

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

ALINE EVANGELISTA DE ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA
CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ESTADO DE MINAS
GERAIS, 2009 A 2010**

**UBERABA – MINAS GERAIS
2012**

ALINE EVANGELISTA DE ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA
CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ESTADO DE MINAS
GERAIS, 2009 A 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi.

**UBERABA – MINAS GERAIS
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)

A447p Almeida, Aline Evangelista, 1976-
Perfil epidemiológico das notificações de violência contra a criança e o adolescente no Estado de Minas Gerais, 2009 a 2010/Aline Evangelista Almeida. -- 2012.
149f.; il.: tab., fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2012.
Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi.

1. Violência. 2. Adolescentes. 3. Criança. 4. Epidemiologia. 5. Vigilância epidemiológica. I. Miranzi, Sybelle de Souza Castro. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-036:343.541

ALINE EVANGELISTA DE ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA
CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ESTADO DE MINAS
GERAIS, 2009 A 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Atenção à Saúde das Populações.

Aprovada em 20 de dezembro de 2012.

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Universidade Federal de Goiás
Membro

Dedico a Deus, o mentor de todas as coisas,
Pai presente em todos os momentos.
O meu tudo. Princípio, meio e fim.

AGRADECIMENTOS

A DEUS pela presença que preenche a alma e pela concretude das tuas promessas! Jesus, meu amigo fiel e inseparável. Espírito Santo, tua presença me enche de luz.

Ao meu esposo, Farley, esta conquista é nossa, obrigada pelos incentivos e pelo apoio incondicional e principalmente por me proporcionar a realização do que almejei.

A minha doce e preciosa Mãe, por sua força e coragem que sempre me inspiram, por seus valores nobres de amor e caráter. Receba a minha gratidão por tudo que faz por mim!

A Sofia, que tanto participou comigo, sempre me acompanhando em tudo, seus olhinhos repletos de esperança... Você é a expressão do meu amor.

A minha irmã, Alessandra, obrigada pelas palavras de motivação escritas a mim, dias antes da minha vinda. Elas me incentivaram quando eu pensava nas dificuldades.

A minha orientadora Sybelle Miranzi, obrigada pelo apoio, paciência, respeito, dedicação na incansável e valiosa orientação na construção desta pesquisa e pelo aprendizado proporcionado. Para mim foi um privilégio poder contar com você nesta trajetória da minha vida. Tenha a minha eterna admiração!

A Patrícia Cristina Dias, por compartilhar com você durante esses dois anos meus anseios. Obrigada pela amizade, companhia, pelos sábios conselhos, apoio e solicitude nos momentos difíceis. Sentirei muitas saudades!

A Dona Jove, pelas palavras sábias e pelas orações, Telma, Tânia e Fabrícia, obrigada pelo apoio.

A Izabel Pavanelli, minha eterna amiga, que me acolheu quando eu mais precisei. Você faz parte da minha história.

A Luciana Prata, obrigada por torcer por mim, pela sinceridade de sua amizade e sempre por suas palavras encorajadoras.

A Camila Athie, posso dizer que Deus envia pessoas certas quando mais precisamos. Aprendi muito com você e principalmente a admirá-la como ser humano. Obrigada por tudo.

A Fernanda Camargo e Flavia Dias, obrigada pelo auxílio.

A Maria Aparecida Bisinoto, obrigada por ter torcido por mim. Reconhecemos o quão importante é seu trabalho junto ao Programa de Pós-Graduação. Sua dedicação e além de tudo o exemplo de pessoa que é.

A Vanessa Barbosa pela atenção e atendimento solícito.

Ao professor Vanderlei José Haas, obrigada pelo tempo dedicado a mim, pelas contribuições valiosas e pelo empenho para esta pesquisa.

À professora Helena Iwamoto, obrigada pelo carisma, acolhimento logo no meu ingresso ao mestrado e também pelas valiosas contribuições para qualificação.

Ao professor Ailton Aragão pela leitura precisa do projeto para qualificação e pelas importantes considerações que me trouxeram tamanhas inquietações a respeito desta temática tão complexa.

Ao professor Marcelo Medeiros pela disponibilidade em aceitarem o convite para avaliação desta pesquisa.

As profissionais do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Ciniría Ribeiro, pela prontidão quando eu precisei e a Raquel Pereira pelas mensagens de inspiração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

Não poderia deixar de registrar meu agradecimento a Eleuza, Dona Marilda, Solange e Laísa por terem acolhido minha filha quando eu tanto precisei. Tenham certeza de que foram enviadas por Deus!

Enfim, a todas as crianças e todos os adolescentes que sofreram e ainda sofrem deste mal, nem sempre de cicatrizes no corpo, mas na alma. Meu profundo respeito.

Abri mão de tantas coisas, mas valeu a pena. Se fosse preciso, faria tudo de novo.

“[...] o setor saúde, além da tradição da prevenção, tem a ótica do cuidado como *ethos*, no que se diferencia da práxis da segurança pública que visa a reprimir crimes e contravenções. Essa tradição do cuidado e da prevenção pode fazer toda a diferença!”

MINAYO

RESUMO

ALMEIDA, Aline Evangelista de. **Perfil epidemiológico das notificações de violência contra a criança e o adolescente no estado de Minas Gerais, 2009 a 2010**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG) 2012.

A violência é um problema de natureza social e histórica que atinge a sociedade. Em crianças e adolescentes, suas consequências biopsicossociais afetam o crescimento e o desenvolvimento infanto-juvenil. A dimensão da violência ainda é pouco conhecida no Brasil, pois os dados não traduzem com exatidão a complexidade dos casos. Devido à magnitude desse agravo tornou-se obrigatória a notificação dos casos. Os objetivos deste estudo foram: descrever o perfil epidemiológico utilizando as notificações de violência contra crianças e adolescentes no estado de Minas Gerais, entre 2009 e 2010, extraídos da ficha individual de investigação de violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); descrever a incidência, a mortalidade e a letalidade dos casos notificados segundo tipos, sexo, faixa etária; verificar a associação entre os tipos de violência com sexo e faixa etária; analisar a completude dos campos preenchidos da ficha de notificação de violência; verificar os municípios do estado que realizam a notificação dos casos de violência e mapeá-los. Trata-se de um estudo ecológico, com base de dados do SINAN. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva; cálculos dos coeficientes de incidência e mortalidade e a letalidade; cálculo do Risco Relativo e georreferenciamento. Foram estudados 2.866 casos divididos em crianças e adolescentes. Entre a população do estudo predominou a cor de pele branca e parda. A maioria dos casos ocorreu na zona urbana e na residência da vítima. A maior ocorrência foi em adolescentes (54,2%) e com Ensino Fundamental incompleto. A maior frequência de violência foi física (54,6%) e sexual (49,4%), porém com maior incidência para os casos de abuso sexual no sexo feminino (17,4 casos/100.000 hab.ano). Apesar do sexo feminino ser o mais acometido, houve letalidade apenas (3,6%) para o sexo masculino em relação ao abuso físico. Em crianças, os casos de violência totalizaram 45,8 %. A maior frequência foi à violência sexual (57,9%) e física (31,1%), e a maior incidência foi abuso sexual (58,4 casos/100.000 hab.ano) e a faixa etária mais acometida, foi entre 1 e 4 anos para o sexo feminino. Houve associação entre o sexo feminino com a maioria das formas de violência para ambos os grupos. O tipo mais comum de violência física foi por força corporal em adolescentes e crianças (46,5% e 31,6%, respectivamente). Quanto ao abuso sexual, o mais comum foi penetração vaginal (26,7%) em adolescentes e anal (10,7%) em crianças. Quanto ao agressor, a maioria era do sexo masculino e não fez uso de álcool. A maioria dos casos recebeu alta (>70%). Houve um menor número de municípios que notificaram violência contra crianças e adolescentes em 2009 (< 5%) em relação ao ano de 2010 (>14,0%). Houve aumento dos registros de notificação, porém queda na qualidade das informações. Conclui-se que a maioria dos casos de violência ocorreu em adolescentes e em crianças de 1 a 4 anos no sexo feminino de cor de pele branca e parda, residentes em zona urbana. A maior incidência dos casos foi por abuso sexual.

Palavras chave: Violência, Adolescentes, Criança. Epidemiologia, Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

ALMEIDA, Aline Evangelista de. **Epidemiologic Profile of violence notifications against children and adolescents in the state of Minas Gerais, 2009 to 2010.** 2012. 149 f. Thesis (Master Degree in Health Care). Graduate Program in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG) 2012.

Violence is a social and historical problem that affects society. In children and adolescents, its biopsychosocial consequences affect their growth and infant-juvenile development. The dimension of violence is still little known in Brazil, because data do not precisely translate the complexity of cases. Due to the magnitude of this aggravation the notification of cases became mandatory. The aims of this study were: describe the epidemiologic profile using notifications of violence against children and adolescents in the state of Minas Gerais, between 2009 and 2010, removed from the file of individual investigation of violence from the Notification Aggravation Information System (SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação); describe the incidence, mortality and lethality of the notified cases according to types, sex, age; verify the association between the types of violence with sex and age; analyze the completeness of the filled-in items of the notification of violence file; verify the state counties which give notification of violence cases and map them out. It is an ecological study, with SINAN data base. Data analysis was made by the use of descriptive statistics; calculus of the coefficient of incidence and mortality and lethality; calculus of Relative Risk and georeferencing. 2.866 cases divided into children and adolescents have been studied. White and brown skin were predominant among the population of the study. Most cases occurred in the urban zone and at the victim's house. The major occurrence was in adolescents (54.2%) with incomplete Elementary education. The most frequent violence was physical (54.6%) and sexual (49.4%), however with higher incidence for cases of sexual abuse in females (17.4 cases/100.000 inhabitants/year). Although females were more affected, there has been lethality only (3.6%) for males in relation to physical abuse. In children, violence cases totalized 45.8 %. The most frequent were sexual (57.9%) and physical (31.1%) assaults, and the highest incidence was sexual abuse (58.4 cases/100.000 inhabitants/ year) and the most affected age was between 1 and 4 years for females. There has been association between females and most of the violence types for both groups. The most common type of physical violence was by body strength in adolescents and children (46.5% e 31.6%, respectively). Regarding sexual abuse, the most common was vaginal penetration (26.7%) in adolescents and anal (10.7%) in children. In relation to the aggressor, most were males and had not consumed alcohol. Most cases have been discharged (>70%). A lower number of counties reported violence against children and adolescents in 2009 (< 5%) compared to the year 2010 (>14.0%). There has been an increase in the notification records, yet a decrease in the information quality. It was concluded that most cases of violence occurred in adolescents and children of 1 to 4 years of age in females of white and brown skin, residents of the urban zone. The highest incidence of cases was sexual abuse.

Key words: Violence, Teenagers, Child, Epidemiology, Epidemiological Vigilance.

RESUMEN

ALMEIDA, Evangelista Aline. **Perfil epidemiológico de las notificaciones violencia contra los niños, niñas y adolescentes en el estado de Minas Gerais, 2009 a 2010**. 2012. 149 f. Disertación (Maestría en Salud) de la Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG) 2012.

La violencia es un problema tanto de orden social como histórica que toca la sociedad. En el caso de chicos y adolescentes hay consecuencias de carácter biopsicosociales que afectan el crecimiento y el desarrollo. Todavía, en Brasil, la dimensión de la violencia es poco conocida, puesto que no se demuestra con exactitud la complejidad de los casos. Debido a la magnitud de este agravio se hizo obligatorio notificarlos. Los objetivos de esta investigación fueron: describir el perfil epidemiológico, haciendo uso de las notificaciones de violencia contra chicos y adolescentes en la provincia de Minas Gerais, entre los años de 2009 y de 2010, que fueron sacadas de la ficha individual de investigación de violencia del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN); describir la incidencia, la mortalidad y la letalidad de los casos notificados según tipos, sexos, edad; verificar la correlación entre los tipos de violencia con sexo y edad; analizar por completo los huecos rellenados de la ficha de notificación de violencia; verificar las ciudades, de la provincia de Minas Gerais, que realizan la notificación de los casos de violencia y hacer un mapa de los ocurridos. Se trata de un estudio ecológico, basados en datos del órgano SINAN. Para análisis de estos fue utilizado el método cuantitativo de estadística descriptiva, que son los cálculos de los coeficientes de incidencia, mortalidad y letalidad, como también fueron utilizados los cálculos del Riesgo Relativo y georeferenciación. Fueron analizados 2.866 casos divididos en casos relacionados a chicos y adolescentes. Los colores de piel blanco y pardo predominaron. La mayoría de los casos ocurrió en el área urbana, como también en las viviendas de las víctimas. La mayor incidencia fue en adolescentes (54, 2%) y con la enseñanza fundamental incompleta. En la mayoría física (54,6%) y sexual (49,4%), con todo con una mayor incidencia en los casos de abuso sexual para con el sexo femenino (17,4 casos/100.000 hab.año). Aunque el sexo femenino es el más acometido, la letalidad es sólo de 3,6% en relación al abuso físico. En chicos, los casos de violencia totalizaron 45,8%. La mayor frecuencia fue la violencia sexual ((57,9%) y física (31,1%), y la mayor incidencia fue el abuso sexual (58,4 casos/100.000 hab.año), y la edad más acometida, fue entre 1 e 4 años para el sexo femenino. Se puede afirmar incluso que hubo una asociación entre el sexo femenino con la mayoría de las formas de violencia para ambos los grupos. El tipo más común de violencia física fue por fuerza corporal en adolescentes y chicos (46,5% e 31,6%, respectivamente). En relación al abuso sexual, el más común fue la penetración vaginal (26,7%) en adolescentes y anal (10,7%) en chicos. Ya el agresor, era en la mayoría del sexo masculino y no hizo uso de alcohol. Siendo que en la mayoría de los agresores recibieron alta (70%). Es importante destacar que hubo un número más pequeño de ciudades que hicieron notificaciones de violencia contra chicos y adolescentes en el año de 2009 (<5%) en relación al año de 2010 (>14,0%). Hubo un aumento de los registros de notificación, no obstante ocurrió una caída en la cualidad de las informaciones. Por lo tanto, se concluyó que la mayoría de los casos de violencia ocurrió con adolescentes y con chicos de 1 a 4 años, de sexo femenino, de color de piel blanca y parda, que viven en el área urbana. La mayor incidencia de los casos fue por abuso sexual.

Palabras clave: Violencia, Adolescentes, Niño, Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra criança, segundo as Gerências Regionais de Saúde, Minas Gerais, 2009 e 2010	61
Tabela 2 -	Perfil epidemiológico dos casos de violência contra crianças, Minas Gerais, 2009 e 2010	62
Tabela 3 -	Perfil epidemiológico dos casos de violência contra crianças segundo deficiência e transtorno, Minas Gerais, 2009 e 2010	63
Tabela 4 -	Distribuição da frequência de casos de violência contra crianças, segundo os dados de ocorrência, Minas Gerais, 2009 e 2010	64
Tabela 5 -	Distribuição da frequência dos tipos de violência contra crianças, Minas Gerais, 2009 e 2010	66
Tabela 6 -	Distribuição da frequência e proporção dos meios de agressão contra crianças, Minas Gerais, 2009 e 2010	67
Tabela 7 -	Distribuição da frequência e proporção do tipo de violência sexual em crianças, Minas Gerais, 2009 e 2010	68
Tabela 8 -	Distribuição da ocorrência da violência sexual em crianças, segundo tipo de penetração e o procedimento indicado, Minas Gerais, 2009 e 2010	69
Tabela 9 -	Distribuição da frequência e consequência da violência sexual em crianças, Minas Gerais, 2009 e 2010	71
Tabela 10 -	Distribuição dos casos de violência contra crianças, segundo Natureza da lesão e a Parte do corpo envolvida, Minas Gerais, 2009 e 2010	72
Tabela 11 -	Distribuição por número, sexo e uso de álcool, segundo o provável autor de agressão de violência contra crianças, Minas Gerais, 2009 e 2010	74
Tabela 12 -	Distribuição do provável autor da agressão em relação ao vínculo/parentesco com a vítima de violência, Minas Gerais, 2009 e 2010	74
Tabela 13 -	Distribuição dos casos de violência contra crianças, segundo o local de encaminhamento, Minas Gerais, 2009 e 2010	75
Tabela 14 -	Distribuição dos casos de violência contra crianças, segundo classificação final, Minas Gerais, 2009 e 2010	76
Tabela 15 -	Distribuição dos casos de violência contra crianças segundo evolução dos casos, Minas Gerais, 2009 e 2010	76

Tabela 16 -	Coeficientes de incidência (100.000 hab.ano) de violência contra crianças, segundo faixa etária, sexo e ano, Minas Gerais, 2009 e 2010	79
Tabela 17 -	Coeficientes de mortalidade (100.000 hab.ano) de violência contra crianças, segundo faixa etária e sexo, Minas Gerais, 2010	80
Tabela 18 -	Letalidade de violência contra crianças, segundo faixa etária e sexo, Minas Gerais, 2010	80
Tabela 19 -	Razão de incidência de violência em crianças, segundo tipos de violência, sexo e faixa etária, Minas Gerais, 2009 e 2010	82
Tabela 20 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra adolescentes, segundo as Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais, entre 2009 e 2010	90
Tabela 21 -	Perfil epidemiológico dos casos de violência contra adolescentes, Minas Gerais, 2009 e 2010	91
Tabela 22 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra adolescentes segundo, a situação conjugal, relação sexual e se gestante, Minas Gerais, 2009 e 2010	91
Tabela 23 -	Distribuição da frequência dos casos de violência contra adolescentes, segundo o tipo de deficiência/transtorno, Minas Gerais, 2009 e 2010	93
Tabela 24 -	Distribuição da frequência de casos de violência contra adolescentes, segundo os dados de ocorrência, Minas Gerais, 2009 e 2010	94
Tabela 25 -	Distribuição da frequência dos tipos de violência contra adolescentes, Minas Gerais, 2009 e 2010	95
Tabela 26 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra adolescentes segundo o meio de agressão, Minas Gerais, 2009 e 2010	96
Tabela 27 -	Distribuição da frequência e proporção do tipo de violência sexual em adolescentes, Minas Gerais, 2009 e 2010	97
Tabela 28 -	Distribuição da ocorrência da violência sexual em adolescentes por penetração sexual, Minas Gerais, 2009 e 2010	98
Tabela 29 -	Distribuição do procedimento indicado em adolescentes violentados por penetração sexual, Minas Gerais, 2009 e 2010	99
Tabela 30 -	Distribuição da frequência das consequências da violência contra adolescentes, MG, 2009 e 2010	100

Tabela 31 -	Distribuição dos casos de violência contra adolescentes, segundo a natureza da lesão e parte do corpo envolvida, Minas Gerais, 2009 e 2010	101
Tabela 32 -	Distribuição dos casos de violência contra adolescentes, segundo o provável autor da agressão, Minas Gerais, 2009 e 2010	102
Tabela 33 -	Distribuição do provável autor da agressão em relação ao vínculo/parentesco com o adolescente vítima de violência, Minas Gerais 2009 e 2010	103
Tabela 34 -	Distribuição dos casos de violência contra adolescentes, segundo o local escolhido para encaminhamento, Minas Gerais, 2009 e 2010	105
Tabela 35 -	Distribuição dos casos de violência contra adolescentes relacionados ao trabalho, segundo frequência e emissão de CAT, Minas Gerais, 2009 e 2010	106
Tabela 36 -	Distribuição dos casos de violência contra o adolescentes, segundo a classificação final do caso, Minas Gerais, 2009 e 2010	106
Tabela 37 -	Distribuição dos casos de violência contra adolescentes, segundo a evolução dos casos, Minas Gerais, 2009 e 2010	106
Tabela 38 -	Coeficientes de incidência (100.00 hab.ano) de violência contra adolescentes, segundo tipo, sexo e ano, Minas Gerais, 2009 e 2010	108
Tabela 39 -	Coeficientes de mortalidade (100.000 hab.ano) de violência contra adolescentes, segundo tipo, sexo e ano, Minas Gerais, 2009 e 2010	109
Tabela 40 -	Letalidade de violência contra adolescentes, segundo tipo, sexo e ano, Minas Gerais, 2009 e 2010	109
Tabela 41 -	Razão de Incidência de violência contra adolescentes, segundo tipos de violência e sexo, Minas Gerais, 2009 e 2010	110

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Classificação da completude dos campos da Ficha Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências contra crianças, Minas Gerais, 2009	85
Quadro 2 -	Classificação da completude dos campos da Ficha Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências contra crianças, Minas Gerais, 2010	85
Figura 1 -	Distribuição das Gerências Regionais de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2012	86
Figura 2 -	Distribuição geográfica dos municípios que realizaram notificação de violência contra a criança, 2009 e 2010	88
Quadro 3 -	Classificação da completude dos campos da Ficha Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências contra adolescentes, Minas Gerais, 2009	113
Quadro 4 -	Classificação da completude dos campos da Ficha Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências contra adolescentes, Minas Gerais, 2010	113
Figura 3 -	Distribuição geográfica dos municípios que realizaram notificação de violência contra o adolescente, 2009 e 2010	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CT	Conselho Tutelar
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FIIV	Ficha Individual de Investigação de Violências
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
Hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GRS	Gerência Regional de Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAM	Serviço Nacional de Assistência aos Menores
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SILOS	Organização do Sistema Local de Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SNDC	Sistema de Notificação Compulsória de Doenças
SP	São Paulo
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento a Violência Sexual Infanto-Juvenil
UF	Unidade Federativa
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	Contextualização da violência.....	20
1.2	Tipos de violência.....	23
1.3	Violência doméstica.....	24
1.4	Situações de vulnerabilidade social entre crianças e o adolescente.....	26
1.5	O contexto histórico da violência contra a criança e o adolescente.....	29
1.6	As modalidades de violência contra criança e o adolescente e suas consequências.....	33
1.7	Os indicadores da violência infanto-juvenil.....	37
1.8	Políticas públicas de enfrentamento da violência infanto-juvenil.....	41
1.9	Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	48
2	OBJETIVOS.....	53
2.1	Geral.....	53
2.2	Específicos.....	53
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	54
3.1	Material e métodos.....	54
3.2	Local e período do estudo.....	54
3.3	Definição da população de estudo.....	54
3.4	Crerérios de inclusão.....	55
3.5	Definição dos grupos etários específicos.....	55
3.6	Processamento e análise dos dados.....	55
3.7	Considerações éticas.....	58
4	RESULTADOS.....	59
4.1	Violência contra crianças.....	59
4.1.1	Perfil epidemiológico dos casos de violência contra crianças.....	59
4.1.2	Coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade de violência contra crianças segundo os tipos, sexo, faixa etária.....	76

4.1.3	Razão de incidência da violência contra crianças, segundo tipo de violência, sexo e faixa etária, Minas Gerais, 2009 a 2010.....	80
4.1.4	Completude do preenchimento da ficha de notificação de violência contra crianças.....	83
4.1.5	Georreferenciamento dos Municípios que realizaram a notificação de violência contra crianças.....	86
4.2	Violência contra adolescentes.....	89
4.2.1	Perfil epidemiológico dos casos de violência contra adolescente.....	89
4.2.2	Coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade de violência contra o adolescente segundo tipo, sexo e faixa etária.....	107
4.2.3	Razão de incidência da violência contra adolescentes segundo tipo de violência e sexo em Minas Gerais, 2009 a 2010.....	109
4.2.4	Completude do preenchimento da ficha de notificação de violência contra adolescentes.....	110
4.2.5	Georreferenciamento dos Municípios que realizaram a notificação de violência contra adolescentes.....	114
5	DISCUSSÃO.....	116
5.1	Violência contra crianças.....	116
5.2	Violência contra adolescentes.....	123
6	CONCLUSÃO.....	130
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	134
	ANEXOS.....	146

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da violência

A Violência tem sido muito discutida no século XXI, pela imprensa e por estudiosos no meio acadêmico (GOMES; FONSECA, 2005). Vivenciada em diferentes partes do mundo, concretizando-se cada vez mais com proporções maiores, nos espaços privados ou públicos, uma vez que está infiltrada em todas as camadas sociais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). No Brasil, diariamente, temas relacionados às diversas formas de violência fazem parte dos noticiários veiculados pelos meios de comunicação.

Trata-se de um problema que pode gerar danos de ordem física, e psicológica, dentre outras consequências para a sociedade em geral (MASCARENHAS et al., 2010). Os prejuízos vão desde os gastos econômicos com as estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, até os altos custos emocionais que se tornam incalculáveis, provocados às vítimas e às famílias. Além do comprometimento da saúde e da qualidade de vida, os anos de produtividade ou de vida perdidos e todos os gastos com os procedimentos médicos potencializam os custos. Paradoxalmente, em virtude de todo ônus da violência, há os lucros advindos com o enfrentamento da violência como a comercialização de armas e produtos, como equipamento de segurança (MINAYO, 2006).

Para Santos (2006), precisamente é difícil mensurar com exatidão todos os gastos desencadeados pela violência e os efeitos sobre a produção econômica em todos os continentes. Há fatores relacionados à magnitude da violência como as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez advinda do estupro, o álcool, as drogas, a depressão entre outros. Conforme um levantamento citado por Minayo (2006), referente ao Banco Interamericano de Desenvolvimento, 3,3% do Produto Interno Bruto do Brasil são usados para cobrir os custos diretos da violência, ao passo que sobe para 10,5% ao incluir custos indiretos e transferência de recursos. Para melhor compreensão sobre o impacto econômico, esses custos são três vezes maiores que o investimento do Brasil em ciência e tecnologia.

Abramovay et al. (2002), sob a ótica da generalização do fenômeno da violência, afirmam que já não há mais grupos sociais protegidos. Não há mais nichos

sociais elitizados com melhores condições econômicas para a busca de proteção. Todos os estratos sociais, sejam os providos ou os desprovidos de bens materiais, cooperam para o aumento dos dados estatísticos decorrentes da violência, podendo ter contribuído enquanto autor da violência ou como vítima, incluindo os que não tiveram participação direta, como aqueles que só presenciaram atos de violência.

A violência está intrinsecamente ligada à vida social e nos conflitos de poder que, segundo Minayo (2006) “a violência sempre fez parte da experiência humana, nunca existiu uma sociedade que não tivesse violência, porém sempre existiram sociedades mais violentas que outras” (MINAYO, 2006, p.15).

Devido à magnitude da violência na sociedade está diretamente relacionada às transformações demográficas e epidemiológicas, sendo fatores condicionantes, relacionados à estrutura etária e as alterações de morbimortalidade. Neste contexto, devido à transição epidemiológica, houve modificação no predomínio das doenças infecciosas e parasitárias pelas crônico-degenerativas e outros agravos não infecciosos (PONTES; 2009).

Duarte et al. (2002, p.19) em seus estudos sobre a epidemiologia das desigualdades no Brasil, apontam que: “as desigualdades em saúde variam no espaço e no tempo. Podendo ser agravados pelos determinantes demográficos e ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais”. Medronho (2009) completa que, a partir da segunda metade do século XIX, o Brasil teve seu perfil epidemiológico modificado, prevalece hoje doenças circulatórias, respiratórias, neoplasias e causas externas, como as violências.

A falta de resolubilidade para os problemas de origens estruturais, para a manutenção de modos de vida adequados, o aumento de fatores estressores gerados pela modernização, bem como a ampliação das desigualdades intraurbanas ocasionam em superposição e não em diminuição de iniquidades (BARRETO; CARMO, 2007).

Simões (2002) analisa em seu estudo dos perfis de saúde e mortalidade no Brasil que a proporção alcançada pela violência perpetrada contra a criança e o adolescente propicia um quadro de óbitos precoces. Ademais, a consequência é a mudança na estrutura demográfica do país. Desta forma alguns autores (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2006, SANCHEZ; MINAYO, 2006) apontam que ao antecipar a faixa etária de mortalidade que deixa de ser por doenças infectocontagiosas para causas violentas, modificam-se as estatísticas do padrão

etário. Além dos óbitos, podem ocorrer outros danos que repercutem na saúde deste público, visto que estão em processo de crescimento e desenvolvimento.

Martins (2010) acrescenta que a Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido mais amplo e genérico, refere-se à violência como fator classificado por “causas externas” (acidentes e violências), causas intencionais e não intencionais. Nesse sentido, pontua a necessidade de distingui-las, uma vez que a violência intencional também conhecida como maus-tratos, agressão e abuso está inserida na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados à Saúde, com os códigos X85 a Y09. Apresentando características e circunstâncias diferenciadas dos fatores de causas acidentais, o Ministério da Saúde traz a seguinte definição:

[...] acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esporte e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e à repercussão (BRASIL, 2008, p.8).

A inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo lentamente e ainda dentro da lógica biomédica, especificamente ao atendimento dos casos de lesões, trauma e morte. Ainda permanecendo na Classificação Internacional das Doenças (CID) com a denominação de “causas externas”. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial (2002), substituiu o termo “causas externas” por acidentes e violências e o CID substituído por “violência e saúde” (MINAYO, 2006).

Compreende-se que as causas acidentais, em virtude da natureza da lesão, englobam os agravos em todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros tipos de acidentes. Sendo assim, é possível ficar claro que os fatores como as causas externas e a violência e suas classificações são situações distintas. Mediante a natureza dos atos violentos, a OMS, tipifica a violência como sendo de origem física, sexual, psicológica e negligência; e a classificação, segundo as manifestações empíricas como: a violência interpessoal, autoinfligida e a coletiva, que serão abordadas para melhor compreensão do fenômeno (BRASIL, 2010; MINAYO, 2006).

1.2 Tipos de violência

A complexidade e a amplitude da violência não se limitam apenas a conceitos, por ser um problema de natureza social e histórica em que atinge toda a sociedade, resulta em ações danosas a curto e longo prazo para muitos indivíduos.

A OMS conceitua como sendo:

[...] o uso intencional da 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Dessa forma entendemos que a violência resulta em danos físicos, emocionais que perpetuam por diferentes períodos de vida ou por toda a vida das pessoas, comprometendo também o seu desenvolvimento social e econômico porque as vítimas utilizam mais os hospitais e os serviços de emergência por apresentarem mais problemas de saúde (BRASIL, 2010).

A OMS (2002) categoriza a violência em interpessoal, autoinfligida e coletiva. A tipologia da violência conforme essa categorização em:

Autoinfligida: manifesta por tentativas suicidas como autolesões e pensamentos suicidas e também o autoabuso caracterizado por atos de automutilação.

Interpessoal: inclui a violência que ocorre entre membros da família e parceiros íntimos principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Também é denominada de **violência intrafamiliar**. Consideram nesse grupo as formas de violência como abuso infantil, violência contra mulher, violência sexual, violência contra pessoas que apresentam deficiências e violência contra o idoso. Ainda na violência interpessoal está a **violência comunitária**, a qual ocorre fora de casa, nos espaços públicos. Geralmente se manifesta entre pessoas que não têm laços de parentesco, podendo ser conhecidos ou estranhos. Esse grupo envolve os casos de estupro por desconhecidos, violência juvenil e institucional como em escolas, asilos, trabalho, prisões e serviços de saúde. A violência no trabalho inclui o assédio moral e sexual.

Coletiva: constitui violência social, política e econômica, sendo social os crimes de ódios por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras, violência de estado e atos de grandes grupos. A violência econômica são os ataques de grupos motivados por ganhos econômicos,

interrompe a atividade econômica de um país ou região, negando acesso a serviços essenciais ou criando fragmentação econômica.

Minayo (2006) aponta nesta classificação criada pelo Relatório da OMS que os tipos de violência autoinfligida, interpessoal e coletiva são baseados na violência estrutural a que se refere, como os processos sociais, políticos e econômicos, os quais reproduzem a fome e as desigualdades sociais, de gênero, etnia e a dominação adultocêntrica sobre os infantes e adolescentes.

Apesar das desigualdades econômicas e sociais, do desemprego, da drogatização e do alcoolismo que favorecerem o aumento da violência, esses fatores não podem ser atribuídos como a causa da violência. Nesse sentido ela não é um fenômeno uniforme que pode ser ligado a causa e efeito, como sendo pobreza desencadeia violência. A violência é multifacetada, tem caráter polimórfico e se soma a várias manifestações as quais está interligada e fortalecida na sociedade. É desencadeada também pela política a qual é praticada por grupos que mantêm seus benefícios próprios em prol de privilégios próprios (NETO CRUZ; MOREIRA, 1999; ARAÚJO, 2002; MINAYO, 2006).

1.3 Violência doméstica

A violência doméstica é o tipo mais apontado na literatura (MONTEIRO, et al., 2008; MASCARENHAS et al., 2010; LISE; MOTTA, 2012). Muitos desses eventos permanecem silenciados não somente no núcleo familiar, mas também em serviços de saúde, escolas e comunidade (MASCARENHAS 2010; OLIVEIRA, 2008). Apesar desse tipo de violência não ser propriamente exclusivo de uma população e faixa etária, determinados grupos, como a criança, são majoritariamente acometidos no ambiente familiar (DOSSI et al., 2008).

Ferreira (2002), em seu estudo sobre a violência doméstica, identificou a dificuldade de um consenso para a definição da violência doméstica em função da multiplicidade dos fatores, bem como, os diferentes termos utilizados. Então a autora utilizou o conceito de Guerra (1998):

[...] a violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato de omissão, praticados por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima implica, de um lado uma transgressão do poder, dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados

como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 1998, p.32-3).

Diante da complexa tentativa desse conceito, também há uma evidência pelo abuso de poder e da não garantia de proteção à criança e ao adolescente. Milani e Loureiro (2008) acrescentam que de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a violência doméstica direcionada a esse público pode ser caracterizada como violência física, psicológica, sexual e negligência.

