



# Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias

*Characteristics of violence against children in the city of Porto Alegre: analysis of mandatory notifications*

*Características de la violencia contra los niños en la ciudad de Porto Alegre: análisis de las notificaciones obligatorias*

Thayane Martins Dornelles<sup>1</sup>

Andréia Barcellos Teixeira Macedo<sup>1</sup>

Liliana Antonioli<sup>1</sup>

Edwing Alberto Urrea Vega<sup>1</sup>

Adalvane Nobres Damaceno<sup>1</sup>

Sônia Beatriz Cocaro de Souza<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.  
Porto Alegre, RS, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** caracterizar a violência notificada contra crianças no município de Porto Alegre. **Método:** estudo retrospectivo, incluindo 5308 casos de violência contra crianças de zero a doze anos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no município de Porto Alegre. **Resultados:** idade média foi de 5,95 ± 3,86 anos, com predomínio de crianças do sexo feminino (61%). A violência sexual foi a mais notificada (53%). A maioria dos agressores eram do sexo masculino (68%) e 72% dos casos ocorreram no domicílio da vítima. As meninas são mais suscetíveis à violência sexual. Crianças do sexo masculino sofrem mais violência física e negligência. **Conclusão e implicações para a prática:** os resultados demonstram a importância do conhecimento do perfil das violências para intervenção e elaboração de políticas públicas intersetoriais, assim como para a capacitação da equipe multiprofissional para o reconhecimento do problema no momento da assistência e o devido encaminhamento.

**Palavras-chave:** Violência; Saúde Pública; Criança; Agressão; Sistema único de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** characterise violence notified against children in the city of Porto Alegre. **Method:** a retrospective study, including 5308 cases of violence against children from zero to twelve years of age registered in the Sistema de Informação de Agravos de Notificação in the city of Porto Alegre. **Results:** mean age was 5.95 ± 3.86 years, with predominance of female children (61%). Sexual violence was more reported (53%). Most of the perpetrators were male (68%) and 72% of cases occurred at the victim's home. Girls are more susceptible to sexual violence. Male children suffer more physical violence and neglect. **Conclusion and implications for practice:** the results demonstrate the importance of knowledge of the profile of violence for intervention and the elaboration of intersectoral public policies, as well as for the training of the multiprofessional team to recognize the problem at the time of assistance and the proper referral.

**Keywords:** Violence; Public Health; Child; Aggression; Unified Health System.

## RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar la violencia notificada contra los niños en la ciudad de Porto Alegre. **Método:** estudio retrospectivo, incluyendo 5308 casos de violencia contra niños de cero a doce años registrados en el Sistema de Información de Incidentes Notificables en el municipio de Porto Alegre. **Resultados:** la edad media fue de 5,95 ± 3,86 años, con predominio de niños de sexo femenino (61%). La violencia sexual fue la más notificada (53%). La mayoría de los agresores eran del sexo masculino (68%) y el 72% de los casos ocurrieron en el domicilio de la víctima. Las niñas son más susceptibles a la violencia sexual. Los niños varones sufren más violencia física y negligencia. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los resultados demuestran la importancia de conocer el perfil de la violencia para intervenir y elaborar políticas públicas intersectoriales, así como para disponer la capacitación del equipo multiprofesional a fin de reconocer el problema al momento de prestar la asistencia y la derivación adecuada.

**Palabras clave:** Violencia; Salud Pública; Niño; Agresión; Sistema Único de Salud.

### Autor correspondente:

Andréia Barcellos Teixeira Macedo  
E-mail: abtmacedo@gmail.com

Recebido em 03/06/2020.  
Aprovado em 10/10/2020.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0206>

## INTRODUÇÃO

A prevalência global de violência contra crianças é de 41%.<sup>1</sup> Aproximadamente, dois terços das crianças entre dois e quatorze anos são vítimas de violência física e uma criança morre a cada cinco minutos vítima de algum tipo de violência, demonstrando a situação de vulnerabilidade a que esse grupo está exposto. Em relação à violência sexual, uma em cada 10 meninas menores de 20 anos já foram vítimas desta violência.<sup>2</sup>

No ano de 2013, no Brasil, foram notificados 188.624 casos de violência, destes, 29.784 casos foram registrados entre crianças de zero a nove anos e 50.634 casos ocorreram entre adolescentes de 10 a 19 anos. Em relação ao tipo de violência sofrida entre crianças de zero a nove anos, predomina a negligência (50,1%), seguido pela violência física (28,6%), violência sexual (28,4%) e a violência psicológica/moral (17,5%).<sup>3</sup>

Crianças vítimas de qualquer tipo de violência na primeira década de vida, tornam-se mais suscetíveis a desenvolverem sofrimentos psíquicos, ansiedade, depressão, problemas relacionados ao sono, pensamentos intrusivos, dificuldade de concentração, problemas alimentares e violações das regras sociais.<sup>4-6</sup>

Os efeitos causados pela violência como os distúrbios emocionais, problemas sociais e econômicos não terminam na infância, esses danos são levados à idade adulta.<sup>7</sup> A violência infantil em todas as suas interfaces permanece oculta, provavelmente por fatores sociais, culturais e pelo medo das vítimas em relação ao agressor.<sup>4,8-10</sup>

Na literatura, identificaram-se inconsistências nos resultados quanto às características da violência em meninos e meninas, provavelmente devido às diferentes faixas etárias analisadas, desfechos de interesse, tamanho das amostras e desenhos de estudo.<sup>4,11-15</sup> As múltiplas formas e variações de violência contra crianças também dificultam a mensuração desse problema, além dos casos subnotificados,<sup>16-19</sup> impactando sobre as relações de vulnerabilidade e condutas dos profissionais.

A cada ano, tem aumentado significativamente o número de notificações nos serviços de saúde. Em 2009, no Brasil foram registrados no total 39.976 casos de violência, já em 2014 o total de registros quintuplicou.<sup>3</sup> Porém, o número de casos notificados ainda é menor do que número estimado de violências que ocorrem.<sup>20</sup>

Com base no exposto, a justificativa para esta investigação se norteia na importância de produzir e agregar conhecimento sobre o tema para embasar atividades de prevenção e promoção da saúde de crianças, assim como capacitar os profissionais para o reconhecimento dos sinais e sintomas de alerta. O objetivo da investigação foi caracterizar a violência notificada contra crianças no município de Porto Alegre, a partir da notificação e do registro na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

## MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo transversal, realizado por meio de consulta a base de dados publicada na página

eletrônica da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) de Porto Alegre a partir das fichas de notificação de violências, notificadas nos serviços de saúde.

A amostra do estudo foi constituída por todos os casos de violência notificados contra crianças de ambos os sexos entre zero e 12 anos de idade, desde o ano de sua implantação em 2009 até o ano de 2015. Foram incluídas no estudo todos os casos de violência contra crianças que foram notificados e inseridos na base de dados pública da CGVS, sendo excluídos os casos em que não constava a idade ou o tipo de violência sofrida.

Foi elaborado um instrumento para a coleta das informações, organizadas segundo itens da ficha de notificação, como características da vítima (sexo, faixa etária, raça); características da violência (tipologia, frequência, meio de agressão) dados do agressor (sexo, número de envolvidos, vínculo com a vítima, uso de álcool no momento da violência, local da ocorrência); característica da violência (tipologia, meio de agressão, natureza da lesão, local de ocorrência, recorrência e consequências); serviço de saúde em que foi notificado e qual encaminhamento realizado.

As variáveis foram descritas como porcentagens, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartis, quando as variáveis não atenderam aos pressupostos estatísticos. Os testes Qui-quadrado, t de Student e U de Mann-Whitney foram usados para comparar cada uma das possíveis variáveis explicativas de interesse. A regressão univariada de Poisson foi realizada afim de entender o comportamento das variáveis em relação ao sexo. Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%.

As informações foram coletadas pela pesquisadora na base de dados entre julho e novembro de 2017, armazenadas em planilhas do Microsoft Excel versão 2013 e posteriormente analisadas por meio do SPSS v. 20.

De acordo com a Resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pesquisas que utilizam informações de acesso público não necessitam de avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa. Foi garantido a confidencialidade das informações nos registros que integram a base de dados analisada, conforme Resolução nº 466/2012, do CNS.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 5.308 crianças entre zero e 12 anos de ambos os sexos. As crianças apresentaram idade média de  $5,95 \pm 3,86$  e 61% eram do sexo feminino.

A Tabela 1 apresenta as características da população infantil vítima de violência de acordo o sexo. Entre os resultados, 72% das crianças eram brancas, 36% dos episódios de violência ocorreram mais de uma vez e 19% com mais de um agressor. Segundo as notificações, a violência sexual (53%) foi mais prevalente, seguida por negligência, 41%, violência psicológica, 34% e agressão física, 19%.

A Tabela 2 apresenta características dos agressores, que eram 68% do sexo masculino e 35% estava sob efeito do álcool no momento da agressão. As violências ocorreram na residência das vítimas em 72% dos casos notificados e 62% dos

**Tabela 1** - Descrição das características sociodemográficas da amostra e do tipo de violência notificada contra crianças conforme o sexo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.

| Variáveis                            | TOTAL                      | Sexo masculino | Sexo feminino | IC 95%           | P                |             |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------|---------------|------------------|------------------|-------------|
|                                      | (n=5308)                   | (n=2089/39,4)  | (n=3219/60,6) |                  |                  |             |
| Idade (anos)*                        | 5,95±3,86                  | 5,16±3,73      | 6,48±3,86     | -                | <0,001           |             |
| Mais de um abusador                  | 924 (17,4)                 | 447(21,4)      | 477(14,8)     | 1,35 (1,24-1,46) | <0,001           |             |
| Raça/cor branca                      | 3827 (72)                  | 1474 (70,5)    | 2353 (73)     | 1,07 (0,99-1,15) | 0,13             |             |
| Raça/cor preta                       | 575 (10,8)                 | 243 (11,6)     | 331 (10,2)    | 0,92 (0,83-1,02) | 0,13             |             |
| Mais de um episódio                  | 1915 (36)                  | 604 (28,9)     | 1311 (40,7)   | 1,39 (1,29-1,50) | <0,001           |             |
| Deficiências                         | 66 (1,2)                   | 38 (1,8)       | 28 (0,8)      | 0,68 (0,55-0,84) | <b>0,003</b>     |             |
| Deficiência física                   | 14 (0,2)                   | 10 (0,4)       | 4 (0,1)       | 0,55 (0,4-0,77)  | <b>0,03</b>      |             |
| Deficiência intelectual              | 19 (0,3)                   | 10 (0,4)       | 9 (0,2)       | 0,74 (0,49-1,15) | 0,34             |             |
| Deficiência mental                   | 14 (0,2)                   | 8 (0,4)        | 6 (0,2)       | 0,69 (0,44-1,08) | 0,28             |             |
| Transtorno de comportamento          | 16 (0,3)                   | 11 (0,5)       | 5 (1,6)       | 0,57 (0,41-0,8)  | 0,31             |             |
| Outras deficiências                  | 22 (0,4)                   | 12 (0,6)       | 10 (0,3)      | 0,65 (0,46-0,94) | 0,97             |             |
| Óbito                                | 12 (0,2)                   | 8 (0,4)        | 4 (0,1)       | 0,6 (0,4-0,88)   | 0,1              |             |
| <b>Tipos de Violência</b>            | Física                     | 1013 (19)      | 456 (21,8)    | 557 (17,3)       | 0,84 (0,78-0,91) | <0,001      |
|                                      | Psicológica                | 1769 (33,3)    | 545 (26)      | 1224 (38)        | 1,42 (1,31-1,53) | <0,001      |
|                                      | Negligência                | 2144 (40,4)    | 1124 (53,8)   | 1020 (31,7)      | 0,58 (0,54-0,62) | <0,001      |
|                                      | Sexual                     | 2760 (52)      | 732 (35)      | 2028 (63)        | 2,02 (1,89-2,18) | <0,001      |
| <b>Desfechos da violência sexual</b> | Gestação                   | -              | -             | 7 (0,2)          | -                | -           |
|                                      | Aborto legal               | -              | -             | 2 (0,1)          | -                | -           |
|                                      | Contracepção de emergência | -              | -             | 27 (0,8)         | -                | -           |
|                                      | Hepatites                  | 93 (1,8)       | 35 (1,7)      | 58 (1,8)         | 1,19 (1,01-1,40) | 0,02        |
|                                      | HIV                        | 110 (2,1)      | 41 (2)        | 69 (2,1)         | 1,18 (1,02-1,37) | 0,01        |
|                                      | IST                        | 123 (2,3)      | 45 (2,6)      | 78 (2,4)         | 1,17 (1,02-1,34) | 0,01        |
| <b>Formas de agressão</b>            | Força física               | 1655 (31,2)    | 582 (27,9)    | 1073 (33,3)      | 1,18 (1,1-1,28)  | <0,001      |
|                                      | Enforcamento               | 19 (0,6)       | 11 (0,5)      | 8 (0,2)          | 0,68 (0,46-1)    | 0,16        |
|                                      | Meio contundente           | 82 (1,6)       | 43 (2)        | 39 (1,2)         | 0,75 (0,6-0,92)  | <b>0,02</b> |
|                                      | Pêrfuro-cortante           | 67 (1,3)       | 34 (1,6)      | 33 (1)           | 0,78 (0,61-0,98) | 0,07        |
|                                      | Substância quente          | 54 (1)         | 24 (1,1)      | 30 (0,9)         | 0,88 (0,66-1,19) | 0,53        |
|                                      | Envenenamento              | 110 (2,1)      | 49 (2,3)      | 61 (1,9)         | 0,88 (0,71-1,09) | 0,32        |
|                                      | Arma de fogo               | 48 (0,9)       | 31 (1,5)      | 17 (0,5)         | 0,61 (0,49-0,75) | <0,001      |
|                                      | Ameaça                     | 970 (18,3)     | 289 (13,8)    | 681 (21,1)       | 1,41 (1,27-1,57) | <0,001      |
| Outras formas                        | 1979 (37,3)                | 1022 (48,9)    | 957(29,7)     | 0,65 (0,6-0,7)   | <0,001           |             |

\* Dado reportado como média ± desvio padrão. Variáveis estatisticamente significativas são identificadas em negrito. HIV – Vírus da imunodeficiência. IST – Infecção Sexualmente Transmissível

agressores pertenciam ao núcleo familiar da criança. A violência física foi praticada por meio de força física em 32,4% dos casos, 19,4% por ameaças, 2,1% intoxicações, 1,6% uso de objetos contundentes, 1,3 objetos pêrfuro-cortantes, 1% substâncias quentes, 0,9% praticados com uso de armas de fogo e 0,4% por enforcamento.

A faixa etária entre seis a doze anos apresentou associação significativa aos tipos de violência física, sexual e psicológica, enquanto crianças entre zero e cinco anos estariam mais suscetíveis a negligência (Tabela 3).

A Tabela 4 identifica as unidades de notificação e os encaminhamentos realizados pelas instituições de notificação.

**Tabela 2 - Características dos agressores notificados nos casos de violência contra crianças. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.**

| Variáveis                         | TOTAL       | Sexo Masculino | Sexo Feminino | IC 95%           | P                |
|-----------------------------------|-------------|----------------|---------------|------------------|------------------|
|                                   | (n=5308)    | (n=2089)       | (n=3219)      |                  |                  |
| <b>Agressor</b>                   |             |                |               |                  |                  |
| Uso de álcool durante a violência | 944 (17,8)  | 241 (11,6)     | 703 (21,8)    | 1,59 (1,4-1,8)   | <b>&lt;0,001</b> |
| Sexo Masculino                    | 2937 (55,3) | 885 (42,4)     | 2052 (63,7)   | 1,67 (1,55-1,8)  | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Vínculo com a vítima</b>       |             |                |               |                  |                  |
| Familiar                          | 3294 (62,1) | 1381 (66,1)    | 1913 (59,4)   | 0,84 (0,78-0,9)  | <b>&lt;0,001</b> |
| Namorado(a)                       | 554 (10,4)  | 125 (6)        | 429 (13,3)    | 1,83 (1,56-2,14) | <b>&lt;0,001</b> |
| Membro da comunidade              | 144 (2,7)   | 59 (2,8)       | 85 (2,6)      | 0,95 (0,78-1,16) | 0,67             |
| Desconhecido                      | 1030 (19,4) | 364 (17,4)     | 666 (20,7)    | 1,14 (1,04-1,25) | <b>0,004</b>     |
| Relação institucional             | 65 (1,2)    | 35 (1,7)       | 30 (0,9)      | 0,72 (0,57-0,9)  | <b>0,01</b>      |
| Amigo                             | 894 (16,8)  | 316 (15,1)     | 578 (18)      | 1,11 (1,01-1,22) | 0,3              |
| Cuidador                          | 108 (2)     | 40 (1,9)       | 68 (2,1)      | 1,04 (0,81-1,33) | 0,81             |
| Mãe                               | 1772 (33,4) | 921 (44)       | 851 (26,4)    | 0,6 (0,56-0,64)  | <b>&lt;0,001</b> |
| Irmão                             | 154 (2,9)   | 52 (2,5)       | 102 (3,2)     | 1,16 (0,9-1,45)  | 0,2              |
| Avô                               | 254 (4,8)   | 46 (2,2)       | 208 (6,5)     | 2,23 (1,71-2,9)  | <b>&lt;0,001</b> |
| Avó                               | 68 (1,3)    | 32 (1,5)       | 36 (1,1)      | 0,83 (0,64-1,07) | 0,24             |
| Tio                               | 291 (5,5)   | 70 (3,4)       | 221 (6,9)     | 1,67 (1,36-2,05) | <b>&lt;0,001</b> |
| Tia                               | 32 (0,6)    | 17 (0,8)       | 15 (0,5)      | 0,74 (0,53-1,02) | 0,16             |
| Padrasto                          | 535 (10,1)  | 121 (5,8)      | 141 (4,4)     | 1,79 (1,52-2,09) | <b>&lt;0,001</b> |
| Outros vínculos                   | 13 (0,2)    | 1 (0,04)       | 12 (0,4)      | 5,13 (0,78-33,7) | <b>0,04</b>      |
| <b>Local do abuso</b>             |             |                |               |                  |                  |
| Casa                              | 3840 (72,3) | 1344 (64,3)    | 2496 (77,5)   | 1,45 (1,35-1,55) | <b>&lt;0,001</b> |
| Escola                            | 116 (2,2)   | 62 (3)         | 54 (1,7)      | 0,73 (0,61-0,87) | <b>0,002</b>     |
| Via pública                       | 203 (3,8)   | 93 (4,5)       | 110 (3,4)     | 0,85 (0,73-1)    | 0,065            |
| Comércio/serviços                 | 676 (12,7)  | 365 (17,5)     | 311 (9,7)     | 0,69 (0,64-0,75) | <b>&lt;0,001</b> |
| Habitação coletiva                | 66 (1,2)    | 32 (1,5)       | 34 (1)        | 0,81 (0,63-1,04) | 0,16             |
| Local de prática esportiva        | 16 (0,3)    | 12 (0,6)       | 4 (0,1)       | 0,52 (0,34-0,7)  | <b>0,008</b>     |
| Outros                            | 54 (1)      | 19 (0,9)       | 35 (1,1)      | 1,12 (0,78-1,6)  | 0,62             |

Variáveis estatisticamente significativas são identificadas em negrito.

**Tabela 3 - Tipo de violência praticada contra crianças de acordo com a idade. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.**

| Tipo de violência | Idade (anos) |             | Valor de p† |
|-------------------|--------------|-------------|-------------|
|                   | 0 - 5*       | 6 - 12*     |             |
| Física            | 365 (14,7)   | 647 (22,9)  | <0,001      |
| Sexual            | 683 (27,5)   | 2077 (73,5) | <0,001      |
| Psicológica       | 472 (19)     | 1296 (45,9) | <0,001      |
| Negligência       | 1591 (64)    | 530 (18,8)  | <0,001      |

\*n (%); † Qui-quadrado de Pearson

Os hospitais notificaram 4976 casos de violência contra crianças, seguido pelas unidades de pronto atendimento e centros especializados em saúde, ambos com 107 notificações cada. Dos casos notificados pelos hospitais, 3254 (65,4%) foram encaminhados para tratamento no setor saúde, 3960 (79,6) para o conselho tutelar e 995 (20%) para acompanhamento dos

serviços da assistência social (CRAS/CREAS). Os casos que foram atendidos pelas unidades de pronto atendimento, 66 (61,7%) foram encaminhados para o conselho tutelar, 64 (59,8%) para o setor saúde e 10 (9,3%) para acompanhamento dos serviços da assistência social (CRAS/CREAS). Os centros de especialidades em saúde encaminharam para o setor saúde 67 (62,6%) dos casos, para o conselho tutelar 68 (63,6%) e para o Instituto Médico Legal (IML) 26 (24,5%).

## DISCUSSÃO

Pela primeira vez, nosso estudo identifica as características da violência contra crianças de acordo com o sexo com mais de cinco mil crianças entre zero e 12 anos de idade.

As meninas foram significativamente mais velhas do que os meninos quando a violência ocorreu. O risco de meninas serem vítimas de abuso sexual aumenta com a idade, enquanto para meninos, o maior risco é durante a adolescência.<sup>21</sup>

**Tabela 4** - Distribuição de frequência (%) das ocorrências registradas nas unidades notificadoras, segundo o Sistema de Notificação de Violências e Acidentes/VIVA entre 2009-2015. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.

| Enc. Realizados    | Unidades Notificadoras |            |               |           |           |           |
|--------------------|------------------------|------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
|                    | Hospital               | UPA        | Centro Espec. | ESF       | UBS       | Outros    |
| Enc. Saúde         | 3254 (65,4)            | 64 (59,8)  | 67 (62,6)     | 27 (61,4) | 22 (50)   | 14 (53,8) |
| Conselho Tutelar   | 3960 (79,6)            | 66 (61,7)  | 68 (63,6)     | 23 (52,3) | 32 (72,7) | 19 (73,1) |
| Vara Inf e Juv     | 243 (5,8)              | 2 (3,4)    | 11 (10,4)     | 0         | 0         | 0         |
| Abrigo             | 125 (3)                | 2 (3,4)    | 5 (4,7)       | 0         | 0         | 1 (4)     |
| Sentinela          | 233 (5,5)              | 2 (3,4)    | 15 (14,4)     | 0         | 0         | 0         |
| DEAM               | 14 (0,3)               | 3 (2,8)    | 0             | 1 (2,3)   | 0         | 1 (3,8)   |
| DECA               | 442 (8,9)              | 4 (3,7)    | 17 (15,9)     | 5 (11,4)  | 3 (6,8)   | 0         |
| MP                 | 821 (16,5)             | 4(3,7)     | 17 (15,9)     | 0         | 1 (2,3)   | 0         |
| CREAM              | 10 (0,2)               | 0          | 0             | 1 (2,3)   | 0         | 0         |
| CRAS/CREAS         | 995 (20)               | 10 (9,3)   | 23 (21,5)     | 3 (6,8)   | 12 (27,3) | 1 (3,8)   |
| IML                | 1825 (43,2)            | 5 (8,6)    | 26 (24,5)     | 0         | 2 (7,1)   | 0         |
| Educação           | 20 (2,7)               | 2 (4,1)    | 0             | 2 (10,5)  | 1 (6,3)   | 0         |
| Del. Inf. Juv      | 46 (6,1)               | 2 (4,1)    | 0             | 0         | 2 (12,5)  | 0         |
| Defensoria Pública | 9 (1,2)                | 1 (2)      | 0             | 0         | 0         | 0         |
| <b>Total</b>       | <b>4976</b>            | <b>107</b> | <b>107</b>    | <b>44</b> | <b>44</b> | <b>26</b> |

Teste t de Student.. (UPA: Unidade de Pronto Atendimento; Centro espec.: Cento de especialidades em saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; Vra Inf e Juv: Vara da Infância e Juventude; DEAM: Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher; DECA: Delegacia de Polícia para Crianças e Adolescentes; MP: Ministério Público; CREAM: Centro de referência Especializado de Atendimento à Mulher; CRAS/CREAS: Centro de Referência Assistência Social/Centro de Referência Especializado Assistência Social; IML: Instituto Médico-Legal.

Esses achados também concordam com os resultados de uma metanálise realizada para identificar a prevalência do abuso sexual infantil a nível mundial, incluindo 22 países. Este estudo apontou que meninas são mais suscetíveis a sofrerem algum tipo de abuso sexual, identificando que 19,7% das mulheres sofreram algum tipo de abuso sexual antes dos dezoito anos de idade, enquanto o sexo masculino apresentava uma prevalência de 7,9%.<sup>17</sup>

Os dados mostram uma prevalência de 60,6% de algum tipo de violência em crianças do sexo feminino. Esse sexo foi mais suscetível à violência sexual em comparação com crianças do sexo masculino. Por outro lado, os meninos sofrem mais episódios de violência física ( $p < 0,001$ ) e negligência ( $P = 0,01$ ) quando comparados ao sexo feminino. Estudos indicam que o risco de sofrer abuso sexual na infância é igual tanto para meninas quanto para meninos.<sup>22</sup> Entretanto, os meninos podem não denunciar os abusos devido aos estigmas sociais relacionados à masculinidade, visto que um homem abusado por outro homem pode não revelar os abusos devido ao temor pela estigmatização homossexual.<sup>21,23</sup> A discrepância entre os resultados em relação ao gênero, podem ser parcialmente atribuídos a uma possível subnotificação ou falha na identificação dos casos de abuso sexual contra meninos. O padrão da diferença das notificações em relação ao gênero (mais meninas do que meninos) é universal.<sup>24</sup> Outro ponto a ser destacado são as relações sociais e a relação

de poder do sexo masculino em relação ao feminino, baseado na construção dos gêneros.<sup>25</sup>

Nossos resultados concordam com achados de que crianças entre dois e oito anos de idade são as maiores vítimas de algum tipo de violência.<sup>4,18-20</sup> A exposição a vários tipos de violência, entre todas as idades, identificam a grande vulnerabilidade das crianças em relação aos maus-tratos, contudo, estudos indicam que quanto mais nova a criança, mais suscetível ela está a situações de violência, devido a sua inabilidade para identificar e reagir a estas situações.<sup>25</sup> Estudos sugerem que a exposição a vários tipos de violência tem um impacto maior na primeira infância do que a exposição a um único tipo de violência, entretanto deve-se levar em consideração o tempo de exposição, pois ele também influencia neste impacto.<sup>26</sup>

A predominância de vítimas de violência no sexo feminino vai ao encontro de estudos anteriores.<sup>27-31</sup> Dois estudos, um realizado com dados de 22 países e outro realizado em mais de 190 países, identificaram que o sexo feminino frequentemente sofre de abuso sexual e o sexo masculino frequentemente sofre de abuso sexual e o sexo masculino violência física. A prevalência de abuso sexual aparece em torno de 20% nas meninas e 8% nas crianças do sexo masculino.<sup>2,17,18</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>32</sup> aponta que características incapacitantes, como algum tipo de deficiência, não parecem ser fatores de risco importantes para o abuso quando outros fatores são considerados, como o contexto de



desenvolvimento, condições de vida da criança, sua família e comunidade.<sup>24</sup> Consideramos que o apoio social ou familiar pode contribuir para que esta vulnerabilidade não represente uma condição predisponente à violência.

A variável violência praticada por mais de um abusador foi significativamente predominante na população infantil feminina. Meninas são mais suscetíveis a serem violentadas por mais de um abusador, quando comparados aos meninos. A literatura relata que 15% dos casos de abuso sexual são perpetrados por mais de um abusador.<sup>33</sup> Os resultados apontam que a violência é um problema de saúde para as mulheres desde a infância, a prevalência de violência no sexo feminino aponta para um fenômeno intergeracional, uma vez que as mulheres são as maiores vítimas de abusos no decorrer da vida.

Crianças do sexo feminino apresentaram associação em relação ao agressor estar sob efeito do álcool durante o episódio de violência quando comparado com meninos. Segundo dados da OMS<sup>1</sup> o uso do álcool é um fator classificado como de risco, predispondo à ocorrência de violências.

Na análise univariada, as vítimas do sexo masculino apresentaram significativamente mais deficiências em comparação com as mulheres. Tal resultado provavelmente se deve à alta prevalência de incapacidade física e transtornos de comportamento encontrados neste estudo. A literatura aponta que as deficiências favorecem os casos de violência.<sup>1,34</sup>

O sexo masculino do abusador associa-se com a criança do sexo feminino. Inversamente, a mesma associação ocorre quando o agressor é do sexo feminino, porém associa-se com crianças do sexo masculino. Esse resultado discorda da literatura, apontando que o sexo masculino frequentemente comete atos de violência contra a criança.<sup>4,34</sup> Nossos resultados divergentes podem ser explicados devido à dificuldade de identificar as mulheres como possíveis suspeitas nos casos de abuso e a falta de treinamento das equipes em identificar esses casos.

Não há diferença relacionada ao local da ocorrência da violência, provavelmente devido a episódios de violência ocorridos tanto em casa quanto na comunidade. No entanto, quando são especificados os locais de ocorrência da violência, percebe-se que meninos sofrem violências mais comumente na escola (3%) e no comércio ou serviços (17,5%). Comparativamente, as meninas sofrem mais violência em sua própria casa (77,5%). Nossos resultados concordam com a estatística descritiva utilizada na literatura, identificando que a maioria dos casos de violência contra criança ocorrem no próprio domicílio da criança.<sup>2</sup>

Nesta pesquisa evidenciou-se que os hospitais são as instituições de saúde que mais notificaram os casos de violência contra crianças e a atenção primária apresenta os menores números de notificações. Segundo a literatura, podemos identificar alguns fatores que favorecem a não notificação, tais como: o desconhecimento da legislação existente, déficit na formação profissional, dificuldade de identificar as violências, a invisibilidade dos indicadores por parte dos profissionais, medo de represálias dos agressores, aspectos culturais que acreditam que a violência é um problema familiar e a não consideração da

punição física como forma de violência e sim como uma prática educativa.<sup>35,36</sup>

O fato de relacionar a notificação como uma denúncia, pode ser um dos motivos pelos quais os profissionais tenham medo de notificar, com o intuito de não se envolver em atos legais. A notificação dos casos de violência é essencial para a criação de estratégias de enfrentamento, possibilitando a interrupção da mesma e desencadeando medidas de proteção além de gerar informações sobre a situação local. O ECA detém a obrigatoriedade legal da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, contudo, também está previsto nos códigos de ética das diversas profissões da saúde, não se configurando a notificação como quebra de sigilo profissional.<sup>37,38</sup>

Como limitações do estudo, verifica-se que as variáveis provenientes de banco de dados secundário, não permitiu a realização do controle de qualidade das informações obtidas. Entretanto, essa limitação citada não comprometeu os resultados obtidos devido à relevância do tema apresentado, ao tamanho e composição da amostra e por apresentar apenas casos de violência nessa população. Tais características permitem melhor caracterização do fator de risco de violência entre meninas e meninos colaborando para a compreensão da vulnerabilidade. Outra limitação verificada foi o fato da base publicada na página eletrônica da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) de Porto Alegre não possuir dados em tempo real, possibilitando que em 2017 seja realizada a consulta de dados de 2015.

## **CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O estudo caracterizou a violência notificada contra crianças de acordo com o sexo a partir da notificação e do registro na rede de atendimento do SUS. Nossos achados revelam alta prevalência de violência sexual no sexo feminino, enquanto a negligência e a agressão física são predominantes no sexo masculino. As agressões provocadas por mais de um agressor são predominantes na população infantil feminina. O autor do abuso tem vínculo familiar com a vítima do sexo feminino e está sob efeito do álcool durante a agressão. A equipe de saúde, os cuidadores e os demais membros da comunidade devem suspeitar de violência contra crianças considerando, além do sexo da criança, características como idade, sinais de violência física e sexual, negligência, bem como sinais de agressão provocados por mais de um infrator e abordar a dinâmica do vínculo familiar e abuso de álcool pelos responsáveis legais da criança. Diante dessas características, a violência contra crianças deve ser suspeitada e investigada independentemente das deficiências, distúrbios do comportamento, raça, ocorrência local e sexo do cuidador da criança.

Os resultados do estudo apontam que os serviços de alta complexidade são os que mais realizam notificação, contudo é importante destacar que a atenção básica, por estar no território e ter maior inserção nos domicílios, tem papel fundamental na identificação e notificação de violências contra meninos e

meninas. Desse modo, mostra-se necessário maior investimento em ações de apoio aos serviços de atenção básica para que, além de notificar, trabalhem na prevenção e enfrentamento da violência.

O estudo contribui com indicadores das violências e vulnerabilidades de acordo com o sexo e oferece subsídios para que os serviços da rede intersectorial (serviços de saúde, assistência social, educação e justiça) discutam e elaborem projetos de enfrentamento. A escassez de publicações sobre o tema, especialmente no âmbito nacional, sinaliza uma grande lacuna no conhecimento. Além disso, os resultados fornecem informações no âmbito de saúde pública, para o desenvolvimento de ações de prevenção e enfrentamento dessa vulnerabilidade, bem como o fortalecimento de políticas públicas voltadas às crianças.

Destacamos que as redes de serviço intersectorial (serviços de saúde, assistência social, educação e justiça) discutam e planejem ações de enfrentamento à violência infantil, com o intuito de proteger às crianças vítimas deste agravo e garantir seus direitos, estratificando os indicadores por sexo.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Thayane Martins Dornelles. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Coleta ou produção dos dados. Thayane Martins Dornelles. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Análise de dados. Thayane Martins Dornelles. Andréia Barcellos Teixeira Macedo. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Interpretação dos resultados. Thayane Martins Dornelles. Andréia Barcellos Teixeira Macedo. Liliانا Antonioli. Edwing Alberto Urrea Vega. Adalvane Nobres Damaceno. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Thayane Martins Dornelles. Andréia Barcellos Teixeira Macedo. Liliانا Antonioli. Edwing Alberto Urrea Vega. Adalvane Nobres Damaceno. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Aprovação da versão final do artigo. Thayane Martins Dornelles. Andréia Barcellos Teixeira Macedo. Liliانا Antonioli. Edwing Alberto Urrea Vega. Adalvane Nobres Damaceno. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Thayane Martins Dornelles. Andréia Barcellos Teixeira Macedo. Liliانا Antonioli. Edwing Alberto Urrea Vega. Adalvane Nobres Damaceno. Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

## EDITOR ASSOCIADO

Gerson Luiz Marinho

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention. Geneva: WHO; 2014. [citado 2020 jun 03]. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/).
2. United Nations Children's Fund. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014. [citado 2020 jun 03]. Disponível em: [https://www.unicef.org/publications/files/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_Summary\\_EN\\_2\\_Sept\\_2014.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_Summary_EN_2_Sept_2014.pdf)
3. Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell'Aglio DD. Sexual violence against children and adolescents: Data from a reference service. *Temas Psico*. 2010;18(1):85-97. [citado 2020 jun 03]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a08.pdf>
4. Faleiros JM, Matias AS, Bazon MR. Violence against children in the city of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: Child abuse prevalence estimated from school system data. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):337-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200012>.
5. Nunes AJ, Sales MC. Violence against children in Brazilian scenery. *Cien Saude Colet*. 2016;21(3):871-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.
6. Hoft M, Haddad L. Screening children for abuse and neglect: A review of the literature. *J Forensic Nurs*. 2017;13(1):26-34. <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.000000000000136>.
7. Veenema TG, Thornton CP, Corley A. The public health crisis of child sexual abuse in low and middle-income countries: An integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(4):864-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.017>.
8. Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(1):85-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.017>.
9. Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Violence against children and adolescents: Profile and tendencies resulting from Law 13.010. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1237-46. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>.
10. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. A boy, being a victim, nobody really buys that, you know?: Dynamics of sexual violence against boys. *Child Abuse Negl*. 2017;70:53-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.008>.
11. Benschley LS, Van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med*. 2000;18(2):151-8. [citado 2020 jun 03]. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797\(99\)00084-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797(99)00084-7)
12. Wilson HW, Widom CS. An examination of risky sexual behavior and HIV in victims of child abuse and neglect: A 30-year follow-up. *Health Psychol*. 2008;27(2):149-58. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.149>.
13. Haydon AA, Hussey JM, Halpern CT. Childhood abuse and neglect and the risk of STDs in early adulthood. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(1):16-22. <http://dx.doi.org/10.1363/4301611>.
14. Richter L, Komárek A, Desmond C, Celentano D, Morin S, Sweat M, Chariyalertsak S, Chingono A, Gray G, Mbwambo J & Coates T. Reported physical and sexual abuse in childhood and adult HIV risk behaviour in three African countries: findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS Behav*. 2014;18(2):381-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0439-7>.
15. Rao S, Lux AL. The epidemiology of child Maltreatment. *Paediatr Child Health*. 2012;22(11):459-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2012.09.002>.
16. Rolim AC, Moreira GA, Gondim SM et al. Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):1048-55. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0050.2515>.
17. Santomé LM, Leal SMC, Mancia JR, Gomes AMF. Children hospitalized due to maltreatment in the ICU of a Public Health Service. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1420-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0502>.
18. Ribeiro MA, Ferriani Md, Reis JN. Sexual abuse of children and adolescents: characteristics of sexual victimization in family relations. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):456-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200013>.
19. Souza Cdos S, Costa MC, de Assis SG et al. Surveillance System for Violence and Accidents (VIVA) and notification of infant-juvenile violence in the Brazilian Unified Health System (SUS) in Feira de Santana in the state of Bahia. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):773-84. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>.

20. Tanaka M, Suzuki YE, Aoyama I et al. Child sexual abuse in Japan: A systematic review and future directions. *Child Abuse Negl.* 2017;66:31-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.041>.
21. Gray S, Rarick S. Exploring gender and racial/Ethnic differences in the effects of child sexual abuse. *J Child Sex Abuse.* 2018;70:87. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2018.1484403>.
22. Abajobir A, Kisely S, Maravillaa JC, Williams G. Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. 2017;63:249-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023>.
23. Coburn P, Harvey MB, Shelbie F et al. Boys abused in a community setting: an analysis of gender, relationship, and delayed prosecutions in cases of child sexual abuse. *J Child Sex Abuse.* 2019;28(5):586-607. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2019.1580329>.
24. Karayianni E, Fanti KA, Diakidoy I-A, Hadjicharalambous M-Z, Katsimicha E. Prevalence, contexts, and correlates of child sexual abuse in Cyprus. *Child Abuse Negl.* 2017;66:41-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.016>.
25. Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Characteristics of the notification of violence against children in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Epidemiol Serv Saude.* 2016;25(4):799-806. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400013>.
26. Green MJ, Tzoumakis S, McIntyre B. Childhood maltreatment and early developmental vulnerabilities at Age 5 Years. *Child Dev.* 2017;89(5):1-14. <http://dx.doi.org/10.1111/cdev.12928>.
27. Salvagni EP, Wagner MB. Development of a questionnaire for the assessment of sexual abuse in children and estimation of its discriminant validity: A case-control study. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82(6):431-6. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1523>.
28. Garbin CS, Queiroz AP, Saliba TA. Domestic violence experienced in infancy: An investigation in adolescents. *Psychol Rev.* 2012;18(1):107-18.
29. Veloso MM, Magalhães CM, Dell'Aglio DD et al. Notification of violence as a strategy for health surveillance: Profile of a metropolis in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2013;18(5):1263-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>.
30. Gava LL, Silva DG, Dell'Aglio DD. Symptoms and psychopathology pictures identified in forensic evaluations of sexual abuse in childhood and adolescence. *PSICO.* 2013;44(2):235-44.
31. Arruda PS, Lerch VL, Lerch GL et al. Violence against children and adolescents: Characteristics of notified cases in a southern Reference Center of Brasil. *Egobal.* 2017;46:419-31. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235251>.
32. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. [citado 2020 jun 03]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=CD1A7213B32F928845C1C91D41F8DDF1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=CD1A7213B32F928845C1C91D41F8DDF1?sequence=1).
33. Butun C, Yildirim A, Ozer E et al. A Nonrandom Sample of 55 Sexual Abuse Cases in Sivas. *Med Sci Monit.* 2017;10(23):4360-5. <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.905591>.
34. Moreira MC, Bastos OM, Bastos LC et al. Violence against children and adolescents with disabilities: Narratives with guardianship councilors. *Cien Saude Colet.* 2014;19(9):3869-78. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.12172013>.
35. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Cien Saude Colet.* 2016;3(21):871-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.
36. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. Nursing actions face to sexual violence against children and adolescents. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(5):919-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500018>.
37. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Mandatory reporting of child abuse by professionals of Family Health Teams. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):481-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>.
38. Thomazine AM, Oliveira BRG, Vieira CS. Attention to child and teenagers victims of intrafamiliar violence for nurses in health services of ready-care. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(4):830-840. [citado 2020 jun 03]. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf)