janeiro	289	148,05	843	44,71	20,2	48,9	157
São Paulo	350	65,64	3020	60,37	15,6	27,9	463
Paraná	165	114,08	477	35,66	19,9	18,0	117
Santa Catarina	72	88,23	345	45,34	12,2	32,1	152
Rio Grande do Sul	254	198,54	1172	94,53	21,8	26,4	260
Mato Grosso do Sul	189	485,85	712	203,01	20,4	26,9	75
Mato Grosso	2	4,17	35	7,78	10,3	14,9	36
Goiás	29	33,55	471	57,15	17,7	6,1	47
Distrito Federal	39	103,39	301	85,50	28,3	-	24
Total Brasil	1.797	66,23	10.681**	41,00	16,9	17,4	2131

Fonte: VIVA Contínuo 2010- SINAN/SVS/MS. *Taxas por 100.000 habitantes. ** Uma notificação excluída por UF ignorada.



Pode-se também visualizar na Tabela 2 que a maior parte das notificações da violência contra menores de um ano ocorre em residências. No que se refere aos tipos de violência, a negligência/abandono se destaca (63,2% das notificações), seguido pela violência física (28%). Bem distante seguem os outros tipos de violência, com destaque para os tipos psicológico/moral e sexual, mais comum entre as meninas. Em todos os tipos de violência mencionados (exceto negligência) encontrou-se percentual elevado de sem informação (entre 15-20%).

tes/perfurações/lacerações e traumatismo crânio encefálico seguem em ordem de ocorrência. Em relação ao sexo, os cortes, as fraturas e as queimaduras predominaram entre meninos e as contusões, as entorses e as intoxicações entre as meninas.

Outras informações relevantes não apresentadas na Tabela 2 são mostradas a seguir.

No que se refere aos meios utilizados para a agressão à criança, tem-se que a força corporal/ espancamento é o meio mais apontado: 16,4%, atingindo mais meninas (18,8%) do que meninos (14,2%). Com frequência bem inferior seguem as ameaças (4,9%), também mais relatadas entre meninas (6,8% versus 2,9% entre meninos). Objetos perfuro-cortante, substâncias/ objetos quentes, objetos contundentes e armas

de fogo feriram menos crianças (2,2%, 2,1% e 1,8%, 0,8% respectivamente), com maior risco para o sexo masculino. Os enforcamentos foram mencionados em 0,8% das notificações. Em geral, os meios utilizados ficaram sem informação em 22% dos registros.

A parte do corpo mais atingida, considerando-se os casos de violência em que constam com lesões físicas, (com foco no diagnóstico principal) são: cabeça e face (28,5%); seguem-se os membros superiores (5,5%). Meninas sobressaem por sofrerem mais lesões nos órgãos genitais/ânus (6,7% contra 1,2% dos meninos), quadril/pelve (0,9% versus 0,2%) e em múltiplos órgãos/regiões do corpo (9,2% versus 7,2%). Os

meninos têm mais lesões no tórax/dorso (5,1% versus 2,2% das meninas), membros inferiores (4,9% versus 3,7%) e no abdome (2,2% contra 1,1%). Locais pouco mencionados são: pescoço (1%), boca/dentes (0,9%) e coluna/medula 0,1%. Há neste item um elevado percentual de notificações sem informação (41,7%).

Os prováveis autores da agressão reportados nas notificações são: a mãe da criança, apontada em 60,6% do total e o pai (28,5%). Com frequência bem menor estão os amigos/conhecidos (4,1%), pessoas desconhecidas (3,3%), padrastos – 1,1% (mais padrastos entre as meninas – 1,5% que entre meninos 0,6%), irmãos – 1,6%, madrastas (0,2%) e outros cuidadores

