



## DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

### Situación de la violencia contra niños y adolescentes en Brasil

Situação da violência contra crianças e adolescentes no Brasil

State of violence against children and adolescents in Brazil

\*Quadros, Marciano Nascimento de \*\* Kirchner, Rosane Maria  
\*\*\*Hildebrandt, Leila Mariza \*\*\*\*Leite, Marinês Tambara \*\*\*\*\* Costa, Marta  
Cocco da \*\*\*\*\* Sarzi, Diana Mara

\*Enfermero, residente en Oncología Hospital São Vicente de Paulo - Universidad de Passo Fundo. E-mail: [marciano.quadros@hotmail.com](mailto:marciano.quadros@hotmail.com) \*\*Doctora en Ingeniería Eléctrica - Métodos de Apoyo a Decisión por la PUC-RJ. Docente de la Universidad Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões \*\*\*Enfermera, Doctora en Ciencias por la UNIFESP. Docente de la Universidad Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. \*\*\*\*Enfermera, Doctora en Gerontología Biomédica, docente de la Universidad Federal de Santa Maria/ Campus Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul \*\*\*\*\* Enfermera, Doctora en Enfermería por la UFRGS. Docente de la Universidad Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. \*\*\*\*\*Enfermera. Residente em el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud en el Sistema Público de Salud de la Universidad Federal de Santa Maria. Brasil.

Palabras clave: Violencia; Niño; Adolescente; Enfermería

Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente; Enfermagem.

Keywords: Violence; Child; Teenager; Nursing

### RESUMEN

**Objetivo:** Verificar las ocurrencias de violencia física y psicológica/moral contra niños y adolescentes, en las regiones geográficas de Brasil en el año 2012.

**Método:** Estudio documental de abordaje cuantitativo y descriptivo. Los datos fueron colectados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación en el cual se utilizó la modalidad "violencia física y psico/moral" en intervalos de edad de <1 año a 14 años en las diferentes regiones de Brasil en el 2012. El análisis de los datos se realizó con ayuda de la estadística descriptiva (tablas simples y cruzadas, figuras y tasas), utilizando el Microsoft Office Excel, versión 2007.

**Resultados:** De las 8397 ocurrencias de violencia psicológica/moral, 62,7% fueron dirigidos a ambulatorios y en 6,3% ocurrió el ingreso hospitalario, siendo la mayor frecuencia en el sexo femenino.

En los 14125 casos registrados de violencia física, 54,2% fueron dirigidos a ambulatorios y 13,6% tuvieron ingreso hospitalario, ocurriendo con mayor incidencia también en el sexo femenino. En cerca de 1/3 de los atendidos ocurrió falta de registros.

**Conclusión:** Existe la necesidad de políticas específicas y soporte profesional que vengan a prevenir, combatir y asistir la violencia contra niños y adolescentes pudiendo reducir el grado de inseguridad, así como el incremento del número de notificaciones.

## RESUMO

**Objetivo:** verificar as ocorrências de violência física e psicológica/moral contra crianças e adolescentes, nas regiões geográficas do Brasil no ano de 2012.

**Método:** Estudo documental de abordagem quantitativa e descritiva. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no qual se utilizou a modalidade “violência física e psico/moral” no intervalo de idade de <1 ano a 14 anos nas diferentes regiões do Brasil em 2012. A análise dos dados foi realizada com auxílio da estatística descritiva (tabelas simples e cruzadas, figuras e taxas), utilizando o Microsoft Office Excel, versão 2007.

**Resultados:** Das 8397 ocorrências de violência psicológica/moral, 62,7% tiveram encaminhamento ambulatorial e em 6,3% ocorreu internação hospitalar, sendo a maior frequência no sexo feminino. Nos 14125 casos registrados de violência física, 54,2% tiveram encaminhamento ambulatorial e 13,6% internação hospitalar, ocorrendo com maior incidência também no sexo feminino. No entorno de 1/3 dos atendimentos ocorreu falta de registros.

**Conclusão:** Existe a necessidade de políticas específicas e suporte profissional que venham prevenir, combater e assistir a violência contra crianças e adolescentes podendo reduzir o grau de insegurança bem como a incrementação do número de notificações.

## ABSTRACT

**Objective:** Verify the occurrence of physical and psychological/moral violence against children and adolescents in the geographic regions of Brazil in 2012.

**Method:** Documental study of quantitative and descriptive approach. Data were collected in the Notifiable Diseases Information System, in which it was used the modality “physical and psychological/moral violence” in the age range of <1 year to 14 years old in different regions of Brazil in 2012. Data analysis was performed using descriptive statistics (simple and crossed tables, figures and rates), by using the Microsoft Office Excel, 2007 version.

**Results:** Of the 8,397 occurrences of psychological/moral violence, 62.7% had ambulatory referral and hospitalization occurred in 6.3%, being the major frequency among females. In 14,125 registered cases of physical violence, 54.2% had ambulatory referral and 13.6% hospitalization, with higher incidence among females, too. There was lack of notification in about 1/3 of attendances.

**Conclusion:** There is a need of specific politics and professional support to prevent, combat and attend the violence against children and adolescents that could reduce the level of insecurity and also increase the number of notifications.

## INTRODUCCIÓN

Las causas externas de violencia contra niños y adolescentes crecen aceleradamente e indican la mayor fuente de letalidad, ocurriendo en escala y magnitud que debe ser considerada intolerable<sup>(1)</sup>. En 2012, 53,4% del total de homicidios del País fue de jóvenes, lo que indica una proporción alarmante. La mayor parte de los estados de la federación aumentó las tasas de homicidio juvenil en la última década. En el contexto internacional, Brasil ocupa la 8ª posición en el ordenamiento de la mortalidad juvenil por homicidio, en 100 países estudiados, en el periodo de 2008 a 2012<sup>(1)</sup>.

En este contexto, las violencias física y psicológica/moral contra niños y adolescentes representan un problema de salud pública, estando marcada por tener una conjetura compleja, involucrando aspectos psicológicos, sociales y legales que comprometen el desarrollo de las personas, amenazando su calidad de vida<sup>(2)</sup>. La violencia contra el niño en las más diversas manifestaciones se erige en un problema abstruso, pues sus implicaciones se amplían del plano individual al plano social<sup>(3)</sup>.

Este estrato poblacional vivencia diariamente situaciones en que la violencia está presente, sobrepasando fronteras culturales, de clase, de educación, de renta, edad, entre otras. Ellos relatan su dolor -no solo su dolor físico, sino el "dolor interno" provocado por esas violencias/abusos, que es agravada por la aceptación, y hasta aprobación, de adultos<sup>(4)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud conceptúa la violencia contra el niño por la naturaleza del hecho, dividiendo en violencia física, sexual, emocional o psicológica y negligencia<sup>(2)</sup>. Para este estudio, será considerada la violencia física y psicológica, en ese sentido, la violencia física contra un niño puede ser definida como el uso intencional de la fuerza física contra él, para causar daños de diferentes órdenes que involucren los aspectos físicos, psíquicos y sociales. Relacionado con el abuso psicológico, se puede manifestar como incidentes aislados o en reiterados abandonos por uno de los padres o responsable, que mantiene al niño en un ambiente inadecuado para su desarrollo y carente de apoyo. Este tipo de violencia causará probables daños al desarrollo físico, mental, espiritual, moral y/o social del niño. La restricciones de circulación, o desprecio continuo, la culpa, las amenazas, los actos de terror, discriminación o ridiculización y otras variantes no físicas de rechazo o tratamiento hostil forman parte de este tipo de violencia<sup>(2)</sup>.

La preocupación no está relacionada exclusivamente con las magnitudes, sino también con la tolerancia y con el acuerdo de la opinión pública y de las instituciones encargadas de afrontar el problema de la violencia contra niños y adolescentes<sup>(1)</sup>. La negligencia, en estado puro, es más cometida por la madre y dirigida a los hijos hombres, siendo al contrario cuando la violencia es sexual, en que es cometida por el padre dirigida a la hija mujer. Este dato puede reflejar la configuración de cómo la cuestión de género se revela en el espacio doméstico<sup>(5)</sup>.

La violencia difícilmente se manifiesta aisladamente, se revela seguida de otras condiciones de vida precarias, así como de contradicciones derivadas de la producción de las categorías generación, género, etnia y clase social<sup>(6)</sup>.

Sin embargo, en la notificación de violencia psicológica, la identificación se deteriora al no dejar marcas visibles en el cuerpo. En contrapartida y por el mismo motivo, la violencia física es más fácilmente identificada y, en vista de esto, la primera aparece con mayor frecuencia cuando asociada con otro tipo de violencia. También hay subestimaciones de casos de violencia contra niños y adolescentes<sup>(5)</sup>. En este sentido, el miedo a posibles implicaciones, el deseo de mantener la familia, la dependencia financiera del compañero asociada al castigo del responsable, son factores que contribuyen a la no realización de la notificación de la violencia, por parte de la familia, en especial en situaciones de abuso sexual intrafamiliar<sup>(7)</sup>. Así, la violencia contra el niño se erige en un problema universal y creciente que alcanza muchas víctimas y es expuesto, en la mayoría de las veces, de forma velada<sup>(9)</sup>.

La importancia de la discusión del equipo multidisciplinar en los casos de violencia es de suma importancia teniendo en cuenta la complejidad de este fenómeno. En este sentido, destaca la necesidad de formar profesionales para programas de prevención, detección y acompañamiento de víctimas de violencia. La violencia contra el niño es un problema constituido por varias variables, “afecta a todos los niveles socioeconómicos y culturales de la sociedad y, por esas razones, exige intervención de un equipo multiprofesional e interdisciplinar, cuyos procedimientos posibiliten una atención integral”<sup>(3:137)</sup>. Se destaca la importancia del papel del Agente Comunitario de Salud, ya que él visita con más frecuencia a las familias<sup>(3)</sup>.

En los estudios de violencia, existe falta de uniformidad de los registros referentes a datos sociodemográficos de los sujetos implicados en las ocurrencias, siendo así, que contribuyen poco a la descripción de la distribución de las ocurrencias en los grupos sociales<sup>(9)</sup>. Desde esta perspectiva, “la literatura revela la escasez de datos estadísticos sobre la violencia doméstica contra el niño, lo que dificulta conocer la real incidencia de este fenómeno” derivado muchas veces de la imprecisión de las informaciones, lo que genera dificultad en la medida de los índices de morbilidad relativos a esta situación<sup>(3:138)</sup>. En este sentido, la notificación de malos tratos, en servicios de salud, se encuentra todavía poco debatida<sup>(10)</sup>.

El niño por tratarse de un ser humano frágil y vulnerable y depender de un adulto para su desarrollo, debe ser protegido de toda forma de violencia<sup>(4)</sup>. Para ello, es necesario invertir en medidas que prevengan cualquier abuso, sin ninguna concesión.

Ante lo expuesto, resulta evidente que es fundamental el estudio en salud sobre el tema, el cual debe aportar clarificación para los profesionales de la salud, comunidad en general, e instituciones que se dedican a combatir la violencia, contribuyendo a la mejora de las políticas públicas en salud en Brasil y demás países. Así, este estudio tiene por objetivo verificar las ocurrencias de violencia física y psicológica/moral contra niños y adolescentes, en las regiones geográficas de Brasil en el año 2012.

## MÉTODO

Estudio documental de abordaje cuantitativo y descriptivo. Se estudiaron las ocurrencias referentes a la violencia física y psicológica/moral contra niños y pre-adolescentes que ocurrieron durante el año 2012, en las regiones brasileñas. Los datos colectados provienen del SINAN - Sistema de Información de Agravantes de Notificación utilizándose la modalidad “violencia física y psico/moral” en el intervalo de edad de <1 año y 14 años.

El análisis se realizó con ayuda de la estadística descriptiva (tablas simples y cruzadas, figuras y tasas), utilizando el Microsoft Office Excel versión 2007. Las modalidades estudiadas son *violencia física* y *psico/moral* que serán analizadas según la evolución del caso, o sea, el alta (hospitalaria o ambulatorial) que se refiere a la finalización de la modalidad y asistencia que venía siendo prestada a la persona atendida/víctima. La persona atendida/víctima podrá recibir alta del servicio notificante y, a pesar de ello, ser dirigida para seguimiento en otros servicios o especialidades clínicas o en caso necesario, pasar a recibir otra modalidad de asistencia sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio; evasión/fuga es la eliminación del paciente del servicio de salud sin autorización del equipo de salud y/o sin informar de la salida al sector en que el paciente estaba internado o en observación o aun aguardando atención; óbito por violencia es aquel cuya causa básica fue un evento

violento, sin considerar el hecho de que la atención y los procedimientos administrativos relacionados hayan ocurrido o no; óbito por otras causas es aquel que sucede por otras causas que no violencia, independiente del hecho de que los procedimientos administrativos relacionados con la atención hayan ocurrido o no; e ignorado/en blanco es cuando no se tenía la información de la evolución del caso<sup>(11)</sup>.

También, las modalidades *violencia física* y *psico/moral* serán analizadas según la alternativa en el sector salud para: derivación ambulatorial (Atención Básica, Centro de Apoyo Psicosocial (CAPS), Unidad de Salud, Centros de Referencia, Laboratorios, Servicios de media complejidad y urgencia/emergencia), ingreso hospitalario, no se aplica (cuando no hubiera necesidad de dirigir a la persona atendida/víctima) e ignorado<sup>(11)</sup>.

Como se trata de datos públicos disponibles *online* no hubo necesidad de someter el proyecto a análisis del Comité de Ética en Investigación teniendo en cuenta la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de la Salud, que reglamenta las investigaciones que involucran a seres humanos.

## RESULTADOS

Al estudiar las ocurrencias de violencia psicológica/moral (Tabla 1) contra el niño y pre-adolescentes, con edad de hasta 14 años, en el año 2012, se observó que, del total de 8397 niños/adolescentes, 62,7% fueron dirigidos a ambulatorio y 6,3% fueron ingresados en hospital. Los demás se clasificaron por “No se aplica”, “Ignorado” o “En blanco”. En cuanto a la evolución del caso, la mayoría de ellos tuvo alta y 0,35% fueron a óbito por violencia.

La violencia psicológica/moral ocurrió con mayor frecuencia en el sexo femenino, totalizando 69,6% de los 5794 casos que fueron registrado por sexo (Tabla 1). Del mismo modo en la violencia física, todavía hay prevalencia para el sexo femenino, por ello esta diferencia es menor, siendo 54,1% de los casos.

**Tabla 1: Ocurrencias de violencia psicológica/moral contra niño y pre-adolescentes (edad de <1 año a 14). Brasil - 2012.**

Evolución del caso	Encaminamiento							
	EA			IH			NA	I/EB
	F	M	Tota	F	M	Tota	Tota	Tota
Alta	261	114	376	22	16	393	827	756
Evasión/Fuga	145	32	177	6	4	10	34	32
Óbito por violencia	1	3	4	3	2	5	5	2
Óbito por otras causas	-	-	-	2	-	2	1	-
Ignorado/ En Blanco	956	367	132	77	43	120	331	615
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>154</b>	<b>526</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>530</b>	<b>119</b>	<b>101</b>
	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>		<b>8</b>	<b>0</b>

EA= Encaminamiento ambulatorial; IH= Ingreso Hospitalario; NA= No se aplica; I=Ignorado; EB= En blanco

Datos retirados del Banco de datos DATASUS, sujetos a revisión. Fuente: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

En relación a las ocurrencias de violencia física se registraron 14125 casos en el año 2012, de las que 54,2% fueron dirigidas al ambulatorio y 13,6% tuvieron ingreso

hospitalario. Del total, 34,2% fueron clasificados por “No se aplica”, “Ignorado” o “En blanco”. En cuanto a la evolución del caso, 1,5% fue el óbito por violencia y 0,2% el óbito por otras causas. Llama la atención la falta de registros que ocurre en las atenciones, tanto en las ocurrencias de violencia psicológica/moral como de violencia física.

**Tabla 2: Ocurrencias de violencia física contra niños y pre-adolescentes (edad de <1 año a 14). Brasil - 2012.**

Evolución del caso	Encaminamiento							
	EA			IH			NA	I/EB
	F	M	Tota	F	M	Tota	Tota	Total
Alta	345	283	628	597	830	142	137	1887
Evasión/Fuga	107	36	143	14	23	37	20	31
Óbito por violencia	5	10	15	15	34	49	36	30
Óbito por otras	-	1	1	4	4	8	5	4
Ignorado/ EB	803	399	120	186	213	399	286	881
<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>328</b>	<b>765</b>	<b>816</b>	<b>110</b>	<b>192</b>	<b>172</b>	<b>2833</b>

EA= Encaminamiento ambulatorial; IH= Ingreso Hospitalario; NA= No se aplica; I=Ignorado; EB= En blanco

Datos recogidos del Banco de datos DATASUS, sujetos a revisión. Fuente: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

En la Tabla 3 constan las ocurrencias de violencia psicológica/moral según las regiones de Brasil, encaminamiento y evolución del caso.

**Tabla 3: Ocurrencias de violencia psicológica/moral contra niños y pre-adolescentes (edad de <1 año a 14), en las regiones de Brasil - 2012**

Encaminamiento	Evolución de Caso	Regiones				
		Nor te	Nor deste	Su deste	Sur	Cen tro-oeste
EA	Alta	368	396	1171	141	408
	Evasión/Fuga	137	3	18	12	7
	Óbito por violencia	-	2	1	-	1
	Óbito por otras causas	-	-	-	-	-
	Ignorado/ En Blanco	608	107	278	203	127
IH	Alta	32	73	121	116	51
	Evasión/Fuga	3	1	3	3	-
	Óbito por violencia	1	2	2	-	-
	Óbito por otras causas	-	1	-	1	-
	Ignorado/ En Blanco	17	17	49	23	14
NA	Alta	30	129	323	217	128
	Evasión/Fuga	19	1	7	5	2
	Óbito por violencia	-	-	3	2	-
	Óbito por otras causas	-	1	-	-	-
	Ignorado/ En Blanco	21	33	114	127	36
I/EB	Alta	24	142	366	153	71
	Evasión/Fuga	15	5	4	6	2

	Óbito por violencia	-	1	1	-	-
	Óbito por otras causas	-	-	-	-	-
	Ignorado/En Blanco	53	85	221	193	63

EA= Encaminamiento ambulatorial; IH= Ingreso Hospitalario; NA= No se aplica; I=Ignorado; EB= En blanco

Datos recogidos del Banco de datos DATASUS, sujetos a revisión.

Fuente: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

En la Tabla 4 las mismas variables son presentadas según la ocurrencia de violencia física. En esta se percibe que el mayor número de víctimas que procuran ayuda es en la región Sudeste y Sur. En tercer lugar en la violencia física está el Nordeste, y en la psicológica/moral la región Norte.

**Tabla 4: Ocurrencias de violencia física contra niños y pre-adolescentes (edad de <1 año a 14), en las regiones de Brasil - 2012.**

Encaminamiento	Evolución de Caso	Regiones				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sur	Centro-oeste
EA	Alta	400	799	2850	158	654
	Evasión/Fuga	79	9	30	6	10
	Óbito por violencia	-	6	3	15	3
	Óbito por otras causas	-	-	1	3	-
	Ignorado/En Blanco	495	91	309	215	92
IH	Alta	84	375	455	285	228
	Evasión/Fuga	4	8	16	5	4
	Óbito por violencia	1	15	23	6	4
	Óbito por otras causas	2	2	2	2	-
	Ignorado/En Blanco	38	80	166	73	42
NA	Alta	40	118	870	227	120
	Evasión/Fuga	-	1	15	3	1
	Óbito por violencia	-	2	17	13	4
	Óbito por otras causas	-	2	3	-	-
	Ignorado/En Blanco	14	32	125	87	28
I/EB	Alta	33	355	1155	202	142
	Evasión/Fuga	3	6	15	5	2
	Óbito por violencia	3	10	14	1	2
	Óbito por otras causas	-	-	3	-	1
	Ignorado/En Blanco	71	146	407	167	90

EA= Encaminamiento ambulatorial; IH= Ingreso Hospitalario; NA= No se aplica; I=Ignorado; EB= En blanco

Datos recogidos del Banco de datos DATASUS, sujetos a revisión.

Fuente: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

## DISCUSIÓN

La violencia psicológica recibió mayor atención en los últimos años<sup>(12)</sup>. Tal fenómeno no distingue clase social, cultura, ni límites geográficos, siendo, por tanto, universal.

Esa condición aún está envuelta en un pacto de silencio, siendo el principal estorbo para el diagnóstico y por el reducido número de notificaciones. Esto coincide con los datos obtenidos en esta investigación, mostrando, que todavía hay obstáculos en el camino entre la desconfianza, confirmación y la notificación de estos eventos.

En ese estudio, se observa que la violencia psicológica/moral así como la violencia física, ocurrieron con mayor frecuencia en el sexo femenino. Al encuentro de estos resultados, investigación realizada sobre la violencia en el interior del Estado del Amazonas mostró que la agresión física es el tipo de violencia más relatado, y la mayor parte de las víctimas son adolescentes del sexo femenino, de edades entre 12 y 15 años<sup>(13)</sup>.

El sector ambulatorial tuvo mayor índice de resolutivez en los casos de violencia psicológica/moral y violencia física, cuando comparado con otros encaminamientos. Esto puede indicar que los servicios ambulatorios presentan buena resolutivez en esas situaciones. Sin embargo, el enfrentamiento de la violencia y lo que deriva de ella constituye un desafío para el campo de la salud, en especial para los servicios de atención básica. Los profesionales de salud vivencian dificultades para manejar situaciones de violencia en función de su falta de preparación y de la carencia de recursos asistenciales para atender las demandas de esa población<sup>(10)</sup>.

En la misma línea de pensamiento, investigación evidenció que profesionales de salud enfrentan dificultades en la identificación y encaminamiento de situaciones que incluyen violencia contra niño en el espacio doméstico, por recelo en el compromiso de las relaciones entre profesional, familia y comunidad<sup>(3)</sup>.

La multicausalidad de la violencia contra niños y adolescentes genera desafío a investigadores y gestores, pues las altas estimaciones encontradas confirman la necesidad de abordaje familiar, transdisciplinar, intersectorial y en red para el enfrentamiento del problema<sup>(14)</sup>.

Analizando los datos de la investigación, se evidencian los marcadores “ignorado/en blanco”, lo que puede deberse a la subnotificación de las ocurrencias por parte de los profesionales de salud que hacen el informe. Se sabe que las notificaciones son instrumentos doblemente importantes en el combate contra la violencia: producen beneficios para los casos singulares, además de ser instrumentos de control epidemiológico de la violencia<sup>(15)</sup>. Se destaca que el profesional de salud que se da cuenta del hecho, está obligado por ley a notificar casos confirmados y sospechosos de violencia. En ese sentido, él mismo desempeña papel esencial en esa área.

La subnotificación de la violencia contra los niños y adolescentes puede agravarse cuando no hay soporte de políticas públicas y medidas administrativas. Además, la violencia psicológica es una de las más difíciles de ser identificada por no producir evidencias inmediatas. De la misma forma, “el hecho de notificar es un elemento crucial en la acción puntual contra violencia, en la acción política global y en el entendimiento del fenómeno”<sup>(10)</sup>.

Evaluando la Tabla 3, se verifica que la región sur (Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul) y la región sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro y São Paulo) tuvieron los mayores índices de atención a niños y adolescentes en violencia psicológica/moral y violencia física, con desenlace de la evolución del caso en alta tras encaminamiento ambulatorial. Por ello se percibe que en los Estados de

Acre, Amapá, Amazonas, Para, Rondônia, Roraima y Tocantins, en la categoría psicológica/moral, hubo un fallo en la notificación de evolución del caso, no siendo informado (ignorado/en blanco).

Se nota también que en la forma de violencia psicológica/moral, ocurrieron bajos índices de ingreso hospitalario, lo que puede indicar la eficiencia de los servicios de baja complejidad en salud en estos casos. Se verifica que la subnotificación todavía es un obstáculo a ser superado por los profesionales de salud, pues hay informaciones como ignorado/en blanco en relación al encaminamiento y a la evolución del caso, dificultando estudios e investigaciones en el área, las cuales pueden ayudar a la formulación de políticas públicas.

Muchos profesionales no disponen de informaciones que permitan reconocer, diagnosticar e informar la violencia<sup>(15)</sup>. También, cabe destacar que, aunque las relaciones de poder se hayan modificado a lo largo de la historia, en el ámbito social y del Estado, los familiares permanecen en actitudes de dominación, justificadas por la privacidad del ambiente familiar, en contradicción al que se anuncia en el ámbito de las políticas y de los derechos de los niños<sup>(6)</sup>.

Cabe destacar la importancia de identificar las vivencias de violencia familiar, inclusive los abusos en la infancia, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar varios trastornos mentales. Las mujeres víctimas de violencia familiar tienen mayor posibilidad de ser violentas con sus hijos, multiplicando y confirmando la idea de que la violencia sufrida es reproducida a los más vulnerables. Con todo, puede percibirse la existencia de alteraciones de comportamiento y psiquiátricos derivados de situaciones de violencia, lo que puede causar impacto duradero en el funcionamiento mental y social de los individuos<sup>(16)</sup>.

Así, resulta esencial trabajar la prevención en todos sus niveles, pues ante la complejidad del impacto de la violencia en el crecimiento infanto-juvenil, tal intervención es necesaria, o sea, primaria cuando se trata de acciones de nivel estructural, en la promoción de la salud y reducción de la pobreza y desigualdad, políticas relacionadas con armas de fuego, alcohol y drogas; secundaria, cuando se focaliza grupos más vulnerables, estímulos a la permanencia en la escuela, resolución pacífica de conflictos; y terciaria, que involucra la actuación con víctimas de violencia, previniendo secuelas y cualificando la atención<sup>(17)</sup>. Medidas de protección a niños y adolescentes que están en situación de vulnerabilidad son necesarias e importantes para protección de los riesgos inminentes, contribuyendo, así, al desarrollo biopsicosocial<sup>(17)</sup>.

Tratándose de prevención, es necesario considerar que infancia y adolescencia tienen complejidades específicas, por tanto estrategias recomendadas son programas y campañas sociales, prestando atención a estas particularidades<sup>(18)</sup>. Cabe destacar que el área de la infancia y adolescencia tienen complejidades específicas que precisan ser consideradas en propuestas de políticas de salud pública.

## **CONCLUSIONES**

Se nota el gran número de niños y adolescentes sometidos a violencia física y psicológica/moral en Brasil. La violencia psicológica/moral sufrida por niños y adolescentes, incluso aún invisible a los ojos de la sociedad, obtuvo resultados alarmantes, lo que alerta sobre muchos casos que no recibieron ninguna atención.

Con todo, destacan algunos subnotificados, lo que muestra la ineficiencia de los diversos sectores en la atención a tal evento, dejando a merced a individuos vulnerables, que muchas veces no tendrán apoyo o protección y serán privados de una posible recuperación de los daños sufridos.

Los datos indican la vulnerabilidad de las pequeñas tanto en la violencia física como en la psicológica/moral, mostrando, de esta forma, que la formulación de políticas de prevención y recuperación debe recibir atención especial. Sin embargo, por más que hayan ocurrido mayor número de casos de violencia contra pequeñas, debe recordarse que los pequeños están sujetos a todo tipo de violencia, estando más expuestos en el grupo de edad joven y adulta, siendo posible entonces la prevención de tales eventos. Políticas públicas para prevención y recuperación deben ser constantemente implementadas y ajustadas, e incesantemente incentivadas.

Los casos de violencia que profesionales del sector salud tuvieran conocimiento deben ser de inmediato notificados. Los servicios de salud de atención primaria tienen compromiso todavía mayor, pues los profesionales trabajadores en ese nivel deben conocer su población y los problemas que ella enfrenta, realizando acompañamiento de familias que tengan histórico de violencia y visitas domiciliarias para tener conocimiento de nuevos casos. Deben dar atención primordial a relatos y quejas de niños y adolescentes y estar atentos a señales físicas y psicológicas de violencia, en consultas de puericultura y de rutina.

Las notificaciones de casos de violencia deben formar parte del proceso de trabajo de los profesionales de salud, en todos los niveles, pues este sector es una de las puertas de entrada para tales casos. A veces, son los profesionales los únicos que tienen contacto con las víctimas, de este modo, debe darse real importancia a esta oportunidad. La busca de la cualificación y capacitación profesional para tal ejercicio debe ser incentivada y estar presente en los currículos académicos, colocando a futuros profesionales en contacto con este problema, desde la graduación.

Los encaminamientos tras la atención del sector salud debe hacerse al sector de policía y Consejos Tutelares, a fin de promover comprobación de los hechos, castigo de los agresores y protección de las víctimas, de la familia y de los notificadores. La formulación de políticas públicas en el sentido de prevenir y combatir la violencia contra niños y adolescentes debe estar en el rol de prioridades en las tres esferas de gobierno. Es evidente que debe profundizarse en investigaciones sobre la violencia, con la intención de ayudar en la formulación de métodos de prevención y protección a las víctimas y también en el intento de promover la discusión y consecuentemente mayor entendimiento sobre el tema.

## REFERENCIAS

1. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro, 2014. [acceso em 2015 Fev 12]. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_JovensBrasil\\_Preliminar.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf)
2. Organização Mundial da Saúde(OMS). Prevenção del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra, 2009.
3. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. Saúde Soc. São Paulo. 2011;20(1):136-46. [acceso em 2014 Set 04]. Disponível em:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000100016&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000100016&script=sci_abstract&lng=pt).
4. ONU. Organização das Nações Unidas. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Sobre Violência contra as Crianças. Genebra, 2011.
  5. Brito AMM, Zanetta DM, Mendonça RCV, Barison SWZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):143-49. [acesso em 2014 Jun 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf>.
  6. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGSda, Egrý EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012;20(2):(08 telas). [acesso em 2015 Ago 14]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_08](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08).
  7. Santos, S. S. e Dell'Aglio, D. D. "Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil". *Psicologia & Sociedade*; 22 (2): 328-335, 2010. [acesso em 2014 Mai 04]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27861/000763940.pdf?sequence=1>
  8. Bezerra KP, Monteiro AI. Violência Intrafamiliar Contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Rene*. 2012; 13(2):354-64. [acesso em 2014 Mai 04]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/219>
  9. Carvalho ACdeR, Barros SGde, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(2):539-46, [acesso em 2014 Mai 04]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200022&script=sci_arttext).
  10. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. *Ciências & Saúde Coletiva*, 2010;15(2):481-91. [acesso em 2015 Jan 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200025)
  11. Brasil. Ministério da saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no sistema de informação de agravos de notificação – Sinan net. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu\\_doc/ev\\_dant\\_2011\\_instrutivo\\_fichaviolencia.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_dant_2011_instrutivo_fichaviolencia.pdf).
  12. Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(5):843-54,. [acesso em 2014 Jan 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500003)
  13. Maia AC, Barreto M. Violência contra crianças e adolescentes no amazonas: Análise dos registros. *Psicologia em Estudo*. 2012;17(2):195-204 [acesso em 2015 Jan 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722012000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722012000200003&script=sci_arttext)
  14. 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). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3285-96 [acesso em 2014 Jun 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800028)
  15. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):315-9 [acesso em 2014 Jul 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000100032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032)

16. Ximenes LF, Oliveira RdeVCde, Assis SGde. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(2):417-33 [acesso em 2014 Jun 15]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200011&script=sci_arttext)
17. Martins CBG, Jorge MHPM. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):800-7 [acesso em 2014 Jun 09]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a12v22n6.pdf>
18. Fatori de Sá DG, Bordin IAS, Martin D, Paula CSde. Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. *Psic.Teor. e Pesq*. 2010;26(4):643-52 [acesso em 2014 Ago 09]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>

Recibido: 11 de marzo 2015; Aceptado: 24 junio 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia