



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O PAPEL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES/VIVA *NOTIFICATION OF PHYSICAL AND SEXUAL VIOLENCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE ROLE OF THE VIOLENCE AND ACCIDENT/VIVA SURVEILLANCE SYSTEM*

CAMILA DOS SANTOS SOUZA ANDRADE¹, MARIA CONCEIÇÃO OLIVEIRA COSTA², MONA LISA CORDEIRO ASSETA DA SILVA³, CHRISTIANNE SHEILLA LEAL ALMEIDA BARRETO⁴

1 - Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

2 - Professora Titular Pleno, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

3 - Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Feira de Santana, Bahia, Brasil

4 - Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

A violência representa um desafio para a saúde pública mundial, considerando as nefastas consequências psicossociais e comportamentais. Objetivo: analisar crianças e adolescentes vítimas de violência física (VF) e sexual (VS), atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Metodologia: Estudo série de casos, utilizando registros do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Salvador (BA), no período 2009 a 2015. Resultados: Foram notificados 5.610 casos, 84,3% (4727) VF e 15,7% (883) VS. Para VF, 64,3% das vítimas masculinas e 83,1% femininas, 55,2% - infância e 44,8% - adolescência; predominou entre pardos e pretos (VF 92,6%) e (VS 89,8%). Agressor masculino foi maioria, pessoas conhecidas (29,1% VF e 44,1% VS) e familiares (26,7% VF e 27,2% VS); força corporal foi mais utilizada; corte/perfuração/laceração foram mais frequentes, em crânio, face e pescoço; 3,5% das crianças e 3,8% dos adolescentes atendidos evoluíram para óbito. Conclusões: Os achados apontaram alta proporção de atendimentos de crianças e adolescentes por violência física e sexual, na Rede de Saúde do SUS, sugerindo que o VIVA representa importante ferramenta de serviço e controle social, cujos indicadores podem contribuir com medidas de atenção para esses agravos.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Violência; Sistema Único de Saúde (SUS); Sistema de Informação de Acidentes e Violência (VIVA).

ABSTRACT

Violence presents a challenge to global public health, considering the harmful psychosocial, cognitive and behavioral consequences. Objective: to analyze children and adolescents, victims of physical (FV) and sexual violence (SV), assisted in Services of the Unified Health System (SUS). Methodology: A case series study, using records from the Violence and Accident Surveillance System (VIVA), Salvador (BA), from 2009 to 2015. Results: 5.610 cases have been notified, 84.3% (4727) of FV and 15.7% (883) of SV. For VF, 64.3% of the victims were male, while 83.1% were female, 55.2% - childhood and 44.8% - adolescence; Victimization among brown and blacks predominated (FV 92.6% and SV 89.8%). Male aggressor was the majority, known people (29.1% FV and 44.1% SV) and relatives (26.7% FV and 27.2% SV); Physical force was mostly used for aggression; cut/perforation/laceration were more frequent, in skull, face and neck; the fatal evolution was 3.5% in children and 3.8% in adolescents. Conclusions: The findings pointed out a high proportion of children and adolescents' attendance due to physical and sexual violence in SUS, suggesting that VIVA represents an important service and social control tool, whose indicators may contribute to attention measures for these diseases.

Keywords: Child; Teenager; Violence and Accidents Information System (VIVA); Unified Health System (SUS).

INTRODUÇÃO

Os eventos violentos que envolvem crianças e adolescentes, com suas múltiplas manifestações, costumam estar relacionados às consequências psicossociais, cognitivas e comportamentais, cuja gravidade está na dependência da

frequência, duração, intensidade, período do agravo e vínculo com agressor, cujas repercussões podem manifestar-se a curto, médio e longo prazo¹.

Quanto à violência física perpetrada em crianças e adolescentes, cabe ressaltar aspectos culturais e questões relativas a poder e gênero propiciando esse tipo de violência,



em geral relacionada a castigos corporais e resolução de conflitos. A violência física, assim como a coerção psicológica são toleradas socialmente, sobre a prerrogativa de um processo educativo².

Na Austrália, estudos sobre violência física na população infanto-juvenil apontam esses eventos sendo utilizados como estratégia disciplinar³. Em Portugal, pesquisa com amostragem de 1.656 casos de abuso físico mostrou que os cuidadores perpetravam a violência nas formas de punição corporal e exposição à violência⁴. Ainda nessa perspectiva, na África do Sul, pesquisa realizada com entrevistas de crianças indicaram que o castigo corporal é uma experiência cotidiana, que tem consequências emocionais e comportamentais negativas, e que pode ser reproduzido, na forma como as crianças resolvem conflitos interpessoais⁵.

Por outro lado, os conflitos de gênero e de poder da relação entre vítima e agressor também podem ser expressos na forma de vitimização sexual de crianças e adolescentes. Neste caso, destaca-se o autoritarismo do agressor, moldado pelas condições de vida das famílias, suas relações afetivas pautadas em aspectos culturais e da representação social entre masculino e feminino. Crianças e adolescentes encontram-se em fase de desenvolvimento e cuja imaturidade não permite compreender a teia criada pelo agressor o qual impõe autoridade, para concretizar a sedução e a prática sexual⁵.

No que concerne ao controle social para as questões de violação de direitos, especificamente, violência perpetrada em crianças e adolescentes, vale destacar o papel das Instâncias Internacionais envolvidas com Direitos Humanos (UNICEF, OIT, outras), junto ao poder público, na implementação de medidas de proteção e atendimento e encaminhamento dos casos.

Em 2016, instâncias mundiais que fomentam ações direcionadas aos direitos humanos lançaram uma “Parceria Global”, na tentativa de detectar e intervir no controle dos eventos violentos que envolvem crianças e adolescentes. Esta parceria Global, através do plano de Desenvolvimento Sustentável de 2030, criou a meta de erradicar a violência contra crianças, principalmente a violência sexual, onde segundo relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2014), cerca de 120 milhões de meninas e 73 milhões de meninos foram vítimas.

Na esperança de garantir que a violência constituiria um fenômeno a ser considerado na agenda da saúde de crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O Sistema VIVA foi estruturado em dois componentes: o primeiro relacionado à vigilância contínua da violência doméstica, sexual e outras interpessoais e autoprovocadas (VIVA Continuo); o segundo chamado de (VIVA Sentinela) que é a vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares⁶. Em 2009, o Sistema Viva Continuo foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAM-NET), adequando-se as suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados⁶.

O Sistema VIVA foi um avanço, no sentido de conhecimento da magnitude do problema e fonte de comunicação às autoridades competentes sobre a necessidade de intervenção e assistência as famílias e vítimas. Ressalta-se que anterior à implantação desse Sistema de Informação, as notificações não fatais eram captadas pelos registros hospitalares e de mortalidade – Sistemas Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Internamentos Hospitalares (SAIH). Nessa perspectiva as informações registradas por esse sistema de notificação permitem ao Sistema Único de Saúde (SUS), através da contribuição do Sistema de Atenção Básica em Saúde, junto ao SIM e SAIH avaliar a magnitude da violência em nível regional, local e nacional contribuindo com o planejamento e investimento em núcleos de vigilância e assistência, subsidiando ajustes na rede proteção, que visa garantir direitos fundamentais, especialmente nos grupos populacionais mais vulneráveis, como crianças e jovens.

A notificação, portanto, constitui uma importante ferramenta de informação, servindo de subsídio ao sistema de vigilância epidemiológica para agravos externos. Os dados gerados viabilizam um sistema de registro com informações desses eventos, os quais permitem planejar e implementar estratégias de proteção e prevenção, além de avaliar a eficácia e eficiência das rotinas institucionais, no atendimento das vítimas de maus-tratos⁷. Em nível nacional, estudo multicêntrico realizado com dados do Sistema VIVA de 2010, com objetivo de avaliar a distribuição das notificações de violência doméstica, sexual e outras, perpetradas em menores de 10 anos, observou que, no Estado da Bahia as taxas de notificação foram baixas e poucos municípios baianos (apenas 11%) têm o Sistema VIVA implantado nos Serviços de Saúde⁸.

Ao compreender a violência como tema de grande relevância na saúde coletiva e seus aspectos como um dos principais problemas a serem enfrentados na sociedade contemporânea, acredita-se que pesquisas com enfoque epidemiológico, que priorizem o levantamento de indicadores, através dos Sistemas de Informação, possam contribuir para subsidiar políticas de prevenção e intervenção que visem redução de agravos, especialmente em grupos de alta vulnerabilidade social, atuando na linha do cuidado integral, revendo limites da ação profissional individual e institucional e propondo novas indagações nesse processo.

O objetivo dessa pesquisa foi analisar os casos de violência física e sexual notificados na Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, segundo dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes de Salvador, Bahia, no período de 2009 a 2015.

METÓDO

Estudo de série de casos, utilizando dados secundários coletados do Sistema VIVA, referente aos registros de crianças (0-11 anos) e adolescentes (12-18 anos), vítimas de violência física e sexual, atendidos nas Instâncias do Sistema Único de Saúde (Unidades Básicas, Programa de Saúde da Família,

Policlínicas e Hospitais) de Salvador, desde a implantação, no período 2009 a 2015. A coleta foi realizada no Serviço de Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde (Núcleo de Violências e Acidentes).

Os dados foram classificados, processados e analisados, de acordo com a ficha de notificação e as variáveis foram organizadas segundo “Dados das vítimas” (sexo, faixa etária, escolaridade); “Dados do agressor” (números de envolvidos; sexo; uso de álcool e vínculo com a vítima); “Característica da violência” (tipologia, meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo comprometida, local de ocorrência, recorrência e consequências); “Evolução e encaminhamentos para setor saúde e outros setores”; “Dados da violência sexual” (penetração sexual; procedimentos realizados).

O processamento dos dados foi realizado no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 9.0. Na primeira etapa foram calculadas as frequências simples e absoluta das variáveis, posteriormente foram realizadas análises bivariadas entre características da violência, encaminhamento e evolução dos casos; e ainda entre características da vítima e agressor por tipo de violência física e sexual. Para as análises bivariadas foi utilizado o cálculo do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com p valor $\leq 0,05$, e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (CAAE 0111.0.059.000-11) em atendimento aos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

De 2009 a 2015, em Salvador, foram notificados ao Sistema de Vigilância VIVA 5610 casos de violência, dos quais 84,3% (4727) foram de violência física e 15,7% (883) de violência sexual. Foi observado um aumento do número notificações por ano, sendo os anos de 2014 e 2015 o que apresentaram maior frequência (Tabela 1).

Tabela 1. Tipos de violência sofrida por crianças e adolescentes segundo ano de notificação no Sistema de Notificação de Violência e Acidentes (VIVA), Salvador, 2009 – 2015

Ano da Notificação	Tipo de Violência			
	Física		Sexual	
	n	%	n	%
2009	543	11,5	14	1,6
2010	629	13,3	13	1,5
2011	569	12,0	34	3,9
2012	646	13,7	86	9,7
2013	674	14,3	187	21,2
2014	866	18,3	284	32,2
2015	800	16,9	265	30,0
Total	4727	100,0	883	100,0

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Salvador, Bahia.

Para a violência física (VF), a maior parte das vítimas era do sexo masculino (64,3%); na faixa adolescente 12-18 anos (82,3%); de cor parda e preta (92,6%). Por outro lado, a maioria das vítimas de violência sexual (VS) foi do sexo feminino (83,1%); com altas proporções de vitimização na infância (55,2%) e adolescência (44,8%); de cor parda e preta (89,8%). A maioria dos agressores da violência física e sexual era do sexo masculino (78,4% e 96,2%, respectivamente); apenas um envolvido (70,8% e 86,5%, respectivamente); altas proporções de agressores conhecidos, sendo 29,1%, para VF e 44,1%, para VS; assim como familiares, com 26,7%, para VF e 27,2%, para VS (Tabela 2).

A análise da relação entre características da agressão, encaminhamentos e evolução dos casos de violência física é apresentada na Tabela 3. A força corporal foi o meio de agressão mais utilizada; as lesões de corte/perfuração/laceração foram as mais frequentes e as regiões de crânio, face e pescoço foram as mais atingidas, em ambos os grupos-etários. Nas crianças, a maioria das agressões ocorreu no domicílio, enquanto entre adolescentes em vias públicas; em ambos os grupos, a agressão ocorreu pela primeira vez. A maior parte dos encaminhamentos foi para setor saúde e 83,8% receberam alta após atendimento; ressaltando que 3,5% das crianças e 3,8% dos adolescentes evoluíram para óbito.

A Tabela 4 mostra que, na violência sexual, a força física foi utilizada como meio de agressão a força física, assim como outros meios; 71,4% das lesões foram lacerações, corte e perfurações, as partes do corpo mais atingidas foram órgãos genitais e o local de preferência para o ato violento foi a residência.

DISCUSSÃO

A violência infanto-juvenil tem ocupado destaque nas agendas de organizações internacionais e políticas nacionais, compondo um trágico painel a ser enfrentado pela sociedade. A promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a implantação dos Conselhos Tutelares, a organização dos sistemas locais de saúde e a criação dos serviços de prevenção de violência têm contribuído para o aumento da notificação e registro da violência infanto-juvenil, assim como estimulado o controle social, com vistas à interrupção do ciclo estabelecido pela “lei do silêncio”.

Cabe considerar que a população infanto-juvenil, assim como as mulheres, era considerada seres inferiores. O respeito e preocupação com a educação moral e pedagógica, na infância e adolescência, o processo de adaptação e convivência desses no meio social surgiram já na modernidade, o que nos leva a crer na existência de todo um processo histórico, para a sociedade conhecer a importância desse período do desenvolvimento¹⁰. Segundo esse estudioso, essa preocupação e respeito pela infância e adolescência diverge entre as classes sociais. Nas camadas pobres, prevalece à desvalorização desse grupo e negação de direitos, a exemplo, a exploração do trabalho infantil, fortemente demarcado com a expansão do capitalismo, no período da Revolução Industrial.

Tabela 2. Tipos de violência sofrida por crianças e adolescentes segundo característica de vítimas e agressores notificadas no Sistema de Notificação de Violência e Acidentes (VIVA), Salvador, Bahia, 2009 – 2015

Características	Tipos de Violência									
	Física					Sexual				
	N	%	n	%	p-valor	N	%	n	%	p-valor
Vítima										
Sexo										
Masculino	3201	59,8	3037	64,3	0,000	2898	57,4	148	16,8	0,000
Feminino	2156	40,2	1689	35,7		2155	42,6	734	83,1	
Faixa-etária										
0 – 11	1248	23,3	837	17,7	0,000	1257	24,9	487	55,2	0,000
12 – 18	4111	76,7	3890	82,3		3798	75,1	396	44,8	
Raça/cor										
Preto	500	34,7	388	39,2	0,000	506	34,6	188	25,7	0,000
Pardo	819	56,8	529	53,4		834	57,0	469	64,1	
Outros	122	8,5	74	7,5		213	8,4	75	10,3	
Agressor										
Sexo										
Masculino	1496	78,5	1054	78,4	0,000	1601	81,6	764	96,2	0,000
Feminino	345	18,1	261	19,4		300	15,3	24	3,0	
Ambos	64	3,4	29	2,2		61	3,1	6	0,8	
Número de envolvidos										
1	1400	74,0	949	70,8	0,000	1467	76,1	668	86,5	0,000
≥ 2	491	26,0	392	29,2		461	23,9	104	13,5	
Uso de álcool										
Sim	271	27,6	186	29,8	0,038	263	25,7	102	18,8	0,000
Não	712	72,4	438	70,2		762	74,3	440	81,2	
Vínculo com a vítima*										
Pais	366	24,5	189	18,1	0,000	360	24,5	119	24,9	0,000
Outros familiares	104	7,0	90	8,6		98	6,7	11	2,3	
Conhecido	484	32,4	304	29,1		477	32,5	211	44,1	
Desconhecido	419	28,0	356	34,1		415	28,3	137	28,7	
Outros	121	8,1	106	10,1		117	8,0	-	-	

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Salvador – BA.

Na presente pesquisa observou-se o aumento no número de notificações, de ambas as violências (física e sexual), durante o período estudado, o que corrobora com outras pesquisas de resultados semelhantes. Cezar et al.¹¹ investigando a notificação da violência em crianças e adolescentes, anualmente, observaram também o crescente aumento da notificação dos casos. Esses achados parecem indicar que, com os passar do tempo e aumento de políticas públicas voltadas para a prevenção e notificação da violência, esse fenômeno ganhou maior visibilidade, influenciando com que a população exerça o controle social, notificação e denúncia dos casos suspeitos ou confirmados, para garantia dos seus direitos.

Nessa pesquisa a violência física foi a mais frequente, sendo adolescentes do sexo masculino, a maioria dos vitimados. Diversos estudos, como os de Garbin et al.¹², Costa et al.¹ e Brito et al.¹³ observaram a violência física como o tipo mais notificado,

ratificando os achados do presente estudo, conforme consenso na literatura. A violência física, em sua maioria, deixa marcas evidentes sobre o corpo o que aumenta, significativamente, a chance de serem reconhecidas e diagnosticadas, como lesões decorrentes de violência, facilitando sua notificação, quando comparada a outros tipos de violência¹.

No que concerne ao sexo do vitimado, a literatura não apresenta consenso existindo uma variação de proporções, como aponta a pesquisa de Brito et al.¹³ realizada na cidade de Rio Preto – São Paulo, que verificou na violência física um certo equilíbrio na distribuição das notificações entre os sexos, com leve tendência de o sexo feminino apresentar maior frequência. Estudo de Guimarães e Villela¹⁴ realizado em Maceió – Alagoas que observou maior proporção de vitimados também no sexo feminino, achados esses que vão em desacordo com o estudo.

Tabela 3. Casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes segundo características da agressão, encaminhamentos e evolução dos casos, Salvador, Bahia, 2009 – 2015

Características	0-11		12-18		p-valor
	n	%	n	%	
Meio de agressão (n = 4813)					
Força corporal	378	17,2	1825	82,8	0,000
Arma de fogo	101	8,3	1115	91,7	
Ameaça verbal	39	32,8	80	67,2	
Contundente/perfurante/cortante	238	20,7	910	79,3	
Outros	42	33,1	85	66,9	
Tipo de lesão (n = 3620)					
Corte/perfuração/laceração	271	13,2	1782	86,8	0,000
Entorse/luxação/contusão	188	17,8	868	82,2	
Outros	114	22,3	397	77,7	
Parte do corpo atingida (n = 3562)					
Crânio/face/pescoço	315	19,6	1295	80,4	0,000
Tronco	35	12,3	249	87,7	
Membros superiores e inferiores	123	15,3	680	84,7	
Órgãos genitais	32	65,3	17	34,7	
Múltiplas regiões	65	8,0	751	92,0	
Local da ocorrência (n = 1632)					
Residência	191	37,8	314	62,2	0,000
Via Pública	133	13,3	865	86,7	
Outros	36	27,7	94	72,3	
Recorrência (n = 1030)					
Sim	69	31,1	153	68,9	0,000
Não	166	20,5	642	79,5	
Encaminhamentos e Evolução					
Setor Saúde	547	15,7	2927	84,3	0,000
Outros setores	214	33,5	424	66,5	
Evolução (n = 2848)					
Alta	442	16,2	2290	83,8	0,832
Evasão/Fuga	1	10,0	9	90,0	
Óbitos²	16	15,1	90	84,9	

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Salvador – BA.

No quesito violência sexual, a literatura aponta ser um fenômeno feminino, sendo as meninas as principais vítimas de abuso além da exploração o que pode ser observado na faixa da adolescência. De acordo com dados do Sistema VIVA, para Feira de Santana – Bahia as maiores proporções de violência sexual e psicológica ocorreram no sexo feminino, na faixa da adolescência, perpetradas por um familiar e/ou conhecido da vítima¹⁵. Porém, na infância os abusos sexuais apresentaram maior ocorrência no sexo masculino, corroborando com os estudos realizados com dados de Instâncias públicas de referência para denúncias o qual revelou altas proporções de vitimização no sexo masculino, nas faixas da infância (0-11 anos)¹.

Os dados mostram maior frequência da violência física entre os adolescentes pretos e pardos, tendo como principal

meio de agressão a força corporal e arma de fogo causado por agressor desconhecido. Os indicadores relacionados com a juventude negra, o Mapa da Violência 2013 descreve números e proporções alarmantes de mortes violentas intencionais entre jovens pretos e pardos¹⁶. De acordo com este documento, são jovens do sexo masculino, com baixa escolaridade e renda, negros e moradores de favelas e periferias dos centros urbanos. Ressalta-se que, nesse caso, a desigualdade de gênero não favorece o universo masculino.

Na literatura, quando se discute a cor da pele das vítimas, é consenso que a maior prevalência de vitimização ocorre entre pardos e pretos, independente do sexo, e da região em que elas vivem. Estudos como Silva et al.¹⁷ que encontraram 51,6% de vítimas pardas, assim como Pimenta et al.¹⁸ e Guimarães e Vilella¹⁹, pesquisa realizada no Instituto

Tabela 4. Casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo características da agressão, encaminhamentos e evolução dos casos, Salvador, Bahia, 2009 – 2015

Características	0-11		12-18		p-valor
	n	%	n	%	
Meio de agressão (n = 515)					
Força corporal	74	36,6	112	36,0	0,951
Outros	130	63,7	199	64,0	
Tipo de lesão (n = 78)					
Corte/perfuração/laceração	28	49,1	15	71,4	0,078
Outros	29	50,9	6	28,6	
Parte do corpo atingida (n = 136)					
Órgãos genitais					
Múltiplas regiões	94	71,2	38	28,8	0,868
	3	97,4	1	2,6	
Local da ocorrência (n = 605)					
Residência	317	90,8	193	75,4	0,000
Outros	32	9,2	63	24,6	
Recorrência (n = 658)					
Sim	184	61,1	117	38,9	0,000
Não	156	43,7	201	56,3	
Encaminhamentos e Evolução					
Para o setor saúde (n = 365)					
Setor saúde	199	46,4	166	57,4	0,003
Outros setores	230	53,6	123	42,6	
Evolução (n = 336)					
Alta	192	59,4	131	40,6	0,157
Evasão/Fuga	4	50,0	4	50,0	
Óbitos ²	5	100,0	-	-	

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Salvador – BA.

Médico Legal (IML) de Feira de Santana, 64,2% e Maceió, 71,6%, respectivamente.

Os achados das ocorrências no domicílio, causada por familiar agressor ou conhecido, mostrados nessa e outras pesquisas apontam para a violência doméstica, intra ou extra-familiar, com a participação da família, parentes ou pessoas de confiança do ciclo de convívio coma vítima e família¹⁷. No domicílio, os limites impostos pela privacidade isolam a família do domínio público, proporcionando aos agressores um local privilegiado, seja pela ausência de testemunhas ou pelo silêncio cúmplice. As peculiaridades de cada família, tais como composição, condições de vida e componentes indicam vulnerabilidades potenciais, sofrendo impactos de mudanças sociais, culturais e econômicas que redefinem a dinâmica dos relacionamentos e agrupamentos familiares.

O fenômeno da violência física na infância por agressor conhecido revela-se com alta frequência neste estudo. Outro ponto de destaque concerne para a violência sexual, tanto para crianças e adolescentes o agressor revelou-se conhecido da vítima. Neste contexto dois grandes questionamentos surgem diante dessa temática: o primeiro está na perpetração da agressão por pais e responsáveis, desvirtuando o papel de proteção, vínculo e acolhimento. O outro questionamento está

na tolerância social sobre os atos violentos. Estudos nacionais de Venturin, Bazon e Biasoli Alves²⁰, ao examinarem a literatura sobre violência intrafamiliar, mostram a expressão de abuso de poder por pais e responsáveis, que coisificam crianças, fazendo deles objetos de desrespeito e práticas violentas. Sob o ponto de vista da tolerância social, essa correlação é facilmente vista em torno da violência física e da coerção psicológica, onde a agressão é justificada como processo educativo².

No presente estudo, para a violência física foram encontradas maior frequência da força corporal, como principal meio da agressão, onde corte/perfuração e luxação foram os principais tipos e o crânio/face/pescoço, as a regiões do corpo mais atingida, resultados esses que concordam com o estudo de Garbin et al.¹², onde foi observado que 34,9% e 30,0% das vítimas foram atingidas em região de cabeça e pescoço. As agressões em região de cabeça e pescoço são mais frequentes, possivelmente, por serem áreas anatômicas de maior proeminência ou pela posição do agressor em relação à vítima.

Dentre as limitações do estudo, cabe apontar algumas, considerando que a coleta não captou a parcela de vítimas atendidas nos serviços privados do município, assim como as perdas relacionadas ao preenchimento inadequado da ficha de notificação do Sistema VIVA.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

No presente estudo a violência física foi a mais frequente, havendo maior número de casos notificados, nos anos de 2014 e 2015, e os vitimados, em sua maioria era do sexo masculino, adolescentes e de cor negra. Os anos de 2014 e 2015 também registraram o maior número de casos da violência sexual, sendo a maior frequência no sexo feminino, crianças e adolescentes pardas e negras. As vítimas em maior frequência pertenciam ao sexo feminino e eram crianças de cor negra.

Os agressores apresentaram perfis semelhantes em ambas as violências, maioria do sexo masculino, com apenas um agressor participante e não faziam uso do álcool no momento da agressão. Vale salientar as altas proporções de agressores familiares e conhecidos das vítimas, nos casos de violência física e sexual.

O desenvolvimento de abordagens direcionadas ao cuidado adequado a crianças, adolescentes em situação de violência mostra-se imprescindível, para que seja possível garantir às famílias oportunidades de reelaborar e aprimorar suas experiências na relação interpessoal com parceiros, familiares e filhos.

O fortalecimento das Redes de Proteção e Assistência devem se estruturar pela articulação entre os distintos atores das organizações envolvidas, para troca de experiências e, principalmente, no enfrentamento de problemas concretos e comuns. A magnitude, incidência e impacto da violência requerem atuação de equipes multiprofissionais, com enfoque interdisciplinar que transcenda a dimensão biológica do cuidar, bem como articulações com as redes de atendimento e garantia de direitos, entre outros setores sociais responsáveis pelo bem-estar e proteção dos grupos mais vulneráveis.

REFERENCIAS

Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Souza H L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva** 2007; 12(5): 1129-1141.

Moreira MIC, Sousa SMG. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O Social em Questão** 2012; Ano XV(28): 13-26.

Kish AM, Newcombe PA. Smacking never hurt me! Identifying myths surrounding the use of corporal punishment. **Personal Individ Differ** 2015; 121-129.

Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(2): 456-64.

Breena A, Daniel SBK, Tomlinsona M. Children's experiences of corporal punishment: A qualitative study in an urban township of South Africa. **Child Abuse & Neglect** 2015; 48: 31-139.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da ficha de notificação/ investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Assis SG. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** 2012; 17(9): 2305-2317.

Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública** [online] 2008; 24(1): 28-38.

Deslandes SF, Lemos MP. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.** 2008; 24: 441-448.

Ariès P. **História social da infância e da família**. Rio de Janeiro: LCT; 1978.

Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de Notificación Obligatoria de Violencia contra Niños y Adolescentes. **Psicol. Ciênc. Prof.** 2017; 37(2): 432-445.

Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública** 2006; 22(12): 2567-2573.

Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. saúde coletiva** 2005; 10(1): 143-149.

Guimarães JATL, Vilella WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2011; 27(8): 1617-1647.

Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Nascimento Sobrinho C, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** 2014; 19(3): 773-784.

Waiselfisz JJ. **Homicídios e Juventude no Brasil**. Mapa da Violência 2013. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República; 2013.

Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2013; 22(3): 403-412.

Pimenta RMC, Matos FRRO, Silva MLCA, Rodrigues AAO, Marques JAM, Musse JO. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. **Arq. Odontol.** 2013; 49(4): 154-161.

Guimarães JATL, Vilella WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no

IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2011; 27(8): 1617-1647.

Venturini FP, Bazon MR, Biasoli-Alves ZMM. Família e violência na ótica de crianças e adolescentes. **Estud. Pesq. Psicol.** 2004; 4(1): 20-33.

Endereço para correspondência:

Maria Conceição Oliveira Costa
Avenida Euclides da Cunha, nº 475, Apto 1602
Bairro Graça - CEP 40150120, Salvador-BA
E-mail: oliveiramco69@gmail.com