Tabela 2. Distribuição do número e proporção das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças menores de 1 ano de idade segundo sexo e algumas variáveis contidas nas notificações. Brasil, 2010.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cor da pele/etnia						
Branca	347	40,8	387	42,0	736	41,0
Preta	47	5,5	51	5,5	98	5,5
Parda	234	27,5	238	25,8	476	26,4
Amarela/Indígena	5	0,6	10	1,1	15	0,8
Sem informação*	218	25,6	236	25,6	472	26,3
Deficiência/Transtorno						
Sim	24	2,8	30	3,3	55	3,1
Sem informação*	380	44,7	366	39,7	764	42,5
Local de ocorrência						
Residência	453	53,2	512	55,5	973	54,1
Habitação Coletiva	4	0,5	1	0,1	5	0,3
Escola	11	1,3	10	1,1	21	1,2
Local de pratica esportiva	1	0,1	0	-	1	0,1
Bar ou Similar	1	0,1	6	0,7	7	0,4
Via pública	42	4,9	37	4,0	79	4,4
Comércio/Serviços	24	2,8	28	3,0	52	2,9
Indústrias/construção	5	0,6	0	-	5	0,3
Outros	153	18,0	178	19,3	345	19,2
Sem informação*	152	17,9	155	16,8	309	17,2
Violência física						
Sim	234	27,5	269	29,2	503	28,0
Sem informação*	133	15,6	140	15,2	283	15,7
Violência psicológica/moral						
Sim	62	7,3	111	12,0	173	9,6
Sem informação*	160	18,8	171	18,5	341	19,0
Tortura						
Sim	12	1,4	15	1,6	27	1,5
Sem informação*	156	18,3	182	19,7	348	19,4
Violência sexual						
Sim	24	2,8	96	10,4	120	6,7
Sem informação*	157	18,4	159	17,2	326	18,1

continua

(0,8%). Considerando-se apenas o sexo do agressor, tem-se que predominam as mulheres (39,8%) em relação os homens (21,5%) nos casos em que há apenas um autor da agressão. Agressores de ambos os sexos são mencionados em 19,1% das notificações. No que se refere ao número de agressores envolvidos, o cenário mais comum é ter apenas uma pessoa (63,2%), seguida por dois ou mais agressores – 16,7% (mais comum entre meninos – 21,8% do que entre as meninas – 14,5%). Para todas as questões que envolvem o agressor, observa-se em torno de 15-23% dos registros com esta informação ausente.

O encaminhamento das crianças pelos serviços de saúde notificantes para outros setores da

rede de atenção envolvem, em primeiro lugar, os Conselhos Tutelares (60,4%). Em seguida, muito distante, estão os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) (4,5%) e o Instituto Médico Legal (3,3%), mais indicados para as meninas que para os meninos. A Vara da Infância e Juventude (2,2%), o Ministério Público (1,7%), Casas de abrigo (0,7%) e o Programa Sentinela (0,7%) vêm a seguir. Há entre 16-25% de respostas sobre encaminhamento inexistentes.

A evolução do caso indica alta do serviço de saúde na maioria das notificações (55,8%). Evacuação/fuga do serviço foi apontada por 10,8% dos registros, seguido por óbitos decorrentes da vio-

Tabela 2. continuação

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tráfico de seres humanos						
Sim	0	-	0	-	0	-
Sem informação*	153	18,0	167	18,1	330	13,1
Violência financeira/econômica						
Sim	11	1,3	12	1,3	23	1,3
Sem informação*	152	17,9	165	17,9	327	18,2
Violência negligência/abandono						
Sim	569	66,9	544	59,0	1136	63,2
Sem informação*	71	8,3	86	9,3	158	8,8
Violência trabalho infantil						
Sim	7	0,8	4	0,4	11	0,6
Sem informação*	153	18,0	172	18,7	335	18,6
Violência intervenção legal**						
Sim	4	0,5	0	-	4	0,2
Sem informação*	155	18,2	172	18,7	337	18,8
Outras violências						
Sim	27	3,2	34	3,7	62	3,5
Sem informação*	177	20,8	194	21,0	381	21,2
Natureza da lesão						
Contusão	44	8,3	80	13,7	124	11,0
Corte/perfuração/ laceração	57	10,7	42	7,2	99	8,8
Entorse/luxação	5	0,9	9	1,5	14	1,2
Fratura	35	6,6	11	1,9	46	4,1
Amputação	1	0,2	1	0,2	2	0,2
Traumatismo dentário	0	-	1	0,2	1	0,1
Traumatismo crânio encefálico	47	8,8	50	8,6	97	8,6
Politraumatismo	8	1,5	10	1,7	18	1,6
Intoxicação	21	3,9	26	4,5	47	4,2
Queimadura	30	5,6	25	4,3	55	4,9
Outros	78	14,6	95	16,3	175	15,6
Não se aplica	207	38,8	232	39,9	445	39,6
Sem informação*	44	8,3	80	13,7	124	11,0

*Sem informação: Constitui-se o número de informações em branco e ignoradas. ** Traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei.

lência (1,0%) e óbitos por outras causas (0,7%). Quase 1/3 das notificações não informa a evolução do caso.

Notificações de crianças entre 1-9 anos

Dentre as 10.682 crianças entre 1-9 anos verifica-se similar distribuição quanto à cor da pele branca e preta/parda (Tabela 3).

Algum tipo de deficiência/transtorno foi constatado em 3,8% das crianças (mais em meninos). Discriminando-se o tipo de deficiência tem-se que a deficiência física foi informada em 0,7% das notificações, a mental em 1,2%, a visual e a auditiva em 0,2% cada.

Na maior parte das notificações de crianças entre 1-9 anos a violência ocorre em residências. Meninos predominam nas notificações que registram locais de ocorrência públicos.

Ainda na Tabela 3 pode-se ver que o tipo de violência mais comum entre crianças mais velhas difere daquele mais constatado entre os menores de 1 ano. A violência sexual é relatada em 41,7% das notificações, mais entre meninas do que meninos. A violência física 32,5% segue em frequência, seguida de perto pela negligência/abandono (ambos os tipos são mais comuns entre meninos). Cerca de 11 a 15% dos itens relativos ao tipo de violência estão sem informação. A natureza da lesão mais relatada (diagnóstico

Tabela 3. Distribuição do número e proporção das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças entre 1 – 9 anos de idade segundo sexo e algumas variáveis contidas nas notificações. Brasil, 2010.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cor da pele/etnia						
Branca	1684	37,5	2481	40,1	4169	39,0
Preta	281	6,3	365	5,9	646	6,0
Parda	1414	31,4	2003	32,4	3417	32,1
Amarela/Indígena	62	1,4	70	1,2	132	1,2
Sem informação*	1050	23,4	1263	20,4	2318	21,7
Deficiência/Transtorno						
Sim	213	4,7	192	3,1	405	3,8
Sem informação*	1350	30,1	1494	24,2	2849	26,7
Local de ocorrência						
Residência	2742	61,1	4121	66,7	6866	64,3
Habitação Coletiva	23	0,5	35	0,6	58	0,5
Escola	199	4,4	188	3,0	387	3,6
Local de pratica esportiva	20	0,4	10	0,2	30	0,3
Bar ou Similar	10	0,2	13	0,2	23	0,2
Via pública	306	6,8	230	3,7	537	5,0
Comércio/Serviços	35	0,8	42	0,7	77	0,7
Indústrias/construção	12	0,3	3	0,0	15	0,1
Outros	426	9,5	465	7,5	894	8,4
Sem informação*	718	16,0	1075	17,4	1795	16,8
Violência física						
Sim	1726	38,4	1743	28,2	3470	32,5
Sem informação*	534	11,9	821	13,3	1358	12,7
Violência psicológica/moral						
Sim	941	21,0	1520	24,6	2462	23,0
Sem informação*	660	14,7	876	14,2	1539	14,4
Tortura						
Sim	117	2,6	139	2,2	256	2,4
Sem informação*	707	15,7	951	15,4	1661	15,5
Violência sexual						
Sim	1217	27,1	3239	52,4	4457	41,7
Sem informação*	595	13,2	663	10,7	1260	11,8

continua

principal) é decorrente de cortes, perfurações, lacerações, seguidas pelas contusões, intoxicações e queimaduras. Os meninos apresentam percentuais mais elevados do que as meninas em todas as formas de lesões apresentadas, exceto amputação e traumatismo dentários. Vale, no entanto, ressaltar que o percentual de notificações sem informação sobre a natureza chega a 50,6% entre as meninas e a 36% entre os meninos.

Outras informações presentes nas notificações das crianças entre 1-9 anos não apresentadas na Tabela 3 são apontadas a seguir.

