



ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE / ORIGINALE

**Violence profile in children 0-9 years of age treated in a public hospital**

Perfil de violência em crianças de 0 a 9 anos atendidas em um hospital público  
Perfil de la violencia en los niños de 0-9 años de edad tratados en un hospital público

Lorena Uchoa Portela Veloso<sup>1</sup>, Laila Caroline Leme da Silva<sup>2</sup>, Clayra Rodrigues de Sousa<sup>3</sup>,  
Paula Lima Rodrigues<sup>4</sup>

**ABSTRACT**

**Objective:** To trace the epidemiological profile of notified cases involving child victims of violence in a public hospital of Teresina from 2009 to 2011. **Methods:** Retrospective study from the data of violence against children registered in the Information System for Notifiable Diseases ( SINAN). Enrolled 366 individual chips notification involving children 0-9 years old. **Results:** It was found that most cases occur in children aged 1-3 years (56.3%) and males (58.5%). Regarding the type of violence was observed more frequently neglect / abandonment (76.5%), with 65.6% of cases occurring in the victim's residence and taking her mother as the main aggressor (45.1%). Children died in 2.2% of reported cases. **Conclusion:** that child abuse is prevalent in the family environment and thus becomes a much more complex problem because the family that should take care and enabling conditions for survival and quality of life is precisely the one that participates or co-participate in acts of violence against children.

**Keywords:** Violence. Child. Epidemiology. Nursing.

**RESUMO**

**Objetivo:** traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados envolvendo crianças vítimas de violência em um hospital público de Teresina no período de 2009 a 2011. **Metodologia:** Estudo retrospectivo realizado a partir dos dados de violência contra criança cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Registrou-se 366 fichas individuais de notificação envolvendo crianças de 0 a 9 anos de idade. **Resultados:** Verificou-se que a maioria dos casos ocorre em crianças da faixa etária de 1 a 3 anos (56,3%) e sexo masculino (58,5%). Quanto ao tipo de violência, observou-se com maior frequência a negligência/abandono (76,5%), com 65,6% dos casos ocorrendo na residência da vítima e tendo a mãe como principal agressora (45,1%). As crianças foram a óbito em 2,2% dos casos notificados. **Conclusão:** que a violência infantil ocorre predominante no ambiente familiar e dessa maneira torna-se um problema bem mais complexo, pois a família que deve cuidar e possibilitar condições de sobrevivência e qualidade de vida é justamente a que mais participa ou co-participa de atos de violência contra a criança.

**Palavras-chave:** Violência. Criança. Epidemiologia. Enfermagem.

**RESUMEN**

**Objetivo:** trazar el perfil epidemiológico de los casos notificados concernientes a los niños víctimas de la violencia en un hospital público de Teresina entre 2009 y 2011. **Métodos:** Estudio retrospectivo de los datos de la violencia contra los niños registrados en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria ( SINAN). Matriculados notificación 366 fichas individuales participación de los niños 0-9 años de edad. **Resultados:** Se encontró que la mayoría de los casos ocurren en niños de 1-3 años (56,3%) y los hombres (58,5%). En cuanto al tipo de violencia se observó con mayor frecuencia negligencia / abandono (76,5%), con el 65,6% de los casos ocurren en la residencia de la víctima y teniendo a su madre como el agresor principal (45,1%). Los niños murieron en un 2,2% de los casos reportados. **Conclusión:** que el abuso infantil es frecuente en el entorno familiar y por lo tanto se convierte en un problema mucho más complejo porque la familia que debe tener cuidado y las condiciones propicias para la supervivencia y la calidad de vida es precisamente el que participa o co-participar en actos de la violencia contra los niños.

**Palabras clave:** Violencia. Niño. Epidemiología. Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil. Email: [lorenaupveloso@gmail.com](mailto:lorenaupveloso@gmail.com)

<sup>2</sup>Graduanda do curso de Enfermagem pela UESPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [laila\\_carollyne@hotmail.com](mailto:laila_carollyne@hotmail.com)

<sup>3</sup>Graduanda do curso de Enfermagem pela UESPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [clayrarodrigues@gmail.com](mailto:clayrarodrigues@gmail.com)

<sup>4</sup>Graduanda do curso de Enfermagem pela UESPI. Teresina, Piauí, Brasil. Email: [paulinha\\_lima@hotmail.com](mailto:paulinha_lima@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A violência contra as crianças é um fenômeno universal e crescente na sociedade, considerado um problema de saúde pública no mundo todo, que gera danos e agravos a inúmeras vítimas e se apresenta, geralmente, de forma latente<sup>(1)</sup>.

Pesquisas apontam que, mundialmente, quase 3.500 crianças e adolescentes morrem anualmente por maus-tratos (físico ou negligência). Para cada morte por maus-tratos em menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico, sendo os maus-tratos perpetrados pelo pai biológico (em 41,3% dos casos), pela mãe biológica (38,9%), pelo padrasto (11,1%), pela madrasta (3,4%), por outros parentes (4,9%) e por famílias e parentes adotivos (0,4%). Quanto aos casos de violência em si, calcula-se que, no mundo todo, anualmente, cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofram abuso. Entretanto, devido às circunstâncias em que ocorrem e à freqüente dependência das vítimas ao seu agressor, o sigilo dessas ocorrências permanece e as consequentes dificuldades para denunciá-las ainda é uma triste realidade<sup>(2)</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), toda violência contra crianças principalmente maus-tratos na primeira década de vida é um problema que representa um fator de risco para outras formas de violência e problemas de saúde ao longo da vida de uma pessoa. O abuso sexual infantil é responsável por aproximadamente 6% dos casos de depressão, 6% de dependência de drogas, 8% de tentativas de suicídio, 10% dos transtornos de pânico e 27% de transtornos de estresse pós-traumático. Há evidências que o abuso físico, o abuso sexual e outras manifestações de violência na infância mantêm relação com o fumo, com os distúrbios alimentares e com o comportamento sexual de alto risco<sup>(3)</sup>.

No Brasil, mesmo diante dos esforços do governo e da sociedade para enfrentar o problema, a cada dia, inúmeros casos de violência psicológica e física, incluindo a sexual, a negligência contra as crianças e adolescentes são reportados ao Disque Denúncia 100<sup>(4)</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, lei 8.069/90, institui em seu artigo 5º que Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais<sup>(5)</sup>.

No entanto todos os dias crianças e adolescentes são vítimas de violência e maus-tratos de natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência/abandono, os cenários são os mais diversos, desde a escola, instituições, comunidade até mesmo a própria casa da criança. Essas violências constituem uma ameaça ao direito a vida e a saúde das crianças e adolescentes, pois compromete o crescimento e o desenvolvimento dos menores, sendo necessário conhecer os tipos e natureza da violência, as suas formas e manifestações, bem como as conseqüências da exposição, para direcionar um cuidado em todas as dimensões<sup>(6)</sup>

O conhecimento aprofundado da problemática da violência, das suas causas, suas conseqüências e impactos sobre a saúde das crianças é importante para subsidiar a elaboração de políticas públicas específicas e intervenções eficazes para o enfrentamento e combate da violência infantil.

O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados envolvendo crianças vítimas de violência em um hospital público de Teresina no período de 2009 a 2011.

## METODOLOGIA

Estudo com abordagem quantitativa do tipo retrospectivo a partir dos dados de violência contra a criança cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A amostra coleta foi composta por 366 fichas correspondente aos anos de 2009 a 2012. Considerou-se apenas fichas de crianças vítimas de violência de 0 a 9 anos, não incluindo na amostra fichas incompletas e casos não encerrados. A coleta foi realizada no período de setembro a dezembro de 2013.

Foram utilizadas as fichas individuais de notificação de violência doméstica no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), tendo como auxílio um formulário padronizado abordando variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, local da ocorrência), características da manifestação da violência na criança (tipo, meio utilizado, evolução do caso, encaminhamento, possíveis causas da ocorrência), e dados dos agressores (sexo, relação com a pessoa envolvida, uso de bebida alcoólica).

Os dados foram digitalizados na planilha do Microsoft Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS for Windows 14.0 para análise

estatística descritiva. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos.

Para a coleta dos dados o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí e ao Comitê de Ética do hospital. Foi utilizado o Termo de Fiel Depositário, por não

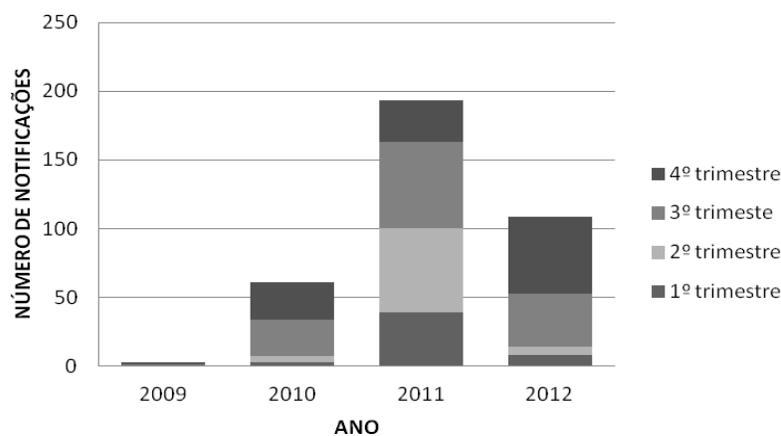
tratar diretamente com o paciente, mas apenas com fichas de notificação. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética e pesquisa - CEP/UESPI conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sob o número CAAE 05377412.8.0000.5209.

## RESULTADOS

De acordo com o cadastro no Sistema de Informação de Agravos de notificação, (SINAN) no período de 2009 a 2012, registraram-se 366 fichas individuais de notificação envolvendo crianças de 0 a 9 anos de idade, vítimas de violência nos municípios do Piauí.

Quanto à distribuição de casos segundo o ano, observa-se o crescimento do número de notificações entre o ano de 2009 e 2011. Quanto à distribuição semestral, nos anos de 2009, 2010 e 2012, o 4º trimestre apresenta o maior número de notificações; em 2011, o 3º trimestre registra mais casos de notificações (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição das notificações de violência contra criança segundo o ano de ocorrência em um hospital de urgência de Teresina-PI. Teresina, Piauí, Brasil, 2014.



De acordo com a distribuição dos casos de violência contra a criança segundo as variáveis sociodemográficas, verificou-se que a maioria dos casos de violência ocorre em crianças da faixa etária de 1 a 3 anos (56,3%), com média de 3,5 anos, do sexo masculino (58,5%), de raça parda (76,0%) e crianças em que não se aplica a variável escolaridade (64,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das notificações de violência contra criança segundo as variáveis sociodemográficas em um hospital de urgência de Teresina-PI, 2009-2012. Teresina, Piauí, Brasil, 2014. (N=366)

Variáveis sociodemográficas	Média	Desvio padrão	N	%
<b>Idade</b>	3,5	2,3		
Menor de 1 ano			8	2,2
1 a 3 anos			206	56,3
4 a 6 anos			100	27,3
7 a 9 anos			52	14,2
<b>Sexo</b>				
Masculino			214	58,5
Feminino			151	41,3
Ignorado			1	0,2
<b>Raça/Cor</b>				
Branca			45	12,3
Parda			278	76,0
Negra			29	7,9
Amarela			7	1,9
Ignorada			7	1,9
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto			35	9,6
Ensino fundamental I incompleto			71	19,4
Ensino fundamenta I completo			3	0,8
Ensino fundamental II incompleto			8	2,2
Ensino fundamental II completo			0	,0
Ensino médio completo			1	0,2
Não se aplica			237	64,8
Ignorada			11	3,0
<b>TOTAL</b>			<b>366</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN

Quanto ao tipo de violência (tabela 2), observou-se com maior frequência a negligência/abandono (76,5%) nos casos notificados. No que diz respeito ao local de ocorrência, os casos registrados apontam a residência (65,6%) como local onde mais ocorre a

violência contra a criança. Em 5,5% dos casos houve reincidência de violência contra a criança. A lesão predominante foi queimadura (22,7%) seguida de traumatismo cranioencefálico (17,9%) e meio de agressão não especificado (55,7%).

