

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DADOS DO SISTEMA
DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Davi Manzini Macedo

Versão parcial da Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sílvia Helena Koller e coorientação da Prof.^a Dr.^a Luísa Fernanda Habigzang

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Curso de Pós Graduação em Psicologia

Porto Alegre, março de 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que contribuíram diretamente para a realização deste trabalho. À minha orientadora, Sílvia Helena Koller, e à minha coorientadora, Luísa Fernanda Habigzang, por haverem me recebido tão gentilmente em suas vidas e respectivos grupos de pesquisas e pelos momentos de carinho, cuidado, paciência e orientação. Aos colegas e amigos do grupo CEP-Rua/UFRGS e GPeVVIC/PUCRS pelo agradável convívio, companheirismo e pelos momentos de contribuição com o trabalho e com a vida profissional. Aos colegas e amigos do mestrado acadêmico em Psicologia da UFRGS, e de outros espaços, pela amizade oferecida em tempos de mudança. Aos meus pais, predominantemente e sempre, pelo amor incondicional e pela compreensão e apoio à minha decisão de buscar desenvolver autonomia pessoal e profissional em cidade outra e distante.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	2
Resumo.....	4
Abstract	5
CAPÍTULO I: APRESENTAÇÃO.....	6
CAPÍTULO II: CONCLUSÃO	13
ANEXO I.....	22

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	22
---------------	----

Resumo

A presente dissertação é composta por dois estudos. O primeiro corresponde à uma revisão sistemática da literatura científica nacional, na área de Ciências da Saúde, que trata da análise de registros de violência contra crianças e adolescentes do período entre 1990 e 2014. Os resultados apontaram que o documento mais utilizado foi a notificação de violência ao Conselho Tutelar. As características das vítimas e das situações de violência foram as mais frequentemente analisadas. Os dados observados informaram sobre a evolução das políticas de vigilância epidemiológica da violência. Foram também observados elevados índices de informações ausentes, bem como desconhecimento de variáveis psicossociais anteriores às situações de violência que interferem na testagem dos dados a partir de modelos teóricos atuais. O segundo estudo consiste em um artigo empírico que visou a caracterização das notificações de violência contra crianças no Rio Grande do Sul entre 2010 e agosto de 2014 realizadas junto ao SINAN. As vítimas foram predominantemente do sexo feminino e os agressores do sexo masculino. A negligência foi significativamente prevalente na 1ª infância, enquanto a violência psicológica, física e sexual na 3ª infância. Diferenças entre tipologia de violência e sexo de vítimas e agressores foram observadas dentro de períodos desenvolvimentais específicos. Foram discutidas como as interações dessas características operam nos níveis microssistêmico, exossistêmico e macrossistêmico.

Palavras-chave: notificação; violência; crianças; adolescentes; Brasil

Abstract

The present dissertation is composed of two studies. The first is a systematic review of the Health Sciences literature on the analysis of child maltreatment occurrences. Results showed that the document most used for analysis was the Guardian Council child maltreatment notification. Victim's characteristics and aspects of maltreatment situations were the categories most frequently analysed. The data was informative on the evolution of the policies for epidemiological surveillance of child maltreatment. High rates of absent information and lack of approach of psychosocial aspects previous to the maltreatment cases were also observed, which limits the testage of theoretical models through empirical data. The second study consists of an empirical analysis aiming to characterize notifications of child maltreatment in Rio Grande do Sul between 2010 and August of 2014. Victims were majorly females and perpetrators, males. Neglect was significantly prevalent in infancy, as psychological, physical and sexual abuse were higher amongst older children. Differences on the maltreatment type and victims and perpetrators gender were observed within specific developmental periods. Discussion is presented on the interaction between these characteristics within the microsystem, exosystem, and macrosystem.

Key-words: child maltreatment; child abuse; notification; Brazil

CAPÍTULO I: APRESENTAÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes caracteriza-se como uma problemática de Saúde Pública a nível global que requer elevados índices de investimentos nas esferas de Saúde, Educação, Assistência Social, Justiça e Segurança Pública. As consequências da violência podem apresentar-se em curto ou longo prazo, no contexto imediato de interação entre os envolvidos, com as consequências para vítimas, agressores e o sistema familiar, bem como a nível mais amplo, a partir da articulação de diferentes setores e serviços para o manejo de suas implicações. A definição de violência compreende quaisquer manifestações de maus tratos que possa resultar em danos à saúde, à sobrevivência e ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. Ocorrem em uma relações nas quais os perpetradores ocupam posições de poder, confiança ou responsabilidade para com a criança vitimizada . A divisão didática da violência em categorias permite identificar, como mais frequentes, a negligência e as violências física, psicológica e sexual (*United Nations Children's Fund* - UNICEF, 2014).

A violência física pode ser compreendida como práticas de uso intencional da força física com a finalidade de lesar, ferir ou destruir a vítima (e.g. chutes, empurrões, arremessos, queimaduras, mutilações). A violência psicológica por ser explicada como todo comportamento que provoque danos à integridade psíquica, à identidade, à autoestima e/ou ao desenvolvimento de outrem (e.g., manifestação de desrespeito, depreciação, discriminação, rejeição, cobranças em demasia, punições humilhantes). A violência sexual pode incluir práticas que visam a obrigar, por meio da força física, coerção, influência ou posição hierárquica, outra pessoa a manifestar sua sexualidade de forma que limite sua autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Exemplos dessas práticas são assédio sexual, estupro, produção e/ou exibição de material pornográfico, penetração oral e anal, *voyerismo*, jogos sexuais e linguagem erótica (UNICEF, 2014). A negligência, por fim, pode ser conceituada como omissão em relação às necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social (e.g., ausência de cuidados de higiene, privação ou administração incorreta de medicamentos, ausência de estímulos, privação de frequência à escola, abandono). É necessário considerar que não se considera negligência a ausência de condições socioeconômicas de promover tais cuidados e necessidades (*World Health Organization* – WHO, 2006; UNICEF, 2014).

Cessar a ocorrência de violência contra crianças e adolescentes é de responsabilidade da sociedade e do Poder Público. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece

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 (Art. n.5, Brasil, 1990). O ato de notificar situações de violência visa a interromper práticas violentas e significa o reconhecimento das demandas urgentes da vítima, além de convocar o Poder Público à sua responsabilidade. (Ministério da Saúde, 2002).

A notificação deve ser realizada mediante suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, por meio da comunicação ao Conselho Tutelar correspondente ao local de residência da vítima (Brasil, 1990). É possível partir de qualquer cidadão que tome conhecimento ou que testemunhe violações dos direitos de crianças e adolescentes. A notificação é, contudo, de caráter compulsório para todos os profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde (Brasil, 1975). A fim de legitimar esta obrigatoriedade, o Artigo n. 245 do ECA prevê penalidade para médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche que não notifiquem casos de que tenham conhecimento. É prevista pena de três a 20 salários mínimos, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Brasil, 1990).

A notificação também pode ser realizada junto a outras instituições, que devem atuar em conjunto com o Conselho Tutelar, como as Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e o Ministério Público (Brasil, 1990). Outra instituição é a Secretária Nacional dos Direitos Humanos, por meio do Disque 100, destinado a receber denúncias de violações de Direitos Humanos, em especial o de populações com vulnerabilidade acrescida (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014). Estas notificações visam interromper o ciclo da violência e garantir que as vítimas e demais envolvidos sejam encaminhados para os atendimentos necessários.

No âmbito da Saúde, especificamente, o contato com situações de violência no atendimento diário deve ser registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Este é um registro administrativo da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde cujo objetivo é o registro e processamento de dados sobre agravos de notificação a partir da Ficha individual de Notificação (FIN). As fichas permitem sistematizar a ocorrência de patologias por região, permitindo a elaboração de estratégias de intervenção em nível municipal, estadual e federal (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014). O registro de situações de violência foi, entre 2006 e 2008, responsabilidade do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Em 2009, as notificações de violência foram incorporadas ao SINAN, um sistema de abrangência nacional já consolidado (Ministério da

Saúde, 2009). A notificação nesses sistemas informatizados visa promover a vigilância epidemiológica da violência, embora também visem a monitoração dos encaminhamentos desses casos aos serviços disponíveis em outras esferas.

A notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes está de acordo com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Esta estabelece como uma de suas diretrizes a monitorização da ocorrência de acidentes e violências por meio de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas (Ministério da Saúde, 2001). Para além de um instrumento de coleta de informações epidemiológicas, é um instrumento de garantia de direitos e de proteção social (Ministério da Saúde, 2009). A notificação permite que a vítima seja assistida em termos de interrupção da violência e encaminhamento para atendimento adequado para redução de sintomas. Permite que a vítima passe por avaliação médica e psicológica, receba a profilaxia adequada para a prevenção de sintomas mais graves e seja encaminhada aos tratamentos médico e psicológico (Ministério da Saúde, 2002).