Dentre os meios de agressão que atingiram crianças entre 1-9 anos tem-se a força corporal/ espancamento como o meio mais comum

(24,9%). Ameaças vêm a seguir (14,7%), também mais presentes entre meninas – 16,7%, versus 12% entre meninos. Bem distante estão as lesões decorrentes de substâncias/objetos quentes (2,9%), envenenamentos (2,7%), objetos contundentes (2,1%) e perfuro-cortantes (2,1%), armas de fogo (0,8%), todos mais comuns entre meninos que meninas. O enforcamento foi mencionado por 0,4% das notificações. Em torno de 20% do total de registros estava sem informação sobre o meio da agressão.

A parte do corpo mais atingida da criança (diagnóstico principal) é o órgão genital/ânus (21%), vindo bem atrás cabeça/face (16,2%). Partes menos notificadas são: múltiplos órgãos/regiões do

Tabela 3. continuação

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tráfico de seres humanos						
Sim	4	0,1	4	0,1	8	0,1
Sem informação*	654	14,6	866	14,0	1523	14,3
Violência financeira/econômica						
Sim	30	0,7	35	0,6	65	0,6
Sem informação*	666	14,8	876	14,2	1545	14,5
Violência negligência/abandono						
Sim	1688	37,6	1560	25,2	3255	30,5
Sem informação*	482	10,7	731	11,8	1214	11,4
Violência trabalho infantil						
Sim	22	0,5	30	0,5	52	0,5
Sem informação*	680	15,1	888	14,4	1570	14,7
Violência intervenção legal**						
Sim	9	0,2	19	0,3	28	0,3
Sem informação*	677	15,1	903	14,6	1583	14,8
Outras violências						
Sim	130	2,9	176	2,8	306	2,9
Sem informação*	865	19,2	1244	20,1	2112	19,8
Natureza da lesão						
Contusão	364	11,0	355	8,7	719	9,7
Corte/perfuração/ laceração	460	13,9	379	9,3	840	11,4
Entorse/luxação	48	1,4	45	1,1	93	1,3
Fratura	82	2,5	57	1,4	139	1,9
Amputação	5	0,2	7	0,2	12	0,2
Traumatismo dentário	6	0,2	8	0,2	14	0,2
Traumatismo crânio encefálico	129	3,9	66	1,6	195	2,6
Politraumatismo	65	2,0	52	1,3	117	1,6
Intoxicação	267	8,1	237	5,8	504	6,8
Queimadura	236	7,1	172	4,2	409	5,5
Outros	458	13,8	634	15,6	1093	14,8
Sem informação*	1192	36,0	2060	50,6	3257	44,1

* Sem informação: Constitui-se o número de informações em branco e ignoradas. ** Traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei.

corpo (7,4%), membros superiores e inferiores (6% e 4,9% respectivamente), tórax/dorso (2,4%), abdome (1,5%), pescoço (0,9%), boca/dentes (0,9%), quadril/pelve (0,7%) e coluna/medula (0,3%).

O sexo masculino revela maior percentual em quase todas as partes do corpo atingidas, com as meninas destacando-se apenas em relação aos órgãos genitais/ânus (26,2% versus 14,6% entre meninos). Salienta-se que o percentual de notificações sem informação sobre a natureza chega a 41,3% entre as meninas e a 33,7% entre os meninos.

As lesões autoprovocadas intencionalmente foram informadas em 0,2% dos registros, totalizando 23 crianças entre 1-9 anos que intencionalmente provocaram lesões ao seu organismo. Quase a totalidade dos registros informa este quesito, com apenas 4,1% sem informação.

Os prováveis autores da agressão mais apontados são a mãe (26,8%) e o pai (20,1%). As mães são mais relatadas entre os agressores dos meninos (33,5%) do que das meninas (21,8%). Os amigos/conhecidos da criança são indicados a seguir como agressores frequentes (14,8%). Outros familiares agressores são: padrasto: 7% (mais relatados como agressores de meninas – 8,8% que meninos – 4,4%), irmãos (2,3%) e madrastas (0,7%). Cuidadores foram destacados em 1,9% dos registros, pessoas desconhecidas em 4,6% e a própria criança sendo a agressora de outra criança em 2,5%. Em torno de 20% dos itens sobre autoria da agressão não há informação.

Considerando-se o sexo do agressor nota-se que predominam os homens (48%) em relação às mulheres (20,1%). Agressores de ambos os sexos são mencionados em 9,9% das notificações. Dentre as meninas predominam os agressores do sexo oposto (53,4%) e entre os meninos sobressaem as mulheres (22,3%) como agressoras e pessoas de ambos os sexos (12,5%). Há 22% de notificações sem informação.

A maioria das agressões envolve apenas uma pessoa (63,2%). A presença de dois ou mais agressores (16,7%) é mais comum entre meninos (21,8%) do que entre as meninas (14,5%). Há 19,2% de notificações sem este dado.

Um item de pouca confiabilidade é a suspeita de uso de álcool pelo agressor (54,2% sem informação). Dentre dos limites deste dado, tem-se que 10,4% foram reconhecidos como usuários dessa substância.

A reincidência de violência sobre a mesma criança foi em 26,8% dos casos (42,2% sem informação), indicando haver uma continuidade da agressão em cerca de uma em cada quatro crianças.

As crianças foram encaminhadas para outros setores pelos serviços de saúde, apresentados em forma decrescente: conselho tutelar (60,3%); Instituto Médico Legal – 13,3% (meninas – 15,9% e meninos 9,8%); Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente; CRAS/CREAS (9,4%); outras delegacias (8,9%), Programa Sentinela (5,2%); Vara da Infância e Juventude (4,7%); Ministério Público (3,1%); e casas de abrigo (1,4%). Na maioria dos itens sobre encaminhamento há cerca de 20% de notificações com falta de informação.

A evolução dos casos de violência na faixa de 1-9 anos indica haver alta (67,4%). A evasão/fuga do serviço é apontada em 4,2% dos registros. Os óbitos por violência ocorrem em 0,4% do total e os decorrentes de outras causas em 0,2%. Há 27,8% de notificações sem informação.

Discussão

Os dados apresentados neste artigo são pioneiros e refletem o esforço de uma recente Política que, apesar de vir se dando de forma insistente e progressiva, também tem se mostrado “fragmentada, lenta e intermitente”¹⁴, a despeito do investimento do Ministério da Saúde no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

Em comparação com os Estados Unidos que, a nível mundial, se destaca pelo seu pioneirismo na regulação de ações públicas de enfrentamento da violência contra a criança, a proposição de uma única ficha para o Brasil denota o esforço do governo brasileiro na caracterização padronizada dos casos de violência. Revela também especificidades políticas do Brasil na condução e na atenção aos casos uma vez que, nos EUA, os registros de violência estão vinculados aos serviços de proteção ao passo que aqui é o setor saúde o responsável pelo seu dimensionamento e monitoramento, subsidiando a tomada de decisão em um nível governamental¹⁵.

Contudo, apesar deste contexto favorável, como os resultados deste artigo demonstram, a prática de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança não é uniforme no país e ainda apresenta fragilidades.

Primeiramente, vale destacar que o número de notificações entre menores de 10 anos é baixo (16,9%) e inferior à realidade esperada¹⁶, especialmente se for considerado a fragilidade física e emocional deste grupo, o seu maior acesso ao serviço de saúde e a obrigatoriedade da notificação preconizada pelo ECA.

Em segundo lugar, a discrepância dos dados gerais das notificações em crianças segundo os estados revela especificidades locais, que parecem ser atravessadas por questões socioculturais e, sobretudo, políticas. Chama muita atenção o fato de Mato Grosso do Sul ser disparado o estado que mais notifica. Fica a indagação se neste local ocorrem mais casos ou se o processo de notificação está mais consolidado. Outros estados que se destacam são os estados da região sul do país, que há anos vem desenvolvendo estratégias de enfrentamento da violência; Distrito Federal, em que a proximidade com o Ministério da Saúde pode contribuir às ações locais; Rio de Janeiro, que é o pioneiro no país na notificação dos casos de violência pelo setor saúde; Pernambuco, que também tem se destacado pelo desenvolvimento de ações de enfrentamento do problema; além de Goiás, São Paulo, Amazonas e Roraima. Vale destacar o trabalho feito pelas Secretarias de Saúde locais do estado do Rio de Janeiro, Roraima e Santa Catarina, que demonstram maior uniformidade da notificação em seu estado, com maior número de municípios notificando. Por outro lado, fica a necessidade de investimento dos gestores locais e federais dos estados que demonstram os menores percentuais de notificação da violência em crianças, especialmente Rondônia, Amapá, Espírito Santo, Alagoas, Rio Grande do Norte e Tocantins.

Os dados sobre o perfil do ato da violência, da vítima e do agressor, e o encaminhamento do caso são consensuais na literatura. Em bebês, a negligência e a violência física são os tipos mais comuns de violência, ocasionados, na maioria das vezes, pela irritação dos cuidadores com o choro da criança ou com algum ato realizado por ela e que ainda não tem domínio. Nesta faixa etária, o ambiente doméstico é o espaço privilegiado de ocorrência da violência, tendo a mãe como a principal agressora. Sinais de descuido, e sintomas físicos como fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais e queimaduras são os indicadores mais comuns da violência nesta fase inicial da vida¹¹. A partir de 1 ano de idade, outras formas de violência ganham destaque, em especial a física, a sexual e a psicológica, seguindo algumas especificidades segundo o sexo da criança, já que o processo de socialização dos meninos e das meninas se torna determinante^{12,17}.

Os dados demonstram que, dentre os menores de 1 ano, a negligência se destaca como o principal tipo de violência notificado, diminuindo sua importância em crianças maiores (1-9 anos), quando a violência sexual, física e negligência são

mais prevalentes. A maior sensibilização dos profissionais na atenção aos casos de violência sexual; a gravidade destes casos, que exigem a busca de atendimento pelo serviço de saúde; e a banalização da violência física contra a criança são algumas das justificativas para o maior número de notificações de abuso sexual pelo profissional de saúde, em comparação as outras violências.

Em países com sistemas de notificação obrigatória implantados há mais de três décadas como os Estados Unidos, o abuso físico é prevalente em crianças abaixo de cinco anos (32%), mas também há grande incidência entre 5-9 (27%) e 10-14 (27%) anos¹⁸. Dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos¹⁹ indicam que, no universo de indivíduos com menos de 18 anos de idade, os bebês de até um ano são o grupo que corre o segundo maior risco de morte por homicídio. O risco de morte é cerca de três vezes maior para crianças com menos de um ano de idade do que para o grupo entre 1-4 anos de idade; e, quanto mais nova a criança, maior será a probabilidade de sua morte ser causada por um parente próximo.

Na Austrália, a notificação da violência contra a criança e o adolescente vem crescendo. Os dados notificados melhoraram em qualidade de acordo com o Australian Institute of Health and Welfare²⁰. Por exemplo em 2005/2006 ocorreram 266.745 notificações de casos suspeitos de abuso e negligência, mais do que o dobro dos casos notificados em 2000/2001. Destas, 55.921 notificações ou aproximadamente 1 em cada 4,77 notificações foram confirmadas²⁰.

No Brasil, estudos sugerem a relevância da agressão física e da negligência, bem como a importância de se investigar a cor da pele e a faixa etária das crianças e adolescentes, visando a obtenção de um perfil mais preciso e que possibilite uma intervenção mais eficaz²¹.

Outro ponto que merece atenção é a qualidade da informação das notificações, que subsidia a identificação de pontos prioritários a serem tratados pelas políticas de saúde. Por exemplo, os dados apresentados revelam que informações como “cor de pele da criança”, “possível autor da violência”, “local da violência” e “encaminhamentos institucionais” apresentam nível elevado de ausência de registro. Esta falta de informação pode prejudicar o conhecimento mais detalhado do fenômeno, interferindo nas ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde^{17,22}. Observa-se que o elevado percentual de informação nas notificações de negligência deve ser analisado com cautela, pois pode

eventualmente incluir casos de pobreza, incorretamente considerados como negligência.

Outro aspecto importante na discussão do processo de notificação diz respeito aos entraves ao ato de notificar, entre os quais estão: o desconhecimento pelos profissionais do ECA, do fluxo de notificação e dos instrumentos necessários utilizados para este procedimento; a resistência ao preenchimento de mais um instrumento com número grande de questões; a falta de preparo técnico e emocional do profissional para a identificação da violência, das situações de risco e dos sinais de alerta; o medo de represália por parte da família, do agressor e/ou da comunidade; a falta de retaguarda adequada da rede de proteção, especialmente no que diz respeito ao Conselho Tutelar; o isolamento do profissional de saúde, que se vê diante de um caso complexo, sem ter com quem dividir, sem saber como proceder nem para onde referir^{7,23}. O contexto político e institucional, e os padrões adotados para a efetiva operacionalização da notificação nos diferentes níveis de atenção são outros aspectos que influenciam o processo de notificação. Pouco apoio da gestão, hesitação em notificar casos suspeitos, descrença nos mecanismos sociais de proteção à criança, receio de envolvimento em processos jurídicos e má compreensão de que sejam as orientações éticas profissionais quanto ao sigilo também constituem-se barreiras para a notificação pelo profissional de saúde^{7,24}.

Vale mencionar que o encaminhamento do caso ao Conselho Tutelar segue sendo o serviço referenciado e responsável na rede de proteção local, conforme preconizado no ECA e nos documentos oficiais^{1,24}.

Algumas recomendações podem facilitar o processo de notificação nos estados brasileiros: retorno/divulgação da informação da notificação para o profissional a fim de fortalecer o processo de notificação nos serviços; investimento para a capacitação voltada para a sensibilização do profissional, conhecimento técnico, valorização do registro, qualidade da informação contida na notificação, repercussões legais da notificação e da rede de proteção local. Lima⁷ também ressalta que as capacitações precisam incluir o profissional de nível médio, como por exemplo o técnico de enfermagem, presente no serviço de saúde, além do profissional da gestão que pode influenciar sobremaneira a implantação da notificação, a capacitação dos profissionais e a maior resolutividade dos casos.

Para finalizar, é preciso deixar claro que o ato de notificar é um exercício de cidadania que possibilita o planejamento e a avaliação de políticas públicas⁷. É, além de uma ação política, de entendimento e de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, uma atitude de cuidado e de proteção. Longe de ser uma atitude punitiva, é uma informação que vai desencadear medidas de proteção a estes e de apoio à família.

Colaboradores

SG Assis, JQ Avanci, RP Pesce, TO Pires e DL Gomes participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Cortez; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº1.968 de 25/10/2001. Notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2001; 26 out.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº737 de 16/05/2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 maio.
5. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos brasileiros. *Interface Comum Saúde Educ* 2011; 15(38): 819-832.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2006 e 2007. Brasília: MS; 2009.
7. Lima JS. *Análise da implantação da ficha de notificação da violência sexual contra crianças e adolescentes* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª Edição. Brasília: MS; 2010.
9. Lavergne C, Tourigny M. Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants: recension des écrits. *Criminologie* 2000; 33(1):47-72.
10. Gough D. Defining the problem. *Child Abuse Negl* 1996; 20:993-1002
11. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), organizador. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 43-78.
12. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS; 2002.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
14. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
15. Lima JS; Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface Comum Saúde Educ* 2011; 15(38): 819-832.
16. Pfeiffer L, Pires JM. Principais tipos de violência. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. *Crianças e adolescentes seguros*. São Paulo: Publifolia; 2006. p. 253.
17. Njaine K, Assis SG, Constantino P. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
18. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. *Child maltreatment - 2005*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2007.
19. Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, Bustreo F, Songane F, Salama P, Wardlaw T. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet* 2006; 368(9541): 1067-1076.
20. O'Donnell M, Scott D, Stanley F. Child abuse and neglect. Is it time for a public health approach? *Aust N Z J Public Health* 2008; 32(4):325-330.
21. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):347-357.
22. Cavalcanti MLT. Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
23. Branco VMC. *Notificação dos maus-tratos*: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Rio de Janeiro; Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
24. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):315-319.

Artigo apresentado em 10/06/2012

Aprovado em 04/07/2012

Versão final apresentada em 14/07/2012