



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Carvalho Malta, Deborah; Tomie Ivata Bernal, Regina; de Sá Menezes Teixeira, Barbara;
Alves da Silva, Marta Maria; de Fátima Freitas, Maria Imaculada
Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas
capitais brasileiras
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2889-2898
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677010>

- 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

Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras

Factors associated with violence against children in sentinel urgent and emergency care centers in Brazilian capitals

Deborah Carvalho Malta¹
Regina Tomie Ivata Bernal²
Barbara de Sá Menezes Teixeira¹
Marta Maria Alves da Silva³
Maria Imaculada de Fátima Freitas¹

Abstract *This study explored the association between demographic characteristics (age and sex) and other variables related to violence committed against children (form of violence perpetrator, place of occurrence, and nature of injury) using a sample of 404 children taken from the 2014 Violence and Accident Surveillance System (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, VIVA) survey. Correspondence analysis was used to identify variables associated with the outcome violence against children. Victims were predominantly male. The most common form of violence was neglect/abandonment, followed by physical violence and sexual violence. The most common perpetrators were parents (ages zero to one and two to five years), followed by friends (ages six to nine years). The most common place of occurrence was the home. Notable levels of violence were observed at school, particularly among children aged between six and nine years. Neglect was most common in the age group zero to one year and two to five years, while physical violence was most common between children aged between six and nine years.*
Key words *Violence, Children, Family, Surveillance, Epidemiology*

Resumo *No estudo descrevem-se as características demográficas, os tipos de violência praticada contra as crianças, os agressores envolvidos, os locais de ocorrência, além de se estimar a associação entre as variáveis. Foram analisados dados do inquérito Vigilância de Violências e Acidentes, em serviços sentinelas de urgência em 2014, com 404 crianças da amostra, utilizando-se a análise de correspondência, que consiste em análise exploratória, visando identificar variáveis associadas ao desfecho violência contra a criança. Essa se mostrou associada com sexo masculino e o tipo de violência mais frequente foi negligência/abandono, seguida da violência física e sexual. Os agressores mais frequentes foram pai/mãe, praticando violência contra crianças de 0 a 1 e 2 a 5 anos, seguidos de agressores conhecidos/amigos que praticaram violência contra crianças de 6 a 9 anos. O local de ocorrência mais frequente foi o domicílio. Na escola, as vítimas foram predominantemente crianças de 6 a 9 anos e, nas vias públicas, os meninos. A negligência foi mais frequente entre 0 a 1 ano e 2 a 5 anos, enquanto a violência física ocorreu entre 6 a 9 anos. Conclui-se que a violência é praticada contra crianças muito vulneráveis, sendo os autores mais frequentes pais e conhecidos.*
Palavras-chave *Violência, Criança, Família, Vigilância, Epidemiologia*

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil.
dcmalta@uol.com.br

² Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

Introdução

A violência contra as crianças é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema global, afetando, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidades¹. Existem diversas formas de manifestação desta violência, seja por meio da negligência, abandono e maus tratos, agressões física, psicológica e sexual, contendo traços agravantes pelas subnotificação e vulnerabilidade das vítimas²⁻⁴.

A violência contra a criança está disseminada por todos os países e sociedades. O impacto sobre a vida de cada criança é profundo, e os custos econômicos mundiais resultantes da violência física, psicológica e sexual contra crianças chegariam a cerca de sete trilhões de dólares e cerca de 8% do Produto Interno Bruto global².

As violências sofridas na infância, mesmo sem lesões físicas aparentes, são acompanhadas de sofrimentos psíquicos e resultam em traumas profundos para toda a vida⁴. Além disso, a violência doméstica aumenta o risco das crianças nela envolvidas tornarem-se vítimas de homicídios⁵.

A violência é fenômeno complexo, resultando de desigualdades sociais, questões culturais e históricas⁴, e seu enfrentamento implica em comprometimento dos governos e da sociedade. Em 2015, a ONU incluiu objetivos de enfrentamento da violência na infância aos Objetivos do Desenvolvimento do Sustentável (ODS), indicando o muito ainda a ser feito na prevenção de violências contra crianças e mulheres⁶. Eliminar a violência contra a criança deve ser uma prioridade pública, acabando com a percepção de que seja algo aceitável.

O Ministério da Saúde conceitua a violência como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros e a diferencia de acidente, por serem estes de origem não intencional e evitável⁷. Quanto à sua natureza, a OMS classifica os eventos como violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono⁴.

A maioria dos estudos sobre o tema violência no Brasil utiliza o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Dados do SIM, no ano de 2014, apontam que as causas externas foram os principais motivos de mortalidade em crianças de 1 ano a 10 anos⁸. As informações referentes a inquéritos sobre causas externas e notificação de violência contra as crianças são recentes na literatura nacional, tendo crescido na última década^{3,9}. Com a implantação,

em 2006, pelo Ministério da Saúde, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)¹⁰, com seus dois componentes: Vigilância por Inquérito, e Vigilância Contínua por meio de notificação compulsória das violências interpessoais e autoprovocadas, reduziu-se a lacuna de conhecimentos sobre o tema. O primeiro componente tem sido realizado a cada três anos e este é o primeiro artigo a analisar os dados desta edição do inquérito VIVA 2014 sobre violência contra criança.

Torna-se de grande relevância para o país avaliar a violência praticada contra crianças, por sua vulnerabilidade e incapacidade de reação e denúncia. Embora a literatura especializada agregue informações sobre a participação dos pais e familiares como responsáveis pelas agressões^{3,4}, no Brasil, ainda existe muita subnotificação^{3,10}. A maioria dos casos permanece oculta, tornando-se necessário conhecer mais sobre estas ocorrências, sobre os autores da violência, idades mais vulneráveis, tipos de violência praticados contra as crianças, locais de ocorrência, dentre outros.

Assim, os objetivos do estudo foram descrever as características demográficas, tipos de violência praticada contra as crianças, agressores, locais de ocorrência e verificar a associação entre as variáveis.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado pela análise de dados do inquérito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). A população de estudo é composta pelas crianças vítimas de acidentes e violências que procuram estes estabelecimentos. O inquérito foi realizado em 86 serviços sentinelas de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados no Distrito Federal e 24 capitais brasileiras, em setembro de 2014. Não foram incluídas as capitais Florianópolis/SC e Cuiabá/MT, pelo fato da não realização do inquérito nessas cidades, em função de problemas operacionais¹⁰.

Trata-se de uma amostra por conglomerados em único estágio de seleção, sendo a unidade primária de amostragem composta por turnos de 12 horas. Para efeito de sorteio de turnos, considerou-se como período de coleta 30 dias divididos em dois turnos (diurno e noturno), totalizando 60 unidades¹⁰.

Foi realizado treinamento centralizado em Brasília, prévio à Pesquisa, pela Secretaria de Vigilância em Saúde, para a padronização da coleta, discussão e capacitação para utilização dos

instrumentos, procedimentos e fluxos. As equipes capacitadas replicaram o treinamento nos seus municípios, garantindo a padronização da pesquisa. Os municípios receberam incentivos financeiros para a execução do inquérito¹⁰.

O total de participantes entrevistados no inquérito foi de 55.950, incluindo acidentes, violências e todas as faixas de idade. Entretanto, no estudo atual foram analisados os dados referentes à violência praticada contra criança que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência selecionados, totalizando 404 crianças menores de 10 anos de idade, no período de setembro a novembro de 2014. Com o objetivo de analisar diferenças de ocorrências segundo idade, foram categorizadas três faixas etárias (0-1 ano, 2-5 anos, 6-9 anos).

Os dados foram coletados por meio de formulário padronizado, já utilizado nas pesquisas anteriores do VIVA, e adaptado para esta edição¹⁰. Todos os usuários atendidos por causa externa foram entrevistados pelos pesquisadores capacitados. Os participantes que se encontravam incapacitados de responder, em função das lesões sofridas, ou por serem crianças, ou vítimas incapazes, os acompanhantes foram entrevistados, além de coletados dados em prontuários. Os eventos violentos foram classificados em agressões (X85-Y09), maus-tratos (Y05-Y07) e intervenção legal (Y35), lesões autoprovocadas voluntariamente/tentativa de suicídio (X60-X84).

Inicialmente, foi realizado o estudo descritivo dos casos decorrentes de violência contra a criança. Para verificar possíveis associações entre as variáveis levantadas foi utilizada a técnica de *análise de correspondência*, uma vez que permite trabalhar com uma grande quantidade de variáveis qualitativas, constituídas de grande número de categorias^{11,12}.

A análise de correspondência constitui uma fase exploratória dos dados e utiliza-se de tabelas de contingência, também denominadas de tabelas cruzadas, para verificar a dependência entre as linhas e as colunas da tabela. Essa técnica exploratória visa sintetizar a estrutura de variabilidade dos dados em termos de dimensões, no qual o número destas é menor que o de variáveis^{11,12}. A análise é equivalente à análise fatorial, porém os resultados são apresentados de forma gráfica, na qual as menores distâncias entre as categorias linha e coluna representam as mais fortes associações entre elas, enquanto as maiores distâncias representam dissociações entre as mesmas^{13,14}.

O algoritmo da técnica de análise de correspondência disponível nos “softwares” estatísticos

supõe que os dados são provenientes de plano de amostragem aleatória simples. No entanto, Souza et al.¹⁴ discutem o uso dessa técnica em dados provenientes de planos complexos de amostragem (PCA) e alertam que, ao desconsiderar o plano de amostragem, a qualidade dos resultados pode ser questionável. Os autores¹⁴ esperam que ao considerar os pesos amostrais no cálculo das proporções de cada célula da tabela, mediante expansão da amostra, o gráfico resultante manterá a mesma proporção da população. Assim, recomendam a utilização de pesos amostrais para a análise de correspondência¹⁴. Este procedimento foi utilizado no estudo atual, adotando-se diferentes pesos amostrais referentes a cada capital, o que pode ser visto em detalhes em outras publicações^{9,10}.

A técnica de análise de correspondência simples (ACS) foi utilizada para descrever o perfil das crianças vítimas violência do Inquérito VIVA. Por se tratar de dados provenientes de planos complexos de amostragem (PCA), tomou-se o cuidado em obter, primeiramente, as tabelas de contingência expandidas (total de atendimentos) e, a partir delas, o gráfico de correspondência. Em função do emprego de pesos amostrais, ocorreu a expansão do n amostral, conforme descrito a seguir.

O estimador^{14,15} do total de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência no período de 30 dias é dado pela expressão:

$$\hat{Y} = \sum_{h=1}^L \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{j=1}^{m_{hi}} w_{hij} y_{hij}$$

sendo:

w_{hij} o peso da amostra no h -ésimo estrato (nces), i -ésima UPA (turno) e j -ésimo número de elementos do h -ésimo estrato da i -ésima UPA;

y_{hij} o valor observado da variável (1 se possui e 0, em caso contrário) no h -ésimo estrato, i -ésima UPA e j -ésimo número de elementos do h -ésimo estrato da i -ésima UPA.

Na análise de correspondência, foram selecionadas as seguintes variáveis de interesse: Variáveis coluna, que correspondem aos casos – demográficas (sexo, faixa etária (0-1 ano, 2-5 anos, 6-9 anos); Variáveis linha, ou variáveis de interesse – a) características do evento: tipo de violência (física ou sexual, negligência/abandono); b) relação vítima/agressor (pai ou mãe, familiar, amigo); c) local de ocorrência (domicílio, escola, via pública); d) natureza da lesão (Contusão/Entorse/luxação, Corte/laceração, Fratura/Amputação/

Traumas). Os dados foram analisados no software Stata¹⁵ (Quadro 1).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Por se tratar de ação de vigilância epidemiológica de âmbito nacional, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi substituída por consentimento verbal, que foi registrado em um campo na ficha de coleta. Em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram garantidos total anonimato e privacidade aos participantes, assim como a liberdade em desistirem de participar da entrevista a qualquer momento e sem prejuízo de qualquer natureza para si próprios ou familiares.

Resultados

A Tabela 1, de contingência, apresenta os dados expandidos, segundo peso amostral, das vítimas de agressões por tipo de violência estratificada por idade. Predominaram eventos de violência no sexo masculino, de 6 a 9 anos, a negligência/abandono foi a mais frequente, seguida de agres-

são física e, por último, a sexual. O local de ocorrência mais frequente foi o domicílio. Dentre as lesões predominaram cortes e lacerações, seguidas de contusão/entorse/luxação. Os agressores mais frequentes foram o pai ou mãe, seguido de amigos, familiares.

A Tabela 2 apresenta as medidas estatísticas resultantes da análise de correspondência. A primeira coluna apresenta o número de dimensões necessário para explicar 100% da variabilidade conjunta das variáveis relacionadas ao tipo de violência. Nota-se que as duas primeiras dimensões explicam 96% da variância total, sendo que a primeira explica 64,2% e a segunda 32,2%. O valor do χ^2 do teste de independência da tabela mostra que a hipótese H_0 de independência entre as linhas e colunas é rejeitada. Portanto, nessa amostra, conclui-se que existe associação entre as variáveis relacionadas ao tipo de agressão e as demográficas.

A Tabela 3 apresenta a composição das variáveis segundo as categorias de violência e demográfica – em cada dimensão. Na categoria “violência”, a variável “local de ocorrência” foi a que mais contribuiu para a dimensão 1 (57%), seguida pela variável “agressor”, com 21%, e “tipo de

Quadro 1. Variáveis demográficas das crianças vítimas de agressão (variável coluna) e Variáveis relacionadas à ocorrência (variáveis linha). Conjunto das 24 capitais e Distrito Federal, setembro a novembro de 2014.

Variáveis demográficas das crianças vítimas de agressão		
Variável coluna	Valor	Descrição
0 a 1	1 = Sim; 0 = Não	Idade entre 0 e 1 ano
2 a 5	1 = Sim; 0 = Não	Idade entre 2 e 5 anos
6 a 9	1 = Sim; 0 = Não	Idade entre 6 e 9 anos
Masc	1 = Sim; 0 = Não	Sexo masculino
Fem	1 = Sim; 0 = Não	Sexo feminino
Variáveis relacionadas à ocorrência		
Variáveis linha	Valor	Descrição
Física	1 = Sim; 0 = Não	Tipo de violência
Sexual	1 = Sim; 0 = Não	Tipo de violência
Negligência/Abandono	1 = Sim; 0 = Não	Tipo de violência
Domicílio	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Escola	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Via pública	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Sem lesão	1 = Sim; 0 = não	Natureza da lesão
Contusão/Entorse/luxação	1 = Sim; 0 = Não	Natureza da lesão
Corte/laceração	1 = Sim; 0 = Não	Natureza da lesão
Fratura/Amputação/Traumas	1 = Sim; 0 = Não	Natureza da lesão
Pai/Mãe	1 = Sim; 0 = Não	Agressor
Familiar	1 = Sim; 0 = Não	Agressor
Amigo	1 = Sim; 0 = Não	Agressor

Tabela 1. Tabela de contingência das variáveis relacionadas às ocorrências de agressão expressa em frequências absolutas expandidas^(*) estratificada por idade da vítima. Conjunto de 24 capitais e Distrito Federal, setembro a novembro de 2014.

Variáveis	Idade (ano)			Sexo	
	0 a 1	2 a 5	6 a 9	Masculino	Feminino
Tipo de violência					
Física	90	149	290	381	148
Sexual	5	28	17	20	30
Negligência/Abandono	518	406	80	556	450
Local de ocorrência					
Domicílio	575	424	152	274	313
Escola	10	66	155	162	99
Via pública	24	57	73	916	248
Lesão					
Sem lesão	129	107	40	172	104
Contusão/Entorse/luxação	147	83	145	210	165
Corte/laceração	128	211	128	289	178
Fratura/Amputação/Traumas	137	85	48	182	88
Agressor					
Pai/Mãe	487	310	74	487	384
Familiar	79	108	67	144	110
Amigo	22	83	202	224	83

(*) frequências expandidas.

Tabela 2. Dimensões, proporção da variância explicada na análise de correspondência.

Dimensão	Valor singular	Inércia	chi2	% variância explicada	% variância explicada acumulada
1	0.39	0.15	1727.41	64.23	64.23
2	0.27	0.07	866.86	32.23	96.46
3	0.08	0.01	73.95	2.75	99.21
4	0.04	0.00	21.26	0.79	100.00
Total		0.23	2689.49	100.00	

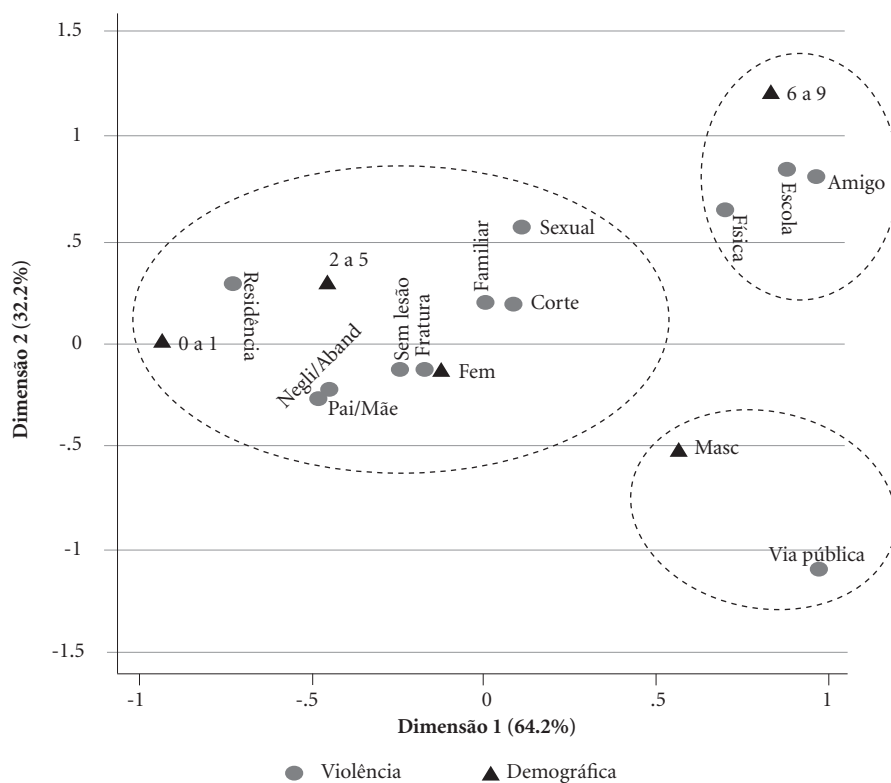
violência”, com 20%. Na categoria demográfica, a “idade” foi a que mais contribuiu para dimensão 1, com 72%, seguida pela variável “sexo”, com 38%. Na dimensão 2, o “local de ocorrência” foi a que mais contribuiu, com 65%, seguida pela variável “tipo de violência”, com 17%, e “agressor”, com 16%. Na categoria demográfica, a “idade” foi a que mais contribuiu na dimensão 2, com 67%, seguida de “sexo”, com 33%.

A representação gráfica desse conjunto de variáveis foi possível devido à existência da associação entre as variáveis. A Figura 1 mostra as categorias de idade e sexo das vítimas associadas às características de violência nas duas dimensões. Esta associação pode ser observada pela proximidade dos pontos que representam as categorias

de cada uma das variáveis. Verificou-se, em relação ao local de ocorrência, que a “Residência” está próximo das vítimas de 0 a 1 ano e 2 a 5 anos, enquanto “Escola” associou-se às vítimas de 6 a 9 anos. O sexo masculino associou-se a ocorrências na via pública. Quanto ao tipo de violência, a “Negligência/Abandono” associou-se às vítimas de 0 a 1 ano e de 2 a 5 anos, enquanto a “Violência Física” associou-se às vítimas de 6 a 9 anos. Quanto ao tipo de agressor, “Pai/Mãe” mostrou-se associado às crianças de 0 a 1 ano e de 2 a 5 anos, enquanto o agressor “Amigo” mostrou-se associado às vítimas de 6 a 9 anos. Em relação às lesões, o sexo “feminino” mostrou-se mais associado com lesões do tipo fratura, ocorrências sem lesão e cortes.

Tabela 3. Coordenadas e contribuições das características de crianças vítimas de agressão.

Categorias	Geral			Dimensão 1			Dimensão 2		
	massa	qualidade	% inércia	coord	sqcorr	contrib	coord	sqcorr	contrib
Violência									
Física	0.091	0.982	0.120	0.699	0.615	0.115	0.641	0.367	0.137
Sexual	0.009	0.292	0.011	0.114	0.017	0.000	0.554	0.275	0.010
Negligência/Abandono	0.173	0.977	0.068	-0.443	0.834	0.088	-0.217	0.142	0.030
Residência	0.149	0.983	0.148	-0.725	0.887	0.204	0.284	0.096	0.044
Escola	0.042	0.966	0.094	0.886	0.588	0.086	0.845	0.378	0.111
Via pública	0.113	1.000	0.339	0.976	0.532	0.280	-1.088	0.468	0.491
Sem lesão	0.047	0.957	0.006	-0.242	0.796	0.007	-0.130	0.161	0.003
Corte	0.080	0.384	0.012	0.090	0.088	0.002	0.195	0.296	0.011
Fratura	0.046	0.466	0.007	-0.168	0.325	0.003	-0.132	0.141	0.003
Pai/Mãe	0.150	0.963	0.064	-0.457	0.811	0.081	-0.235	0.152	0.030
Familiar	0.044	0.390	0.005	0.003	0.000	0.000	0.194	0.390	0.006
Amigo	0.055	0.992	0.126	0.967	0.676	0.132	0.786	0.317	0.124
Demográfico									
0 a 1	0.190	0.965	0.287	-0.935	0.965	0.430	0.003	0.000	0.000
2 a 5	0.175	0.884	0.086	-0.444	0.668	0.090	0.300	0.216	0.058
6 a 9	0.114	0.996	0.331	0.828	0.393	0.203	1.217	0.603	0.619
Masc	0.329	0.995	0.275	0.562	0.629	0.269	-0.509	0.366	0.312
Fem	0.192	0.414	0.021	-0.126	0.241	0.008	-0.127	0.173	0.011



coordinates in synmetric normalization

Figura 1. Gráfico Bi-plot de crianças vítimas de agressão. Conjunto de 24 capitais e Distrito Federal, setembro a novembro de 2014.

Discussão

O estudo atual analisou dados do inquérito VIVA 2014 em serviços de emergência nas capitais brasileiras; e ao comparar com os inquéritos anteriores (2006, 2007, 2009 e 2011), alguns aspectos foram semelhantes, como por exemplo a maior ocorrência de violências praticadas contra crianças do sexo masculino. Entretanto, destacamos diversos aspectos distintos, como a ocorrência da negligência como o tipo de violência mais frequente, cerca de dois terços, com maior frequência entre 0 e 1 ano e entre 2 e 5 anos. Nos estudos anteriores a agressão física predominou^{16,17}. Na edição atual a agressão veio em segundo lugar e foi mais frequente contra crianças mais velhas (6 a 9 anos). O estudo apontou ainda a importância da violência sexual contra meninas. Em todas as edições anteriores, o domicílio foi o local de ocorrência mais frequente, o que foi aqui confirmado. Entretanto, outras duas novidades no estudo atual: a importância da violência ocorrida na escola, em especial entre as crianças de 6 a 9 anos. Outra diferença, a visibilidade das violências praticadas contra meninos nas vias públicas. Assim, os resultados do VIVA 2014 realçam não apenas o domicílio como local inseguro para a infância, incluindo a escola e as vias públicas como outros espaços que devem ser monitorados. Em todas as edições do VIVA, os agressores mais frequentes foram os pais, inclusive na atual, mas também se destacaram os familiares e os amigos, apontando a vulnerabilidade das vítimas.

Este é o primeiro estudo do VIVA a empregar a Análise de Correspondência para explorar a ocorrência da violência praticada contra crianças. Foram aplicados pesos amostrais e expansão da população da amostra, o que pode explicar algumas diferenças encontradas. A técnica de caráter exploratório utiliza análise de Regressão Multivariada e visa identificar variáveis associadas ao desfecho violência contra a criança. O estudo atual inovou na opção metodológica, analisando simultaneamente diversas variáveis, e com isto representar conjuntos de dados por meio de um modelo gráfico que facilita a interpretação da relação entre os conjuntos. A proximidade dos dados no gráfico indica uma associação entre os mesmos¹⁴. Estudos posteriores poderão avançar nas evidências aqui apontadas.

A opção metodológica do estudo, por meio de análises estratificadas segundo a idade, também foi fundamental, na medida em que existem distinções importantes segundo idade, tipo de violência sofrida, sexo e agressor^{10,17,18}. Torna-se

relevante conhecer esta distinção por faixa etária para se definir estratégias de prevenção.

Local de ocorrência

As crianças permanecem mais tempo de suas vidas no domicílio e a ocorrência de violências torna-se mais frequente neste local, especialmente entre as crianças mais jovens, de 0 a 1 ano e de 2 a 5 anos^{10,17-19}. A residência, que deveria ser *locus* de proteção e de cuidado, torna-se o local de agressão e de vitimização da infância. Autores destacam também a violência estrutural na qual a família se insere, contribuiria para a perpetuação de violações interpessoais nos lares^{4,19,20}. Além disso, a violência doméstica não deveria ser entendida como assunto interno às famílias, e sim como tema de interesse público, na medida que viola os direitos de pessoas vulneráveis^{21,22}.

O presente inquérito apontou a associação entre a ocorrência de violências nas vias públicas e o sexo masculino, que pode ser compreendido pela maior liberalidade das famílias com as brincadeiras dos meninos fora de casa, ocupando outros espaços, enquanto as meninas são mantidas mais em casa, estimulando uma cultura de dominação do universo masculino^{17,23}. Este comportamento resulta em maior violência física praticada contra os meninos mais velhos, 6-9 anos, o que também está em conformidade com a literatura, mas ainda não havia sido tão claramente apontado nas edições do VIVA inquérito^{4,24,25}. Além disso, o estudo ressalta a escola como local de violência praticada contra crianças de 6 a 9 anos, sendo o agressor frequente, o amigo, constituindo uma novidade no inquérito. A violência praticada na escola tem sido bem descrita entre adolescentes mais jovens, destacando-se entre 11 a 13 anos, a prática do *bullying*, mas também incluindo violência física²⁶. Estudos na escola sobre violência são mais comuns entre adolescentes e na infância ainda são escassos, predominando sobre violência doméstica²¹. O que remete a aprofundamento da temática.

Agressores

A violência perpetrada pelos pais pode ocorrer de diferentes maneiras, incluindo-se práticas de autoritarismo, aplicação de castigo físico para a disciplina dos filhos, punições, agressões, negligência, abandono^{27,28}. Alguns estudos destacam o papel dos agressores, pais, mães, namorado ou companheiro da mãe, apontando a complexidade do tema²⁹⁻³². A violência doméstica ou os abu-

tos praticados no interior da família impedem o desenvolvimento físico e psicológico das crianças, devendo ser enfrentados e condenados por toda a sociedade²¹.

O estudo atual identificou outros agressores além dos pais, como familiares e amigos. Quanto aos familiares, já existe ampla base de evidências, sendo motivo de grande preocupação^{31,32}, entretanto, violências praticadas por amigos das crianças, resultando em atendimento em urgências, precisam ser aprofundado em outros estudos, já que as evidências maiores concentram-se em estudos sobre adolescentes²⁶.

Tipos de violência

A negligência inclui o abandono, a ausência ou a insuficiência de cuidados físicos e emocionais^{4,18}, e pode refletir o próprio abandono da família, a ruptura de laços familiares¹⁸, e o uso de drogas por parte dos pais²⁹. Rates et al.¹⁸, analisando dados de notificação compulsória, descreveram que negligência e abandono são ocorrências mais frequentes em menores de 1 ano e em meninas, como encontrado no estudo atual. Este resultado também foi consistente com o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)³³ que apontou que as meninas são mais expostas ao risco da negligência. Estudos realizados pelo Conselho Tutelar também apontam que negligência tem sido o tipo de violência mais notificada³⁴.

O estudo atual, diferentemente das edições anteriores do VIVA inquérito^{16,19}, destacou a importância da negligência como a forma mais frequente, chamando a atenção para formas sutis e nem sempre percebidas pelos profissionais de saúde. Este tipo de achado já foi observado na literatura internacional⁴, mas é a primeira edição do VIVA inquérito a realçar estas ocorrências. A opção metodológica e a escolha da análise de correspondência podem explicar este achado, por empregar análise multivariada e verificar simultaneamente todos os fatores.

Também foi descrita a violência física, em especial contra crianças de 6 a 9 anos, em conformidade com estudos anteriores do VIVA^{16,19}.

A violência sexual foi associada ao sexo feminino e entre meninas de 6 a 9 anos, seguidas das de 2 a 5 anos, o que também está em conformidade com outros estudos^{17,24,34}. O Relatório da UNICEF sobre violência contra as crianças³³ aponta que 20% das mulheres adultas e entre 5 a 10% dos homens relataram ter sido vítimas de violência sexual na infância, apontando a exten-

são do problema e a maior vulnerabilidade das meninas¹⁷.

Sexo

Autores têm apontado que a agressividade está associada ao sexo masculino, como simbologia do poder desde a infância^{4,23,24}. Este perfil irá se desdobrar mais tarde nas ocorrências em adolescentes e adultos, resultando em taxas de morbimortalidade masculina até 10 vezes mais elevada do que em mulheres^{8,25,35}. Relações de gênero na configuração da violência já estão assimiladas culturalmente desde os primeiros anos na infância e foram confirmadas no estudo atual^{24,36}.

Tipos de lesões

Quanto aos tipos de lesões, foram descritas fraturas, contusões, cortes, além de eventos sem sua ocorrência, denotando casos de menor gravidade. Estudos anteriores também apontaram casos mais leves, que resultaram em alta^{8,9,23}, o que, em hipótese alguma, minimiza o risco e a extensão do problema.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990)³⁷ estabeleceu um marco legal em defesa dos direitos da criança, e torna-se fundamental articular a rede de atenção e proteção social, os serviços intersetoriais, a saúde, a educação, os serviços de responsabilização e proteção e outros, visando à redução destes agravos e à proteção da vida destas crianças. Toda a sociedade é responsável pelas ações de proteção às vítimas, porém, e, sobretudo, cabem aos governos a coordenação e a liderança no processo de implementação de políticas públicas que promovam o respeito, garantam direitos e cultura de paz, com o propósito de reduzir e eliminar a reprodução da violência, e, com isso, melhorar a situação das crianças no país, colocando-as como prioridade absoluta.

Dentre os limites do presente estudo, cita-se a utilização da estratégia de serviços de urgência e emergência públicas. Assim, podem não ser estimativas populacionais, embora hospitais públicos concentrem a grande maioria dos atendimentos de causas externas nestas capitais, podendo ser uma *proxy* do universo. Por outro lado, os serviços sentinelas agregam vantagens por serem serviços de referência de atendimento de causas externas, garantindo maior representatividade, e por terem participado de edições anteriores do Inquérito VIVA, aumenta-se a comparabilidade com edições anteriores nestas cidades. Outro limite pode ser a omissão de informações pelos

responsáveis, em função da delicadeza do tema e a participação dos familiares nas ocorrências. Além disso, a metodologia empregada, indicada para estudos exploratórios, deverá ser complementada futuramente por outros, com análises de maior precisão.

Conclusão

As violências contra crianças constituem um grave problema de saúde pública e o estudo atual constitui-se de avanços para o conhecimento da situação, ao descrever as principais características de sua ocorrência: predomínio de vítimas do sexo masculino, crianças menores de 5 anos vítimas de abandono e negligência, tendo os pais como agressores e a residência como o principal local de perpetuação. Destaca-se também a escola como local de risco para crianças maiores e as vias públicas para meninos. O VIVA inquéri-

to continua sendo um importante instrumento de denúncia, conferindo visibilidade ao tema. A delicadeza do tema e a forma reiterada de ocorrência revelam que o problema não foi superado, exigindo uma melhor articulação da sociedade, conselhos tutelares e profissionais de saúde.

Assim, com base nestes achados, poderão ser tomadas medidas de proteção, prevenção e outras legais cabíveis. Foi importante inserir nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável compromissos com a saúde infantil e com o enfrentamento das violências, o que visa garantir um compromisso real das nações e governos com esta problemática. Ocorreram muitos progressos globais na prevenção da violência contra as crianças, mas ainda há muito a ser feito e diversos fatores limitam o impacto de medidas preventivas. Dentre eles, a OMS cita as desigualdades sociais que afetam diferenciadamente crianças ricas e pobres. Nenhuma violência é justificável e toda aquela contra crianças pode ser prevenida.

Colaboradores

DC Malta trabalhou na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados, revisão de literatura, trabalhou na sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada. RTI Bernal realizou análise dos dados, interpretação dos dados e revisão final do texto. BSM Teixeira, MMA Silva e MIF Freitas contribuíram com análise crítica e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram sua versão final.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002. [acessado 2013 mar 13]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/>
2. Perezniato P, Montes A, Routier S, Langston L. *The costs and economic impact of violence against children*. Londres: Overseas Development Institute (ODI); 2014.
3. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2305-2317.
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
5. Hamilton LHA, Jaffe PG, Campbell M. Assessing children's risk for homicide in the context of domestic violence. *J Fam Viol* 2013; 28(2):179-189.
6. Organização das Nações Unidas (ONU-BR). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS):Brasil* [Internet]. 2015. [citado 2016 jan 05]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 maio.

8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Uma análise da Situação de Saúde e das Causas externas. Saúde Brasil 2014*. Brasília: MS; 2015.
9. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MAA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ, Bernal RTI. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Cien Saude Colet* 2016; 21(12):3729-3744.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2014. Brasília: MS; 2016.
11. Mingoti SA. *Análise de Dados Através de Métodos Estatísticos Multivariados. Uma Abordagem Aplicada*. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
12. Souza AMR. *Análise de Correspondência* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1982.
13. Ramos EMLS, Almeida SS, Araújo AR. *Segurança pública: uma abordagem estatística e computacional*. Belém: EDUFPA; 2008.
14. Souza AC, Bastos RR, Vieira MT. *Análise de Correspondência Simples e Múltipla para Dados Amostrais Complexos*. [acessado 2010 ago 18]. Disponível em: <http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/Artigo%20Sinape%20v2.pdf>.
15. Stata Corporation (STACORP). *Stata Survey Data Reference Manual*. College Station: Stata Corporation; 2003.
16. 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.
17. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macário EM. Perfil dos Atendimentos de Emergência por Acidentes envolvendo Crianças Menores de 10 anos Brasil, 2006 a 2007. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1669-1679.
18. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MD M, Malta D C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):655-665.
19. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saude Publica* 2015; 31(5):1095-1105.
20. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 43-77.
21. Corsi J. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia intrafamiliar. In: Corsi J. *Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós; 2004. p. 15-63.
22. Souza APL, Lauda BV, Koller SH. Opiniões e vivências de adolescentes acerca dos Direitos ao respeito e privacidade e à proteção contra a Violência física no âmbito familiar. *Psicol soc* 2014; 26(2):397-409.
23. Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. *Rev Latino-am Enferm* 2005; 13(4):530-537.
24. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(4):660-665.
25. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011; 6(Supl. 5):75-89.
26. Pigozi PL, Machado AL. *Bullying* na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3509-3522.
27. Martínez NY, Toro MIO, Chavarria EFV. Aspectos subjetivos relacionados con la violencia intrafamiliar: caso municipio de Sabaneta. *Estud Soc* 2016; 47(24):349-376.
28. Carlos DM, Ferriani MGC, Esteves MR, Silva LMP, Scatena L. O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(4):610-617.
29. Manly JT1, Oshri A, Lynch M, Herzog M, Wortel S. Child neglect and the development of externalizing behavior problems: associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child Maltreat* 2013; 18(1):17-29.
30. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 23-28.
31. Oliveira AC. *Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ - 2000 a 2002*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde; 2004.
32. Felizardo D, Zürcher E, Melo K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 69-80.
33. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra as crianças*. UNICEF, 2006. [acessado 2013 dez 9]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf
34. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JF, Santos CA, Santos CAGT, Gomes WA, Sousa HL. The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1129-1141.
35. GBD 2015 Mortality and causes of death collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388 (10053):1459-1544.
36. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Cien Saude Colet* 2016; 21(3):871-880.
37. Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.

Artigo apresentado em 10/01/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 25/05/2017