**Tabela 2 - Distribuição das notificações de violência contra criança segundo as variáveis relacionadas à violência em um hospital de urgência de Teresina-PI. Teresina, Piauí, Brasil. 2014. (N=366)**

Variáveis relacionadas a violência	N	%
<b>Tipo de violência</b>		
Negligência/abandono	280	76,5
Física	17	4,6
Sexual	1	0,3
Financeira/econômica	1	0,3
Negligência/abandono e física	60	16,4
Física e tortura	1	0,3
Física e sexual	2	0,5
Física, sexual e outra	1	0,3
Ignorada	2	0,5
Outra	1	0,3
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	240	65,6
Habitação coletiva	2	0,5
Via pública	96	26,2
Ambiente de trabalho	2	0,5
Terreno baldio	2	0,5
Outros	17	4,6
Ignorado	7	1,9
<b>Ocorrência anterior</b>		
Sim	20	5,5
Não	331	90,4
Ignorado	15	4,1
<b>Meio de agressão</b>		
Arma branca	19	5,1
Força corporal/espancamento	12	3,3
Objeto contundente	10	2,7
Outros	204	55,7
Substancia quente	69	18,9
Arma de fogo	4	1,1
Envenenamento	34	9,3
Ignorado	9	2,5
Múltiplos meios	5	1,4
<b>Natureza da lesão</b>		
Contusão	14	3,8
Corte/perfuração/laceração	40	10,9
Fratura	50	13,7
Amputação	3	0,8
TCE	63	17,2
Traumatismo dentário	1	0,3
Politraumatismo	21	5,7
Intoxicação	57	15,6
Queimadura	83	22,7
Ignorado	4	1,1
Outros	30	8,2
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN

Em relação às variáveis concernentes ao autor da agressão, a Tabela 3 expõe que, em 70,8% das agressões, apenas uma pessoa está envolvida como agressor. A mãe aparece como principal executora da violência (45% dos casos). No tocante ao provável sexo do autor da agressão, o sexo feminino destaca-se, com 60,7% das notificações. E em 78,7 % dos casos de agressão contra a criança, identificou-se que não houve o uso de álcool por parte dos agressores.

Tabela 3 - Distribuição das notificações de violência contra criança segundo as variáveis relacionadas ao agressor em um hospital de urgência de Teresina-PI. Teresina, Piauí, Brasil. 2014. (N=366)

Variáveis relacionadas ao agressor	N	%
<b>Número de pessoas envolvidas</b>		
Uma	259	70,8
Dois ou mais	98	26,8
Ignorado	9	2,5
<b>Relação com a vítima</b>		
Pai	34	9,3
Mãe	165	45,1
Amigos/conhecidos	10	2,7
Desconhecidos	2	0,5
Cuidador	3	0,8
Pessoa com relação institucional	1	0,3
Pai e mãe	55	15,0
Pai e co-participes	4	1,1
Mãe e co-participes	25	6,8
Pai, mãe e co-participes	2	0,5
Cuidador e pessoa com relação institucional	1	0,3
Outros	55	15,0
Ignorado	9	2,5
<b>Provável sexo do autor</b>		
Masculino	63	17,2
Feminino	222	60,7
Ambos os sexos	74	20,2
Ignorado	7	1,9
<b>Suspeita de uso de álcool</b>		
Sim	8	2,2
Não	288	78,7
Ignorado	70	19,1
<b>TOTAL</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN

Na tabela 4 consta a distribuição de notificações de violência segundo as variáveis de seguimento dos casos. A grande maioria das consequências ocorridas a essas crianças no momento da notificação obtiveram a variável “não se aplica” (90,7%), e a tentativa de suicídio representou a menor porcentagem (0,3%). Dos procedimentos indicados após a notificação, a quase totalidade (97,3%) não teve aplicação. Em relação à evolução, a grande maioria (67,8%) das vítimas obteve alta, haja vista que a frequência de óbitos foi baixa (2,2%), sendo que uma grande parcela (82,5%) foi encaminhada ao conselho tutelar, e quase metade (48,9%) dos casos foi confirmada.

Tabela 4 - Distribuição das notificações de violência contra criança segundo as variáveis de seguimento do caso em um hospital de urgência de Teresina-PI. Teresina, Piauí, Brasil, 2014. (N=366)

Variáveis de seguimento de caso	N	%
<b>Consequências no momento da notificação</b>		
Tentativa de suicídio	1	0,3
Estresse pós-traumático	3	0,8
Outros	6	1,6
Ignorado	24	6,6
Não se aplica	332	90,7
<b>Procedimento indicado</b>		
Coleta de sangue	1	0,3
Outros	1	0,3
Não se aplica	356	97,3
Ignorado	8	2,1
<b>Evolução</b>		
Alta	248	67,8
Encaminhamento ambulatorial	3	0,8
Encaminhamento hospitalar	8	2,2
Evasão/fuga	5	1,4
Óbito pela agressão	8	2,2
Ignorado	94	25,7
<b>Encaminhamento para outros setores</b>		
Conselho tutelar	302	82,5
Delegacia especializada da mulher	2	0,5
Outras delegacias	1	0,3
Casa de proteção/abrigo	1	0,3
CRAS	2	0,5
Conselho tutelar e delegacia especializada da mulher	2	0,5
Conselho tutelar e outros	33	9,0
Outros	16	4,4
Ignorado	7	1,9
<b>Classificação final</b>		
Suspeito	4	1,1
Confirmado	179	48,9
Ignorado	183	50,0
<b>TOTAL</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>

## DISCUSSÃO

O conhecimento sobre a dimensão da violência contra crianças é ainda escasso, onde os dados apresentados representam apenas uma pequena parte da realidade, em decorrência da notificação de maus-tratos ainda se encontrar pouco estruturada no país, da qualidade dos dados produzidos - muitos casos não chegam aos serviços de saúde - e pelo fato de ainda se manter o caráter velado da violência a despeito dos agressores serem pessoas próximas às vítimas, o que obsta conhecer a magnitude real desse problema.

O crescimento do número de notificações entre o ano de 2009 e 2011 pode ser explicado pela publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, além do apoio para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de violências e acidentes<sup>(7)</sup>.

Houve também uma iniciativa do Ministério da Saúde por meio de uma oficina para habilitar profissionais de saúde na prevenção e combate à violência contra crianças e adolescentes. A iniciativa se apoia no material didático intitulado de *Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*<sup>(6)</sup>. Pode-se considerar que nesse período cresceu a sensibilização e a capacidade dos profissionais de realizar a notificação, e que após as campanhas tenha diminuído, explicando novamente uma queda do número de notificações.

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde da estratégia saúde da família do Rio de Janeiro, os mesmos manifestaram a dificuldade na detecção dos casos, devido ao abafamento dos casos pelos familiares, raramente chegando espontaneamente até a equipe de saúde, contando-se com a comunicação com outras instituições, principalmente as escolas, denúncia de vizinhos aos agentes comunitários e visitas domiciliares realizadas pela equipe para a detecção dos casos. Além disso, apesar da detecção, o medo de exposição se revelou como causa inibitória da notificação de violência nas equipes estudadas, levando muitas vezes os profissionais a adotarem a atitude de encaminhamento de casos de violência ao hospital, para que a notificação seja feita por lá<sup>(8)</sup>.

As crianças em que não se aplica a variável escolaridade foram as vítimas de violência que

tiveram maior número de notificação, pois 56,3% delas estavam na faixa etária de 1 a 3 anos. Esse dado contrapõe o estudo realizado em um Hospital do Rio de Janeiro, que apontou ser a idade escolar a mais afetada pela violência, explicado pela exposição física e afetiva ao meio social.<sup>9</sup> Porém, outro estudo brasileiro mostrou que a faixa etária predominante era menor de 05 anos ao se analisar a violência doméstica, com predomínio de negligência e abuso sexual<sup>(10)</sup>.

Nesse estudo, a maioria dos casos ocorreu em crianças do sexo masculino, confirmando dados de outras pesquisas que apontam os meninos como mais afetados pela violência<sup>(9,11-13)</sup>. A maior ocorrência de agressões entre os meninos pode ser relacionada a fatores culturais, no qual se espera que o homem saiba lidar com as questões de agressividade além de não direcionar a eles proteção e vigilância na mesma proporção que oferece as meninas, ficando assim mais expostos aos riscos<sup>(14)</sup>.

Corroborando com outros estudos, a negligência aparece como a forma de violência mais notificada, a qual se configura em toda forma de omissão dos pais ou dos responsáveis pela criança de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. Um estudo realizado na cidade de Curitiba através da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência revelou que a negligência teve maior número de notificações, com destaque para o ano de 2008 em que os casos representaram 71,4% dos casos notificados<sup>(15)</sup>. Outro estudo realizado na Unidade de Emergência Referenciada Pediátrica (UERP) do Hospital das Clínicas (HC) - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) houve predomínio para negligência como a forma mais freqüente de maus-tratos, com até 65% de todos os casos<sup>(10)</sup>.

A residência é o local de maior ocorrência, confirmando dados de outras pesquisas que apontam ser o ambiente intrafamiliar o local onde as crianças são mais afetadas pela violência<sup>(16-18)</sup>.

Ao considerar a reincidência dos casos de violência, esse estudo apontou que a maioria dos casos registrados não tinha ocorrência anterior, porém um percentual pequeno de reincidência de violência registrado nesse estudo não deve ser ignorado. A reincidência dos casos de violência corresponde uma variável importante no enfrentamento da violência infantil, uma vez que

verifica os casos de violência de repetição e serve como subsídio para o planejamento de ações na tomada de decisão para evitar sucessivas ações de violência, visto que os atos violentos não se restringem a apenas um episódio. É também um dado que reforça uma das principais características da violência em quanto fenômeno velado e recidivante<sup>(18)</sup>.

Quanto à natureza da lesão, houve predomínio de queimadura, isso pode ser justificado pela prevalência de negligência/abandono nos casos notificados, apontando omissão de cuidados pelos responsáveis da criança em viabilizar um ambiente seguro para seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Em contrapartida, dados do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes apontam que foram mais comuns os atendimentos em que a vítima apresentava corte/perfuração/laceração e contusão ao se avaliar a natureza da lesão em crianças de 0 a 9 anos de idade<sup>(7)</sup>.

O presente estudo evidencia que o autor do abuso é, na maioria das vezes, alguém próximo da criança, que passa a maior parte do tempo com ela. Assim, a mãe aparece como autora da agressão na maioria dos casos notificados, sendo a principal agressora quando se trata de negligência e violência física como aponta o estudo realizado na cidade de Curitiba<sup>(15)</sup>. À mulher é atribuído o papel de cuidar dos filhos e da casa, que muitas vezes busca nos atos de violência uma maneira de educar e impor limites aos filhos para exercer sua autoridade, porém há uma evidente falha no processo de educação e cuidado destinado às crianças.

Estudiosos apontam que menor escolaridade materna, uso de drogas pela mãe, depressão materna e presença de mais crianças na família são aspectos de vulnerabilidade para a ocorrência de maus tratos infantis<sup>(19)</sup>.

Os resultados de vários estudos apontaram que a violência, quando praticada contra a criança dificilmente está sozinha, apresentando-se sobreposta a outros problemas como violência conjugal, desestrutura familiar, violência estrutural e drogadição. Em um estudo, o uso de álcool pelos agressores foi estimado em 36.3% entre as mulheres e em 32% entre seus companheiros<sup>(13)</sup>. O alcoolismo está entre os 65,9% de fatores de risco para a violência contra a criança<sup>(20)</sup>.

A associação entre o uso de álcool/drogas e a ocorrência de agressões contra as crianças é um elemento importante. Em determinado estudo, na grande maioria dos casos notificados, as agressões tornaram-se repetidas e permeadas por problemas de drogadição. As relações com uso de álcool e outras drogas evidenciados são violentas, onde a opressão sempre recai sobre aqueles que detêm o menor poder, mulheres e crianças<sup>(21)</sup>.

Comprovou-se que a maioria dos casos de violência teve alta, apontando que o nível de gravidade é baixo, e que a maioria deles, após receber o atendimento, está em condições de alta.

Evidenciamos também que a grande parcela dos casos foi encaminhada ao Conselho Tutelar (CT). Esse fato aponta um compromisso com o referenciamento dos casos e um cuidado para que não haja reincidência da violência<sup>(22)</sup>. Porém, não há registro se esses casos são acompanhados e se após o encaminhamento há resultados satisfatórios.

Quanto aos óbitos, houve um percentual pequeno nos casos notificados nesse estudo, no entanto, ainda que pequeno o número de óbitos, esse dado demonstra as conseqüências negativas que a violência contra a criança pode trazer, pois compromete não apenas seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, mas a sua própria vida; um dos fatos que justifica e reforça a violência em quanto problema de saúde pública e que deve ser evitado.

Deve-se destacar que os dados ou a falta deles, inclusive na dimensão de qualidade, refletem o fenômeno da qualificação do profissional para a detecção e notificação dos casos de violência contra a criança. Ações de apoio psicológico, de educação permanente e de promoção da saúde, podem subsidiar as práticas de ações em saúde com o sentido de promover a saúde, os bons tratos e contribuir na construção da paz nas famílias e comunidades. A intersetorialidade, através de parcerias com outras instituições na realização dessas atividades, como o Conselho Tutelar, as escolas e a Vara da Infância, deve ser valorizada para se atingir uma real efetividade nas ações que visam coibir tal prática.

## CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesse estudo direcionam e subsidiam ações específicas de enfrentamento a violência, uma vez que esclarecem o perfil das crianças afetadas. Nesse sentido, fornecem

informações aos profissionais da saúde acerca da problemática da violência infantil, sendo importante no planejamento de cuidados às crianças além de sensibilizar o profissional na realização da notificação.

Outro aspecto importante é que dados em número fornecem uma compreensão precisa da situação das crianças expostas a qualquer tipo de violência, bem como dos fatores que facilitam a ocorrência dos atos violentos. É também uma fonte de novas pesquisas sobre a violência em menores, pois tanto o tipo de violência cometida, como a idade e sexo da criança e o autor da agressão, não permanece unânime em todos os estudos, assim existem diversos fatores que norteiam a violência contra a criança.

Um dos desafios presente na problemática da violência infantil é a deficiente capacitação e sensibilização do profissional em notificar, pois observamos que o número de notificações realizadas é inferior a realidade presenciada e esperada, além das falhas de preenchimento nas fichas na caracterização adequada dos dados, o que impede o real conhecimento epidemiológico e o consequente planejamento de ações que venham a coibir a prática da violência contra a criança enquanto problema de saúde pública. Essa realidade pode ser mudada ao promover incentivo e qualificação adequada dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Bezerra KP, Monteiro AI. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Rene*. 2012; 13(2):354-64.
2. Martins CBG. Mastratos contra crianças e adolescents. *Rev. Bras. Enferm*. 2010; 63(4):660-5
3. World Health Organization (WHO). How can violence against children be prevented? [homepage on the Internet] 2014 jul [cited 2013 mai] Available from: <http://www.who.int/features/qa/44/en/>
4. Unicef. Infância e adolescência no Brasil. [homepage on the Internet] [cited 2014 Set 11]. Available from: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9381.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9381.htm)
5. Estatuto da Criança e do Adolescente Lei nº 8.069/90 atualizado com a Lei nº 12.010 de 2009. Inclusa Lei nº 12.594 de 2012 (SINASE). 3. ed; Florianópolis, 2012.
6. 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.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p. : il.
8. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium-sized city in Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(9):1749-1758
9. Pierantoni LMM, Cabral IEC. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(4): 699-07.
10. Zambon, MP et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(4): 465-471.
11. 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.
12. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RT I, Viegas APBV, Sá de NNB, Silva Junior da JB. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(9):2247-2258.
13. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):895-901.
14. Souza, ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Cien Saud Colet*. 2005; 10(1): 59-70.
15. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2012;20(2):[08 telas].
16. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cien Saud Colet*. 2012; 17 (9):2305-2317.
17. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat M NL. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(4): 477-482.
18. Martins C BGe, Jorge MHPM. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saude*, Brasília, out-dez 2009; 18(4):315-334.
19. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high

risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl.* 2011;35:96-104.

20. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do programa saúde da família: a experiência do pmf/niterói (RJ, BRASIL). *Cien Saud Colet.* 2011; 16(7):3285-3296.

21. Oliveira RNG. Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da estratégia saúde da família [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da; 2011.

22. Gawryszewski VP, Valencich DM de O, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo 2009. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(6):659-665.

**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Date of first submission:** 2014/08/26

**Accepted:** 2014/11/14

**Publishing:** 2015/01/05

**Corresponding Address**

Lorena Uchoa Portela Veloso

Universidade Estadual do Piauí

Endereço: Rua Olavo Bilac 2335 Sul - Centro,  
Teresina, Piauí, Brasil.

Email: [lorenaupveloso@gmail.com](mailto:lorenaupveloso@gmail.com)