

Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011

Violence against children:
an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011

Susana Maria Moreira Rates¹

Elza Machado de Melo²

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas³

Deborah Carvalho Malta³

Abstract This article aims to describe and analyze reporting of violence against children from 0 to 9 years of age, issued by the public health services, in Brazil. Data from the Violence and Accident Surveillance System (Viva-SINAN) were used. The frequency of selected variables was calculated by age group (0-1; 2-5 and 6-9 years of age) as well as their Prevalence Ratios (PR). 17.900 cases were reported: 33% in the 0-1 year group; 35,8% in the 2-5 year group; and 31,2% in the 6-9 year group. Physical violence predominated among boys (PR: 1.22; CI 95%: 1,16-1,28); 6-9 years old (PR: 1,19; CI 95%: 1,12-1,27). Sexual violence predominated among girls, mulatto/afro-descendant (PR: 1.12; CI 95 %: 1.06 to 1.19); 6-9 years (PR: 4.63; CI 95%: 4.22- 5.08) with more chances of occurring at home (PR: 1.38, CI: 95%: 1.29-1.48); psychological violence prevailed among girls, mulatto/afro-descendant (PR: 1.10; CI 95 %: 1.03-1.18), 6-9 years old (PR: 2.95; CI 95%: 2.69- 3.23), at home (PR: 1.40; CI 95%: 1.29-1.53); negligence predominated among boys (PR: 1.33 ; 95% CI: 1.27-1.39); 0-1 years and their parents were the most prevalent perpetrators. The results indicate the need to strengthen intersectoral actions aiming at extending the social protection and care network.

Key words Domestic violence, Child abuse, Epidemiology, Reporting of violence

Resumo Este artigo tem por objetivo analisar notificações de violências contra crianças entre 0 a 9 anos, registradas pelos serviços públicos de saúde no Brasil. Utilizaram-se os dados do Sistema da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/SINAN); foram calculadas frequências de variáveis selecionadas segundo grupo etário (0 a 1; 2 a 5, 6 a 9 anos) e Razões de Prevalências. Foram notificados 17.900 casos, 33% no grupo de 0 a 1, 35,8% no de 2 a 5 e 31,2% no de 6 a 9 anos. Violência física predominou nos meninos (RP: 1,22; IC95%: 1,16-1,28), de 6 a 9 anos (RP: 1,19; IC95%:1,12-1,27). Violência sexual predominou em meninas, cor parda/preta (RP: 1,12; IC: 95%: 1,06-1,19), de 6 a 9 anos (RP: 4,63; IC 95%: 4,22-5,08) e com maior chance de ocorrer no domicílio (RP: 1,38; IC: 95%: 1,29-1,48); violência psicológica prevaleceu em meninas, de cor parda/preta (RP: 1,10; IC 95%: 1,03-1,18), de 6 a 9 anos (RP: 2,95; IC 95%: 2,69-3,23), no domicílio (RP: 1,40; IC 95%: 1,29-1,53); negligência predominou em meninos (RP: 1,33; IC 95%:1,27-1,39), 0 a 1 ano; os pais foram os autores mais prevalentes. Os resultados apontam a necessidade de fortalecer ações intersectoriais visando ampliar a rede de proteção social. **Palavras-chave** Violência doméstica, Abuso infantil, Epidemiologia, Notificação de violência

¹ Gerência de Regulação, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena 2.336/10º, Funcionários. 30130-007Belo Horizonte MG Brasil. susana.rates@hotmail.com

² Coordenação do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Introdução

A violência contra as crianças é universal e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública em todo o mundo e que afeta, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidades¹⁻⁶. A incorporação do tema à agenda do setor saúde, iniciado na década de 60 e, mais fortemente, nas duas últimas do século XX, vem ganhando espaço e importância para o enfrentamento do problema⁷. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente⁸ avançou ao considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, garantindo-lhes prioridade absoluta⁹.

Mas sua dimensão real é desafio a ser superado pelas dificuldades em estabelecer as circunstâncias das ocorrências relativas às violências, pela falta de uniformidade e de integração dos registros bem como pelas diferenças conceituais nas tipologias^{10,11}. Scherer e Scherer¹¹ retratam a insuficiente formação dos profissionais bem como a necessidade de integração dos serviços de atendimento e de proteção às vítimas.

A violência é fenômeno complexo não sendo possível explicá-lo por meio de uma visão unilinear de causa e efeito, mas como resultante de um contexto e de uma dinâmica sociocultural e política que, segundo relações de poder estabelecidas, perpassam o tecido social de forma arraigada e profunda, como se natural fosse a existência de um mais forte dominar um mais fraco. Esta naturalização da violência e das relações de dominação precisa ser enfrentada e superada¹².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como “o uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”³¹. No Brasil, o Ministério da Saúde a conceitua como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros e a diferença de acidente, por serem estes de origem não intencional e evitável¹³. Quanto à sua natureza, a OMS a classifica como violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono¹.

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde apontam que no ano de 2012 as causas externas foram as principais causas de mortalidade em crianças

de 1 ano a 10 anos com grandes diferenciais segundo raça/cor¹⁴.

Alguns estudos encontraram maior frequência de notificações de violências em crianças do sexo feminino¹⁵⁻¹⁷, mas outros apontam o sexo masculino com maior predominância entre as vítimas^{18,19}. Segundo Martins¹⁷, o coeficiente estimado de mortalidade por maus-tratos é de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 para meninos no mundo. Pelos dados do SIM, no ano de 2012¹⁴, a razão dos óbitos por agressões nos meninos de 0 a 9 anos foi de 1,41 em relação às meninas.

As violências, mesmo quando não deixam marcas físicas evidentes, trazem sofrimentos psicológicos e afetivos que deixam profundos traumas para toda a existência^{1,20}. O uso da violência física como prática disciplinadora é apontado em vários estudos como um dos motivos para tamanha violação dos direitos das crianças^{6,17,19,21-23}. Destaca-se que a violência contra criança se associa com a experiência de violência vivida na infância pelos pais⁶ e ainda que, o contexto de violência doméstica aumenta o risco para que crianças nela envolvidas tornem-se vítimas de homicídios²⁴.

As leis brasileiras vêm avançando sobremaneira no combate a qualquer forma de tratamento desumano e na garantia dos direitos das crianças. A Constituição de 1988²⁵, em seu artigo 227, expressa o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores, as ideias e o direito de opinião da criança e do adolescente. O Estatuto da Criança é importante marco neste cenário. Recentemente, foi aprovada a Lei Menino Bernardo²⁶, que busca a mudança da cultura das práticas educacionais que violam direitos das crianças enquanto sujeitos cidadãos.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), com dois componentes: a) Vigilância por Inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados; e, b) Vigilância Contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras interpessoais ou autoprovocadas¹⁵. Este sistema que foi implantado inicialmente nas maternidades e nos serviços de atendimentos às doenças sexualmente transmissíveis e especializados para vítimas de violências, a partir 2009 estendeu-se para todos os serviços de saúde, integrando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁵. A publicação da Portaria n. 104²⁷, que torna compulsória todas as violências interpessoais e autoprovocadas trouxe tam-

bém potência para esse movimento de ampliação. Importante conhecer essas ocorrências e sua distribuição no território brasileiro para a identificação de regiões e áreas do território com maior vulnerabilidade social e assim, nortear a implementação de ações de saúde capazes de impactar na melhoria da qualidade de vida¹⁵.

O presente estudo tem como objetivo analisar as notificações de violências contra as crianças com até 9 anos, 11 meses e 29 dias de idade, nos serviços públicos de saúde do Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo-analítico, baseado nas notificações de violência em crianças na faixa etária entre 0 e 9 anos, ocorridas no Brasil, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011. A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de notificação “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatoriais especializados, dentre outros, são responsáveis pela notificação dos casos. As secretarias municipais de saúde dos municípios de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e, posteriormente, a transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal, de modo a compor a base de dados nacional.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para avaliação: (1) características demográficas da vítima/pessoa atendida (sexo, idade, raça/cor da pele, presença de deficiência ou transtorno e região de moradia); (2) características da ocorrência (se ocorrido no domicílio, violência de repetição, natureza da lesão, segmento corporal atingido); (3) tipo de violência; (4) Características do agressor (vínculo com a vítima, suspeita de consumo de bebida alcoólica); e, (5) evolução do caso e tipo de encaminhamento no setor saúde.

A associação entre as variáveis selecionadas e os grupos etários de crianças (0 a 1 ano, 2 a 5 e 6 a 9 anos de idade) foi verificada pelo teste do qui-quadrado (χ^2). Por meio da regressão de Poisson, estimaram-se as Razões de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram processados no programa Stata, versão 11 (StataCorp College Station, Estados Unidos).

Por se tratar de uma ação permanente de vigilância epidemiológica instituída pelo Ministério

da Saúde em todo o território nacional, não foi necessário emitir termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros para preservar a identidade dos indivíduos que compunham a base de dados analisada. Os dados foram obtidos junto ao Ministério da Saúde em base anônima, não identificada.

Resultados

Em 2011, o VIVA/SINAN registrou 17.900 casos de violência contra a criança ≤ 9 anos, sendo 33% entre 0 a 1 ano, 35,8% entre 2 a 5 anos e 31,2% entre 6 a 9 anos. As meninas apresentam maior frequência dos registros, seja globalmente (54,3%) seja como quando se analisam os grupos etários ($p < 0,001$). Quanto à raça/cor da pele, as proporções da cor branca e preta/parda são semelhantes e a da amarelo/indígena foi 1,6%; a maior proporção de notificações em crianças de cor branca está na faixa de 0 e 1 ano (51,8%) e em crianças de cor preta/parda na faixa de 6 a 9 anos (52,6%; $p < 0,001$). Crianças com deficiência representaram 5,1% das ocorrências. A maior proporção de casos notificados foi na região sudeste (42,9%) e a menor foi na região Norte (8,2%) (Tabela 1).

Em relação às características do evento, 73,6% dos casos ocorreram no domicílio da vítima. Em 43,6% dos casos a violência foi de repetição e esta proporção foi maior entre as crianças de 6 a 9 anos (53,8%; $p < 0,001$). Não houve lesão em 39,6% dos casos e, se presente, o segmento corporal mais atingido foi cabeça/pescoço (35,4%), seguida de tórax/abdome/pelve (33%). O registro de evolução dos casos notificados mostrou que 89,6% receberam alta e 198 casos (1,5%) evoluíram para o óbito, sendo 129 por violência e 69 por outras causas. Foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial 61,6% dos casos, sendo esta proporção maior entre as crianças mais velhas de 6 a 9 anos (70,7%). A internação ocorreu em 22,2% dos casos registrados e foi proporcionalmente maior entre as crianças de 0 e 1 ano (32,5% $p < 0,001$) (Tabela 2).

Dos tipos de violência, as predominantes foram a negligência ($n = 7.716$; 47,5%), seguidas das violências física ($n = 5.969$, 38,5%), sexual ($n = 5.675$, 37%) e psicológica/moral ($n = 3.772$; 25,2%). A violência física predominou entre crianças de 6 a 9 anos (44,9%) seguida pelo grupo etário de 0 a 1 ano (37,6%; $p < 0,001$). A violência sexual foi mais frequente entre as crianças

Tabela 1. Notificações de violência contra crianças segundo características demográficas por faixa etária. Brasil, 2011.

Características	Faixa etária						Total		Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9		(N = 17.900; 100,0%)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo [n = 17.900]									0,000
Feminino	3.066	51,9	3.564	55,7	3.093	55,3	9.723	54,3	
Masculino	2.843	48,1	2.837	44,3	2.497	44,7	8.177	45,7	
Raça/cor da pele [n = 13.873]									0,000
Branco	2.235	51,8	2.551	50,4	2.049	45,6	6.835	49,3	
Preto/pardo	2.019	46,8	2.439	48,2	2.361	52,6	6.819	49,2	
Amarelo/indígena	65	1,7	71	1,4	83	1,9	219	1,6	
Deficiência/transtorno [n = 12.972]									0,000
Sim	151	4,1	190	3,9	319	7,2	660	5,1	
Não	3.519	95,9	4.690	96,1	4.103	92,8	12.312	94,9	
Região [17.900]									0,000
Norte	282	4,8	526	8,2	654	11,7	1.462	8,2	
Nordeste	958	16,2	960	15,0	911	16,3	2.829	15,8	
Sudeste	2.546	43,1	2.912	45,5	2.213	39,6	7.671	42,9	
Sul	1.338	22,6	1.313	20,5	1.248	22,3	3.899	21,8	
Centro-Oeste	785	13,3	690	10,8	564	10,1	2.039	11,4	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

de 6 a 9 anos (52,3%), e menor entre 0 a 1 ano (11,3%; $p < 0,001$). A negligência foi mais frequente em crianças menores de 0 a 1 ano (67,8%; $p < 0,001$) e a psicológica predominou no grupo de crianças entre 6 a 9 anos (38,2%; $p < 0,001$). Em relação aos agressores verificou-se que os pais foram os principais autores da agressão (51,5%), sendo mais frequente no grupo entre 0 a 1 ano de idade (62,4%), seguido pelo de 2 a 5 anos (49%) e 6 a 9 anos (43%). Em 23,8% dos casos foi relatada a suspeita de consumo de álcool pelo autor da agressão, sendo esta proporção mais elevada no grupo de 6 a 9 anos (26,3%; $p < 0,001$). Foram registrados 337 casos de tortura (2,3%), 62 casos de intervenção legal (0,4%) (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra a Razão de Prevalência (RP) dos principais tipos de violências contra crianças segundo características selecionadas. Verifica-se que a violência física predominou entre meninos (RP 1,22; IC 95%: 1,16-1,28), sendo maior entre os de 6 a 9 anos (RP 1,19; IC 95%: 1,12-1,27) e menor entre os de 2 a 5 anos (RP 0,89; IC 95%: 0,83-0,95); outros que não os pais foram os mais prevalentes autores da agressão e o relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi o mais prevalente (RP 1,36; IC 95%: 1,27-1,47).

A violência sexual predominou em meninas, da cor parda/preta (RP 1,12; IC 95%: 1,06-1,19), sendo a maior chance no grupo de 6 a 9 anos (RP 4,63; IC 95%: 4,22-5,08), seguida de 2 a 5 anos (RP 3,97; IC 95%: 3,62-4,36). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,38; IC 95%: 1,29-1,48), os mais prevalentes autores da agressão foram outros que não os pais e a maior chance foi ser de repetição (RP 1,44; IC 95%: 1,35-1,54).

A violência psicológica predominou em meninas; de cor parda/preta (RP 1,10; IC 95%: 1,03-1,18) com maior chance no grupo de 6 a 9 anos (RP 2,95; IC 95%: 2,69-3,23), seguida de 2 a 5 anos (RP 1,88; IC 95%: 1,71-2,07). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,40; IC 95%: 1,29-1,53), sendo outros que não os pais os mais prevalentes autores da agressão. O relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi maior do que o da não ingestão (RP 1,92; IC 95%: 1,77-2,10) e maior a chance de ser ocorrência de repetição (RP 2,62; IC 95%: 2,42-2,84).

A negligência ocorreu mais entre meninos (RP 1,33; IC 95%: 1,27-1,39); sem distinção de raça/cor e com maior chance de ocorrer em crianças pequenas de 0 a 1 ano. Foi mais frequen-

Tabela 2. Notificações de violência contra crianças segundo características de ocorrência e região por faixa etária. Brasil, 2011.

Características	Faixa etária								Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9		Total		
	(N = 5.909; 33,0%)		(N = 6.401; 35,8%)		(N = 5.590; 31,2%)		(N = 17.900; 100,0%)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ocorrência no domicílio [n = 15.655]	0,000								
Sim	3.536	69,8	4.322	77,5	3.661	73,0	11.519	73,6	
Não	1.527	30,2	1.252	22,5	1.357	27,0	4.136	26,4	
Violência de repetição [n = 10.568]	0,000								
Sim	1.083	35,4	1.463	39,7	2.057	53,8	4.603	43,6	
Não	1.980	64,6	2.219	60,3	1.766	46,2	5.965	56,4	
Natureza da lesão [n = 13.634]	0,000								
Contusão/entorse/luxação	570	11,9	577	12,1	624	15,3	1.771	13,0	
Corte/amputação	461	9,6	542	11,4	543	13,3	1.546	11,3	
Fratura/traumas	612	12,8	401	8,4	269	6,6	1.282	9,4	
Outros	1.246	26,0	1.464	30,7	920	22,6	3.630	26,6	
Sem lesão	1.906	39,8	1.781	37,4	1.718	42,2	5.405	39,6	
Segmento corporal atingido [n = 8.362]	0,000								
Cabeça/pescoço	1.278	48,2	919	29,9	760	28,8	2.957	35,4	
Tórax/abdome/pelve	465	17,5	1.208	39,3	1.086	41,2	2.759	33,0	
Membros superiores	320	12,1	296	9,6	279	10,6	895	10,7	
Membros inferiores	185	7,0	236	7,7	233	8,8	654	7,8	
Múltiplos órgãos/regiões	404	15,2	412	13,4	281	10,7	1.097	13,1	
Evolução [n = 13.191]	0,000								
Alta	3.675	83,7	4.322	91,5	3.827	93,9	11.824	89,6	
Evasão/fuga	593	13,5	359	7,6	217	5,3	1.169	8,9	
Óbito por violência	75	1,7	29	0,6	25	0,6	129	1,0	
Óbito por outras causas	48	1,1	12	0,3	9	0,2	69	0,5	
Encaminhamento no setor saúde [n = 13.763]	0,000								
Ambulatório	2.163	49,2	3.222	64,7	3.098	70,7	8.483	61,6	
Internação	1.430	32,5	1.034	20,8	593	13,5	3.057	22,2	
Não	808	18,4	722	14,5	693	15,8	2.223	16,2	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

te fora do domicílio e, em geral, os autores mais prevalentes foram os pais (RP 2,60; IC 95%: 2,47-2,74). Este tipo de violência não se caracterizou como ocorrência de repetição (RP 0,79; IC 95%: 0,74-0,84), e houve menor relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (RP 0,82; IC 95%: 0,76-0,89).

A Tabela 5 aponta os tipos de violências e suas chances de ocorrências segundo as Regiões do país, predominando na região Sudeste.

Discussão

Este estudo busca compreender a violência contra a criança segundo seus tipos e determinan-

tes, contribuindo com ações de proteção às vítimas. A maior frequência das violências foi no ambiente doméstico, em meninas, sendo os pais os agressores mais frequentes. A violência se caracterizou pela repetição da ocorrência, sendo o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor relatado em um quarto dos casos. A negligência foi o tipo mais notificado, seguida pela física, sexual e a psicológica. A negligência e a violência física têm maior chance de ocorrer em meninos, e a sexual e psicológica em meninas.

A subnotificação e a discrepância de informações sobre violência contra criança constituem problema em várias partes do mundo²⁸⁻³¹.

Em 2006, ano da implantação do VIVA, foram 26 os municípios notificadores. Em 2010,

Tabela 3. Notificações de violência contra crianças segundo tipo de violência e características do agressor por faixa etária. Brasil, 2011.

Características	Faixa etária						Total		Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9		(N = 17.900; 100,0%)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tipo de violência									
Física	1.863	37,6	1.863	33,5	2.243	44,9	5.969	38,5	0,000
Psicológica/moral	608	12,9	1.311	24,3	1.853	38,2	3.772	25,2	0,000
Tortura	90	2,0	79	1,5	168	3,6	337	2,3	0,000
Sexual	534	11,3	2.521	44,9	2.620	52,3	5.675	37,0	0,000
Financeira/econômica	44	0,9	34	0,6	41	0,9	119	0,8	0,206
Negligência	3.729	67,8	2.575	44,6	1.412	28,4	7.716	47,5	0,000
Trabalho infantil	6	0,1	17	0,3	38	0,8	61	0,4	0,000
Intervenção legal	22	0,5	18	0,3	22	0,5	62	0,4	0,504
Outros	285	6,2	179	3,5	112	2,5	576	4,0	0,000
Pais ^a como agressores [17.900]									
Sim	3.686	62,4	3.138	49,0	2.402	43,0	9.226	51,5	
Não	2.223	37,6	3.263	51,0	3.188	57,0	8.674	48,5	
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor [9.280]									
Sim	749	26,1	652	19,7	811	26,3	2.212	23,8	
Não	2.126	74,0	2.665	80,3	2.277	73,7	7.068	76,2	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

^a Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta.

esse número saltou para 1.496¹⁵ e, em 2014, já contabilizam cerca de 3000 municípios notificantes, o que amplia a possibilidade de compreensão do fenômeno da violência no Brasil. Essa melhoria na vigilância das violências se deveu à bem sucedida experiência da estratégia inicial em serviços sentinelas, à Portaria Ministerial de 2011 que tornou compulsória as notificações das vítimas e à inserção do tema no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde³². Esse movimento de expansão vem contribuindo para o incremento de ações de vigilância e de construção de redes de atendimento às vítimas de violências^{18,19}.

No entanto, ainda que seja considerável o desenvolvimento de um sistema de informação e abordagem, é prematura a realização de comparações regionais, ou mesmo entre Unidades Federadas e municípios, pois cada um encontra-se em um estado singular de implantação de Vigilância das Violências. A maior frequência de notificações em uma região se deve, muito provavelmente, à melhoria da vigilância e comprometimento de seus gestores e equipes técnicas sensibilizados com o tema. Portanto, errôneo seria concluir ser a Região Sudeste a mais violenta do

Brasil, tendo-se de levar em conta a possibilidade de que, ao contrário, a maior ocorrência de casos poderia se dever ao maior grau de implantação da vigilância de causas externas nesta Região. A importante subnotificação ainda existente nos serviços¹⁹ constitui um dos principais limites do presente estudo, pois, na sua presença, não se pode tomar as notificações como sendo o conjunto das violências praticadas contra as crianças, mas sim como uma fração ou uma *proxy* do problema. Com o aperfeiçoamento da vigilância, essas informações se aproximarão mais da violência real praticada nos territórios e dentro das famílias.

A delicadeza do tema reforça a necessidade de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, capacitando os profissionais para o atendimento e para identificar casos ocultos. Alguns profissionais sentem-se constrangidos frente a algumas situações de violações^{21,33}, outros não percebem os sinais das violências pois os motivos reportados para o atendimento são mascarados e há ainda os que se sentem ameaçados e preferem não se expor²¹. Distinguir entre notificar o fato e a realidade do fato torna-se fun-

Tabela 4. Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra crianças segundo características. Brasil, 2011.

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Negligência	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Sexo								
Feminino	34,9	1,00	28,8	1,00	48,4	1,00	41,3	1,00
Masculino	42,7	1,22 (1,16-1,28)	20,9	0,72 (0,68-0,77)	22,7	0,47 (0,44-0,50)	54,8	1,33 (1,27-1,39)
Raça/cor da pele								
Branco	36,8	1,00	25,1	1,00	36,3	1,00	43,9	1,00
Preto/pardo	39,2	1,06 (1,00-1,13)	27,6	1,10 (1,03-1,18)	40,9	1,12 (1,06-1,19)	44,2	1,01 (0,96-1,06)
Amarelo/indígena	37,0	1,00 (0,79-1,27)	27,5	1,10 (0,83-1,45)	44,7	1,23 (0,99-1,52)	40,3	0,92 (0,73-1,15)
Faixa etária (anos)								
0 a 1	37,6	1,00	12,9	1,00	11,3	1,00	67,8	1,00
2 a 5	33,5	0,89 (0,83-0,95)	24,3	1,88 (1,71-2,07)	44,9	3,97 (3,62-4,36)	44,6	0,66 (0,63-0,69)
6 a 9	44,9	1,19 (1,12-1,27)	38,2	2,95 (2,69-3,23)	52,3	4,63 (4,22-5,08)	28,4	0,42 (0,39-0,44)
Ocorrência no domicílio								
Não	37,5	1,00	20,1	1,00	28,1	1,00	53,0	1,00
Sim	38,0	1,01 (0,95-1,08)	28,2	1,40 (1,29-1,53)	38,8	1,38 (1,29-1,48)	44,9	0,85 (0,80-0,89)
Pais ^a como agressores								
Não	43,6	1,00	26,5	1,00	53,7	1,00	25,7	1,00
Sim	33,3	0,76 (0,73-0,80)	24,0	0,90 (0,85-0,96)	20,0	0,37 (0,32-0,40)	66,7	2,60 (2,47-2,74)
Violência de repetição								
Não	39,5	1,00	16,8	1,00	31,2	1,00	45,5	1,00
Sim	41,9	1,06 (1,00-1,13)	44,1	2,62 (2,42-2,84)	45,0	1,44 (1,35-1,54)	35,8	0,79 (0,74-0,84)
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor								
Não	35,9	1,00	22,1	1,00	33,8	1,00	46,2	1,00
Sim	49,0	1,36 (1,27-1,47)	42,5	1,92 (1,77-2,10)	35,8	1,06 (0,97-1,15)	37,8	0,82 (0,76-0,89)

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). a) Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito ($p < 0,05$).

Tabela 5. Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra crianças segundo características. Brasil, 2011.

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Negligência	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Região								
Centro-Oeste	29,1	1,00	18,6	1,00	26,4	1,00	59,6	1,00
Norte	39,3	1,35 (1,20-1,52)	44,1	2,37 (2,08-2,71)	72,1	2,73 (2,45-3,04)	20,2	0,34 (0,30-0,39)
Nordeste	41,2	1,42 (1,28-1,57)	24,2	1,30 (1,14-1,49)	33,1	1,25 (1,12-1,40)	51,9	0,87 (0,80-0,94)
Sudeste	43,2	1,49 (1,36-1,63)	20,4	1,09 (0,97-1,23)	37,1	1,40 (1,28-1,55)	47,4	0,80 (0,74-0,85)
Sul	33,1	1,14 (1,03-1,26)	30,0	1,61 (1,43-1,82)	31,2	1,18 (1,06-1,31)	48,7	0,82 (0,76-0,88)

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito ($p < 0,05$).

damental para o reconhecimento do esforço de uma unidade que melhor notifica²⁰. Entretanto, mesmo com a ativa participação dos profissionais na identificação e notificação da violência, as informações para a completude da ficha são autodeclaradas, coletadas junto aos pais, responsáveis, acompanhantes, podendo ainda haver viés de informação. Destaca-se aqui que nem todos os campos da ficha utilizada no presente estudo foram preenchidos, o que resulta em totais diferentes em cada variável, em função deste não preenchimento (brancos, *missings* e ignorados).

O domicílio teve importante significado e elevado foi o índice da violência de repetição, principalmente em crianças de 6 a 9 anos, o que contribui para a perpetuação de um ciclo de sofrimento e traumas profundos ao longo das vidas dessas crianças^{1,20}. A violência física, sexual e psicológica predominaram em crianças de 6-9 anos e a negligência em menores de 1 ano. Os pais foram os principais autores da agressão e foi significativo o relato da suspeita de consumo de álcool pelo autor da agressão.

Frente a estes resultados, algumas reflexões sobre a dialética da violência se fazem necessárias. Se a mulher e a menina – por uma questão das relações de gênero impostas transculturalmente – sofrem mais determinados tipos de violências^{1,15,19,34-37}, são os homens e os meninos – pelo universo masculino e sua simbologia do poder – os mais expostos e susceptíveis a outros tipos de violência, como a física, sendo as maiores vítimas das agressões e da violência urbana^{1,17,18,38}. Verificamos que os meninos tem maior RP em relação a sofrer violência física e negligência, enquanto as meninas, maior RP para violência psicológica e sexual.

Deslandes et al.²⁰ descrevem a violência como problema mundial, presente em famílias de todas as classes, de diferentes credos e religiões e comentam que seus efeitos resultam da interação dos diferentes níveis de inclusão na cidadania de uma sociedade. Mas, é a população negra a maior vítima das iniquidades sociais e econômicas, ainda que o fenômeno da violência abranja diferentes segmentos sociais e raça/cor^{22,39}. O estudo mostrou essas características, em especial em relação às violências psicológica e sexual.

A literatura nacional e internacional corrobora o resultado do estudo ao apontar o ambiente doméstico como locus privilegiado para a ocorrência das violências interpessoais praticada por parte dos pais e outros familiares^{1,16-20,35,40,41}. As explicações se devem em parte pelo fato das crianças permanecerem mais tempo em seus

lares, mas também pela vinculação da violência ao processo cultural de “educar” as crianças por meio de castigos e ameaças^{18,19}. O lar que deveria proteger e educar torna-se palco para os diferentes tipos de violências, transgressões do poder/dever e coisificação da infância²⁰. Também deve ser considerada toda a violência estrutural vivenciada pela família, que contribui para a perpetuação de violações interpessoais nos lares^{1,20}.

O consumo de álcool pelo agressor é um fator de risco frequentemente descrito na literatura^{15,19,33,42}. Este fator está presente em um quarto das ocorrências e foi mais relatada entre os agressores das crianças de 0 a 1 ano de idade.

Pelo estudo, verificou-se que o segmento corporal atingido com mais frequência foi cabeça/pescoço, seguida do tórax/abdome/pelve, regiões também apontadas por Malta et al.¹⁹ e Martins¹⁷. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)³⁵ relata a “síndrome do bebê sacudido” como causador de muitas das lesões na cabeça. Assis e Deslandes⁴³ relatam que os traumatismos privilegiam a cabeça e o abdome, e as queimaduras as regiões do períneo, troncos, nádegas e coxas.

Quanto às lesões, a maioria, em consonância com a literatura segundo a qual há prevalência dos casos de menor gravidade^{6,15,17,19}, foi constituída de casos leves que evoluíram para alta, embora em hipótese alguma seja menos preocupante. Destaca-se, além disso, que cerca de um quarto das ocorrências evoluíram para internação e 198 crianças morreram, revelando a vulnerabilidade dessas vítimas.

Quanto aos tipos das violências, a negligência foi a mais frequente e ocorreu em crianças de 0 a 1 e em meninos, tendência apontada pelo VIVA¹⁵. Diferentemente, estudo da UNICEF³⁵ descreve que as meninas são mais expostas ao risco da negligência e violência, em particular as crianças com deficiências. Estudo dos Estados Unidos aponta que cerca de 45% das agressões contra crianças constituem-se em negligência familiar²². A negligência permeia toda ausência ou insuficiência de cuidados físicos, emocionais e sociais advindas da condição também sofrida pela família^{1,20,35}, mas pode ser expressão de um desleixo infringido de forma propositada¹. Pode se relacionar também com a dependência materna de drogas⁴⁴. Os pais foram os principais agressores, o que é confirmado pela literatura, segundo a qual, os pais são importantes autores desta violência^{1,19,21}.

A violência física ocorre mais entre crianças maiores (de 6 a 9 anos), do sexo masculino, o que

é compatível com a literatura que descreve serem os meninos os que mais sofrem violência física e com maior chance de aumentar à medida que crescem^{1,17,35}. Há uma maior chance do uso de álcool pelo agressor.

A violência sexual que no estudo tem maior probabilidade de ocorrer nas meninas de 6 a 9 anos, seguidas pelas de 2 a 5 anos e nas de cor preta/parda, está em conformidade com a literatura^{18,22,34,36,45-47}. A UNICEF³⁵ descreve que 20% das mulheres adultas e de 5 a 10% dos homens relataram terem sido vítimas de violência sexual na infância e que, no ano de 2002, cerca de 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveu contato físico. O estudo ainda aponta a violência de repetição e a ocorrência no domicílio.

A violência psicológica apresenta maior chance de acontecer em meninas, de cor preta/parda, e aumenta com a idade. As ocorrências foram de repetição, no domicílio e o uso álcool pelos agressores foi frequente. Como apontado por Assis e Avanci⁴⁸, são poucas as informações e estatísticas sobre esse tipo de violência. Ela se manifesta pela depreciação da criança por meio de humilhações, ameaças, impedimentos e ridicularizações que minam sua autoestima, sendo que acompanha também as demais violações^{1,20,35,49}. A OMS³⁶ estima que 25 a 50% das crianças sofrem algum tipo de abuso psicológico. O estudo realizado por Moura e Reichenheim⁴⁹ mostra que o uso de agressão psicológica contra crianças foi referido pela maioria dos respondentes e chama a atenção ao fato da distância entre os relatos “espontâneos” e os encontrados na busca ativa, sinalizando a subnotificação existente. Outro estudo, realizado no Irã, também mostra que a maioria

dos entrevistados (52,09%) sofreu abuso psicológico²³.

Conclusão

Se a origem da história da violência remonta ao período pré-civilizatório, sua desconstrução demanda conscientização e comprometimento de toda sociedade frente às iniquidades do mundo contemporâneo. Os direitos ligados à infância e juventude estão expressos em constituições e declarações por todo o mundo. Porém, a universalização da garantia desses direitos é uma busca de movimentos sociais, de profissionais ligados à área e de toda população.

A saúde, neste contexto, assume importante papel na construção de políticas e de redes intersetoriais (sistema jurídico, educação, saúde, assistência social entre outros) para potencializar e incrementar ações de proteção e de promoção à qualidade de vida em sua abrangência individual e coletiva^{13,50,51}.

O Sistema de Notificação VIVA é potente ferramenta para romper o silêncio e a invisibilidade da violência. A obrigatoriedade do preenchimento²⁷ é um largo passo para melhor explicitação da sua dimensão e complexidade, principalmente porque traz à luz também os casos suspeitos. Política pública fundamental é a Política Nacional de Promoção à Saúde do Ministério da Saúde, pela atuação intersetorial e investimentos na prevenção dos agravos, riscos e tratamento integrado às vítimas⁵².

O debate ampliado com toda sociedade é o caminho para avançar na construção de uma sociedade mais justa, na qual a garantia do direito à vida e à cidadania seja obtida para todas as crianças.

Colaboradores

DC Malta, SMM Rates e EM Melo trabalharam na concepção e no delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão do artigo e na revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada. MDM Mascarenhas trabalhou na concepção e no delineamento do estudo, na análise dos dados, na sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada.

Referências

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Paris: OMS; 2009.
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. The developmental epidemiology of childhood victimization. *J Interpers Violence* 2009; 24(5):711-731.
- Oosterlee A, Vink RM, Smit F. Prevalence of family violence in adults and children: estimates using the capture-recapture method. *Eur J Public Health* 2009; 19(6):586-591.
- McGee H, Garavan R, Byrne J, O'Higgins M, Conroy RM. Secular trends in child and adult sexual violence—one decreasing and the other increasing: a population survey in Ireland. *Eur J Public Health* 2011; 21(1):98-103.
- Emery CR, Nguyen HT, Kim J. Understanding child maltreatment in Hanoi: intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. *J Interpers Violence* 2014; 29(7):1228-1257.
- Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl.):1259-1267.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
- Digiácomo MJ, Digiácomo IA. *Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado*. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; 2010.
- Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1163-1178.
- Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(5):22-29.
- Ferreira KMM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: Silva LMP, organizador. *Violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Recife: EDUPE; 2002. p. 17-43.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 maio.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação sobre Mortalidade. 2012. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011*. Brasília: MS; 2013.
- Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):539-546.
- Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(4):660-665.
- Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):347-357.
- Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macario EM. Perfil dos Atendimentos de Emergência por Acidentes envolvendo Crianças Menores de 10 anos Brasil, 2006 a 2007. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1669-1679.
- Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 43-77.
- Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):177-187.
- Costa MC, Carvalho RC, Santa Bárbara JF, Santos CA, de A Gomes W, Lima de Sousa H. The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1129-1141.
- Mikaeili N, Barahmand U, Abdi R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. *J Interpers Violence* 2013; 28(5):975-96.
- Hamilton LHA, Jaffe PG, Campbell M. Assessing children's risk for homicide in the context of domestic violence. *J Fam Viol* 2013; 28(2):179-189.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
- Brasil. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União* 2014; 27 jun.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 26 jan.

28. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess under-reporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl* 2010; 34(7):534-544.
29. Feng JY1, Huang TY, Wang CJ. Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child Abuse Negl* 2010; 34(2):124-128.
30. Fuhua Zhai, Qin Gao. Child maltreatment among Asian Americans: characteristics and explanatory framework. *Child Maltreat* 2009; 14(2):207-224.
31. Goodman K. Parent-youth discrepancies in ratings of youth victimization: associations with psychological adjustment. *Am J Orthopsychiatry* 2013; 83(1):37-46.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2012; 31 jan.
33. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 23-28.
34. Gomes R, Minayo MCS, Souza ER. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 117-140.
35. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra as crianças. UNICEF, 2006. [acessado 2013 dez 9]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf
36. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Global Status Report on Violence Prevention*. 2008. [acessado 2013 nov 26]. Disponível em: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/global_status_violence_prevention.pdf?ua=1.
37. Guimarães I. Violência de gênero. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 105-109.
38. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011; 6(Supl. 5):75-89.
39. Oliveira F. *Saúde da população negra: Brasil, ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
40. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):323-332.
41. Sengoelge M, Hasselberg M, Laflamme L. Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis. *Eur J Public Health* 2011; 21(2):166-170.
42. Gawryszewski VP, Silva MM, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, Neto OL. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(6):400-408.
43. Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 47-58.
44. Manly JT1, Oshri A, Lynch M, Herzog M, Wortel S. Child neglect and the development of externalizing behavior problems: associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child Maltreat* 2013; 18(1):17-29.
45. Souza ER, Lima MLC, Veiga JPC. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 171-204.
46. Oliveira AC. *Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ - 2000 a 2002*. Rio de Janeiro; Secretaria de Estado de Saúde; 2004.
47. Felizardo D, Zürcher E, Melo K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 69-80.
48. Assis SG, Avanci JQ. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 59-67.
49. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1124-1133.
50. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):7-23.
51. Deslandes S. Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 135-141.
52. Malta DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *B Tec Senac: a R Educ Prof*. 2009; 35(2):62-71.

Artigo apresentado em 30/09/2014

Aprovado em 27/11/2014

Versão final apresentada em 29/11/2014

