

Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência

Erick Verner de Oliveira Aquino

Bruna Dayane Gomes Ataíde

Isabela Araújo de Oliveira

Bruna Martinez Yano Lima

Hellen Caroline Pereira Machado

Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria

Resumo: Esse estudo objetivou analisar a violência infantil no contexto brasileiro, correlacionando-a com fatores socioeconômicos, socioculturais, geracionais e de gênero, investigando o impacto dos mesmos na saúde das crianças. Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo, realizado a partir de dados de artigos científicos e documentos oficiais sobre e violência infantil, além do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da plataforma SciELO e Google Acadêmico. Encontrou-se uma maior prevalência de violência física e negligência, maior índice de violência sexual contra o sexo feminino e negligência no sexo masculino. Os principais agressores identificados foram o pai e a mãe. Acerca da etnia, crianças pardas foram as mais agredidas, bem como as de menor escolaridade. As consequências da violência infantil se estendem para além do momento da agressão, ao perturbar funções cognitivas e mesmo influenciar na gênese de transtornos psiquiátricos.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Fatores Socioeconômicos; Saúde da Criança.

Socioeconomic factors and children's health in a context of violence

Abstract: The aim of this study is to analyze child violence in the Brazilian context, correlating it with socioeconomic, sociocultural, generational and gender factors, investigating their impact on children's health. A descriptive epidemiological study was carried out based on data from scientific articles and official documents on violence, as well as the use of the Notification of Injury Information System (SINAN) database, SciELO and Google Scholar platforms. There was a higher prevalence of physical violence and neglect, a higher rate of sexual violence against females and negligence against male. The main aggressors identified were the father and the mother. About ethnicity, brown children were more beaten, as well as those with lower schooling. The consequences of child violence extend beyond the moment of aggression, by disrupting cognitive functions and even influencing the genesis of psychiatric disorders.

Keywords: Child Abuse; Socioeconomic Factors; Child Health.

Introdução

A violência é um fenômeno que sempre esteve presente no mundo, mas que só começou a ser valorizado nos últimos séculos. Trata-se de um processo multicausal, influenciado por fatores históricos, culturais, biológicos/individuais, sociais e econômicos. Pode ser definida como: “O uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002).

A OMS divide a violência em três categorias, de acordo com as características do ato: violência autodirigida, interpessoal e coletiva. A natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica e de negligência (OMS, 2002). Destaca-se que a violência contra as crianças ocorre todos os dias, em todos os lugares do mundo, tanto no ambiente intrafamiliar quanto no extrafamiliar (Fundo das Nações Unidas Para a Infância [UNICEF], 2014).

O relatório “*A FAMILIAR FACE: violence in the lives of children and adolescents*” ressalta os dados alarmantes da violência infantil no cenário mundial. De acordo com esse documento, três quartos das crianças com idade entre 2 a 4 anos em todo o mundo, que corresponde a cerca de 300 milhões de crianças, são submetidas regularmente por seus pais ou outros cuidadores a métodos disciplinares violentos, como por exemplo castigos físicos e/ou agressão psicológica, sendo que cerca de 250 milhões de crianças recebem algum tipo de punição física (UNICEF, 2017).

Os métodos disciplinares e punitivos, que envolvem força física ou intimidação verbal, correspondem a forma mais comum de violência infantil (UNICEF, 2014). Apesar disso, “apenas 9% das

crianças menores de 5 anos vivem em países onde a punição física em casa é totalmente proibida, o que deixa cerca de 607 milhões de crianças sem proteção legal” (UNICEF, 2017).

A real dimensão dos dados estatísticos sobre a violência infantil e a sua natureza apresenta como obstáculo a subnotificação desses casos, uma vez que há uma resistência dessas vítimas em denunciar os abusos sofridos e em buscar ajuda para lidar com a violência sofrida (UNICEF, 2017). A escassez de dados pode ser exemplificada pelo fato de apenas 40 países terem estatísticas comparáveis sobre violência sexual contra meninas e somente 7 apresentarem dados comparáveis sobre violência sexual contra meninos (UNICEF, 2017).

Contudo, as vítimas não são os únicos agentes da subnotificação. Sabendo do papel da atenção básica (AB) e da estratégia da saúde da família (ESF) no cuidado da família, dois estudos que analisaram a atuação de profissionais da AB no enfrentamento da violência infantil intrafamiliar por meio da notificação de casos suspeitos e confirmados de violência evidenciaram dificuldade em identificar e notificar tais casos. Dentre os motivos que justificam a subnotificação estão a falta de capacitações ou abordagem do tema na graduação, o não conhecimento da ficha de notificação e dos procedimentos que devem ser realizados, incredibilidade nos órgãos de proteção à infância e o medo envolvimento legal por parte do profissional (Leite, Beserra, Scatena Silva & Ferriani, 2016; Rolim, Moreira, Corrêa & Vieira, 2014).

Os prováveis autores da violência contra criança são indivíduos que apresentam uma relação de proximidade com a vítima, destacando-se a mãe, o pai e amigos/conhecidos (Sinumbu et al., 2016). De acordo com o Mapa da Violência: Crianças e Adolescentes do Brasil, os principais responsáveis pelas violências notificadas contra crianças são os pais, concentrando 39,1 % dos atendimentos em 2011 (Waiselfisz, 2012).

A violência infantil afeta crianças de todas as classes socioeconômicas (UNICEF, 2017). No entanto, alguns tipos de violência, como por exemplo a violência doméstica, envolvem aspectos culturais, sociais e econômicos das famílias ou grupo social. Condições sociais desfavoráveis, como a pobreza, relações familiares desarmônicas, baixo nível de escolaridade dos pais, famílias nas quais os pais abusadores ou negligentes foram abusados ou negligenciados na infância são alguns dos fatores relacionados aos maus tratos na infância (Zambon, Jacintho, Medeiros, Guglielminetti & Marmo, 2012).

Além disso, a violência infantil, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2014), apresenta consequências negativas na saúde das crianças, afetando tanto o seu desenvolvimento, físico, cognitivo, emocional e social, quanto o seu crescimento de diferentes formas. O impacto dessa violência não se restringe apenas a infância, podendo-se estender à idade adulta dessas vítimas, como por exemplo o desenvolvimento de comportamentos transgressores na idade adulta. Essas consequências variam de acordo com o tipo de violência que essas crianças estão expostas, a sua intensidade e a frequência que ocorrem.

De acordo com o relatório *“HIDDEN IN PLAIN SIGHT: a statistical analysis of violence against children”*, a violência física não é responsável apenas pelas lesões físicas visíveis nas crianças, mas pode estar associada ao desenvolvimento de baixa autoestima, de transtornos psiquiátricos, como por exemplo depressão, transtornos de conduta e transtorno de estresse pós traumático, e ao uso e abuso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (UNICEF, 2014).

O mesmo relatório associa a violência infantil ao isolamento da criança, insegurança e dificuldade de se relacionar com outras pessoas. “Crianças que são repetidamente aterrorizadas por seus cuidadores tendem a desenvolver ansiedade e queixas somáticas na idade adulta, enquanto aquelas que são ignoradas e degradadas podem desenvolver transtornos de personalidade limítrofes” (UNICEF, 2014, p.56).

Em razão dos altos índices de morbimortalidade por causas externas no país, seja por violência ou acidentes, domésticos ou extradomiciliares, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que conta com diretrizes para adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, monitorização de ocorrência de acidentes e violência, com a capacitação dos profissionais de para melhorar a capacidade de investigação, reconhecimento e assistência a tais situações, dentre outros. Mas observa-se que ainda assim, os números violência e homicídios continuam crescentes (Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2001).

Logo, buscando prover conhecimento para ajudar a tornar a população e os médicos mais atentos à segurança das crianças, esse estudo epidemiológico objetiva analisar os fatores socioeconômicos na violência infantil em suas principais facetas: física, psicológica, sexual e negligência infantil, comparando variáveis socioeconômicas e partir de dados nacionais. Além disso, visa relacionar tal vitimização com as consequências que pode trazer na saúde das crianças.

Metodologia

Essa produção caracteriza-se como um estudo epidemiológico descritivo, realizado a partir de dados de 23 artigos científicos, sete documentos sobre a violência do país e violência infantil internacional, um documento sobre assistência social e o capítulo três do livro Políticas públicas e assistência social: diálogo com práticas psicológicas, além do uso do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre Goiás e o Brasil. Os artigos foram pesquisados em bancos de dados das plataformas SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Google Acadêmico utilizando os seguintes descritores: Maus-Tratos Infantis, Fatores Socioeconômicos, e Saúde da Criança.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês, estudos populacionais e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos (2009 a 2019). Após a análise dos artigos, os mesmos foram excluídos pelo título (quando não se relacionavam com o tema proposto) e, quando necessário, pelo resumo. Posteriormente ao levantamento de dados foi realizado o fichamento de todos os artigos selecionados de acordo com o título, ano de publicação, autores, referência, descritores, resultados e conclusão.

Para a confecção das tabelas, foram levados em consideração: fatores socioeconômicos, como sexo, raça/etnia, escolaridade e o autor da agressão; o intervalo de faixa etária de 0 a 14 anos de idade; o período de 2014; dados de todo o país, eventualmente com foco em Goiás; as seguintes categorias de violência oferecidas pelo SINAN: Violência física, Psicológica/Moral, Sexual e Negligência. Os dados referentes aos anos 2015 e 2016 não foram utilizados por estarem sujeitos à revisão no momento em que foram analisados.

Em relação à tabela de frequência por escolaridade segundo local de ocorrência (tabela 6), os dados referentes ao Ensino Médio Completo e Educação Superior Incompleta foram desconsiderados devido a faixa etária definida. Assim como a categoria Ensino Médio Incompleto, pois pode incluir pessoas que fogem da faixa etária definida.

Para melhor análise dos dados disponibilizados no DATASUS, objetivando comparar populações quantitativamente distintas, realizou-se a razão: crianças violentadas/1000 crianças daquela população. Em outras tabelas optou-se por utilizar dados brutos. As informações demográficas sobre a população infantil, de faixa etária de 0 a 14 anos, foram a partir do DATASUS, na seção “Estimativas população: município, sexo e idade 2000-2015 RIPS A IBGE”, delimitando-se o período de 2014.

Por fim, visando uma melhor estética da tabela, dados da coluna “Ignorado” ou “Em branco” foram ignorados, o que pode levar a um viés na quantidade real de crianças violentadas.

Resultados e Discussão

Após a definição dos descritores e realizada a pesquisa, foram selecionados 23 artigos, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Adicionalmente, foram pesquisados documentos oficiais sobre a violência infantil, com enfoque na violência infantil e em seus tipos, bem como nos fatores socioeconômicos associados, além do uso do banco de dados nacional.

A análise da literatura permitiu identificar algumas definições sobre a violência. De acordo com a OMS (2002), existem quatro tipos de violência conforme quem comete o ato de violência: auto-infligida; interpessoal; e coletiva. Além disso, quanto à natureza dos atos violentos, estes podem ser: físicos; sexuais; psicológicos; ou envolvendo privação ou negligência.

A UNICEF (2014) traz as seguintes definições:

- **Violência física infantil:** inclui todas as punições físicas e todas as outras formas de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante, ou punições como bullying físico e ameaças por adultos ou outras crianças.
- **Violência sexual:** comporta quaisquer atividades sexuais impostas por um adulto a uma criança, protegida pela lei. Atividades sexuais também são consideradas como abuso quando cometidas por outra criança, se o ofensor é significativamente mais velho que a vítima, ou usa poder, ameaça ou outras formas de pressão.
- **Violência mental:** é frequentemente descrita como maus-tratos psicológicos, abuso mental, abuso verbal e abuso emocional ou negligência. Inclui, dentre outras formas, interações danosas persistentes com a cobrança, assustar, aterrorizar, ameaçar, negar responsabilidade emocional, etc.
- **Negligência:** significa falha em reconhecer as necessidades físicas e psicológicas da criança, em proteger contra os perigos ou falha em buscar serviços médicos, registro de nascimento ou outros serviços, quando o responsável pela criança possui o conhecimento, entendimento e os meios de acessar tais serviços.

Com esses conceitos em mente, foi realizada busca no DATASUS, para a formulação de tabelas contendo comparativo entre os dados sobre a violência no Brasil.

Em relação aos tipos de violência, a violência física, definida pela SINAN como “atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo” é retratada no Mapa da Violência de 2012, como a causa mais frequente de atendimentos.

Esse dado difere dos dados disponíveis no DATASUS apresentados na tabela 1 abaixo, que avalia a prevalência de cada tipo de violência infantil na população brasileira, no período de 2014, evidenciando a negligência/abandono como mais frequente e a violência física logo depois, com uma pequena diferença na razão crianças violentadas/1000.

Tabela 1

Frequência por tipo de violência na população brasileira

Tipo de violência	Total	População/1000
Violência física	19237	0,40
Violência Psicológica/Moral	10561	0,22
Violência Sexual	17128	0,36
Negligência/Abandono	19498	0,41
População Total	47.984.254	-

Nota: Obtida do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Nota: É importante considerar que um mesmo indivíduo pode ter sofrido mais de um tipo de agressão.

Essa prevalência é também vista nos dados encontrados em uma revisão de literatura sobre a violência infantil no cenário brasileiro realizada em agosto de 2013, em que os autores observaram uma maior frequência da negligência, com a violência física ocupando o segundo lugar (Nunes & Sales, 2016).

Tais evidências foram corroboradas pelo perfil epidemiológico encontrado em um estudo transversal em escolas municipais de Araçatuba, no estado de São Paulo, com uma população amostral de 272 menores, que também identificou uma maior frequência da negligência (92,6%). (Garbin et al., 2016). Ainda, conforme mencionado, segundo a Fundação ABRINQ (2017), a natureza de violência mais notificada pelo Disque 100, no ano de 2015 no país, foi negligência (72,8%).

Somando-se à discussão, de acordo com o Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2017, a frequência de notificação de outras violências pelo Disque 100, no ano de 2015 no país foi: violência psicológica (45,7%), violência física (42,4%), violência sexual (21,3%) e outros tipos de violação (8,6%), sendo que em uma única denúncia podem ser informadas mais de um tipo de violência (Fundação ABRINQ, 2017).

Ainda sobre a negligência, foi verificado por Garbin et al. (2016) como sinais mais frequentes da negligência infantil: presença de piolho (35,3%), agressividade (15,8%), em terceiro lugar vestimentas inapropriadas para a temperatura (15,4%) e, por último, cárie sem tratamento (11%).

Sobre o gênero, faixa etária da vítima e o perfil do agressor, o DATASUS indica uma maior proporção de vítimas femininas tanto em Goiás quanto a nível nacional, conforme dados da tabela 2 abaixo referentes à comparação entre a prevalência de violência contra meninos e meninas. Já a tabela 3 sobre o perfil do agressor indica a mãe como a principal agressora, e o pai como o segundo mais frequente. Depois dos pais, amigos e conhecidos são os agressores mais frequentes.

Tabela 2

Frequência por sexo segundo região de ocorrência

Local de Pesquisa	Masculino	População/1000	Feminino	População/1000
Goiás	703	0,91	836	1,12
Brasil	20796	0,85	31188	1,33
População total (Goiás)	776.466	-	744.200	-
População total (Brasil)	24.503.857	-	23.480.397	-

Nota. Obtida do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Tabela 3

Frequência por agressor

Agressor	Total de vítimas	População/1000	Meninos*/1000	Meninas*/1000
Pai	11773	0,25	0,23	0,26
Mãe	17107	0,36	0,37	0,34
Padrasto	3223	0,07	0,03	0,10
Madrasta	333	0,01	0,01	0,01

Amigos/Conhecidos	8120	0,17	0,11	0,23
Irmão(a)	1185	0,02	0,02	0,03
População total	47.984.254	-	24.503.857	23.480.397

Nota. Obtida do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

* 0 a 14 anos

Entretanto, o Mapa da Violência de 2012 revela uma tendência da prevalência das vítimas de se assemelhar entre os sexos na medida que ocorre o aumento da faixa etária. Além disso, a violência física é maior quanto mais jovem a criança. Também é ressaltado que os pais são os principais responsáveis até os nove anos de idade, em segundo lugar ocupam os amigos e conhecidos da vítima, com 22,1% dos casos atendidos. Sinimbu et al. (2016) respaldam esses dados ao expor que os prováveis autores dessa violência contra criança são indivíduos que apresentam uma relação de proximidade com a vítima, destacando-se a mãe, o pai e amigos/conhecidos.

Nunes e Sales (2016), no entanto, além de discordarem com o Mapa da Violência sobre a forma mais frequente de violência infantil, afirmam que o sexo masculino seria mais vitimizado, embora a mãe seja a principal agressora. Garbin et al. (2016) reforçam essas informações em seu estudo, ao apontar que seria o sexo masculino a vítima mais predominante.

Continuando com esse raciocínio, Egrý, Apostólico, Albuquerque, Gessner e Fonseca (2015), em seu estudo retrospectivo e descritivo realizado em Curitiba, constataram que o sexo masculino foi o mais acometido, representando 57,3% das notificações e a mãe foi considerada a principal responsável na faixa etária menor de dez anos de idade, com 67,9% das notificações.

Foi observado que a maioria das notificações de negligência envolviam crianças menores de dez anos, e a incidência maior ocorreu entre o grupo com menos de um de idade, em relação às outras idades. Também foram notadas diferenças nos tipos de negligência em relação à idade. Em menores de três anos de idade, a negligência estava relacionada à saúde e à proteção, já os maiores de três anos de idade possuíam uma maior negligência em questões relacionadas a educação. (Ergy et al., 2015).

Quando se trata de violência sexual, definida na ficha de notificação do SINAN como “toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas.”, observou-se possuir maior ocorrência no sexo feminino, representando 83,2% dos casos em 2011. A incidência de atendimentos foi maior na faixa etária de 10 a 14 anos. A tabela 4 mostra evidentemente essa maior prevalência da violência sexual no sexo feminino, que chega a ser cinco vezes mais frequente que no sexo masculino.

Tabela 4

Frequência por tipo de violência segundo o gênero

Tipo de violência	Masculino	População/1000	Feminino	População/1000
Violência Física	8619	0,35	10613	0,45
Violência Psicológica/Moral	3519	0,14	7039	0,30
Violência Sexual	2934	0,12	14194	0,60
Negligência/Abandono	10354	0,42	9051	0,40
População total	24.503.857	-	23.480.397	-

Nota. Obtida do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Sobre o estupro, conceito baseado no Código Penal Brasileiro, observa-se que foi responsável por 59% do total dos atendimentos por violência sexual, seguida pelo assédio sexual, com 19,2% dos casos, e pelo atentado violento ao pudor, que representa 15,1% dos atendimentos. O agressor foi predominantemente um amigo e/ou conhecido ou da família, representando 28,5% dos atendimentos, seguido por desconhecidos que prevalecem na faixa etária com menos de um ano de idade e entre 15 e 19 anos de idade. (Waiselfisz, 2012).

Esses dados são ratificados por um estudo descritivo com dados coletados sobre vítimas de violência sexual menores de 18 anos em 2009, pelo Departamento de Medicina Forense da Paraíba, que encontrou uma prevalência de 81,2% do sexo feminino entre as vítimas e a faixa etária mais afetada a que está entre 10 e 13 anos (36,7%) seguida pela faixa entre 5 e 9 anos (30,7%). Quanto ao agressor, em 86,7% dos casos, era um amigo ou conhecido da família ou membro da própria família. (Trindade et al., 2014). Entretanto houve uma discrepância na literatura sobre a frequência da violência sexual em relação aos outros tipos de violência, ocupando o terceiro lugar (36,7%) em um estudo epidemiológico conduzido

por Farias, Souza, Carneseca, Passos e Vieira (2016) no município de Ribeirão Preto, em São Paulo, enquanto que Nunes e Sales (2016) obtiveram uma frequência de apenas 8,3% em sua revisão de literatura.

Embora alguns estudos mencionem que o processo de violência, especialmente intrafamiliar, independe de fatores socioeconômicos como a raça (Delanez, 2013; Carmo & Sagaz, 2017), estudos com dados empíricos demonstram que a raça pode influenciar a ocorrência desse processo. A tabela 5 demonstra predominância da raça parda dentre as vítimas de violência.

Tabela 5
Frequência por etnia segundo região de ocorrência

Local de ocorrência	Etnia ignorada	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Goiás	280	451	130	12	657	9	1539
Brasil	8981	19849	3430	289	19098	437	52084

Nota. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Num estudo baseado em registros de um Centro de Assistência Social de um município do Nordeste, Oliveira, Junior, Tavares, Guimarães e Oliveira (2015) identificou-se também maior frequência da raça parda, com 46,5% dos casos registrados. Em concordância, inquéritos epidemiológicos de um hospital do Rio de Janeiro, com amostra de adolescentes e seus responsáveis, mostraram que adolescentes que se referem pardos possuem duas vezes mais chances de sofrer violência psicológica severa, do que os que se referem brancos (Abranches, Assis & Pires, 2013).

Em contrapartida, Borges e Camargo (2014) em uma análise do Sistema de Informação em Saúde sobre uma microrregião no Rio Grande do Sul, identificaram uma predominância de 68% das notificações de violência contra crianças da raça branca, seguida da raça parda em 26%. Contudo, o mesmo estudo menciona que tais dados não permitem inferir a prevalência de vitimização nessa raça, devido ao fato de a população regional ser predominantemente branca, o que é ratificado pelos dados do censo de 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), e poderia justificar a diferença dos estudos citados anteriormente.

O problema dessa variável, segundo Chór (2013), consiste em como as pessoas se autoclassificam etnicamente, pois a identidade racial não é fixa, e a validade e confiabilidade desse dado é limitado. Isso pode conferir viés nos dados apresentados na tabela 5.

Acerca da escolaridade e renda, apesar da indisponibilidade de dados sobre a renda das famílias dos agressores/vítimas, o SINAN oferece dados sobre a escolaridade das vítimas. Embora seja um fator independente, Salvato, Ferreira e Duarte (2010) afirmam que escolaridade apresenta certo grau de relação com a renda e consequentemente condições socioeconômicas. A tabela 6 a seguir evidencia maior índice de violência contra vítimas de menor escolaridade, especificamente contra aquelas com ensino básico e fundamental incompleto.

Tabela 6
Frequência por escolaridade segundo região de ocorrência*

Escolaridade	Goiás	Brasil
Ignorado/Branco	256	9036
Analfabeto	4	202
1ª a 4ª série incompleta do EF**	192	6915
4ª série completa do EF**	30	1344
5ª à 8ª série incompleta do EF**	232	9042
Ensino fundamental completo	24	884
Ensino médio incompleto	21	896
Não se aplica	779	23668
Total	1538	51987

Nota. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

* Faixa etária de 0 a 14 anos. Período: 2014

** EF = Ensino Fundamental.

Condições sociais desfavoráveis, como a pobreza, relações familiares desarmônicas e baixo nível de escolaridade dos pais são alguns dos fatores relacionados aos maus tratos na infância (Zambon et al.,

2012). Em consonância, Lise e Motta (2012) afirmam em sua revisão integrativa que a maioria das vítimas de violência intrafamiliar infantil possui baixa escolaridade. Além disso, identificaram como fator comum nas famílias a carência econômica.

Contudo, Pinto, Cassepp-Borges e Santos (2015) afirmam que, apesar de condições socioeconômicas predispor a prática da violência, esses dados devem ser avaliados com cuidado, uma vez que a vitimização infantil não é determinada apenas pela classe social. Pelo contrário, os autores afirmam mesmo nas famílias com maior poder aquisitivo ou com maior escolaridade, a violência infantil acontece, mas o que ocorre é uma violência mais velada, e com maior sigilo do que em famílias menos privilegiadas.

Embora os dados sugiram que violência ocorra em famílias com maior vulnerabilidade e risco social, deve-se ter em mente que a vulnerabilidade social não se define pelo índice de pobreza, mas de acordo com a inclusão ou não da população em serviços e políticas públicas. Torossian e Rivero (2014), afirmam que, dependendo dos sentidos atribuídos à vulnerabilidade, pode ocorrer uma homogeneização e manutenção da população em lugar de risco ou pode contribuir para construção de estratégias de empoderamento dos sujeitos. Os autores, influenciados pelo pensamento de Michel Foucault, propõem que a análise da vulnerabilidade deve ser realizada para além dos índices socioeconômicos, que se deve buscar um olhar que considera não apenas os recursos escassos, mas a potência dos sujeitos para lidar com os recursos existentes.

Para isso, é preciso ter como prioridade a análise do acesso da população a serviços e políticas públicas e de cidadania. Essa mudança de enfoque dentro do conceito de vulnerabilidade é fundamental para a aplicação das políticas de proteção social por meio da assistência social no combate à violência intrafamiliar, uma vez que o risco social se relaciona com a iminência de episódios de violência, abandono, negligência, entre outros. E que situações de vulnerabilidade social podem ser agravadas e culminar em situações de risco pessoal e social se não forem prevenidas ou enfrentadas (Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011; Santos, Roesch & Cruz, 2014).

Por fim, em relação às consequências da violência infantil sobre a saúde das vítimas, a violência física não é responsável apenas pelas lesões físicas visíveis nas crianças, mas pode estar associada ao desenvolvimento de baixa autoestima, de transtornos psiquiátricos, transtornos de conduta e transtorno de estresse pós traumático, e ao uso e abuso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (UNICEF, 2017)

De um ponto de vista neurobiológico, a alteração neuroquímica mais importante consiste em respostas patológicas no eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal (HHS). No caso de uma exposição crônica ao estresse, cujo principal mediador é o cortisol, níveis inicialmente elevados, e depois baixos de cortisol, são encontrados devido a um *down-regulation* dos receptores no hipocampo e eixo HHS. Isso leva a supressão da resposta de estresse fisiológico baseado no feedback negativo (alostase), ou a uma alteração na quantidade de receptores nessas áreas neurais e, conseqüentemente, os níveis baixos de cortisol podem causar uma importante mudança no medo e na resposta de luta/fuga fisiológica (Carvalho et al., 2016). Esse mesmo processo está envolvido na gênese de alguns distúrbios psiquiátricos como o transtorno bipolar, especialmente se a criança tiver uma predisposição genética (Magalhães, Fries & Kapczinski, 2012).

Os achados da revisão sistemática de Carvalho et al. (2016), além de ratificar os dados apresentados, encontraram como alteração funcional mais importante uma hiperativação da amígdala, estrutura envolvida com o medo, especialmente em mulheres que sofreram abuso sexual. Também encontraram a disfunção cognitiva como possível consequência desencadeada pelos maus-tratos a crianças. Uma revisão que avaliava os efeitos da exposição a maus-tratos na infância encontrou grandes déficits em funções cognitivas como memória, raciocínio, abstração, nomeação, planejamento, linguagem, função visuoespacial, entre outras (Irigaray et al., 2013).

Considerações Finais

A violência é um grave problema de saúde, de distribuição global, multicausal, e que acomete crianças todos os dias. Observa-se que está de fato associada com fatores socioeconômicos, como renda familiar, raça e gênero, e que estas variáveis promovem diferentes prevalências. Suas consequências não estão limitadas apenas a questões de saúde, mas envolvem toda a esfera social, ao influenciar como as vítimas se comportarão no futuro em função da interferência em processos cognitivos e até mesmo na gênese de transtornos psiquiátricos.

As limitações desse estudo incluem o uso somente de dados empíricos secundários e a lenta atualização dos bancos de dados do SINAN e IBGE, em que constavam apenas informações de anos

anteriores. Além disso, outra limitação identificada decorre da subnotificação inerente ao comportamento de alguns profissionais de saúde e de algumas vítimas, o que promove números inferiores à real prevalência.

Propõe-se uma continuação de estudos nessa área, dada a importância do impacto que a violência pode causar, além do estímulo à capacitação de profissionais de saúde a fim de prepará-los para o adequado manejo de casos suspeitos e confirmados de violência infantil.

Referências

- Abranches, C. D. D., Assis, S. G. D., & Pires, T. D. O. (2013). Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2995-3006.
- Borges, S. A. D., & Camargo, M. (2014). Violência contra crianças: análise das notificações de um sistema de informações em saúde. *Sociedade em Debate*, 21(1), 163-191.
- Carmo, P. S. do, & Sagaz, V. R. (2017). *A atuação do Psicólogo e Resiliência em Crianças Vítimas de Violência Sexual Intrafamiliar*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade Sant'ana, Ponta Grossa, SP.
- Carvalho, J. C., Donat, J. C., Brunnet, A. E., Silva, T. G., Silva, G. R., & Kristensen, C. H. (2016). Cognitive, neurobiological and psychopathological alterations associated with child maltreatment: A review of systematic reviews. *Child Indicators Research*, 9(2), 389-406.
- Chor, D. (2013). Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cadernos de Saúde pública*, 29, 1272-1275.
- Delanez, G. O. (2013). *A violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento da criança*. Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Egry, E. Y., Apostólico, M. R., Albuquerque, L. M., Gessner, R., & Fonseca, R. M. G. S. da (2015). Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 556-563.
- Farias, M. S., Souza, C. D. S., Carneseca, E. C., Passos, A. D. C., & Vieira, E. M. (2016). Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 799-806.
- Fundação ABRINQ. (2017). *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil*. Acesso em: 2018. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/system/library_items/files/000/000/004/original/Cen%C3%A1rio_da_Inf%C3%A2ncia_e_Adolesc%C3%A2ncia_2017.pdf?1510661423>.
- Fundo das Nações Unidas Para a Infância. (2014). *HIDDEN IN PLAIN SIGHT: a statistical analysis of violence against children*. Acesso em: 2018 Disponível em: <https://econpapers.repec.org/paper/esswpaper/id_3a7925.htm>.
- Fundo das Nações Unidas Para a Infância. (2017). *A FAMILIAR FACE: violence in the lives of children and adolescents*. Acesso em: 2018 Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf>.
- Garbin, C. A. S., Araújo, P. C., Rovida, T. A. S., Rocha, A. C., Arcieri, R. M., & Garbin, A. J. Í. (2016). Violência na população infantil: perfil epidemiológico dos abusos verificados no ambiente escolar. *Revista Ciência Plural*, 2(2), 41-54.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Censo Demográfico. *IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Acesso em: 2018 Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175>>.
- Irigaray, T. Q., Fonseca, R. P., Pacheco, J., Leite, J. C. D. C., Grassi-Oliveira, R., & Kristensen, C. H. (2013). Child Maltreatment and Later Cognitive Functioning: A Systematic Review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 376-387.
- Leite, J. T., Beserra, M. A., Scatena, L., Silva, L. M. P. D., & Ferriani, M. D. G. C. (2016). Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-6.
- Lise, F., & Motta, M. D. G. C. D. (2012). Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. *Acta scientiarum: health science*, 34(1), 53-58.
- Magalhães, P. V., Fries, G. R., & Kapczinski, F. (2012). Marcadores periféricos e a fisiopatologia do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín*, 39(2), 60-7.
- Nunes, A. J., & Sales, M. C. V. (2016). Violence against children in Brazilian scenery. *Ciência & saúde coletiva*, 21(3), 871-880.

- Oliveira, H. C., Junior, E. P. P., Tavares, L. T., Guimarães, M. A. P., & de Oliveira, M. N. D. (2015). Notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(4), 26-30.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Acesso em: 2018 Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>
- Pinto, A. A. Junior, Cassepp-Borges, V., & Santos, J. G. dos (2015). Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2). 124.
- Rolim, A. C. A., Moreira, G. A. R., Corrêa, C. R. S., & Vieira, L. J. E. D. S. (2014). Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde em Debate*, 38, 794-804.
- Salvato, M. A., Ferreira, P. C. G., & Duarte, A. J. M. A. (2010). O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estudos Econômicos (São Paulo)*, 40(4), 753-791.
- Santos, N. L. dos, Roesch, D., & Cruz, L. R. da (2014). Vulnerabilidade e risco social: produção de sentidos no campo socioassistencial. *Revista Jovens Pesquisadores*, 4(1), 119-127.
- Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2011). *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. MDS. Acesso em: 08 de novembro de 2020, Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>>.
- Sinimbu, R. B., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. M. A. da, Carvalho, M. G. O. de, Santos, M. R. dos, & Freitas, M. G. (2016). Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil–2014. *Revista Saúde em Foco*, 1(1), 10-4. Acesso em 23 de setembro de 2018. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199>>.
- Torossian, S. D., & Rivero, N. E. (2014). Políticas públicas e modo de viver: A produção de sentidos sobre a vulnerabilidade. In: Cruz, L. R. D., Guareschi, N. (Org.). *Políticas públicas e assistência social: diálogo com práticas psicológicas* (5ª. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Trindade, L. C., Linhares, S. M., Vanrell, J., Godoy, D., Martins, J., & Barbas, S. M. (2014). Sexual violence against children and vulnerability. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(1), 70-74.
- Waiselfisz, J. J (2012). *Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil*. Acesso em: 2018 Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Criancas_e_Adolescentes.pdf>
- Zambon, M. P., Jacintho, A. C. de Á., Medeiros, M. M. de, Guglielminetti, R., & Marmo, D. B. (2012). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 465-471.

Recebido em: fevereiro de 2019

Aceito em: novembro de 2020

Erick Verner de Oliveira Aquino: Discente do 7º período do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA.
Bruna Dayane Gomes Ataíde: Discente do 7º período do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA.
Isabela Araújo de Oliveira: Discente do 7º período do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA.
Bruna Martinez Yano Lima: Discente do 7º período do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA.
Hellen Caroline Pereira Machado: Discente do 7º período do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA.
Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria: Doutora em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás, Docente do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Professora Assistente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás.
E-mail para contato: wolfheim102@gmail.com