A notificação certifica a incorporação do atendimento às vítimas de violência às rotinas das instituições componentes da rede de proteção (Ministério da Saúde, 2002). Nesse sentido, expande a rede de apoio para além dos serviços de saúde, estabelecendo parcerias efetivas com outras instituições (Gonçalves & Ferreira, 2002). O ato de notificar permite aos profissionais de atenção integral à saúde, assistência social, educação e do sistema judiciário a adoção de medidas de intervenção junto às vítimas. Permite a divisão da responsabilidade de proteger crianças e adolescentes entre os diversos setores da sociedade (Assis et al., 2011). A notificação também viabiliza um sistema de registro com informações fidedignas e representativas da escala de violência contra crianças e adolescentes no Brasil, o que possibilitaria a construção de estratégias de prevenção e intervenção que considerem as especificidades socioculturais de cada região do país (Ministério da Saúde, 2002).

O registro das notificações permite o acesso a informações referentes ao fenômeno da violência. Analisar o perfil de vítimas, perpetradores, contextos de ocorrência e dinâmica dos episódios violentos permite o mapeamento de elementos comuns e identificação de fatores intervenientes na probabilidade de sua ocorrência. Possibilita a criação de medidas preventivas específicas, voltadas para um perfil determinado de potenciais vítimas. Auxilia, também, na maior confiabilidade de notificações de violência de difícil identificação, como a violência psicológica e a negligência.

A análise de situações de violência contra crianças e adolescentes envolve a consideração de múltiplos fatores que possam contribuir para a explicação de sua gênese,

manutenção e perpetuação. Modelos teóricos eficazes na análise dessas situações visam a considerar os diferentes níveis contextuais em que está inserida a criança, bem como a intersecção estabelecida entre esses diferentes níveis. Os modelos propõem a integração de características das crianças, dos cuidadores, do ambiente familiar, do contexto social mais amplo e das práticas socioculturais vigentes em um momento histórico específico que podem corroborar para a ocorrência da violência (Belsky, 1980; 1993; Cichetti & Valentino, 2006). A consideração do efeito cumulativo desses fatores e suas combinações é uma inovação apresentada pelo modelo de risco cumulativo, mais recente na literatura. O modelo propõe que o número dos fatores de risco associados é um preditor mais eficiente do que as variáveis consideradas de modo isolado, independente de sua gravidade. Trata-se de considerar o efeito combinado de tais fatores e não apenas a sua soma numérica simples (Lamela & Figueiredo, 2015; MacKenzie et al., 2011).

Esta dissertação enquadra-se em um projeto de parceria entre o Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPeVVIC) da PUC-RS e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde – Núcleo de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CEVS – DANT) do Ministério da Saúde (MS). Este amplo projeto prevê a caracterização da violência contra crianças, adolescentes, adultos e idosos no Rio Grande do Sul a partir de notificações realizadas pelos profissionais de saúde entre 2010 e agosto de 2014 no Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A segunda etapa deste projeto prevê a utilização destas análises para capacitação de profissionais de Saúde das coordenadorias de Saúde do estado no que tange à identificação, acolhimento, notificação e encaminhamento dos casos atendidos.

A presente dissertação é composta por dois estudos. O primeiro foi realizado com o intuito de identificar como têm sido registrados, analisados e discutidos dados de situações de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Este estudo corresponde à uma revisão sistemática da literatura científica nacional, na área de Ciências da Saúde, que trata da análise de registros de violência contra crianças e adolescentes. O período selecionado foi o compreendido entre 1990 e 2014. O primeiro objetivo desta revisão foi investigar a área científica em Saúde e o período de publicação dos artigos analisados, bem como aspectos referentes aos registros de violência utilizados em suas respectivas amostras: instituição de origem dos dados, natureza do registro utilizado, período das situações de violência registradas, variáveis selecionadas para análises e procedimentos analíticos empreendidos. O segundo objetivo visou a identificar e analisar eixos temáticos nas discussões de resultados

apresentadas pelas publicações científicas. Os resultados deste estudo foram utilizados para guiar a discussão a ser realizada no segundo artigo da presente dissertação. .

O segundo estudo consiste em um artigo empírico que visou a caracterização das notificações de violência contra crianças no Rio Grande do Sul entre 2010 e agosto de 2014 realizadas junto ao SINAN. Este estudo representa a parceria entre os grupos GPeVVIC e o Centro de Estudos Psicológicos – Rua (CEP-Rua/UFRGS). Foram realizadas análises descritivas a respeito das características das vítimas, dos agressores, das situações de violência e dos encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde responsáveis. Investigou-se diferenças entre o período desenvolvimental e o sexo das vítimas, bem como o sexo dos supostos agressores para a ocorrência das tipologias de violência física, sexual, psicológica e negligência.

REFERÊNCIAS

Assis, S. G. de, Avanci, J. Q., Pesce, R. P., Pires, T. de O., & Gomes, D. L. (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2305–2317. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>

Belsky, J. (1980). Child maltreatment – An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.

Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. Em D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology – Risk, disorder and adaptation*(pp. 129-201). Hoboken, NJ: John Wileys & Sons.

Gonçalves, H. B. & Ferreira, A. L. (2002). Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 315-319. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN*. Brasília, DF. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/23270>

Lamela, D., & Figueiredo, B. (2015). A Cumulative Risk Model of Child Physical Maltreatment Potential: Findings From a Community-Based Study. *Journal of Interpersonal Violence*. <http://doi.org/10.1177/0886260515615142>

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (1975, 31 de outubro). Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, livro 1.

MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L.-C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological–transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth*

Services Review, 33(11), 2392–2398. Retirado de <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.030>

Ministério da Saúde (2001). *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed

Ministério da Saúde (2009). *Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf

Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (2014). Ouvidoria: Disque 100. Brasília, DF. Disponível em <http://www.sdh.gov.br/disque100/ouvidoria-disque-100>

United Nations Children’s Fund. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. New York, NY: United Nations Children’s Fund. Disponível em http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf

World Health Organization. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

CAPÍTULO II: CONCLUSÃO

A revisão sistemática da literatura apresentada apontou que a temática da violência é um fenômeno multifatorial de interesse de diferentes áreas do conhecimento no âmbito da Saúde. Dentre os artigos selecionados para análise, destacaram-se as áreas de Saúde Pública, Enfermagem, Psicologia e Medicina. O número de publicações referentes à temática foi expressivamente superior no período entre 2006 e 2015, comparado com o compreendido entre 1990 e 2005. Entre as amostras utilizadas pelos autores, o maior percentual foi o de situações de violência registradas entre o ano de 2006 e 2010. Tal constatação pode sugerir o aprimoramento dos mecanismos de registro de violência no país, a partir do investimento em diferentes estratégias de vigilância do fenômeno. Considerando-se, contudo, que o Estatuto da Criança e do Adolescente data de 1990, é possível considerar que esses mecanismos tem sido implementados no Brasil de forma lenta e fragmentada (Assis et al., 2012).

O número de casos analisados nos artigos variou entre 14 e 17.900. O maior percentual de artigos baseou-se em amostras entre 100 e 1000 casos, embora tenha sido considerável o número de publicações com viés estatístico baseadas em amostras inferiores a 100 situações de violência. Apenas três artigos utilizaram amostras superiores a 10.000 casos. Tal aspecto reflete a limitação de se utilizar procedimentos estatísticos confiáveis para o tratamento desses dados, sobretudo quando de reduzido número amostral. Sistemas de informação informatizados, como o SINAN, têm possibilitado a reunião de números amostrais elevados que permitem a utilização de análises inferenciais com grau de significância estatística. Os dados foram provenientes, sobretudo, das regiões Sul, Nordeste e Sudeste do Brasil, o que pode sugerir diferenças nos investimentos em implementação de políticas públicas de vigilância epidemiológica efetivas para a monitoração da violência. Tal realidade dificulta a comparação entre frequência de ocorrência entre regiões, estados da federação, municípios e distrito (Rates et al., 2015).

O dispositivo de notificação destacou-se como a principal unidade de registro fornecedor de informações a respeito das situações de violência no Brasil. Foi constatado que são provenientes, sobretudo, do Conselho Tutelar, órgão de referência para casos de violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil. Isso evidencia que, apesar das dificuldades e limitações apresentadas para o funcionamento desse órgão (Deslandes et al., 2011), o Conselho Tutelar tem sido capaz, minimamente, de fornecer dados pertinentes às situações de violência contra crianças e adolescentes. Embora tenham sido originadas, sobretudo, de

Conselhos Tutelares, também foram encontradas iniciativas de notificação próprias de programas de atendimentos em nível municipal e estadual. Estas iniciativas podem ser consideradas comprometimento de gestores locais com o registro e a análise de informações, estratégias locais para suprir a ausência de sistemas unificados. A notificação, contudo, também enquadra-se no âmbito da Saúde, via SINAN, e demonstra ser uma estratégia de vigilância epidemiológica efetiva, além de uma medida para garantir a realização dos encaminhamentos adequados aos outros serviços da rede de atendimento.

As variáveis com maior intenção de análise foram as referentes às características das vítimas (e.g. sexo, faixa etária, cor da pele, escolaridade) e das situações de violência em si (e.g., local de ocorrência, tipologia de violência, meios de agressão, reincidência). As variáveis referentes às características dos agressores (e.g. sexo, faixa etária, vínculo com a vítima), às características do atendimento (e.g. encaminhamentos realizados, dados de acompanhamento, profilaxias) e às consequências da violência (e.g. presença de lesões, natureza da lesão, segmento corporal atingido, presença de sequelas) foram as unidades de análise com o maior número de ausência de informações reportadas pelos autores do artigos selecionados. A análise das tipologias violência física, psicológica, sexual e negligência, em conjunto ou separadamente, pode indicar a compreensão do Ministério da Saúde, e de organizações internacionais, destas como as principais formas de manifestação da violência doméstica (Ministério da Saúde, 2002; UNICEF, 2014).

A discussão de resultados apresentada pelos autores ressoa os diferentes níveis contextuais envolvidos na compreensão do fenômeno da violência. A unidade temática identificada com maior frequência foi Aspectos socioculturais, políticos e econômicos, que compreendeu discursos referentes ao papel de fatores como desemprego, baixa condições de acessos a bens de consumo, serviços, informação e direitos básicos de cidadania como fatores que contribuem para a consolidação de situação de violência em âmbito intrafamiliar. Foi destacável também a influência do gênero da vítima, dos agressores e dos comportamentos socialmente valorizados para cada gênero (e.g., maior liberdade para os meninos e maior vigilância sobre as meninas, armas como simbologia da poder masculino). Outros eixos recorrentes foram “Atuação da rede de proteção”, que compreendeu discussões pautadas na avaliação do exercício dos profissionais envolvidos na identificação e manejo dos casos, e “Padrões de ocorrência da violência”, que incluiu extratos baseados em padrões comuns às situações de violência contra crianças e adolescentes (e.g. preponderância do ambiente familiar como local de ocorrência, existência de vínculo de confiança entre vítima e agressor).

Este aspecto é um forte indício da aplicabilidade do modelo bioecológico e evidencia a interseção entre os dois estudos dessa dissertação. Todos os eixos temáticos identificados na revisão sistemática articulam-se com os níveis contextuais apresentados por Belsky (1980) com base na Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1994). As categorias Aspectos desenvolvimentais, Perfil do agressor e Consequências da violência inscrevem-se no microsistema, enquanto o nível mesossistêmico pode ser observado como central nas categorias Atuação da rede de proteção, Avaliação de políticas de vigilância epidemiológica e Qualidade das informações registradas. A categoria Aspectos socioculturais, políticos e econômicos representa a consideração dos aspectos macrossistêmicos envolvidos na gênese e perpetuação da prática da violência. Considera-se esta divisão apenas didática, considerando que a Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano prevê a interseção entre esses níveis. As categorias Padrões de ocorrência e Fatores de risco e proteção enquadram-se nessa proposta de integração, visto que pressupõem exatamente a interação de variáveis pertencentes aos diferentes níveis contextuais.

O segundo estudo componente dessa dissertação centrou-se na análise de 11.815 notificações de violência contra crianças realizadas no Rio Grande do Sul, junto ao SINAN, entre o ano de 2010 e 2014. As análises descritivas evidenciaram que o maior contingente número de vítimas pertencia à 3ª infância (6 a 12 anos), à raça branca e ao sexo feminino. Considerando-se o período desenvolvimental, contudo, houve equilíbrio entre os sexos na 1ª (0- 3 anos) e 2ª (3-6 anos) infâncias e uma ligeira diferença entre meninos e meninas na 3ª infância. Não foi frequente a presença de deficiência entre as vítimas.

A residência foi o local de ocorrência com maior incidência para os três grupos. As figuras parentais foram as responsáveis pela violência nos três períodos desenvolvimentais. A constatação de episódios de violência anteriores ao notificado (reocorrência) foram expressivos e crescentes entre os períodos desenvolvimentais analisados. Esses dados caracterizam a violência analisada como, sobretudo, intrafamiliar. As situações de violência envolveram, na maioria dos casos, um único agressor. A prevalência de agressores do sexo masculino aumentou conforme o aumento da idade das vítimas e o inverso ocorreu com os agressores do sexo feminino. A utilização prévia de álcool pelo (a) agressor (a) não foi prevalente, contudo, aumentou conforme aumentou a idade das vítimas.

As análises estatísticas inferenciais evidenciaram relação entre o período desenvolvimental e sexo das vítimas, o sexo dos agressores e a tipologia de

violência perpetrada. A negligência foi prevalente na primeira infância, cometida sobretudo contra vítimas do sexo masculino por agressores do sexo feminino. A violência física, por sua vez, foi prevalente na terceira infância, com o maior número de vítimas pertencente ao sexo masculino e de agressores, ao mesmo sexo. A violência psicológica e a violência sexual apresentaram o mesmo padrão de ocorrência: prevalentes na 3ª infância, cometidas por agressores do sexo masculino contra vítimas do sexo feminino.

Os dados foram discutidos a partir dos diferentes níveis contextuais e suas intersecções. A adequação da amostra ao modelo ecológico proposto por Belsky (1980; 1993), a partir da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1979, 1994) resultou na divisão de variáveis que atuam nos seguintes níveis contextuais: microsistema (período desenvolvimental das vítimas, sexo das vítimas e sexo dos agressores), exossistema (atendimento prestado em saúde, encaminhamentos realizados e preenchimento da FIN SINAN 2008) e macrosistema (concepções culturais relacionadas à prática de violência). Os aspectos macrosistêmicos foram abordados integrados aos outros dois níveis ecológicos, considerando a previsão de intersecção entre os sistemas (Bronfenbrenner, 1979, 1994).

Entre as variáveis que puderam no microsistema estão o período desenvolvimental da vítima e a tipologia de violência. A prevalência da negligência na 1ª infância pode dizer respeito à maior fragilidade física das vítimas e maior dependência em relação aos cuidados parentais (Boudreaux & Lord, 2005), além da ausência de conhecimentos, por parte dos pais, acerca das necessidades fisiológicas e emocionais de sua prole (Weber et al., 2002). Esta ausência de conhecimentos pode comprometer a identificação de situações de violação de direitos (Delfino et al., 2005). As violências física e psicológica, por sua vez, estiveram associadas à terceira infância, o que pode ser reflexo da maior circulação da criança por outros espaços da família e da comunidade, conforme se desenvolve. Este contato com outros ambientes pode favorecer a manifestação de condutas consideradas inadequadas pelos pais (Boudreaux & Lord, 2005). A compreensão social da violência enquanto educativa e tolerada como prática de exercício parental (Assis et al., 2012), a nível macrosistêmico, pode fomentar a emissão de violência física e/ou psicológica como estratégia de coibir comportamentos indesejados emitidos pela criança).

A violência sexual também é prevalente na 3ª infância, em função de múltiplos fatores, como o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (Alves, Silva, & Silva, 2012) e o aumento da compreensão da criança sobre a verdadeira natureza dessas práticas Baía et al., 2014). A maior circulação da criança por outros espaços da comunidade, o seu

maior contato com outros adultos e figuras de autoridade (Boudreaux & Lord, 2005) e o aumento de frequência e da ocorrência de práticas sexuais mais invasivas durante a violência sexual (Furniss, 1991) também são fatores que podem contribuir para que a criança busque ajuda e comunique a ocorrência de tal forma de violência.

Ainda no nível microssistêmico, a tipologia da violência esteve associada ao sexo das vítimas e agressores. A violência psicológica e a violência sexual estiveram associadas às vítimas do sexo feminino e aos agressores do sexo masculino nos três períodos desenvolvimentais considerados. Este aspecto precisa ser discutido a partir de pressupostos macrossistêmicos relacionados à diferenças entre valores e papéis sociais atribuídos culturalmente à cada sexo. Trata-se de um padrão de dominação e submissão que confere à violência um aspecto de gênero (García, 2014). Dessa forma, a violência sexual pode ser considerada uma negação dos direitos sexuais e reprodutivos do sexo feminino e, assim como a violência psicológica, uma tentativa de depreciação, humilhação e dominação masculinas, fomentada por aspectos socioculturais. A noção de superioridade masculina e a concepção de mulheres como subservientes ao homem contribui em grande escala para ocorrência de violência contra meninas e mulheres (Carter, 2015).

A violência física esteve associada a vítimas do sexo masculino na 2ª e 3ª infâncias. Meninos, em seu processo de socialização, são incentivados a assumir posturas masculinas de dominação, expressão de raiva e supressão de emoções de medo e desamparo (García, 2014), o que pode corroborar para emissão de comportamentos de desafio e oposição. A associação entre violência física e agressores do sexo masculino na 2ª e 3ª infâncias pode dizer respeito ao mesmo padrão social de que homens sejam dominantes, violentos e não demonstrem empatia (García, 2014). A partir daí, comportamentos considerados inadequados e de desafio apresentado por meninos pode ser respondida, inadequadamente, pelos pais a partir de violência física como prática punitiva/"educativa", sobretudo pela figura parental masculina.

Não foram encontradas diferenças significativas entre sexo da vítima e sexo do agressor em relação à violência física na 1ª infância. Compreende-se que a prática da violência física neste período pode ocorrer pela ausência de conhecimento sobre os comportamentos inerentes a esta etapa e estratégias parentais inadequadas de manejar expressões de necessidades das crianças (Dixon et al., 2005), o que pode ocorrer para ambos os cuidadores, independente de seu sexo. A negligência, por sua vez, esteve majoritariamente associada a vítimas do sexo masculino em todos os períodos desenvolvimentais. A compreensão social de que a independência seja fomentada precocemente em meninos (García, 2014) pode contribuir para que a incidência de negligência seja maior para o sexo

masculino. A prevalência de agressores do sexo feminino em relação à negligência pode dizer respeito à expectativa social de que o zelo pelas necessidades da criança é essencialmente de responsabilidade feminina (Apostólico et al., 2012).

A atuação dos profissionais de saúde perante as situações de violência que originaram as notificações foram enquadradas no nível exossistêmico. A insituição com o maior número de encaminhamentos realizados pelos profissionais foi o Conselho Tutelar (C.T.), órgão central para acolhimento de crianças vítimas de violência. Em função de sua centralidade, contudo, esperar-se-ia que estivesse presente em todos os encaminhamentos. Não foi possível compreender se os casos não encaminhados ao C.T. representam casos que foram enviados diretamente desta instituição, dispensando tal endereçamento. Desta forma, torna-se evidente a ausência de um fluxo de encaminhamento padronizado, o que permitira a real avaliação do atendimento prestado. Os índices de profilaxia para os casos de violência sexual reportados na notificação são considerados extremamente baixos. A dinâmica desta forma de maus tratos evidencia que os procedimentos em saúde não podem ser baseados no relato da vítima, visto que esta exige a percepção pela criança de um vínculo seguro para relatar detalhes da violência (Habigzang et al., 2008). Ressalta-se que Os profissionais de saúde devem estar atentos a este aspecto da violência sexual e garantir o atendimento profilático adequado a todas as vítimas

Assim como nas publicações da área da Saúde analisadas, observou-se nos dados provenientes do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul, apontamentos similares em relação à qualidade dos dados. Apesar da implementação do SINAN ser considerado um avanço em termos de controle epidemiológico da violência, observou-se elevada ausência de informações entre os dados. Esta mesma limitação foi observada pelos autores das publicações presentes na revisão sistemática apresentada, independente das unidades de registros analisadas e das instituições consultadas (e.g., Conselhos Tutelares, serviços de atendimento especializado, CREAS)e do período temporal considerado. Discutiu-se que a principal medida remediativa para esta constatação é a capacitação dos profissionais componentes da rede, a fim de que compreendam a importância política e estratégica do preenchimento fidedigno dos dados.

No que tange especificamente ao SINAN, o aperfeiçoamento do instrumento de coleta de informações, a FIN-SINAN, foi assinalada. Modificações foram realizadas para a versão 2015 da ficha, o que demonstra o comprometimento do setor Saúde com o aprimoramento da coleta de informações. Aponta-se que a coleta de informações referentes a variáveis

psicossociais (.e.g., escolaridade dos pais, nível de estresse parental, características de personalidade da criança) permitiriam a utilização de modelos ecológicos mais atuais na compreensão da etiologia da violência na infância e adolescência. A coleta de variáveis tão complexas, contudo, exige a organização de um fluxo de atendimento padronizado e composto por profissionais dos diversos segmentos da rede para o atendimento de tais casos. Entende-se que este panorama, contudo, é distante e que poderá ser um cenário viável a partir de modificações e conquistas provenientes das políticas públicas de um Estado comprometido com a redução da violência e minimização de suas consequências.

A análise e discussão dos casos de violência contra crianças notificados por profissionais de saúde do Rio Grande do Sul no período destacado (2010-2014), bem como os resultados proveniente da revisão sistemática da literatura apresentada evidenciaram a complexidade da dinâmica da violência na infância. Observou-se entre os artigos e notificações analisados a preponderância da violência intrafamiliar, urbana, centrada na residência da vítima, cometida, sobretudo pelas figuras parentais e com índices consideráveis de recorrência.

Os achados do presente estudo contribuem para que profissionais da rede de proteção, sobretudo os da Saúde, no caso do segundo estudo, atenham-se à possibilidade do diagnóstico de situações de violência na infância a partir de especificidades dos casos atendidos. Acesso a informações de prevalência obtidas em nível local, esclarecimentos conceituais sobre as distintas tipologias de violência e sobre sua associação a características específicas de vítimas e suspeitos de agressão podem contribuir para acurada identificação destas situações e para a realização dos encaminhamentos adequados. A análise dos dados sobre os serviços disponibilizados às vítimas, por sua vez, permite a avaliação das estratégias de gestão e execução dos serviços de Saúde Pública voltados ao atendimento dos casos de violência no Rio Grande do Sul. Ressalta-se que os resultados do estudo baseados em dados do SINAN serão, posteriormente, compartilhados com profissionais de saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde do estado a fim de que este conhecimento seja aplicado à sua rotina profissional.

REFERÊNCIAS

- Alves, M. F. A., Silva, B. O. da, & Silva, E. G. (2012). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil social e médico-assistencial no centro de referência de Belém. *Revista Paraense de Medicina*, 26(2), 01-08.
- Apostólico, M.R., Nóbrega, C. R., Guedes, R. N., Fonseca, R. M. G. S. da, & Egry, E. Y. (2012). Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 266-273.
- Assis, S. G. de, Avanci, J. Q., Pesce, R. P., Pires, T. de O., & Gomes, D. L. (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2305–2317. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment – An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Boudreaux, M. C., & Lord, W. D (2005). Combating child homicide: Preventive policing for the new millennium. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 380–387. <http://doi.org/10.1177/0886260504269569>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43
- Carter, J. (2015). Patriarchy and violence against women and girls. *The Lancet*, 385, 40-41. doi:10.1016/S0140-6736(14)62217-0
- Delfino. V., Biasoli-Alves, Z. M. M., Sagim. M. B., & Venturini, F. P. (2005). A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 38-46.
- Deslandes, S., Mendes, C. H. F., Lima, J. de S., & Campos, D. de S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1633-1645. doi:[10.1590/S0102-311X2011000800018](http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800018)

Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, sexual no contexto judiciário. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 234–249. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100017>

Furniss, T. (1991). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse: Integrated management, therapy and legal intervention*. London: Routledge.

García, A. M. (2014). Prevention of gender-based violence in the classroom: some observations. *Social and Behavioral Sciences*, 161, 275-280.

Habigzang, L. F., Koller, S. H., Stroehel, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., & Ramos, M. S. da (2008). Entrevista com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 285-292.

Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf

Rates, S. M. M., Melo, E. M. de, Mascarenhas, M. D. M., Malta, D. C. (2015). Violence against children: An analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 655-665. doi:[10.1590/1413-81232015203.15242014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014)

United Nations Children’s Fund. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. New York, NY: United Nations Children’s Fund. Disponível em http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf

Weber, L. N. D., Viezzer, A. P., Brandenburg, O. J., & Zocche, C. R. E. (2002). Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF*, 7(2), 163-173.

ANEXO I

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das situações de violência e capacitação de profissionais da saúde no estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador: Luisa Fernanda Habigzang

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38663714.4.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 930.888

Data da Relatoria: 22/01/2015

Apresentação do Projeto:

Idem ao parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Idem ao parecer anterior

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br