Há distinção entre violência doméstica e violência intrafamiliar, muitas vezes ambas compreendidas como sinônimos, como esclarece Barcellos (2006) em sua pesquisa sobre violência intrafamiliar: a violência do adulto contra a criança e os adolescentes no âmbito domiciliar refere-se à violência doméstica. Enquanto que violência intrafamiliar está relacionada aos membros de uma família.

Sob a temática da violência doméstica que envolve a criança e o adolescente é importante considerar dois aspectos importantes: vitimação e vitimização. A vitimação consiste em todo resultado de situações de desigualdade social. A vitimização resulta de toda relação interpessoal abusiva entre o adulto e a criança. Dessa forma esses processos não se excluem, podendo ambos envolverem a criança e o adolescente (FERREIRA, 2002).

O evento da violência que acontece no âmbito familiar é estabelecido nas relações familiares e tem tomado lugar de destaque em virtude do maior tempo de permanência das crianças em seus domicílios. Também ocorre pelo baixo poder de luta, pois os conflitos que acontecem no interior das famílias também são uma forma de resolução sobre as relações de poder na hierarquia da família (MINAYO, 2005; SHARAIBER, 2007).

Por não existir um modelo único dominante de arranjo familiar, no imaginário coletivo há expectativas de um modelo ideal, em que haja equilíbrio entre os membros. Entretanto, na realidade, cada família se configura nas suas particularidades pautando em propósitos e princípios distintos por sua heterogeneidade (SETTON, 2002; CARVALHO, CAMARGO, 2010).

Ricas, Donoso e Gresta (2006) apontam que as transformações culturais propiciaram a valorização da criança e da mulher e enfraqueceram o poder do homem sobre a mulher e dos pais sobre os filhos. Neste contexto de modificações, a percepção quanto à violência foi naturalizada, legitimando o direito dos pais sobre a criança e do homem sobre a mulher. Contudo, como permanece em muitas

sociedades em relação aos cuidadores, é o abuso do direito de poder do mais forte sobre o subordinado.

Segundo os autores não basta afirmarmos que as mudanças culturais isoladas das últimas décadas são as únicas responsáveis para o aumento da violência, mas podem ter contribuído para o aumento das estatísticas, uma vez que os pais eram mais autoritários e os filhos eram conscientes do modelo patriarcal. Entende-se que devido à maior liberdade de conquista e à inversão de muitos valores, isso pode ter corroborado para os atos de violência doméstica contra a criança e o adolescente.

Um estudo sobre reflexões teóricas sobre a família aponta alguns fatores presentes no contexto das violências e suas novas subjetividades, como a não hierarquia e a falta de autoridade familiar que contribuem para desvirtuar condutas. “A representividade da família na sociedade como célula máter na qual produz e ao mesmo tempo retém o que é produzido das interações, tem sido modificadas pela presença de novos fatos sociais, arranjos diversificados [...] conflitantes” (CARVALHO; CAMARGO, 2010, p.25).

Para Ferreira et al. (2009), ao “culpabilizar” e “patologizar” a família, o problema social de ordem pública é reduzido e transferido ao âmbito individual. Os sujeitos são constituídos e estão inseridos no núcleo social. Atribuir a violência doméstica a fatores causais de desestrutura familiar é uma forma de compartilhar para silenciar a violência doméstica perpetrada contra a criança.

1.4 Situações de vulnerabilidade social entre crianças e adolescentes

Sabendo-se que a violência é um problema social, Abramovay et al. (2002) elucida que a violência tendo os jovens como vítimas ou agentes está diretamente associada à vulnerabilidade. De acordo com a análise de Ayres (2003) e Medronho (2009) relacionadas à vulnerabilidade pontuam que as pessoas em si não são vulneráveis, mas em determinadas situações ou agravos e não a outros podem estar vulneráveis.

O termo vulnerabilidade segundo Sanchez e Bertolozzi (2007) tem sido amplamente utilizado em muitas áreas do conhecimento expressando diferentes perspectivas de interpretação e ainda em processo de construção para um conceito mais ampliado que “supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico

conceito de risco para um aspecto que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas” (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007 p. 323).

Neste contexto compreender a vulnerabilidade social é importante para o entendimento das situações dos jovens, principalmente aqueles de camadas sociais menos favorecidas em que a inacessibilidade à educação, trabalho, saúde, lazer e cultura diminuem as chances de aquisição de oportunidades oferecidas pela sociedade, mercado de trabalho e Estado (ABRAMOVAY et al., 2002).

A vulnerabilidade social segundo a ótica de Palma e Mattos (2001) se refere à discriminação, enfraquecimento ou processo de exclusão a grupos sociais. Acerca das interpretações da vulnerabilidade social, Gomes e Pereira (2005) em estudo exploratório realizado em Fortaleza-Ceará (CE) fundamentado na teoria das representações sociais buscou compreender a significação de família no contexto social, pontuaram que “a situação de vulnerabilidade social da família pobre se encontra diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise econômica que lança homem ou a mulher ao desemprego ou subemprego” (GOMES; PEREIRA, 2005, p. 360).

Ainda no contexto da vulnerabilidade, Ayres (2003) aponta que em relação ao comportamento de adolescentes relativo à prevenção da AIDS que a vulnerabilidade não está compreendida apenas ao plano individual, mas sim às condições externas sociais. Nesse sentido, o autor analisa a vulnerabilidade em três planos, que não se limitam apenas ao sujeito, a saber, o plano individual, o social e o programático ou institucional:

No plano individual, a vulnerabilidade é avaliada através dos comportamentos e da concepção das consequências relacionadas aos problemas. Há o poder de transformar efetivamente em práticas protetoras a partir dessa consciência.

O social é outro plano que inclui as condições socioeconômicas, o acesso à informação, escolarização, garantia de acesso e da qualidade ofertadas pelos serviços de saúde, os indicadores epidemiológicos, a prioridade política e econômica em relação à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos entre outros.

O plano programático ou individual está ligado à existência de ações institucionais, à disposição e ao comprometimento em que as autoridades propõem e planejam para enfrentar o problema.

As reflexões a cerca da epidemia da AIDS que no estudo de Ayres pode ser aplicada a qualquer situação que resulte em dano, porque vão além da unicausalidade, por estas razões é importante considerar as condições estruturais de vida, a cultura, a família, a educação, a forma de estruturação de programas de saúde, dentre outros, pois permitem uma aproximação com os estudos sobre a violência (BOTELHO et al., 2008; BUDÓ et al., 2010; RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

Roque e Ferriani (2002) trazem reflexões acerca do amplo entendimento em relação à interpretação da vulnerabilidade com a articulação dos determinantes sociais e à pobreza, ressaltando que o pauperismo em si não explica a violência. No entanto, a mendicância crescente da população em função de uma política neoliberal de fato pode favorecer a criminalidade. Um regime de capitalismo desenfreado pela acumulação e o desemprego podem propiciar grupos de ação violenta.

Gomes e Pereira (2005) acrescentam que a crise econômica a que esta sujeita o grupo familiar com poucos recursos precipitam a ida de filhos para a rua, a fim de ajudar no orçamento familiar, podendo resultar em abandono escolar. Neste contexto de disparidade econômica e desigualdade social Minayo (2006) aponta que crianças e adolescentes são submetidos ao trabalho infantil tanto em áreas urbanas, nas ruas e em gangues de tráficos e na exploração sexual, como no campo através dos trabalhos escravos. Segundo a análise da mesma autora, de acordo com o censo de 2000, verificou-se que 34,8% dentre 60 mil infantes e juvenis brasileiros até 17 anos viviam em situação de miserabilidade com seus familiares, com uma renda per capita mensal de até meio salário mínimo.

Dados mais recentes, segundo o Fórum Nacional para a Prevenção e Eliminação do Trabalho Infantil (FNPETI), em seu relatório do dia 12 de junho de 2012, pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), a partir dos dados do Censo de 2010, analisou no período entre 2000 e 2010 que houve uma redução do trabalho infantil de 13,44% entre 10 e 17 anos; porém, em análise da faixa etária de 10 a 13, anos houve um crescimento de 1,56%, ou seja, em 2010 foram registrados 10.946 casos de trabalho infantil a mais que em 2000 (OIT, 2012, p. 3).

Nesse contexto, ampliando a discussão, que envolve crianças e adolescentes, um relatório sobre a Situação Mundial da Infância publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2006) afirma que as crianças mais novas são mais vulneráveis. Nesse estágio, privações sofridas afetam os seres humanos em todo o ciclo da vida. Os infantes que são negligenciados ou vítimas de abusos nos primeiros anos de vida podem sofrer danos que podem ser irrecuperáveis. Dessa forma, há impedimento de alcançar o potencial pleno como crianças mais velhas, como adolescente e posteriormente enquanto adultos.

A experiência da violência na infância, o acesso às armas, viver em condições de pobreza e “exclusão social” são fatores que predispõem ao aumento dos índices de violência, sendo mais expressivos nos países da América Latina e menores no Leste Europeu. A violência acarreta ao infante e ao adolescente maior suscetibilidade a problemas de ordem emocionais cognitivos. Tais consequências trazem comportamento prejudicial para a saúde, como o uso abusivo de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, assim também como a precocidade na iniciação sexual (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2009).

Neste sentido um estudo realizado por Gontijo e Medeiros (2009) sobre crianças e adolescentes em situações de rua com base no referencial sustentado por Castel (2004) pontuam que o termo “exclusão social” se refere a uma pluralidade do uso em diferentes situações que dificultam o entendimento de suas especificidades. Os processos de vulnerabilidade e desfiliação quando substituídos ao conceito da exclusão social “permite uma visão mais dinâmica da existência e formas de vida destas crianças e adolescentes, possibilitando a percepção de um processo, em movimento, que tem sua origem em um contexto macroeconômico e cultural” (GONTIJO; MEDEIROS, 2009, p. 473).

Dessa forma, considerar os aspectos históricos da violência, no sentido de refletir sobre a infância e a adolescência construídas historicamente, apontam-se elementos fundamentais para a compreensão desse público, numa perspectiva sócio-histórica marcadas por tantas mazelas a elas impostas.

1.5 O contexto histórico da violência contra a criança e o adolescente

A violência contra a criança e o adolescente faz parte de um contexto histórico, marcada por raízes culturais em que a população infanto-juvenil é mais

suscetível à violência. Os maus-tratos contra a criança e o adolescente são relatos comuns na trajetória histórica. Desde as civilizações greco-romanas e hebreias há registros de violência. Há relatos de violência no século XVIII a.c, em que os pais eram orientados a punirem seus filhos. Nos casos de resistência à obediência, um conselho era informado e tomava providências sobre a criança e o adolescente no sentido de feri-lo até o óbito (SANTORO, 2002).

Os estudos apresentados por Ariès (1981) em *História Social da Criança e da Família*, expõem que até por volta do século XII não havia lugar para a criança no mundo. A arte medieval desconhecia a infância, sendo que no século XIII continuava a não caracterização da criança, ou seja, a criança era vista como “adulto em miniatura”, que não era notada como um ser diferente do adulto. Os séculos XVI e XVII esboçam uma concepção de infância centrada na fragilidade infantil, quando a possibilidade de perda é muito grande. Entretanto, essa forma demonstrava que não estava muito longe da insensibilidade das sociedades romanas ou chinesas que abandonavam as crianças recém-nascidas.

