

**VIOLÊNCIA PERPETRADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES****VIOLENCE PERPETRATED AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS****VIOLENCIA PERPETRADA CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Lygia Maria Pereira da Silva¹, Tarcisia Domingos de Araújo Sousa², Mirian Domingos Cardoso³, Lúcia de Fátima Santos de Souza⁴, Taciana Mirella Batista dos Santos⁵

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil dos casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes registrados em um hospital de Pernambuco. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, de base populacional, realizado em hospital referência no atendimento à criança e adolescentes vítimas de violência. Os tipos de violência foram as variáveis dependentes e os resultados apresentados em frequência absoluta e relativa com respectivo intervalo de 95% de confiança. **Resultados:** 58,92% da população eram adolescentes, 65,40% do sexo masculino e as violências prevalentes foram Negligência (48,24%) e a Violência Física (44,72%). Os principais agressores de crianças e adolescentes foram a Mãe (16,80%) e Desconhecidos (18,70%). O Conselho Tutelar (68,18%) foi o principal local de encaminhamento para os casos de Negligência. **Conclusão:** o conhecimento epidemiológico sobre os tipos de violência e papel dos profissionais de saúde dentro da rede de proteção de crianças e adolescentes são importantes. **Descritores:** Vigilância Epidemiológica; Prevalência; Maus-Tratos Infantis; Delitos Sexuais.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of cases of violence committed against children and adolescents registered in a hospital in Pernambuco. **Method:** quantitative, descriptive, retrospective, population-based study, performed at a reference hospital in the care of children and adolescents victims of violence. The types of violence were the dependent variables and the results were presented in absolute and relative frequency with their respective 95% confidence interval. **Results:** 58.92% of the population was adolescents, 65.40% were male and the prevalent types of violence were neglect (48.24%) and physical violence (44.72%). The main offenders of children and adolescents were the mother (16.80%) and unknown people (18.70%). The Guardianship Council (68.18%) was the main referral site for cases of neglect. **Conclusion:** epidemiological knowledge about the types of violence and the role of health professionals within the protection network of children and adolescents is important. **Descriptors:** Epidemiological Surveillance; Prevalence; Child Abuse; Sexual Offenses.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de los casos de violencia cometidos contra niños y adolescentes registrados en un hospital de Pernambuco. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de base populacional, realizado en hospital referencia en el atendimento al niño y adolescentes víctimas de violencia. Los tipos de violencia fueron las variables dependientes y los resultados presentados en frecuencia absoluta y relativa con respectivo intervalo de 95% de confianza. **Resultados:** 58,92% de la población eran adolescentes, 65,40% del sexo masculino y las violencias prevalentes fueron Negligencia (48,24%) y la Violencia Física (44,72%). Los principales agresores de niños y adolescentes fueron la Madre (16,80%) y Desconocidos (18,70%). El Consejo Tutelar (68,18%) fue el principal lugar de envíos para los casos de Negligencia. **Conclusión:** el conocimiento epidemiológico sobre los tipos de violencia y el papel de los profesionales de salud dentro de la red de protección de niños y adolescentes son importantes. **Descriptores:** Vigilancia Epidemiológica; Prevalencia; Maltrato a los Niños; Delitos Sexuales.

¹Doutora, Programa de Mestrado em Hebiatria, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: lygia.silva@upe.br; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4512-4990>; ²Residente, Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração/HR. Recife (PE), Brasil. E-mail: tarcisiadsousa@gmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9274-6154>; ³Doutora, Programa de Mestrado em Hebiatria, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: mirian.domingos@upe.br; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2256-8874>; ⁴Mestre em Serviço Social. Hospital da Restauração. Recife (PE), Brasil. E-mail: luciasouza04@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-8134-5606>; ⁵Doutoranda, Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: tacianamirella@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3164-9123>

INTRODUÇÃO

A violência é, atualmente, um dos maiores desafios impostos às autoridades de saúde pública em todo o planeta, pois aflige a humanidade sob diversas formas e em diferentes cenários. Estima-se que, no mundo, mais de 1 milhão de pessoas perdem a vida em decorrência da violência a cada ano, sem considerar o contingente de vítimas não fatais.¹ As lesões decorrentes da violência afetam pessoas de todas as idades, mas parecem causar mais danos entre crianças e adolescentes, os quais pertencem a um dos grupos mais vulneráveis na sociedade,² sendo um grave problema de saúde pública por ser uma das principais causas de mortes para esse grupo.³ As medidas de promoção e proteção da saúde da criança e adolescente no Brasil tiveram um marco histórico estabelecido em 1990, quando foi promulgada a Lei 8069, criando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que assegurava às crianças e adolescentes o direito à cidadania.⁴

O tema da violência contra crianças e adolescentes tem sido objeto de estudos no Brasil e no mundo, além de ocupar, cada vez mais, as agendas da saúde pública.⁵ No ano de 2014, dados nacionais mostram que 63.402 de criança e adolescentes sofreram algum tipo de maus-tratos, segundo dados oficiais do sistema de oficial Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo que 40.733 (63%) desses casos eram registros de violência perpetrada contra adolescente.² Quanto à mortalidade decorrente da violência em adolescentes, de acordo com pesquisa realizada em favelas brasileiras, nos últimos 10 anos, a principal causa de morte entre este grupo esteve associada à violência. Em 2012, esse número representou 36,5% de todos os óbitos nessa fase da vida.⁶ Em Pernambuco, o cenário é semelhante, os adolescentes corresponderam a 63% das vítimas de violência, nesse mesmo período, e o estado da região Nordeste com maior número de notificações de violência contra crianças e adolescentes, totalizando 3.860 casos.⁷

O setor da saúde tem papel importante no enfrentamento da violência, sendo o âmbito hospitalar a principal porta de entrada para as vítimas, requerendo a ampliação dos serviços existentes e a implantação de serviços especializados que atendam às complexas necessidades, o que tem sido importante para o enfrentamento do problema das vítimas.⁸

Considerando a vulnerabilidade das crianças e adolescentes e os danos pessoais e familiares, bem como social e econômica decorrente desse agravo, o desenvolvimento

desta pesquisa foi de fundamental importância para conhecer a dimensão e dar maior visibilidade a esse agravo. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos casos de violência perpetrados contra crianças e adolescentes registrados em um hospital de referência de Pernambuco.

OBJETIVO

- Descrever o perfil dos casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes registrados em um hospital de Pernambuco

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, de base populacional. Procedeu à análise de casos de violência contra crianças e adolescentes documentados em hospital do estado de Pernambuco, referência no atendimento à criança e adolescentes vítimas de violência, conta com o auxílio da base de dados da Rede Interna de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (RIACA) cujas denúncias foram registradas no período de 2011 a 2012. Para fins de notificação, o RIACA é um sistema de proteção, criado em 1990, que se propõe a monitorar, sensibilizar profissionais, diagnosticar, tratar e fazer a conexão com outros órgãos que combatem a violência contra a criança e o adolescente.⁹

Os dados foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o parecer nº 199.969. Os princípios bioéticos foram respeitados, bem como a confidencialidade dos dados e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰

A população estudada foi composta por crianças e adolescentes (N = 369), de acordo com os requisitos da OMS,¹ vítimas de violência cujo relatório foi realizado em Pernambuco, no período de 2011 a 2012.

Múltiplos relatórios do mesmo incidente(caso) foram excluídos, permanecendo apenas o relatório mais completo. Também foram excluídos os relatórios que carecem de dados de identificação, essenciais para a caracterização do indivíduo, como nome, nome da mãe, data de notificação e data de nascimento. Violência Física (VF), Negligência (NE), Violência Sexual (VS), Violência Psicológica (VP), Violência Estrutural (VE) e Síndrome de Münchhausen foram tomadas como variáveis dependentes. As variáveis independentes

foram categorizadas em: a) Grupo etário (criança e adolescente); b) Sexo (masculino e feminino); c) Raça/cor (branco, negro, amarelo, pardo e indígena); d) Religião (Católica, Evangélica, Espírita, Umbanda/Candomblé, sem religião e outras); e) Apresenta Deficiência(Sim e Não); f) Possui benefício ou programa social (sim, não e mais de um benefício); g) Local de encaminhamento (Conselho tutelar, Delegacias, outros e não informados); h) Agressor.

Para o processamento e a análise de dados, utilizou-se o programa SPSS versão 20. Os dados obtidos foram apresentados em tabelas na forma de frequência absoluta e relativa com respectivo intervalo de 95% de confiança (IC95%) e o nível de significância do estudo foi 0,05.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das crianças e adolescentes vítimas de violências atendidas em um hospital de referência em Pernambuco. Recife (PE), Brasil (2017)

Variável	Criança		Adolescente		Total	
	n ^a	Prev ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev ^b (95% IC ^c)
Sexo						
Masculino	87	23,51 (19,19-27,83)	155	41,89 (36,86-46,92)	242	65,40 (60,55-70,25)
Feminino	64	17,30 (13,44-21,15)	63	17,03 (13,20-20,86)	127	34,33 (29,49-39,17)
Raça/cor da pele						
Branca	24	6,49 (3,98-9,00)	12	3,24 (1,44-5,05)	36	9,73 (6,71-12,75)
Negra	13	3,51 (1,64-5,39)	11	2,97 (1,24-4,70)	24	6,48 (3,97-8,99)
Amarela	2	0,54 (0,21-0,87)	3	0,81 (0,10-1,52)	5	1,35 (0,17-2,53)
Parda	38	10,27 (7,18-13,36)	23	6,22 (3,76-8,68)	61	16,49 (12,71-20,27)
Indígena	5	1,35 (0,17-2,53)	2	0,54 (0,21-0,87)	7	1,89(0,50-3,28)
Religião						
Católica	38	10,27 (7,18-13,36)	25	6,76 (4,20-9,31)	63	17,03 (13,20-20,86)
Evangélica	17	4,59 (2,46-6,73)	26	7,03 (4,42-9,63)	43	11,62 (8,35-14,89)
Espírita	1	0,27 (0,06-0,48)	1	0,27 (0,06-0,48)	2	0,54 (0,21-1,29)
Umbanda	-	-	-	-	-	-
Outras	12	3,24 (1,44-5,05)	5	1,35 (0,17-2,53)	17	4,59 (2,46-6,72)
Sem Religião	4	1,08 (0,03-2,13)	2	0,54 (0,21-0,87)	6	1,62 (0,33-2,91)
Presença de Deficiência						
Sim	18	4,86 (2,67-7,06)	12	3,24 (1,44-5,05)	30	8,10 (5,32-10,88)
Não	73	19,73 (15,67-23,78)	55	14,86 (11,24-18,49)	128	34,59 (29,74-39,44)
Possui benefício ou Programa Social						
Sim	50	13,51 (10,03-17,00)	19	5,14 (2,89-7,38)	69	18,65 (14,68-22,62)
Não	46	12,43 (9,07-15,79)	18	4,86 (2,67-7,06)	64	17,29 (13,44-21,14)
Mais de um benefício	-	-	141	38,11 (33,16-43,06)	141	38,11 (33,16-43,06)

^aCasos não informados excluídos das análises; ^bPrevalência; ^cIntervalo de Confiança.

No que diz respeito ao tipo de violência perpetrada em crianças e adolescentes, a maior prevalência foi para a Negligência (48,24%) e Violência física (44,72%). As demais violências (violência sexual, psicológica, estrutural e Síndrome de Münchhausen) apresentam prevalência estatisticamente menor que as duas acima citadas (Tabela 2).

RESULTADOS

As características sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de violência notificadas no estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil, em 2011 e 2012, de acordo com RIACA, encontram-se descritas na Tabela 1. Do total de casos, 58,92% eram adolescentes e 40,81% crianças. Relacionado ao sexo, 65,40% eram do sexo masculino e 34,33% feminino, mostrando que os meninos foram predominantes nessa amostra. A raça/cor da pele houve prevalência de pardos (16,49%), seguidos por negros (6,48%) e brancos (9,73%); quanto à presença de deficiência, 34,59 % não apresentavam deficiência; e a maioria era católica (17,03%) e evangélica (11,62%).

Quanto ao perfil da violência perpetrada contra crianças, a negligência (73,51%) é a mais acometida, quase 4 vezes maior que a violência física (19,87%). Entre os adolescentes, a situação se inverte, a violência física (67,89%) foi mais prevalente, 2,61 vezes maior que a negligência (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência da violência perpetrada em crianças e adolescentes vítimas de violências atendidas em

Silva LMP da, Sousa TDA, Cardoso MD et al.

Violência perpetrada contra crianças e adolescentes.

um hospital de referência em Pernambuco. Recife (PE), Brasil (2017)

Tipo de Violência	Criança		Adolescente		Total	
	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)
Violência Física	30	19,87 (15,79-23,93)	148	67,89 (63,12-72,65)	178	48,24(43,14-53,34)
Negligência	111	73,51 (69,00-78,01)	54	24,77 (20,36-29,17)	165	44,72(39,64-49,79)
Violência Sexual	1	0,66 (0,16-1,48)	6	2,75 (1,08-4,42)	7	1,90(0,51-3,29)
Violência Psicológica	3	1,99 (0,56-3,41)	9	4,13 (2,09-6,15)	12	3,25(1,44-5,06)
Síndrome de Münchhausen	1	0,66 (0,16-1,48)	-	-	1	0,27(-0,26-0,80)
Violência Estrutural	4	2,65 (1,01-4,28)	1	0,46 (-0,23-1,14)	5	1,36(0,18-2,53)

^aCasos não informados excluídos das análises; ^bIntervalo de Confiança.

As violências contra crianças apresentaram no seu perfil a Mãe (31,13%) como principal agressor, enquanto que para os adolescentes os principais agressores foram pessoas

estranhas (25,69%). A Madrasta (0,66%) foi a que apresentou menor prevalência como agressor (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência dos agressores de crianças e adolescentes vítimas de violências atendidas em um hospital de referência em Pernambuco. Recife (PE), Brasil (2017)

Agressor	Criança		Adolescente		Total	
	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)
Pais (Pai+Mãe)	18	11,92(8,61-15,23)	6	2,75(1,08-4,42)	24	6,50(3,99-9,02)
Pai	9	5,96(3,54-8,38)	5	2,29(0,77-3,82)	14	3,79(1,84-5,74)
Mãe	47	31,13(26,40-35,85)	15	6,88(4,30-9,46)	62	16,80(12,99-20,62)
Parentes	11	7,28(4,63-9,94)	10	4,59(2,45-6,72)	21	5,69(3,33-8,05)
Madrasta	1	0,66(0,17-1,49)	0	0,00(0,00-0,00)	1	0,27(-0,26-0,80)
Padrasto	3	1,99(0,56-3,41)	4	1,83(0,47-3,20)	7	1,90(0,51-3,29)
Cônjuge	0	0,00(0,00-0,00)	2	0,92(0,06-1,89)	2	0,54(-0,21-1,29)
Pais adotivos	2	1,32(0,16-2,49)	0	0,00(0,00-0,00)	2	0,54(-0,21-1,29)
Polícia	1	0,66(0,17-1,49)	3	1,38(0,19-2,56)	4	1,08(0,03-2,14)
Cônjuge/namorado	0	0,00(0,00-0,00)	2	0,92(0,06-1,89)	2	0,54(-0,21-1,29)
Conhecido	14	9,27(6,31-12,23)	25	11,47(8,22-14,72)	39	10,57(7,43-13,71)
Desconhecido	13	8,61(5,75-11,47)	56	25,69(21,23-30,15)	69	18,70(14,72-22,68)
Instituição	3	1,99(0,56-3,41)	1	0,46(0,23-1,15)	4	1,08(0,03-2,14)
Outra criança ou adolescente	7	4,64(2,49-6,78)	9	4,13(2,10-6,16)	16	4,34(2,26-6,41)
Outros	21	13,91(10,38-17,44)	27	12,39(9,02-15,75)	48	13,01(9,58-16,44)

^aCasos não informados excluídos das análises; ^bPrevalência; ^cIntervalo de Confiança.

Quanto ao local de encaminhado pelo hospital de referência das crianças e adolescentes que foram acometidos com Negligência, foram encaminhados, em sua maioria (68,18%), para Centros de Referência

da Assistência Social (CRAS). A Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente (GPCA) e Departamento de Homicídios e de Proteção à Pessoa (DHPP) recebem em sua maioria casos de Violência Física (Tabela 4).

Tabela 4. Local de encaminhamento das crianças e adolescentes vítimas de violências atendidas em um hospital de referência em Pernambuco. Recife (PE), Brasil (2017)

Tipo de Violência	CRAS ^a		GPCA ^b			DHPP ^c			Outros Locais		
	n ^d	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^d	Prev. ^b (95% IC ^c)	(95%	n ^d	Prev. ^b (95% IC ^c)	(95%	n ^d	Prev. ^b (95% IC ^c)	(95%
Violência Física	51	23,18(18,88-27,49)	49	76,56(72,24-80,88)		67	95,71(93,65-97,78)		11	73,33(68,82-77,85)	
Negligência	150	68,18(63,43-72,93)	9	14,06(10,52-17,61)		3	4,29(2,22-6,35)		2	13,33(9,86-16,80)	
Violência Sexual	3	1,36(0,18-2,55)	4	6,25(3,78-8,72)		-	-		-	-	
Violência Psicológica	10	4,55(2,42-6,67)	2	3,13(1,35-4,90)		-	-		1	6,67(4,12-9,21)	
Síndrome de Münchhausen	1	0,45(-0,23-1,14)	-	-		-	-		-	-	
Violência Estrutural	4	1,82(0,45-3,18)	-	-		-	-		1	6,67(4,12-9,21)	

^aCentros de Referência da Assistência Social; ^bGerência de Polícia da Criança e do Adolescente; ^cDepartamento de Homicídios e de Proteção à Pessoa; ^dCasos não informados excluídos das análises; ^ePrevalência; ^fIntervalo de Confiança.

Relacionado aos óbitos de crianças e adolescentes vítimas de violência, 46,15 % dos casos foram ocasionados pela Negligência e 30,77% pela Violência Física, resultado não

diferente dos casos reincidentes em que a Negligência foi a maior prevalência, seguida da Violência Física (Tabela 5).

Tabela 5. Prevalência da reincidência da violência e óbitos de crianças e adolescentes vítimas de violências atendidas em um hospital de referência em Pernambuco, 2011 e 2012. Recife (PE), Brasil (2017)

Tipo de Violência	Ocorreu Óbito		Não ocorreu Óbito		Casos Reincidentes		Casos não Reincidentes	
	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)	n ^a	Prev. ^b (95% IC ^c)
Agressão física	4	30,77(26,06-35,48)	165	47,55(42,45-52,65)	4	25,00(20,58-29,42)	86	43,43(38,38-48,49)
Negligência	6	46,15(41,07-51,24)	159	45,82(40,74-50,91)	7	43,75(38,69-48,81)	94	47,47(42,38-52,57)
Violência sexual	-	-	6	1,73(0,40-3,06)	0	-	6	3,03(1,28-4,78)
Violência psicológica	2	15,38(11,70-19,07)	11	3,17(1,38-4,96)	3	18,75(14,77-22,73)	7	3,54(1,65-5,42)
Síndrome Munchausen	-	-	1	0,29(0,26-0,84)	-	-	1	0,51(0,22-1,23)
Violência estrutural	1	7,69(4,97-10,41)	4	1,15(0,06-2,24)	1	6,25(3,78-8,72)	4	2,02(0,58-3,46)
Não informado	-	-	1	0,29(0,26-0,84)	1	6,25(3,78-8,72)	-	-

^aCasos não informados excluídos das análises; ^bPrevalência; ^cIntervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

Os dados da presente pesquisa mostram que a maioria das violências foi perpetrada contra os adolescentes, concordando com o estudo realizado em 27 municípios brasileiros, no período de 2006 a 2007, que revela que os adolescentes representaram a maioria das denúncias.¹¹ O predomínio do sexo masculino, tanto em crianças quanto em adolescentes, corrobora achados de outros estudos.¹² O sexo masculino é apontado como variável preditora de comportamentos violentos, quer seja em situações de conflito, quer seja de vitimização. Uma possível explicação para este fato é que o comportamento agressivo é

tolerado e muitas vezes estimulado em sociedades com dominação de padrões culturais machistas.¹³

A violência física apresentou maior frequência tanto no sexo masculino quanto no feminino nas duas faixas etárias. Trata-se da forma de violência mais identificada devido à presença de marcas corporais visíveis causadas pelo ato violento^{12,14}, como tem mostrado estudos nacionais e internacionais.^{2,15-6} Muitas vezes, a gravidade da agressão é o motivo da ida ao serviço de saúde.⁵ Por isso, é importante ressaltar que a presente pesquisa foi realizada usando dados secundários de um hospital de Pernambuco, que é referência para o atendimento de

Silva LMP da, Sousa TDA, Cardoso MD et al.

vítimas de violência e a maior emergência pediátrica em número de atendimento. A gravidade dos danos decorrentes do tipo de violência ocorridos, conseqüentemente, leva à procura por assistência de profissionais da saúde,

No entanto, cabe uma avaliação crítica sobre essas notificações de violência de maneira geral, considerando que quando a agressão deixa marcas no corpo, ferimentos visíveis, facilita o reconhecimento desse agravo tanto pela família quanto pela vítima e pelos profissionais envolvidos na proteção desse grupo de vulneráveis.¹⁷ A violência física na maioria dos casos é precedida por outros tipos de violência.¹⁸⁻⁹ Diante disso, os profissionais de saúde precisam estar atentos à possibilidade de outros tipos de violência ocorrendo simultaneamente. Dessa forma, é importante que o profissional saiba investigar e reconhecer outros tipos de violência, sobretudo a chamada “violência silenciosa”, que tem um como característica a cronicidade e o ambiente doméstico.^{15,19-20}

As crianças foram as principais vítimas de negligência. Esse achado é importante porque na infância o crescimento e o desenvolvimento adequados dependem de diferentes fatores relacionados aos cuidados básicos cujos prejuízos podem ser manifestados de diferentes formas, de acordo com a duração e a intensidade da privação.¹⁵ A negligência contra crianças também foi a principal forma de violência identificada em estudo realizado em Curitiba/PR, 2009.²¹ Vale salientar que a negligência nem sempre está vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer também onde há recursos razoáveis para a família ou para o responsável.²²

A violência psicológica apresentou menor registro em relação à violência física e à negligência. Este tipo de violência em geral é exercida de forma crônica, podendo cursar com sérios prejuízos para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, comprometendo a saúde emocional das vítimas.^{17,22-3} Uma explicação possível para a baixa notificação de violência psicológica pode estar relacionada a esta ser mais sutil, carregada de subjetividade e diferentes expressões, portanto de difícil identificação.² Além disso, por não produzir evidências imediatas, usualmente é registrada como coorrência de outras formas de violência.²⁴⁻⁵

No que diz respeito à violência sexual, esta se manifesta de forma diferente de acordo com a idade e sexo da vítima. Neste estudo, os meninos foram mais acometidos por violência sexual na infância enquanto as

Violência perpetrada contra crianças e adolescentes.

meninas na adolescência. Conforme outros estudos, a maior parte das vítimas de violência sexual não registra a queixa por constrangimento e receio de humilhação, somados ao medo da falta de compreensão ou interpretação equivocada da sociedade. Sabe-se que a real prevalência dos crimes sexuais ainda é pouco conhecida devido aos tabus e dificuldades que envolvem a revelação e acredita-se que o índice de subnotificação seja muito alto.²⁶⁻⁷

Em relação à característica da vítima, chama atenção a baixa informação da variável raça/cor. Entretanto, dentre os que constavam a informação, a maior parte era pardo ou negro, corroborando com estudo realizado na região Nordeste, em 2002 a 2007²⁸ e 2009 a 2012²⁹. A deficiência física torna crianças e adolescentes ainda mais vulneráveis, tornando-se alvo fácil para os agressores dadas suas limitações.²² A violência perpetrada contra esses indivíduos ainda é pouco reconhecida e pouco registrada. A literatura explica a subnotificação pela invisibilidade do deficiente na sociedade devido à condição de deficiência e vulnerabilidade das vítimas oferecer maior segurança ao perpetrador.⁵

Com respeito à autoria da agressão, a mãe foi a principal agressora, principalmente nos casos de negligência, corroborando achado em outro estudo.¹⁴ As crianças estão mais sujeitas aos cuidados das mulheres, que culturalmente assumem essa função de cuidadoras, além da responsabilidade de criação dos filhos em caso de separação ou ausência do companheiro.

Quanto aos encaminhamentos, a presente pesquisa mostrou o Conselho Tutelar como o encaminhamento mais frequente dentre os serviços do Sistema de Garantia de Direitos, concordando com estudo realizado no estado de São Paulo em 2009.³⁰ Os encaminhamentos são importantes, pois geram ações por meio da articulação da rede de atenção que dá seguimento, com o propósito de quebrar o ciclo da violência e romper o silêncio, buscando formas de enfrentamento e investindo em modelos de abordagem do problema.^{2,17}

A reincidência da violência evidencia uma gama de intrincados fatores e um complexo contexto multicausal que envolve o fenômeno.²¹ O atendimento dispensado pelo setor saúde às vítimas de violência é reflexo da gravidade das lesões que muitas vezes levam a óbito. O número de óbito entre os casos de reincidência encontrado aqui revela a gravidade do ato violento, mostrando a magnitude do problema e a tendência dos agravos. Estudo realizado a partir do Sistema

Silva LMP da, Sousa TDA, Cardoso MD et al.

de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA/MS, de Feira de Santana/BA, de 2009 a 2011, apontaram que aproximadamente 35% dos casos de violência necessitaram de assistência do setor saúde e 15% evoluíram a óbito.²

Esta pesquisa apresenta as limitações próprias de estudo em base de dados secundárias, como sub-registro de informação e subnotificação. O fato de o serviço ser público e de alta complexidade e ter uma grande demanda na assistência pode explicar a ausência de informações importantes para caracterizar melhor os casos e o evento. Salienta-se ainda que por trata-se de um hospital de referência casos menos graves podem ter sido deixados de fora.

CONCLUSÃO

O conhecimento epidemiológico sobre os tipos de violência é importante para a avaliação dos programas e políticas já estabelecidos, bem como para orientar as políticas e práticas públicas destinadas a prevenir e lidar com a violência.

Reconhecer os mais importantes tipos de violência entre as crianças e adolescentes pode servir de base para a expansão e adequação dos programas de prevenção da violência e cultura de paz, orientando ações para este grupo vulnerável. Os achados deste estudo podem contribuir para sensibilizar e fortalecer a responsabilização dos profissionais que atendem este grupo, especialmente no setor saúde.

A necessidade de ampliar o gerenciamento dos serviços para assistência, por exemplo, o uso das políticas públicas na orientação dos principais agressores identificados neste estudo sobre o cuidar das crianças e adolescentes podendo evitar o número de óbitos ocasionados pela negligência.

É importante que os profissionais estejam atentos em relação à comunicação de violência, reconheçam o seu papel dentro da rede de proteção de crianças e adolescentes e promovam o debate sobre esta questão, especialmente em ambientes suscetíveis a participar da sua formação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health. [Internet].. 2016. [cited 2016 Aug 03]. Available from: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=264644>.
2. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Oliveira JM, Sobrinho C.N., Amaral MTR. Surveillance System for Violence and Accidents (VIVA) and notification of infant-juvenile violence in the

Violência perpetrada contra crianças e adolescentes.

Brazilian Unified Health System (SUS) in Feira de Santana in the state of Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 03]; 19:773. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>.

3. Trygged S, Hedlund E, Kåreholt I. Beaten and poor? A study of the long-term economic situation of women victims of severe violence. *Soc Work Public Health* [Internet].. 2014 [cited 2016 Apr 23]; 29: 100-113. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/19371918.2013.776320>.

4. Castro Bezerra S. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. *Violência Faz Mal À Saúde*. [Internet]. 2004 [cited 2016 Feb 03]. Available from: http://200.18.252.57/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf#page=17.

5. Martins AF, Bezerra Filho JG, Silva KA, Ribeiro MA, Queiroz ACM. Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2013[cited 2016 Feb 03]; 2: 50-7. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1219/pdf>.

6. Melo DLB. Índice de homicídios na adolescência: IHA 2009-2010. 1ª ed. Rio de Janeiro: Observatório Favelas; 2012.

7. Brasil. Tecnologia da informação a serviço do sus: violência doméstica, sexual e/ou outras violências-SINAN 2009-2013. 2014 [cited 2015 Dec 15]. Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>.

8. Gonçalves CFG, Silva LMP, Pitangui ACR, Silva CC, Santana MV. Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2015[cited 2016 Feb 03];24(4):976-983. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004580014>.

9. Melo LAC, Souza LF, Alves RMPS. Avaliação do “Programa de Atuação do Serviço Social do Hospital da Restauração no Atendimento as Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência”. In: *Anais do I Seminário Internacional de Modelos e Experiências de Avaliação de Políticas, Programas e Projetos* [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 13]; 223-30. Available from: <http://www.arcus-ufpe.com/files/semear10/semear1024.pdf>.

10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.

11. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: crianças e adolescentes do Brasil. 1st ed. Rio de Janeiro: CEBELA Flacso; 2012.

12. Sousa LC, de Carvalho Machado L, Miranda AC de PT. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das vítimas de violência sexual no Estado de Sergipe. *Interfaces Científicas-Saúde E Ambiente* [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 03];1:21-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3798.2013v1n3p21-33>.
13. Villela LDCM, Rezende EM, Martins EF, Bicalho PG, Errico LDSPD. Estudo dos diferenciais da mortalidade masculina por homicídio, em Belo Horizonte, de 1980 a 2005. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 03];15:47-53. Available from: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000100007>.
14. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2016 Feb 03];64(4):665-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400006>.
15. Dos Santos TMB, Pitangui ACR, Bendo CB, Paiva SM, Cardoso MD, de Melo JPR, da Silva LMP. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sept 03];67:216-227. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.006>.
16. da Silva Franzin LC, Olandovski M, Vettorazzi MLT, Werneck RI, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 03];38:1706-14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.003>.
17. Brasil. Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência: Orientações para gestores e profissionais de saúde. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
18. Chan KL. Child victims and poly-victims in China: Are they more at-risk of family violence? *Child Abuse Negl* [Internet]. 2014[cited 2016 Aug 23];38:1832-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.006>.
19. Turner HA, Shattuck A, Finkelhor D, Hamby S. Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *J Interpers Violence* [Internet]. 2017 [cited 2016 Feb 03];32:755-80. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260515586376>.
20. Feng JY, Chang YT, Chang HY, Fetzer S, Wang JD. Prevalence of different forms of child maltreatment among Taiwanese adolescents: A population-based study. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 03];42:10-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.010>.
21. Fonseca RMGSD, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNGD. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 03];25:895-901. Available from: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39170>.
22. Franzin LCS, Moysés SJ, Vettorazzi MLT, Franzin FM, Moysés ST. Violência e maus tratos na infância e adolescência. *Uningá Rev* [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 03];16(3):05-14. Available from: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131201_210922.pdf.
23. Shavers CA. Exposures to violence and trauma among children and adolescents in our global society. *Psychology* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 03];4(20):133-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.42019>.
24. Barreira AK, Lima MLC de, Avanci JQ. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 03];18:233-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100024>.
25. de Oliveira JR, Oliveira Costa MC, Amaral R, Teresópolis M, Santos CA, de Assis SG, do Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 03];19(3):759-1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>.
26. Fukumoto AECG, Corvino JM, Neto JO. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Rev Ciênc Em Ext* [Internet]. 2011[cited 2016 Feb 03];7:71-83 [cited 2016 Feb 2016]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>.
27. Deslandes SF, Mendes CHF, Lima JDS, Campos DDS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 03];27(8):1633-45. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3247>.
28. Pordeus AMJ, de Souza Vieira LJE, Luna GLM, de Albuquerque Isacksson RR, Moreira DP, Frota MA, Barbosa IL. Notificação de direitos violados segundo o Sistema de

Silva LMP da, Sousa TDA, Cardoso MD et al.

Violência perpetrada contra crianças e adolescentes.

Informação par a Infância e Adolescência (SIPIA) no Nordeste brasileiro. Rev Bras Em Promoção Saúde [Internet]. 2011[cited 2016 Feb 03];24:313-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.5020/2088>.

29. 29 dos Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR, Silva LMP. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. Rev Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016[cited 2016 Feb 03];21(12):3907-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>.

30. Gawryszewski VP, de Oliveira Valencich DM, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. Rev Assoc Médica Bras [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 03];58:659-65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009>.

Submissão: 10/07/2017

Aceito: 07/12/2017

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Taciana Mirella Batista dos Santos
Rua Cônego Barata, 822
CEP: 52051-020 – Recife(PE), Brasil