



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

Situação da violência contra crianças e adolescentes no Brasil

Situación de la violencia contra niños y adolescentes en 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

*Enfermeiro, residente em Oncologia Hospital São Vicente de Paulo - Universidade de Passo Fundo..

E-mail: marciano.quadros@hotmail.com

Doutora em Engenharia Elétrica - Métodos de Apoio a Decisão pela PUC-RJ. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões *Enfermeira, Doutora em Ciências pela UNIFESP. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. ****Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, docente da Universidade Federal de Santa Maria/ Campus Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul ***** Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. *****Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Brasil.

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

Palabras clave: Violencia; Niño; Adolescente; Enfermería

Keywords: Violence; Child; Teenager; Nursing

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.

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.

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.

INTRODUÇÃO

As causas externas de violência contra crianças e adolescentes crescem aceleradamente e indicam a maior fonte de letalidade, ocorrendo em escala e magnitude que deve ser considerada intolerável⁽¹⁾. Em 2012, 53,4% do total de homicídios do País foi de jovens, o que indica uma proporção alarmante. A maior parte dos estados da federação aumentou as taxas de homicídio juvenil na última década. No contexto internacional, o Brasil ocupa a 8ª posição no ordenamento da mortalidade juvenil por homicídio, em 100 países estudados, no período de 2008 a 2012⁽¹⁾.

Neste contexto, as violências física e psicológica/moral contra crianças e adolescentes representam um problema de saúde pública, sendo marcado por ter

uma conjectura complexa, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e legais e que compromete o desenvolvimento dos povos, ameaçando a sua qualidade de vida⁽²⁾. A violência contra a criança nas mais diversas manifestações se constitui em um problema abstruso, pois suas implicações se ampliam do plano individual ao plano social⁽³⁾.

Esse estrato populacional vivencia diariamente situações em que a violência esta presente, ultrapassando fronteiras culturais, de classe, de educação, de renda, idade, entre outras. Elas relatam sua dor - não apenas sua dor física, mas a "dor interna" provocada por essas violências/abusos, que é agravada pela aceitação, e até aprovação, de adultos⁽⁴⁾.

A Organização Mundial da Saúde conceitua a violência contra a criança pela natureza do fato, dividindo em violência física, sexual, emocional ou psicológica e negligência⁽²⁾. Para este estudo, será considerada a violência física e psicológica, nesse sentido, a violência física contra uma criança pode ser definida como o uso intencional da força física contra ela, de maneira a causar danos de diferentes ordens que envolvem os aspectos físicos, psíquicos e sociais. Relacionado ao abuso psicológico, pode se manifestar como incidentes isolados ou em reiterados abandonos por um dos pais ou responsável, que mantém a criança em um ambiente inadequado para o seu desenvolvimento e desprovida de apoio. Este tipo de violência causará prováveis danos ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e/ou social da criança. As restrições de circulação, o desprezo contínuo, a culpa, as ameaças, os atos de terror, discriminação ou ridicularização e outras variantes não físicas de rejeição ou tratamento hostil fazem parte desse tipo de violência⁽²⁾.

A preocupação não está relacionada exclusivamente às magnitudes, mas à tolerância e à concordância da opinião pública e das instituições que estão incumbidas de confrontar com o problema da violência contra crianças e adolescentes⁽¹⁾. A negligência, na forma pura, é mais cometida pela mãe e dirigida aos filhos homens, sendo o contrário quando a violência é sexual, em que é cometida pelo pai dirigida a filha mulher. Esse dado pode refletir a configuração como a questão de gênero se revela no espaço doméstico⁽⁵⁾.

A violência dificilmente manifesta-se isoladamente, revela-se seguida por outras condições de vida precárias, bem como de contradições decorrentes da produção das categorias geração, gênero, etnia e classe social⁽⁶⁾.

Entretanto, na notificação de violência psicológica, a identificação é prejudicada por não deixar marcas visíveis no corpo. Em contrapartida e pelo mesmo motivo, a violência física é mais facilmente identificada e, em vista disso, a primeira aparece com maior frequência quando associada com outro tipo de violência. Ainda há subnotificações de casos de violência contra crianças e adolescentes⁽⁵⁾. Neste contexto, o medo de possíveis implicações, o desejo de manter a família, a dependência financeira do companheiro associada à punição do responsável, são fatores que contribuem para a não realização da notificação da violência, por parte da família, em especial em situações de abuso sexual intrafamiliar⁽⁷⁾. Em concordância, a violência contra a criança constitui-se em um problema universal e crescente que atinge muitas vítimas e é exposto, na maioria das vezes, de forma velada⁽⁹⁾.

A importância da discussão da equipe multidisciplinar nos casos de violência é de suma importância tendo em vista a complexidade desse fenômeno. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de formar profissionais para programas de prevenção,

detecção e acompanhamento de vítimas de violência. A violência contra a criança é um problema constituído por várias variáveis, “afeta todos os níveis socioeconômicos e culturais da sociedade e, por essas razões, exige intervenção de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujos procedimentos possibilitem um atendimento integral”^(3:137). Salienta-se a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde, sendo que ele visita com mais frequência as famílias⁽³⁾.

Nos estudos de violência, existe falta de uniformidade dos registros referentes a dados sociodemográficos dos sujeitos envolvidos nas ocorrências, sendo assim, contribuem pouco para descrição da distribuição das ocorrências nos grupos sociais⁽⁹⁾. Nessa perspectiva, “a literatura revela a escassez de dados estatísticos sobre a violência doméstica contra a criança, o que dificulta conhecer a real incidência desse fenômeno” decorrente muitas vezes da imprecisão de informações, o que gera dificuldade na mensuração dos índices de morbidade relativos a essa situação^(3:138). Nesse sentido, a notificação de maus tratos, em serviços de saúde, encontra-se ainda pouco debatida⁽¹⁰⁾.

A criança, por se tratar de um ser humano frágil e vulnerável e depender de um adulto para seu desenvolvimento, deve ser protegida de toda forma de violência⁽⁴⁾. Para isso, é necessário investir em medidas que previnem qualquer abuso, sem nenhuma concessão.

Diante do exposto, fica evidente que é fundamental o estudo em saúde sobre o tema, o qual deve trazer esclarecimento para profissionais da saúde, comunidade em geral, e instituições que se dedicam ao combate à violência, contribuindo assim para melhoria das políticas públicas em saúde no Brasil e demais países. Assim sendo, este estudo tem por objetivo verificar as ocorrências de violência física e psicológica/moral contra crianças e adolescentes, nas regiões geográficas do Brasil no ano de 2012.

METODO

Estudo documental de abordagem quantitativa e descritiva. Foram estudadas as ocorrências referentes à violência física e psicológica/moral contra crianças e pré-adolescentes que ocorreram durante o ano de 2012, nas regiões brasileiras. Os dados coletados são provenientes no SINAN - 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 e 14 anos.

A análise foi realizada com auxílio da estatística descritiva (tabelas simples e cruzadas, figuras e taxas), utilizando o Microsoft Office Excel versão 2007. As modalidades estudadas são *violência física* e *psico/moral* que serão analisadas segundo a evolução do caso, ou seja, a alta (hospitalar ou ambulatorial) que se refere à finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada à pessoa atendida/vítima. A pessoa atendida/vítima poderá receber alta do serviço notificante e, apesar disso, ser encaminhada para seguimento em outros serviços ou especialidades clínicas ou caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio; evasão/fuga é a afastamento do paciente do serviço de saúde sem autorização da equipe de saúde e/ou sem informar da saída ao setor em que o paciente estava internado ou em observação ou ainda aguardando atendimento; óbito por violência é aquele cuja causa básica foi um evento violento, sem considerar o fato do

atendimento e os procedimentos administrativos relacionados terem ocorrido ou não; óbito por outras causas é aquele que acontece por outras causas que não violência, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados ao atendimento terem ocorrido ou não; e ignorado/em branco é quando não se tenha a informação da evolução do caso⁽¹¹⁾.

Também, as modalidades *violência física* e *psico/moral* serão analisadas segundo o encaminhamento no setor saúde para: encaminhamento ambulatorial (Atenção Básica, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidade de Saúde, Centros de Referência, Laboratórios, Serviços de média complexidade e urgência/emergência), internação hospitalar, não se aplica (quando não houver necessidade de encaminhamento da pessoa atendida/vítima) e ignorado⁽¹¹⁾.

Como se trata de dados públicos disponíveis *online* não houve necessidade de submeter o projeto para análise do Comitê de Ética na Pesquisa levando em conta a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Quando estudadas as ocorrências de violência psicológica/moral (Tabela 1) contra a criança e pré-adolescentes, com idade de até 14 anos, no ano de 2012, observou-se que, do total de 8397 crianças/adolescentes, 62,7% tiveram encaminhamento ambulatorial e 6,3% tiveram internação hospitalar. Os demais foram classificados por “Não se aplica”, “Ignorado” ou “Em branco”. Quanto a evolução do caso, a maioria deles teve alta e 0,35% foram a óbito por violência.

A violência psicológica/moral ocorreu com maior frequência no sexo feminino, totalizando 69,6% dos 5794 casos que foram registrados o sexo (Tabela 1). Do mesmo modo na violência física, ainda há prevalência para o sexo feminino, porém esta diferença é menor, sendo 54,1% dos casos.

Tabela 1: Ocorrências de violência psicológica/moral contra crianças e pré-adolescentes (idade de <1 ano a 14). Brasil - 2012.

Evolução do caso	Encaminhamento							
	EA			IH			NA	I/EB
	F	M	Tota	F	M	Tota	Tota	Tota
Alta	261	114	376	22	16	393	827	756
Evasão/Fuga	145	32	177	6	4	10	34	32
Óbito por violência	1	3	4	3	2	5	5	2
Óbito por outras causas	-	-	-	2	-	2	1	-
Ignorado/ Em Branco	956	367	132	77	43	120	331	615
Total	371	154	526	31	21	530	119	101
	9	5	4	6	4		8	0

EA= Encaminhamento ambulatorial; IH= Internação Hospitalar; NA= Não se aplica; I=Ignorado; EB= Em branco

Dados retirados do Banco de dados DATASUS, sujeitos a revisão. Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

Em relação às ocorrências de violência física (Tabela 2) contra a criança e pré-adolescentes, verificou-se que foram registrados 14125 casos no ano de 2012, sendo que 54,2% tiveram encaminhamento ambulatorial e 13,6% tiveram internação

hospitalar. Do total, 34,2% foram classificados por “Não se aplica”, “Ignorado” ou “Em branco”. Quanto à evolução do caso, 1,5% foi a óbito por violência e 0,2% a óbito por outras causas. Chama a atenção, a falta de registros que ocorre nos atendimentos, tanto nas ocorrências de violência psicológica/moral quanto de violência física.

Tabela 2: Ocorrências de violência física contra crianças e pré-adolescentes (idade de <1 ano a 14). Brasil - 2012.

Evolução do caso	Encaminhamento							
	EA			IH			NA	I/EB
	F	M	Tota	F	M	Tota	Tota	Total
Alta	345	283	628	597	830	142	137	1887
Evasão/Fuga	107	36	143	14	23	37	20	31
Óbito por violência	5	10	15	15	34	49	36	30
Óbito por outras causas	-	1	1	4	4	8	5	4
Ignorado/ Em	803	399	120	186	213	399	286	881
Total	436	328	765	816	110	192	172	2833

EA= Encaminhamento ambulatorial; IH= Internação Hospitalar; NA= Não se aplica; I=Ignorado; EB= Em branco

Dados retirados do Banco de dados DATASUS, sujeitos a revisão. Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

Na Tabela 3 consta a ocorrências de violência psicológica/moral segundo as regiões do Brasil, encaminhamento e evolução do caso.

Tabela 3: Ocorrências de violência psicológica/moral contra crianças e pré-adolescentes (idade de <1 ano a 14), nas regiões do Brasil - 2012.

Encaminham ento	Evolução de Caso	Regiões				
		Nor te	Nor de ste	Sude ste	Sul	Centr o- oeste
EA	Alta	368	396	1171	141	408
	Evasão/Fuga	137	3	18	12	7
	Óbito por violência	-	2	1	-	1
	Óbito por outras causas	-	-	-	-	-
	Ignorado/ Em Branco	608	107	278	203	127
IH	Alta	32	73	121	116	51
	Evasão/Fuga	3	1	3	3	-
	Óbito por violência	1	2	2	-	-
	Óbito por outras causas	-	1	-	1	-
	Ignorado/ Em Branco	17	17	49	23	14
NA	Alta	30	129	323	217	128
	Evasão/Fuga	19	1	7	5	2
	Óbito por violência	-	-	3	2	-
	Óbito por outras causas	-	1	-	-	-
	Ignorado/ Em Branco	21	33	114	127	36

I/EB	Alta	24	142	366	153	71
	Evasão/Fuga	15	5	4	6	2
	Óbito por violência	-	1	1	-	-
	Óbito por outras causas	-	-	-	-	-
	Ignorado/Em Branco	53	85	221	193	63

EA= Encaminhamento ambulatorial; IH= Internação Hospitalar; NA= Não se aplica; I=Ignorado; EB= Em branco

Dados retirados do Banco de dados DATASUS, sujeitos a revisão. Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

Na Tabela 4 as mesmas variáveis são apresentadas segundo a ocorrência de violência física. Nesta percebe-se que o maior número de vítimas que procuram ajuda é na região Sudeste e Sul. Em terceiro lugar na violência física está o Nordeste, e na psicológica/moral a região Norte.

Tabela 4: Ocorrências de violência física contra crianças e pré-adolescentes (idade de <1 ano a 14), nas regiões do Brasil - 2012.

Encaminham ento	Evolução de Caso	Regiões				
		Nor te	Nor de ste	Sude ste	Sul	Centr o- oeste
EA	Alta	400	799	2850	158 6	654
	Evasão/Fuga	79	9	30	15	10
	Óbito por violência	-	6	3	3	3
	Óbito por outras causas	-	-	1	-	-
	Ignorado/Em Branco	495	91	309	215	92
IH	Alta	84	375	455	285	228
	Evasão/Fuga	4	8	16	5	4
	Óbito por violência	1	15	23	6	4
	Óbito por outras causas	2	2	2	2	-
	Ignorado/Em Branco	38	80	166	73	42
NA	Alta	40	118	870	227	120
	Evasão/Fuga	-	1	15	3	1
	Óbito por violência	-	2	17	13	4
	Óbito por outras causas	-	2	3	-	-
	Ignorado/Em Branco	14	32	125	87	28
I/EB	Alta	33	355	1155	202	142
	Evasão/Fuga	3	6	15	5	2
	Óbito por violência	3	10	14	1	2
	Óbito por outras	-	-	3	-	1

	causas					
	Ignorado/Em Branco	71	146	407	167	90

EA= Encaminhamento ambulatorial; IH= Internação Hospitalar; NA= Não se aplica; I=Ignorado; EB= Em branco

Dados retirados do Banco de dados DATASUS, sujeitos a revisão.

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

DISCUSSÃO

A violência psicológica recebeu maior atenção nos últimos anos⁽¹²⁾. Tal fenômeno não distingue classe social, cultura, nem limites geográficos, sendo, portanto universal. Essa condição ainda está envolta por um pacto de silêncio, constituindo-se no principal empecilho para o diagnóstico e pelo reduzido número de notificações. Isto posto vem ao encontro dos dados obtidos nessa pesquisa, mostrando, que ainda há obstáculos no caminho entre a suspeita, confirmação e a notificação destes eventos.

Nesse estudo, observa-se, que a violência psicológica/moral assim como a violência física, ocorreram com maior frequência no sexo feminino. Ao encontro desses resultados, pesquisa realizada sobre a violência no interior do Estado do Amazonas mostrou que a agressão física é o tipo de violência mais relatado, e a maior parte das vítimas é constituída de adolescentes do sexo feminino, de idades entre 12 e 15 anos⁽¹³⁾.

O setor ambulatorial teve maior índice de resolutividade nos casos de violência psicológica/moral e violência física, quando comparados com outros encaminhamentos. Isso pode significar que os serviços ambulatoriais apresentam boa resolutividade nessas situações. Entretanto, o enfrentamento da violência e o que decorre dela constitui-se em um desafio para o campo da saúde, em especial para os serviços de atenção básica. Os profissionais de saúde vivenciam dificuldades para manejar ocorrências de violência em função do seu despreparo e da carência de recursos assistenciais para atender as demandas dessa população⁽¹⁰⁾.

Na mesma linha de pensamento, pesquisa evidenciou que profissionais de saúde enfrentam dificuldades na identificação e encaminhamento de situações que envolvem violência contra criança no espaço doméstico, por receio no comprometimento das relações entre profissional, família e comunidade⁽³⁾.

A multicausalidade da violência contra crianças e adolescentes gera desafio a pesquisadores e gestores, pois as altas estimativas encontradas confirmam a necessidade de abordagem familiar, transdisciplinar, intersetorial e em rede para o enfrentamento do problema⁽¹⁴⁾.

Analisando os dados da pesquisa, evidenciam-se os marcadores “ignorado/em branco”, o que pode ser devido à subnotificação das ocorrências por parte dos profissionais de saúde que fazem o relatório. Sabe-se que as notificações são instrumentos duplamente importantes no combate à violência: produzem benefícios para os casos singulares, além de serem instrumentos de controle epidemiológico da violência⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que o profissional de saúde que tomar ciência do fato, é obrigado por lei notificar casos confirmados e suspeitos de violência. Nesse sentido, o mesmo desempenha papel essencial nessa área.

A subnotificação da violência contra as crianças e adolescentes pode se agravar quando não há suporte de políticas públicas e medidas administrativas. Além disso, a violência psicológica é uma das mais difíceis de ser identificada por não produzir evidências imediatas. Da mesma forma, “o ato de notificar é um elemento crucial na ação pontual contra violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno”^(10:482).

Avaliando a Tabela 3, verifica-se que a região sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e a região sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) tiveram os maiores índices de atendimentos a crianças e adolescentes em violência psicológica/moral e violência física, com desfecho da evolução do caso em alta após encaminhamento ambulatorial. Porém, percebe-se que, nos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Para, Rondônia, Roraima e Tocantins, na categoria psicológica/moral, houve uma falha na notificação de evolução do caso, não sendo informado (ignorado/em branco).

Nota-se, também, que, na forma de violência psicológica/moral, ocorreram baixos índices de internação hospitalar, o que pode indicar a eficiência dos serviços de baixa complexidade em saúde nesses casos. Verifica-se que a subnotificação ainda é um obstáculo a ser superado pelos profissionais de saúde, pois há informações como ignorado/em branco em relação ao encaminhamento e à evolução do caso, dificultando estudos e pesquisas na área, as quais podem subsidiar a formulação de políticas públicas.

Muitos profissionais não dispõem de informações que permitam reconhecer, diagnosticar e informar a violência⁽¹⁵⁾. Também, cabe ressaltar que, mesmo que as relações de poder tenham se modificado ao longo da história, no âmbito social e do Estado, as familiares permanecem com atitudes de dominação, justificadas pela privacidade do ambiente familiar, em contradição ao que se anuncia no âmbito das políticas e dos direitos das crianças⁽⁶⁾.

Cabe salientar a importância de se identificar as vivências de violência familiar, inclusive os abusos na infância, o que aumenta a probabilidade de desenvolver vários transtornos mentais. As mulheres vítimas de violência familiar têm maior possibilidade de serem violentas com seus filhos, multiplicando e confirmando a ideia de que a violência sofrida é reproduzida aos mais vulneráveis. Ainda, pode-se perceber a existência de alterações de comportamento e psiquiátricas decorrentes de situações de violência, o que pode causar impacto duradouro no funcionamento mental e social dos indivíduos⁽¹⁶⁾.

Assim, torna-se essencial trabalhar a prevenção em todos os seus níveis, pois diante da complexidade e do impacto da violência no crescimento infanto-juvenil, tal intervenção é necessária, ou seja, primária quando se trata de ações de nível estrutural, na promoção da saúde e redução da pobreza e desigualdade, políticas relacionadas a armas de fogo, álcool e drogas; secundária, quando se focaliza grupos mais vulneráveis, estímulos à permanência na escola, resolução pacífica de conflitos; e, ainda, terciária, que envolve a atuação com vítimas de violência, prevenindo sequelas e qualificando o atendimento⁽¹⁷⁾. Medidas de proteção a crianças e adolescentes que estão em situação de vulnerabilidade se fazem necessárias e importantes para proteção dos riscos iminentes, contribuindo, assim, no desenvolvimento biopsicossocial⁽¹⁷⁾.

Em se tratando de prevenção, é necessário considerar que infância e adolescência têm complexidades específicas, portanto programas e campanhas sociais são estratégias recomendadas, atentando para essas particularidades⁽¹⁸⁾. Ressalta-se que a área da infância e adolescência tem complexidades específicas que precisam ser consideradas em propostas de políticas de saúde pública.

CONCLUSÕES

Nota-se o grande número de crianças e adolescentes submetidos à violência física e psicológica/moral no Brasil. A violência psicológica/moral sofrida por crianças e adolescentes, mesmo ainda invisível aos olhos da sociedade, obteve resultados alarmantes, o que alerta sobre muitos casos que não receberam nenhum atendimento. Ainda, destacam-se alguns subnotificados, o que mostra a ineficiência dos diversos setores no atendimento a tal evento, deixando a mercê indivíduos vulneráveis, que muitas vezes não terão apoio ou proteção e ainda serão privados de uma possível recuperação dos danos sofridos.

Os dados indicam a vulnerabilidade das meninas tanto na violência física quanto na psicológica/moral, mostrando, dessa forma, que a formulação de políticas em prevenção e recuperação devem receber atenção especial. Entretanto, por mais que tenha ocorrido maior número de casos de violência contra meninas, deve-se lembrar que os meninos estão sujeitos a todo tipo de violência, os quais estão mais expostos na faixa etária jovem e adulta, sendo possível então a prevenção de tais eventos. Políticas públicas no sentido de prevenção e recuperação devem ser constantemente implementadas e ajustadas, e incessantemente incentivadas.

Os casos de violência que profissionais do setor saúde tomarem conhecimento devem ser de imediato notificados. Os serviços de saúde de atenção primária têm compromisso ainda maior, pois os profissionais atuantes nesse nível devem conhecer sua população e os problemas que ela enfrenta, realizando acompanhamento de famílias que tenham histórico de violência e visitas domiciliares para ter conhecimento de novos casos. Devem dar atenção primordial a relatos e queixas de crianças e adolescentes e estar atentos a sinais físicos e psicológicos de violência, em consultas de puericultura e de rotina.

Ainda, as notificações de casos de violência deve fazer parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde, em todos os níveis, pois este setor é uma das portas de entrada para tais casos. Por vezes, são os profissionais os únicos a terem contato com as vítimas, deste modo, deve ser dada real importância para esta oportunidade. A busca pela qualificação e capacitação profissional para tal exercício deve ser incentivada e estar presente nos currículos acadêmicos, colocando futuros profissionais em contato com este problema, desde a graduação.

Os encaminhamentos após atendimento do setor saúde devem ser feitos ao setor de policiamento e Conselhos Tutelares, a fim de promover apuração dos fatos, punição de agressores e proteção das vítimas, da família e dos notificadores. A formulação de políticas públicas no sentido de prevenir e combater a violência contra crianças e adolescentes deve estar no rol de prioridades nas três esferas de governo. Evidencia-se que pesquisas sobre a violência devem ser aprofundadas, na intenção de ajudar na formulação de métodos de prevenção e proteção as vítimas e, ainda, no intento de promover a discussão e conseqüentemente maior entendimento sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro, 2014. [acesso em 2015 Fev 12]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf
2. Organização Mundial da Saúde(OMS). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Genebra, 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. [acesso em 2014 Set 04]. Disponível em: 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, Egly 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.
7. Santos, S. S. e Dell’Aglío, 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.
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
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.
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
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
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
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
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
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>

Recebido: 11 de março de 2015; Aceito: 24 de junho de 2015

ISSN 1695-6141

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