Os séculos XVIII e XIX resultaram no enclausuramento do internato. A preparação dos filhos era assegurada pela escola formal com regime disciplinar severo. A família e a escola privavam a criança da sociedade dos adultos. A família moderna foi marcada por muitas transformações, valorizando as crianças, que passaram dos cuidados das amas para o controle dos pais e posteriormente das escolas, a família passando a ser nuclear, heterogâmica e patriarcal (ARIÈS, 1981; HEYWOOD, 2004).

No Brasil, Priore (2008) relata a respeito de um país que não valorizava a criança e o jovem. Há registros sobre eles, apenas marginalmente, somente quando havia participação em uma ação conflituosa, como o roubo, o furto, a prostituição e a mendicância. Os assuntos que interessavam eram problemas nos quais as crianças e os jovens se envolviam, enquanto agentes. Sobretudo era o que parecia afetar diretamente os governantes. “Esses meninos e meninas eram levados para delegacia onde passavam uma ou duas noites presos, numa espécie de castigo informal, sem julgamento ou qualquer tipo de registro, aplicado pela autoridade local” (PRIORE, 2008, p.223).

A documentação registrada na *História das Crianças no Brasil* traz ainda contribuições importantes quando retrata a infância. O abandono das crianças na roda dos expostos ou nos internatos revelava a dificuldade de muitas famílias em

manter o sustento. Surgiu uma nova ordem de prioridades no contexto social, ultrapassando o nível da filantropia dos orfanatos. Dimensionou-se como problema do Estado para políticas e legislação específica para essa situação (MARCÍLIO, 1998; PRIORE, 2008).

Esse cenário demonstra que a criança e o jovem eram vistos como um problema social, e com o advento da industrialização no país, para criança e adolescente pobre só restavam a sua integração por meio do trabalho ou a marginalização. Muitas crianças trabalhavam para complementar a renda baixa dos pais. Em decorrência do serviço impróprio para a idade, a criança e o adolescente eram vítimas de acidente do trabalho em funções inapropriadas para a faixa etária. Esse aspecto negativo denota o quanto o ritmo de produção exigido pelo capitalismo advindo da classe dominada os impunha ao desrespeito (PRIORE, 2008; FALEIROS, 2008).

Certamente nessa perspectiva as políticas públicas não atenderam as necessidades da classe desfavorecida. A revelação desse momento coloca as razões histórico-sociais e político-econômicas como causa básica para a criança e o adolescente a vivenciarem a situação de rua desde que foi desestruturada a família. Por essas circunstâncias, esses filhos foram impelidos para as ruas, em busca de luta para sobrevivência e até mesmo de moradia. Por essa realidade ser uma marca de desprestígio e estigmatizante, aprova a violência e estabelece a não cidadania (RAMOS; MONTICELLI; NITSCHKE, 2000).

Faleiros (2008) ainda ressalta que os industriais da época justificavam que era importante o trabalho das crianças e dos adolescentes porque dessa forma os tiravam das ruas. Assim a população infantil não teve acesso ao ensino público ou privado, principalmente os meninos e meninas da zona rural. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Assistência aos Menores (SAM), que ao invés de criar ações educativas, predominava com ações punitivas. Extinto o SAM em 1964, foi substituído pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); órgãos gestores e para execução nos estados, foi criada a Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM).

Seguindo a história, a FUNABEM foi apresentada como um lugar exemplar de educação ao infrator sem repressão, com o intuito de formar jovens responsáveis para a vida em sociedade. Mas ao contrário do que se esperava, o modelo de proteção adotado pela FUNABEM entrou em crise. As denúncias de

violência institucional emergiam e a desarticulação e a desintegração entre as instâncias de atendimento revelavam a dificuldade em administrar uma política o como se esperava (MENDES; MATOS, 2010).

Nessa perspectiva, havia crianças e jovens infratores ou abandonados no paradigma da situação irregular, vigente nos “Códigos de Menores” (1927 – 1979) que passavam a ser identificados como “menores em situação irregular”. Havia todo um estigma em relação ao “menor” visto como alguém de infância pobre e potencialmente perigoso para a sociedade. A doutrina da situação irregular tinha caráter eminentemente tutelar, violava e restringia o menor aos direitos humanos. Diante da necessidade de descentralização das políticas sociais, a nova Constituição Federal em 1988 representou um marco na garantia dos direitos básicos. E finalmente, em 1990, ocorreu a elaboração do ECA (NEDEL, 2007; FALEIROS, 2008).

Com a mobilização da sociedade civil através da Constituição (1988) e da aprovação do ECA (1990), o trabalho infantil começou a ganhar visibilidade a partir dos meios de comunicação nacionais e internacionais. Nos espaços rurais viam-se crianças e adolescentes desenvolvendo atividades agrícolas nos canaviais e nas carvoarias, sendo submetidas aos riscos de ferimentos e queimaduras, sendo escravizadas em função da necessidade de produção. O espaço urbano oferecia grande oferta de mão de obra barata, nas fábricas no setor têxtil, nas ruas como engraxates, vendedores ambulantes dentre outros. Nesse contexto, destacam-se ainda as leis contra o trabalho infanto-juvenil, sendo estabelecidas em 2000 diretrizes de enfrentamento e em 2004 o Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil e de Proteção do Trabalho do Adolescente. Destaca-se que o ECA reafirma o direito de profissionalização e a proteção no trabalho, conferindo a proibição do trabalho para idade inferior a 14 anos, salvo na questão de aprendiz e acima de 16 anos que trabalhem nos regimes formais (BRASIL, 2006; FALEIROS, 2008; PRIORE, 2008).

A violência é um fenômeno permanente na história da humanidade, mas suas manifestações se diferenciam no tempo e no espaço. Outras formas de exploração de crianças e adolescentes relacionadas também ao trabalho e a comercialização sexual, pelo turismo sexual, tráfico para fins sexuais dentre outros, como forma de renda (FALEIROS, 2008). O domínio do mais forte sob o mais fraco foi exercido nas diversas esferas sociais e em todos os tempos. Mesmo com as

conquistas ao direito e à proteção infanto-juvenil, a relação de poder ainda é presente (MINAYO, 2005; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

1.6 As modalidades de violência contra a criança e o adolescente e suas consequências

A temática da violência contra a criança e o adolescente tem se tornado objeto de estudo em todo o mundo. Suas manifestações ocorrem em diferentes grupos sociais e econômicos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) aponta a violência na infância e adolescência de acordo com a Portaria GMS/MS 737 de 16/05/01 como, toda omissão do cuidado que pode implicar em prejuízo físico, mental, sexual e moral à vítima, sendo esta responsabilidade dos pais, parentes ou responsáveis e em última instância a sociedade em geral.

Para Minayo (2001), a violência contra a infância e adolescência se descreve em uma relação de poder, quando o adulto, podendo ser o pai a mãe, parentes e outras pessoas, incluindo também as instituições, são capazes de causar dano físico, emocional ou psicológico a esse segmento assim, transgredindo o direito de proteção e não os reconhecendo como sujeitos de direitos. Desse modo há uma coisificação das relações em que o outro é considerado como coisa, objeto e não sujeito.

A repercussão na esfera biopsicossocial que a violência provoca na infância e na adolescência tem sido reconhecida, sobretudo por consequências importantes no comportamento das vítimas para potenciais futuros agressores. Nesse sentido, Assis e outros (2004) em um estudo de caráter epidemiológico realizado em São Gonçalo (RJ) com estudantes adolescentes buscaram conhecer a associação entre autoestima, autoconceito e violência o autor identificou os que sofreram de violência física, sexual e psicológica dos pais tiveram maior frequência de sofrer violência na escola e comunidade. Também relataram mais transgressão às leis. Desse modo esse público está mais ameaçado pela vulnerabilidade, tornando mais suscetível à violência em outros âmbitos sociais.

A violência intrafamiliar faz parte das várias manifestações de violência praticadas contra a criança e o adolescente. Não pode ser compreendida apenas como uma questão decorrente dos conflitos interpessoais entre pais e prole, visto

que há uma associação das raízes dessa problemática com o contexto histórico, social, cultural e político (Roque; Ferriani, 2002).

O fenômeno da violência sob a ótica dos atos violentos é caracterizado a partir das manifestações empíricas, a saber, violência interpessoal, autoinfligida e coletiva. As manifestações da violência pela sua natureza ou atos violentos na infância e na adolescência são discutidas com base no Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde (2002). Apesar de toda a complexidade com que a OMS caracteriza a violência a partir da classificação da natureza das agressões, é necessário refletir sobre as modalidades de expressão e de suas particularidades: violência física, sexual, psicológica e negligência.

Violência física: quando uma pessoa está em relação de poder à outra, intencionada a causar dano por meio da força física. As agressões podem se constituir em socos, pontapés, bofetões, tapas ou qualquer outro gesto. “Ou algum tipo de arma, provocando ou não ferimentos externos ou internos ou ambos” (BRASIL, 2009 p.11).

Na manifestação de violência física gera medo, terror, podendo também constituir violência psicológica. Em muitas situações é coberta pelo silêncio, dissimulações, negação e até mesmo justificada como algo accidental. A maioria das agressões desse tipo acontece no domicílio, praticadas pelos responsáveis pelos infantes ou adolescentes. Tais práticas têm caráter recorrente quando os educadores, ou seja, os pais se sentem no direito de corrigi-los pelo uso da força porque são os genitores (FALEIROS, 2008).

Sobre a violência física o Ministério da Saúde (2010) ainda pontua duas síndromes relacionadas a essa temática.

Síndrome do bebê sacudido: é caracterizada por sacudidas violentas na criança. Esse tipo de ação pode gerar danos importantes consistindo em lesões cerebrais. Pode resultar em pequenas ou grandes hemorragias. Geralmente ocorre em crianças menores de seis meses em relação à irritação com o choro do qual o cuidador não tem controle (COSTA et al., 2007; BRASIL, 2010).

Síndrome de Munchausen por procuração: sua definição é caracterizada como situação na qual a criança é levada para cuidados médicos em decorrência de uma sintomatologia simulada ou provocada pelos responsáveis. Pelo fato do cuidador exigir dos profissionais da saúde a execução de exames desnecessários, é considerada uma forma de violência física, porque determinados

exames podem ser agressivos para a criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001; BRASIL, 2010).

Violência sexual: toda atitude ou jogo sexual que ocorre nas relações heterossexual ou homossexual com intuito de estimular a criança ou o adolescente ou sua utilização para obter excitação sexual. “Bem como, práticas eróticas, pornográficas sexuais através de violência física, ameaça ou persuasão” (MINAYO, 2006, p.82). Esse tipo de violência se manifesta em todas as faixas etárias, não depende da classe social e nem tampouco em apenas um tipo de gênero, apesar dos estudos mostrarem que as principais vítimas de abuso sexual são do sexo feminino e os agressores serem pessoas que relacionam com os familiares (RIBEIRO, 2004; HABIGZANG et al., 2005).

A vítima além do sofrimento físico sexual também está sujeita a manifestação de distúrbios sexuais, prostituição, consumo de drogas. Há ainda possibilidade de se contaminar com o vírus da imunodeficiência humana, hepatites ou outras doenças transmissíveis de origem sexual ou uma concepção indesejada. Emocionalmente, dependendo da faixa etária, pode apresentar depressão e em casos mais severos o suicídio e outras desordens psicológicas (MINAYO, 2006).

Dentro do contexto da violência sexual contra a criança e o adolescente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p.11-13) aponta outras situações como:

Abuso incestuoso: consistindo em uma relação desigual de poder com envolvimento sexual de pais, irmãos ou parente próximo. Pode ocorrer em crianças e adolescentes mais frágeis pela condição de deficiência física ou mental.

Atentado violento ao pudor: ocorre em situações diferentes da conjunção carnal, como carícias íntimas, masturbação, sexo oral e anal. Pode ter como sujeito ativo ou passivo pessoas sem consentimento de tais práticas.

Estupro: toda relação sexual vaginal na qual ocorre sem o consentimento da pessoa do sexo feminino.

Assédio sexual: caracteriza por todo constrangimento, objetivando o favorecimento ou vantagem sexual pela condição de superioridade hierárquica no trabalho ou função. Inclui-se pelo agressor qualquer tipo de ameaça oculta.

Exploração sexual: uso intencional de pessoas, para fins comerciais ou lucro, para manter relação sexual, ou produção de materiais pornográficos.

Pornografia infantil: qualquer tipo de representação de fotos ou imagens com cenas de sexo explícito envolvendo crianças e adolescentes com objetivo de divulgação venda por qualquer meio de comunicação.

Pedofilia: toda atividade sexual de um adulto com um menino ou menina.

Voyeurismo: manifesta-se por toda observação de pessoas em atividades sexuais ou íntimas, como o despir, com o propósito de excitação, sem que a pessoa observada tome conhecimento. O voyeurismo constitui um transtorno da preferência sexual.

Violência psicológica: toda forma de agressão verbal e gestual contra a vítima com a intenção de rejeitar, atemorizar, constranger. Ao que concerne ainda à criança e ao adolescente a este tipo de violência a restrição da liberdade ou o isolamento social encontram-se presentes (MONTEIRO, 2010).

Outras formas de violência psicológica ainda são consideradas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 32) como conceitua:

Testemunho da violência: quando a criança ou adolescente presenciam em domicílio, escola, comunidade ou rua situações violentas. As consequências são ainda piores quando a vítima é intimidada ou quando ela vê situações de violência contra uma pessoa importante para ela.

Síndrome da alienação parental: está ligada a todo tipo de seqüela emocional e comportamental sofrida pela criança, quando o pai ou a mãe com a separação matrimonial, faz com que a vítima tenha rejeição pelo ex-cônjuge.

Assédio moral ou violência que ocorre no trabalho: o Ministério da Saúde (2010) adota a caracterização deste tipo de violência descrita por Barreto (2000) em que a ocorrência dessa agressão é comum em adolescentes. Nela a pessoa sofre recidivas de situações humilhantes na jornada de trabalho.

Bullying: Lopes Neto (2005), citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), caracteriza o Bullying pela dominação e prepotência entre pares com frequência nas escolas, quando os comportamentos de humilhação agredem intencionalmente a vítima, podendo estar presente a violência física e/ou psicológica.

Em um estudo realizado por Abranches e Assis (2011) foram identificados problemas associados à convivência da violência psicológica como: ansiedade, quadros depressivos, tentativa de suicídio e rendimento escolar ruim. É difícil de ser

detectada, porque nem sempre as marcas têm visibilidade. Mesmo que esse tipo de violência esteja sendo desvelada, a subnotificação ainda é uma constante.

Violência por negligência ou privação: ocorre quando há omissão de cuidados necessários para o provimento do desenvolvimento físico, emocional e social satisfatórios à criança e ao adolescente. O abandono constitui a forma mais grave de negligência. Não tem vínculo com o nível sócioeconômico de pobreza. Em algumas situações pode estar presente em famílias de pessoas que tenham recursos financeiros. Collet e Oliveira (2002) acrescentam que é importante “discernir entre prática abusiva, ignorância ou miséria”. Sobre o comportamento da criança que sofre de negligência, pode-se variar em déficit no seu crescimento e desenvolvimento, comportamento depressivo, hostilidade entre outros.

Na ótica das várias manifestações de maus-tratos, Faleiros (2008) considera que fenômenos não são excludentes e sim cumulativos. A criança e o adolescente podem estar expostos ou serem afetados por mais de um tipo de violência. Aragão (2011) pontua que as determinações desse fenômeno são originadas da sociedade dinamicamente destrutiva. E tratar a violência nas demandas emergenciais não resolveria o problema, ou seja, a efetividade da ação policial em relação à punição do agressor e das instituições de saúde ou assistência social em relação às vítimas é apenas em caráter de premência.

1.7 Os indicadores da violência infanto-juvenil

Em se tratando de informações relacionadas à violência contra a criança e o adolescente Minayo e Scharaiber (2006) referem que as denúncias por vários profissionais a respeito das modalidades de violência aconteceram após o ano de 1962. O Brasil, em relação à dimensão do conhecimento sobre a violência, fica a desejar. Não é possível conhecer com exatidão a frequência dos casos de abuso contra os infantes e adolescentes. Há carências também principalmente de informações estatísticas que medem a prevalência e a incidência da população em geral (MYNAIO, 1997; SOUZA; MELLO JORGE, 2006).

Recentemente, na década de 80, o tema da violência foi inserido na pauta da saúde pública, coincidindo, com as primeiras preocupações para prevenção dos fatores de risco relacionados aos maus-tratos contra a criança, sob o olhar da epidemiologia. O atendimento especializado e a prevenção das violências surgiram

em consequência da magnitude da morbimortalidade pelas violências e pelos acidentes. Reconheceu-se a partir daí como um problema relevante para atenção à saúde em todos os âmbitos de atendimento (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Conforme salientam Minayo (1997) e o Relatório Mundial da Infância (UNICEF, 2006), os dados não revelam a real magnitude da violência. Os dados institucionais revelam apenas uma pequena dimensão dos casos existentes de violência. Em situações extremas, crianças são excluídas tendo seus direitos negados, sendo fisicamente ignoradas pela comunidade e muitas vezes são impossibilitadas de frequentar a escola. Nessa ótica se tornam invisíveis para a sociedade e imperceptíveis para o olhar oficial, além de ausentes em estatísticas, políticas e programas.

Tudo isso é considerado apenas a “ponta do *iceberg*.” A realidade estudada é subestimada pela “Lei do Silêncio” que predomina no âmbito familiar e também nas instituições. Sob a violência domiciliar, várias formas de vitimação são ocultas, sendo assim, a causa para milhares de crianças e adolescentes vitimados no Brasil. No qual é marcado pela extrema desigualdade social de muitas pessoas e especificamente a criança e o adolescente (MINAYO, 2006; MALTA et al., 2007; GONTIJO et al., 2008).

Outros setores como as instituições as quais Minayo refere, as unidades de serviços estão preparadas para o atendimento de enfermidades de origem biomédicas. Outrossim, hoje, são chamadas para equipar-se ao atendimento de pessoas com traumas físicos e emocionais (MINAYO, 2005). Profissionais preparados podem colaborar para o acompanhamento das vítimas de violência. É preciso abordar as situações relacionadas a essa temática de uma forma mais abrangente para que o foco do atendimento não seja estritamente clínico (LIMA, 2006).

Dados estatísticos publicados no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde referem-na como um problema mundial e de saúde pública, no que tange ao jovem como sendo o principal agressor e vítima. Em 2000, o Informe Mundial de Saúde registra 199 mil homicídios entre jovens com idades entre 10 e 29 anos (9,2 por 100.000 habitantes), devido à violência interpessoal. As taxas variam sendo baixas em países com renda alta e elevada nos países de renda baixa (KRUG et al., 2002).

Em relação à violência não fatal, há uma tendência do aumento dos índices no período que compreende a metade da adolescência até a fase adulta. Estudos realizados na África do Sul revelaram esta afirmativa: a faixa etária entre 13 anos e menores em comparação às idades entre 14 e 21 anos foram na sequência, 13,5% e 21,9% vítimas de violência. Já a faixa etária entre 22 e 35 anos foi de 52,3%. Outros estudos realizados no Brasil, Chile, Jamaica, Quênia, Moçambique, Colômbia, Venezuela, Costa Rica e El Salvador também confirmaram esse aumento nos índices de lesões não fatais entre a adolescência e a fase adulta (KRUG et al., 2002).

Dessa forma, as condições de saúde desse grupo populacional representam um diferencial em que a suscetibilidade é evidenciada pelos números de mortes por causas externas violentas. A crescente incidência de óbitos representa proporções mais significativas do que o restante da população. A morbimortalidade de adolescentes e jovens é pontuada em outras modalidades de violência. Dentre essas se caracterizam o bullying, que ocorre principalmente nas escolas desencadeando consequências aos estudantes como a baixa autoestima. Também há outras violências as quais se enquadram nessas modalidades de violência como a física, a negligência e a psicológica (BRASIL, 2010).

Minayo (2003) relata que a magnitude da violência nas grandes cidades do Brasil é evidenciada principalmente pelo público jovem, sobretudo os que vivem em regiões suburbanas. Já no país, o perfil de mortalidade por violência segue a tendência mundial, concentrando a maioria dos óbitos nas regiões metropolitanas. No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) afirma que apesar das taxas crescentes da violência nas grandes metrópoles apresentarem de forma mais dramática, a violência também é evidenciada em regiões interioranas.

O panorama brasileiro revelou na década de 90 mortes por homicídios em crianças na faixa etária entre 1 e 9 anos num total de 2013 óbitos, acentuando os casos no ano de 1991 de 172 mortes representando uma taxa de 0,6 dos casos por 100.000 hab. Já no ano de 2000 foram 220 mortes com uma taxa de 0,7 casos por 100.000 hab. As armas mais utilizadas como forma de agressão, são as armas de fogo e logo os objetos cortantes e penetrantes (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

No que concerne ainda à criminalidade no ano 2000, Souza (2006) em seu estudo aponta dados a partir do Departamento de Informação e Informática do

SUS: “Somente as capitais do Sudeste como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Vitória responderam por quase 60% dos homicídios no Brasil” (SOUZA, 2006, p. 38). Nessa perspectiva, compreende-se que a violência está presente nas regiões metropolitanas onde há um condensamento populacional.

Pesquisa realizada por Mascarenhas et al. (2010) com crianças em capitais de estados e municípios que compõem o atendimento de serviços do sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA) no ano de 2006 e 2007 mostra que 67,4% dos atendimentos foram por agressão física. Dessa forma, as evidências são claras quanto à vulnerabilidade da criança quando relacionadas às agressões. Ainda comentam que em 2006 foram registrados no país 310 homicídios, representando 7% de óbitos por causas externas em crianças menores de 10 anos.

Ainda no panorama de óbitos por causas externas e violências, os registros de mortalidade na faixa etária entre 0 e 4 anos foram em decorrência dos acidentes domésticos (22,3%). Entre 5 e 9 anos o fator causal para os óbitos foi acidente de trânsito (45,4%). Ambas situações indicam omissão dos responsáveis como fator preponderante para as mortes. Já na faixa etária de 10 e 19 anos foram os homicídios (49,5%) representado a principal causa (SOUZA; MELLO JORGE 2006).

Um estudo caracterizando o perfil da violência sexual no meio intrafamiliar em crianças atendidas em um serviço no Piauí no período de 2004 a 2007 indicou 229 registros em que as idades variaram entre 1 e 12 anos. Foram mais expressivas no período investigado as idades entre 11 e 12 anos. O estudo chamou atenção para o agressor, como sendo em sua maioria, os vizinhos (MONTEIRO et al., 2008).

No estado de Minas Gerais, uma pesquisa sobre violência sexual infanto-juvenil realizado em 26 municípios caracterizou que a maioria dos casos foi frequente no sexo feminino e na faixa etária de 13 a 17 anos. Dentre os 26 municípios, em 21 municípios ocorreram abuso e exploração sexual infanto-juvenil (IWAMOTO et al., 2010).

O Ministério da Saúde (2010) apontou que os principais tipos de violência sofridos pelas crianças estão na seguinte sequência: violência sexual, violência psicológica, violência física e por último a negligência/maus-tratos. Foi evidenciado que essas violências acontecem mais no ambiente familiar. E as notificações dos casos de violência, coletadas pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) realizadas no ano de 2006 e 2007, nas 27 unidades da Federação,

apontaram que os principais agressores das crianças, seguindo a ordem, estão pais, mães, irmãos, amigos, padrasto e cuidadores (BRASIL, 2010).

Em relação aos principais tipos de violência sofridas pelos adolescentes, o MS ressalta em primeiro lugar a violência sexual, com um número bastante alto. Dos 2.370 registros de violência contra esse público, 1.335 aconteceram por violência sexual representando 56% dos casos. Em segundo lugar, 50% dos casos foram por violências psicológicas, 48% violências físicas e 13% violências por negligências ou abandono. Em relação ao gênero 78% do total de violências foram do sexo feminino. As notificações também apontaram que o local onde ocorreu a violência no domicílio, com 58% dos registros, e 20% ocorreram em via pública (BRASIL, 2010).

1.8 Políticas públicas de enfrentamento da violência infanto-juvenil

A consolidação do ECA a partir da Lei 8.069/90 (BRASIL, 2006) atentou para o reconhecimento de cidadãos e de direitos a serem garantidos pelas políticas sociais, incluindo todas crianças e adolescentes, sem considerar as desigualdades das classes sociais, gênero, raça e quaisquer outras diferenças. Objetivou-se a descentralização do atendimento a esse público e direcionou-se aos municípios para que tenham uma melhor resolubilidade em facilitar o controle social em relação às políticas públicas direcionadas à criança e ao adolescente (MIONE, 2010).

A proteção integral como doutrina do ECA (BRASIL, 2006) reconhece a criança até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade. De acordo com o próprio Estatuto, há o reconhecimento como cidadãos sujeitos de direitos e de proteção:

Art. 3º. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2006, p. 9).

Art. 7º. A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso e condições dignas de existência (BRASIL, 2006, p. 10).

O ECA (BRASIL, 2006) é fruto da articulação de lideranças do setor público e da sociedade civil organizada, principalmente as entidades não

governamentais de defesa desse público. Representa também uma conquista para as crianças e os adolescentes que em toda a sua trajetória histórica foram excluídos de direitos de cidadãos. Não se limita apenas em uma substituição do termo “Menor” por criança e adolescente, mas revela uma nova concepção em relação à infância e à adolescência como sujeitos legítimos de direitos. Nessa ótica, o Estatuto deixa claro que a responsabilidade em assegurar esses direitos é uma soma da família, sociedade e também do Estado:

Art.4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006, p.9).

O ECA (BRASIL, 2006) em seu Art. 5º é enfático quando afirma que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. No entanto, ao confrontar a realidade de muitos países e em específico, o Brasil o que é evidenciado é uma situação contrária a qual deveria ser preconizada pelo ECA. As iniquidades contra a criança e o adolescente são várias, não sendo interessantes para esse público que esses direitos fiquem restritos apenas às teorias.

Através da doutrina do ECA, o Brasil possui uma das legislações mais avançadas na área da assistência ao infante e ao adolescente. Pelo menos teoricamente essa doutrina considera esse público prioridade absoluta. A notificação tornou-se compulsória para todos os profissionais e responsáveis por estabelecimentos de saúde, como também para as instituições de ensino fundamental, creche e pré-escola, bem como para todos os professores que atendem nessas instituições. São previstas penalidades como multa para o descumprimento da não notificação (BRASIL, 2002; GOMES, FONSECA, 2005).

Além de ser essencial para o enfrentamento da violência, a notificação permite conhecer as diversas formas de violência contra a criança e o adolescente. São informações relevantes para avaliação da situação local e da necessidade de investimentos públicos. A partir desses registros, intervem-se para a resolubilidade da situação de forma a possibilitar a interrupção do abuso e buscar as medidas para assistir e proteger vítimas e familiares (DESLANDES et al., 2011).

É importante ressaltar que a partir do ECA, o Conselho Tutelar (CT) foi criado e constitui uma grande inovação institucional com importante missão de zelar

pelo cumprimento de todos os direitos garantidos à criança e ao adolescente que estão em processo de desenvolvimento. O Conselho Tutelar é caracterizado por ser um órgão permanente e autônomo, no qual há uma relação do poder público com a sociedade. Dessa forma, o CT também se configura ainda que potencialmente em espaço de convergência de informações que se referem a situações vivenciadas por esse público no âmbito municipal (BRASIL, 2002; BAZON, 2008).

Para Frizzo e Sarriera (2005, p.189 a 192) o Conselho Tutelar é um órgão paradigmático não proporcionando nenhum atendimento de necessidades, e nem executando programas, porém cabe ao CT o cumprimento de providências para que os direitos sejam atendidos. Também deve participar da formulação de políticas públicas e informar os órgãos responsáveis quando há problemas existentes nas comunidades referentes à criança e ao adolescente. Dentre algumas atribuições do CT estão:

- atendimento de crianças e adolescentes em relação às medidas de proteção por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis em razão de sua conduta;
- atendimento e aconselhamento dos pais ou responsáveis;
- Promoção da execução de suas decisões, podendo para tanto requisitar serviços públicos nas áreas da saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança e representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento;
- encaminhamento ao Ministério Público notícia de fatos que constituam infração contra os direitos da criança ou do adolescente;
- encaminhamento à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- expedição de notificações.

Contudo, o Conselho Tutelar em sua esfera de atuação necessita de uma interlocução constante com outros segmentos da sociedade atuantes no campo da infância e adolescência. É preciso assegurar que o enfrentamento da violência seja por estratégias de ações interdisciplinares e multisetoriais para a garantia dos direitos humanos e a redução dos agravos por violência (MARTINS, MELLO JORGE, 2009).

Luna e outros (2010) afirmam que o ato de notificar inicia um processo capaz de coibir comportamentos e atitudes violentas no núcleo familiar ou de

instituições, bem como de qualquer agressor. Os resultados de seus estudos pontuam a dificuldade no manejo das vítimas de violência, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes. Apesar da clareza de obrigatoriedade na qual concerne a legislação referida aos casos de maus-tratos infanto-juvenis, a subnotificação ainda é uma realidade no Brasil.

Apesar da literatura questionar a eficácia dos serviços responsáveis pelo atendimento de casos de violência, não ter qualidade nos dados e por isso ser intitulada como “violência silenciosa”, foi criado o programa Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), implantado pelo Ministério da Saúde sob a Lei 1.356 de 23 de junho de 2003, cuja estratégia é a melhoria da qualidade das informações sobre violências para um conhecimento melhor da natureza e da magnitude da violência (MARTINS, 2010).

A legislação sobre maus-tratos, no Brasil, tem adotado como parâmetro o modelo americano quanto à obrigatoriedade de notificação. No que diz respeito à resolubilidade da situação da violência, Luna e outros (2010) comentam sobre algumas dificuldades como falhas nas questões estruturais dos Conselhos Tutelares, principalmente em nível local, constrangimento do profissional pelo ato de notificar e fato da família negar informações que fundamentem as suspeitas. Em concordância com Santos (2009), a rede de serviços está aquém do necessário, com poucos regulamentos e com ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar.

Saliba et al. (2007) relatam que a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de identificar e notificar as vítimas de maus-tratos, sabendo que nessa cadeia de atuação contra a violência o profissional da saúde não é o único protagonista. Diante desses eventos, todos os profissionais inseridos na assistência, bem como as instituições de saúde, ensino e proteção não podem omitir frente aos registros de violência, devem cumprir o seu papel como cooperador e mediador, aperfeiçoando um olhar investigativo, com escuta atenta, ter ações interdisciplinares, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade.

O Ministério da Saúde recomenda atividades educativas atuando sobre os fatores de risco e de proteção através da Portaria nº 687 MS/GM, 30 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual contribui com

ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências para que a população contribua e assim propiciem ambientes seguros e saudáveis e ações promotoras da cultura de paz (BRASIL, 2006).

Nessa ótica de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, podem ser apontadas ações e outras políticas. A magnitude do fenômeno da violência no Brasil fomentou outras estratégias de prevenção e intervenção para o problema. A articulação do MS com as Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) promove, coordena, financia, apoia e executa muitas ações de vigilância e prevenção das violências. Dentre as políticas implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) a qual institui no âmbito do SUS os princípios e as diretrizes para estruturar e também reforçar ações intersetoriais de prevenção das violências e também assistência às vítimas por causas externas, para promoção de hábitos seguros e saudáveis de vida (BRASIL, 2010).

O Ministério da Justiça, pela Secretaria de Direitos Humanos, implantou em 2001 o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. O Plano objetivou a articulação de pessoas que trabalhavam com esse público vulnerável à violência sexual. Buscou a garantia de atendimento especializado, o desenvolvimento de ações de prevenção e o fortalecimento do sistema de defesa da criança e adolescente (BRASIL, 2006).

A implementação de tais políticas públicas foram fomentadas em virtude de descentralizar o atendimento à criança e ao adolescente que sofreram ou praticaram algum tipo de violência. As medidas adotadas tanto no nível nacional como estadual são importantes para o enfrentamento da criminalidade. Apesar de toda a tentativa de discussão dessas políticas públicas pelos vários segmentos sociais e políticos, não há uma cultura democrática política, em que seja capaz de formular e sustentar os valores e ações que solidifiquem a cidadania (SILVA; FERRIANI; MEDEIROS, 2008).

Para melhor discussão sobre a implementação das políticas preventivas, Souza (2006, p.43) traz a seguinte afirmação: “a implementação de políticas preventivas, visando à otimização da inteligência e capacidade investigativa das polícias, de mecanismos de participação e ações de autogestão para a resolução de

conflitos em locais com altos índices de criminalidade, não se constitui como parte fundamental da agenda da maioria dos gestores da segurança pública”.

Silva, Ferriani e Medeiros (2008) relatam que no Brasil, apesar de toda a amplitude de discussão das políticas de atenção à infância e ao adolescente pelos vários segmentos sociais e políticos, não houve mudança em relação às desigualdades sociais e à violência que aflige a infância e a adolescência. Reconhecendo todas as alternativas importantes e válidas dos fóruns e movimentos, ainda não há uma cultura de política consolidada em ações de cidadania.

Um estudo sobre as políticas públicas e violência refere que as medidas reativas no âmbito estadual e nacional em resposta à exacerbação da violência, destacam o aumento do poder de punição do estado restringindo as noções de cidadania e direito. Há uma preocupação em manter a “ordem” e a resposta que a sociedade espera para a reversão do aumento da criminalidade é limitada. Salientando-se, portanto, a necessidade de políticas públicas com adequação, bem como duradouras (SOUZA, 2006).

As estratégias utilizadas para o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente em Minas Gerais pelo setor saúde estão apontadas por Vianna et al. (2008, p.252-3), as quais são guiadas pelos documentos:

- Linha Guia de Atenção à Saúde dos Adolescentes da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, que traz orientações em relação ao fluxo de atendimento, como também auxilia a prevenir e acolher os que sofreram violência.
- Protocolo de Assistência a Vítimas de Violência no Estado de Minas Gerais que tem como referencial para a implantação deste protocolo a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde. Objetiva aumentar o número das notificações, assegurar a atenção precoce e humanizada para prevenção de consequências físicas e psicológicas.
- Programa de Ações integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR/MG), com a extensão em Minas Gerais e as parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde propiciando efetividade de ações intersetoriais.

O PAIR foi criado em 2002, sua implementação foi primeiramente em seis municípios prioritários e depois em novas expansões. O desafio do programa é tornar operativo o Plano Nacional de Enfrentamento de Violência Sexual Infanto-

Juvenil e utilizar a estratégia para a realização de investigação científica para o enfrentamento, planejamento, monitoramento da violência sexual dentre outras. Está fundamentado na Constituição Federal (1988) e no ECA (1990), tendo a participação da sociedade civil e organizada (VARGAS, 2008; MOTTI; CONTINI; AMORIM, 2008).

Novos paradigmas se contrapõem às tradicionais políticas públicas que historicamente contribuíram para intervenções segmentadas e simplificadas frente à complexidade em que se refere à violência e às suas consequências. As ações fragmentadas e desarticuladas determinam necessidades de ações congruentes. No entanto, a proteção social para a prevenção das violências através das redes de proteção a esse público se constitui um importante fator de enfrentamento (UDI, 2008; ARAGÃO, 2011).

As redes assistenciais, embora constituam um tipo de rede social, são suportes importantes para compreender e atuar no enfrentamento à violência, podendo contribuir e fortalecer para o desenvolvimento social da população. Várias são as suas potencialidades como a descentralização das ações, potencialização da comunicação entre os profissionais da saúde e outros setores, com soluções mais rápidas para resolução de casos por violência, dentre outros. Sendo assim, as redes têm um papel fundamental no que diz respeito à prevenção da violência (PHEBO; NJAINE; ASSIS, 2009).

Para melhor compreensão, a rede é conceituada como um espaço de experiências de troca, de estímulo ao conhecimento e ao reconhecimento mútuo das entidades e pessoas que dela participam (PHEBO; NJAINE, ASSIS, 2009, p. 374). Esse conceito traz a reflexão que o sujeito se torna agente para o enfrentamento dos conflitos relacionados à violência.

O impacto da violência na saúde da criança e do adolescente tem demonstrado que apesar das políticas de enfrentamento e conhecimento na cadeia de maus-tratos, as ações direcionadas na prevenção da violação dos direitos da criança e do adolescente não são suficientes no Brasil. Há uma lacuna na proporção sobre o fenômeno da violência, não tendo informações fidedignas sobre a exatidão dos casos desse agravo. Pedersen (2009) acrescenta que romper a violência contra infantes e juvenis é um processo difícil de resolução e os resultados apresentados não são imediatos.

Desde 2001, a notificação de maus-tratos praticados contra a criança e o adolescente tornou-se obrigatória, através da Portaria de Nº 1.968 de 26 de outubro de 2001. A partir dessa lei, vários governos estaduais e municipais decretaram essa obrigatoriedade para os profissionais de saúde por meio da Ficha Individual de Investigação de Violências (FIIV) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e comunicação do Conselho Tutelar.

No entanto, a incompletude dos campos de preenchimento da FIIV, o receio da denúncia, dificuldades técnicas específicas no processo de notificar comprometem essas ações. Dessa forma, a subnotificação é uma realidade quando se trata de violência com crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2002).

Amaral e outros (2007) apontam que as situações de violência envolvendo crianças e adolescentes no Brasil são fragilizadas pelas estatísticas insuficientes e que abrangem em sua maioria algumas modalidades como a violência física e sexual, enquanto outras ficam ocultas como a negligência e a violência psicológica.

A notificação é um instrumento valioso para as políticas públicas, pois propicia a produção de informação de modo sistematizado que promove a construção do conhecimento sobre a dinâmica da violência, bem como um acompanhamento epidemiológico. Arpini et al. (2008) relatam que ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, essa situação acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência.

Tendo em vista a magnitude do problema da violência contra a criança e o adolescente e as várias modalidades de violência, é importante traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados por esse agravo nos 853 municípios que compõem o estado de Minas Gerais e, assim, subsidiar o desenvolvimento de estratégias coerentes para o enfrentamento deste desafio para a saúde pública.

1.9 Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema Único de Saúde incorpora os principais Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que são ligados diretamente ao MS, dentre eles: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH –

SUS), Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA – SUS) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BARBOSA, 2006).

Dentre os sistemas de informação, o que foi abordado neste estudo é o SINAN, por ser o mais importante para a vigilância epidemiológica. Foi desenvolvido na década de 90, com a tentativa de minimizar os entraves do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNDC) e substituí-lo. Sua concepção se deu a partir do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) com o apoio do Departamento de informática do SUS (DATASUS) e a Prefeitura de Belo Horizonte. Após dez anos de implantação do SINAN, o CENEPI foi extinto, sendo criada a Secretaria de Vigilância em Saúde vinculada ao MS. O SINAN foi norteado pela padronização de conceitos, como definição de casos e o processamento dos dados a partir da sua organização hierárquica (LAGUARDIA 2004; BRASIL; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2009).

Essa trajetória inicia na instância municipal até a nacional. Na coleta é realizada nos estabelecimentos de saúde, ainda que nem sempre esses serviços sejam informatizados, os instrumentos são preenchidos, direcionados às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS), onde é feito o processamento eletrônico dos dados contidos nas fichas de notificação que compõem a lista de doenças de notificação compulsória (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2009).

É facultativa aos estados e municípios a inclusão à lista de notificação compulsória dos problemas de saúde relevantes quando identificados em sua região. Concernente a esta afirmativa, a descentralização é uma diretriz organizativa do SUS que confere a cada esfera de governo direitos pela Organização do Sistema Local de Saúde (SILOS), sendo a base desse processo o perfil epidemiológico, social, sanitário dentre outros da região. Neste contexto de gestão participativa, os estados e municípios passaram a ter responsabilidade referente ao fornecimento e na abordagem nos subsistemas de informação (SAITO, 2008; BRASIL; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2009).

De acordo com essa autonomia pautada na descentralização, foram percorridas as atribuições da vigilância epidemiológica referentes ao Sistema de Informação Epidemiológica nas três esferas governamentais relacionadas à gestão, estruturação e operacionalização. Essas competências são descritas no manual de

normas e rotinas do SINAN, dentre elas foram pontuadas algumas atribuições (BRASIL, 2007 p.9-11):

União, o estabelecimento de diretrizes e normas técnicas para o SINAN; apoio técnico e operacional do SINAN para as unidades federadas; estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível estadual; atualizar versões e modelos, consolidação de dados provenientes das outras instâncias; avaliar regularidade, completude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do nível nacional para a manutenção da qualidade da base de dados nacional; divulgar informações e análises epidemiológicas.

Estado, consolidação dos dados do SINAN oriundos dos municípios; estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal, respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela SVS/MS; informar casos de ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país; avaliar a regularidade, completude, consistência e integridade dos dados e duplicidade dos registros, efetuando procedimentos estabelecidos como de responsabilidade das unidades federadas para manutenção da qualidade da base de dados; divulgar informações e análises epidemiológicas e normatizar aspectos técnicos em caráter complementar ao nível federal para a sua área de abrangência.

Município, apoiar as unidades notificantes; coletar e consolidar os dados provenientes das unidades notificantes; estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes, respeitando prazos e fluxos estabelecidos pela SVS/MS; avaliar a regularidade, completude, consistência, integridade dos dados e duplicidade dos registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do município para a manutenção da qualidade dos dados; executar a rotina “fluxo de retorno” para obter os casos residentes notificados por outros municípios/estado e disponibilizar arquivo gerados para os seus distritos sanitários, semanalmente.

Pode-se inferir que há uma congruência em relação às atribuições em cada instância. Remete-se que a efetividade acontece quando as atribuições são realizadas de forma sistemática, ou seja, uma ação complementando a outra. Compreende-se que a responsabilidade não acontece isoladamente, cada setor tem seus papéis a cumprir. Diante dessas atribuições inerentes a cada instância, há um entrave na esfera local que impossibilita a confiabilidade das informações. Silveira,

Iwamoto e Miranzi (2009) comentam alguns fatores envolvidos com o aspecto do não preenchimento dos campos referentes à ficha de notificação. O processo de trabalho é desgastante e há priorização dos cuidados básicos diante da demanda do serviço. Nessa perspectiva os autores apontam a necessidade de empenho do MS para propor instruções normativas para a melhoria da qualidade dos dados.

Em relação às violências e à sua forma de notificação, vale destacar a respeito da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantada (GM/MS nº 1.356 23/06/06), que sua estruturação se deu através de dois componentes o VIVA - Sentinela e o VIVA - Contínuo. O componente Sentinela através da Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência e o contínuo através da Vigilância Contínua da Ficha de Investigação Individual de Violência. Essas informações e esses dados coletados permitem a identificação do perfil do agressor, o local de ocorrência das agressões, horário e muitas outras informações pertinentes ao planejamento de ações de prevenção e controle (BRASIL, 2010).

O VIVA - Sentinela não faz parte do SINAN - Net, portanto não se caracteriza como atividade de rotina dos serviços de Saúde. Esse componente também propicia melhor capacitação e sensibilização das pessoas envolvidas pela realização do inquérito. Há a disponibilização de informações importantes para o planejamento de prevenção. Desenvolvimento de ações integradas como a articulação às redes de proteção para a vítima de violência, além de possibilitar a descrição do perfil e a tendência da análise dos eventos, violências e acidentes (MASCARENHAS et al., 2010; SES/MG, 2010).

O componente contínuo faz parte do SINAN - NET desde dezembro de 2008, inserida ao SINAN em 2009 que foi introduzido como agravo de notificação compulsória pela Portaria Nº 104, de janeiro de 2011. Em Minas Gerais a vigilância epidemiológica das violências é realizada por meio do SIM, SIH/SUS, SINAN - NET. Houve capacitação em Minas Gerais para elaboração e aprimoramento das fichas de notificação do VIVA - Contínuo e Sentinela (SES/MG, 2010).

A abordagem da violência na infância e adolescência é complexa e requer intervenção interdisciplinar, serviços e equipe multiprofissional, como a Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Mental, Serviço Social entre outros que precisam estar preparados para este atendimento. Nenhuma dúvida deve impedir a

notificação imediata dos casos, sejam suspeitos ou confirmados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; BRASIL, 2010).

O MS (BRASIL, 2010, p.73) traz uma orientação importante de fluxo de notificação e medidas de proteção: A FIIV deve ser preenchida com o maior número de informações possíveis e veracidade das informações para garantir os direitos e a proteção da criança, do adolescente bem como da família. Ainda em relação ao preenchimento, devem ser três vias. A ficha original deve ser encaminhada ao serviço de vigilância em saúde epidemiológica do município; a segunda via deve ser direcionada ao CT e/ou a Vara da Infância e Juventude ou Ministério Público; e a terceira via ficará na Unidade de Saúde notificante, preferencialmente no prontuário do paciente.

Em virtude desse cenário desafiador e imediato de intervenções é necessário conhecer o problema e a dinâmica do perfil epidemiológico das notificações de violência contra criança e adolescente no estado de Minas Gerais. Com a finalidade de identificar questionamentos como: há diferença entre os tipos de violência sofrida segundo sexo e faixa etária; as manifestações da violência respeitariam as diferenças regionais (Sul, Centro Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte).