

O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan

The child's body as a receptacle of physical violence: analysis of epidemiological data from VIVA/SINAN

Aline Conegundes Riba¹, Fabiola Zioni¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E516

RESUMO A alta incidência da violência física contra a criança e o adolescente no Brasil aponta a necessidade urgente de elaboração de políticas públicas para enfrentar e prevenir esse problema. Objetivou-se estudar o perfil da violência física doméstica contra a criança e o adolescente no Brasil e regiões, no período de 2009 a 2019. Estudo descritivo, epidemiológico, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET) e sistema TabWin. A maior taxa de violência física doméstica se refere a meninas de 10 a 14 anos (248 por 100 mil habitantes). Em relação a crianças e adolescentes do sexo masculino, a faixa etária com maior taxa de violência física é de zero a 4 a anos (232 por 100 mil habitantes). A população indígena possui as maiores taxas de violência em todas as regiões. Pai e mãe são os agressores mais frequentes (41,13% e 39,84% respectivamente). Meninos são mais suscetíveis à violência física doméstica na infância, e meninas, na adolescência. A faixa etária mais acometida por violência física doméstica é de zero a 4 anos, e as raças mais acometidas são a indígena e a parda. Na maior parte das vezes, a violência aconteceu dentro de casa.

PALAVRAS-CHAVE Violência na família. Maus-tratos. Violência contra criança. Sistemas de informação em saúde. Epidemiologia descritiva.

ABSTRACT *The high incidence of physical violence against children and adolescents in Brazil points to the urgent need to develop public policies to address and prevent the problem. The present study is characterized as a descriptive epidemiological study of time-series, based on secondary data obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN-NET, in Portuguese) and TABWIN system. The highest rate of domestic physical violence refers to girls aged 10 to 14 years (248 per 100 thousand inhabitants). In relation to male children and adolescents, the age group with the highest rate of physical violence is from 0 to 4 years (232 per 100 thousand inhabitants). The indigenous population has the highest rates of violence in all regions. Father and mother are the most frequent aggressors (41.13% and 39.84%, respectively). The present study identified that boys are more susceptible to physical domestic violence in childhood and girls in adolescence. The age group that is most affected by physical domestic violence is 0 to 4 years old. The races that are most affected by violence are indigenous and brown. Most of the times, violence happened at home.*

KEYWORD *Notification. Domestic violence. Children and adolescents. Health information systems. Descriptive epidemiology.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
aline_riba@usp.br



Introdução

A violência contra a criança não é uma novidade das sociedades contemporâneas. Registros históricos apontam situações de violência contra criança manifestadas de diferentes formas em diversas sociedades.

A história mostra que, desde os tempos primitivos até o momento presente, a violência contra a criança se apresenta como um fenômeno social e cultural de grande relevância⁽⁹¹⁾.

Trezentos milhões de crianças com idades de 2 e 4 anos sofrem regularmente castigo físico e/ou violência psicológica perpetrada pelos pais e cuidadores. Isso significa que quase três em cada quatro crianças têm seus corpos como alvo de violência no mundo².

Em relação ao Brasil, atualmente, há legislações nacionais de proteção à infância, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)³ e a Lei Menino Bernardo⁴, impedindo os castigos físicos de qualquer natureza como forma de educar. Entretanto, ainda se convive com a violência física contra a criança e o adolescente na sociedade, por vezes com o olhar brando para as consequências e implicações para o desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivenciam relações familiares violentas.

A criança, um sujeito em desenvolvimento, um ser humano em processo de socialização, tem seu corpo como objeto depositário de agressividade como forma de controle e punição de certos comportamentos considerados inadequados ao grupo no qual está inserida. “O corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações”⁵⁽¹³²⁾.

O caráter arbitrário dos pais de decidirem sobre a vida de seus filhos faz com que a violência física esteja vinculada ao processo educativo. “Ela tem sido considerada, em todos os tempos, como um instrumento de socialização e portanto, como resposta automática a desobediências e rebeldias”¹⁽⁹²⁾.

A perspectiva da violência contra a criança e o adolescente será tratada neste estudo sob o enfoque da violência doméstica, fenômeno que ocorre no âmbito privado, dentro dos lares, nas relações familiares.

A violência doméstica ou intrafamiliar contra a criança e o adolescente é um grave problema de saúde pública. O seu enfrentamento requer ações nos diferentes níveis de atenção no âmbito da política de saúde, além de ações intersetoriais. No Brasil, esse tipo de violência atinge milhares de crianças e adolescentes através dos muros de silêncio das relações familiares, podendo trazer agravos de saúde, com importantes impactos ao desenvolvimento infantil. Os dados apontam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes tem um alto grau de reincidência, caracterizando-se não como um evento isolado, mas como experiência de longa duração⁶.

Entre as consequências da violência física destacadas por Azevedo e Guerra⁷, estão: quadro de dificuldades escolares, ansiedade, angústia, medo, hostilidade, reprodução da violência, sequelas provenientes de lesões, fraturas, queimadura, invalidez permanente ou temporária, e, nos casos mais graves, podendo ser fatal.

O cerne desse estudo é a violência física, entendida como uso da força física, de natureza disciplinar ou punitiva, por parte de um cuidador ou responsável, contra o corpo da criança ou do adolescente. A violência física pode ter a função de disciplinamento corporal, ou seja, como forma de controle do comportamento da criança ou punição corporal, isto é, para punir e castigar a criança por um comportamento inadequado⁸.

Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde⁹⁽³⁰⁾.

Nessa perspectiva, a violência física contra a criança é amplamente utilizada no Brasil. Devido ao processo histórico de naturalização,

ela é dificilmente identificada. Apenas os casos mais graves, com espancamentos mais severos, são notificados.

De acordo com o Ministério da Saúde:

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência^{9 (11)}.

Os dados da Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) são extremamente importantes para proporcionar visibilidade às violências contra a criança e o adolescente. Os profissionais da saúde são fundamentais para a produção desses dados a partir da identificação e notificação das violências. É fundamental o desenvolvimento do processo de educação permanente para garantir subsídios aos profissionais da saúde para o preenchimento e a geração de informações consistentes e de qualidade. As autoras ainda reforçam a relevância do retorno aos profissionais acerca dos dados e das informações construídas das notificações efetivadas por eles¹⁰.

Apesar das determinações legais, da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm resistência em adotá-la como conduta. A subnotificação da violência é uma realidade no Brasil, e existem obstáculos técnicos específicos no processo de notificar. Em geral, a notificação é influenciada por questões pessoais dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido, pelas estruturas insuficientes dos serviços, além do entendimento de que se deve preservar a privacidade da vida em família¹¹.

Analisar os dados de violência física doméstica é bastante pertinente para o conhecimento epidemiológico acerca do problema. O estudo epidemiológico da violência física contra a criança é uma estratégia útil para dar visibilidade aos casos notificados, caracterizar o perfil da vítima, os principais agressores, os locais

de ocorrências, a proporção de violências fatais, entre outros aspectos que contribuem para a sistematização, a disseminação e o uso científico, social e estratégico da informação, de modo a subsidiar as ações de atenção, promoção, proteção às vítimas e aprimoramento de políticas públicas. Portanto, este estudo teve o objetivo de estudar o perfil da violência física doméstica contra a criança e o adolescente no Brasil e regiões, no período de 2009 a 2019.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, epidemiológico, baseado em dados secundários, obtidos no Sinan-NET (Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e sistema TabWin.

Os estudos descritivos visam determinar condições relacionadas com a saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários e/ou primários¹².

População estudada

- Crianças que sofreram violência física doméstica por parte do pai, da mãe, da madrasta e do padrasto no Brasil e regiões, de 2009 a 2019;
- Adolescentes que sofreram violência física doméstica por parte do pai, da mãe, da madrasta e do padrasto no Brasil e regiões, de 2009 a 2019.

Coleta de dados

As bases de dados secundários utilizadas na elaboração deste estudo não contêm dados de identificação dos indivíduos. Dessa forma, foi dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

As orientações do Viva-Instrutivo foram usadas como base para a coleta de dados, levando em consideração o que é definido como violência física, a faixa etária utilizada para definir o que é criança e o que é adolescente e os campos de preenchimento obrigatório. Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2021.

É relevante ressaltar que, devido ao objetivo de estudo desta pesquisa, após a avaliação dos dados disponíveis no Sinan-NET e Tabnet, foi feito o recorte considerando a violência no âmbito doméstico e foram coletados dados em que os agressores foram: pai, mãe, padrasto e madrasta.

Análise

Com o acesso ao sistema Sinan-NET e Tabnet, foi construído o banco de dados, e as análises foram processadas no programa Jamovi® e Microsoft Excel®.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva com elaboração de medidas de frequência absoluta e relativa.

Para elaboração da taxa de violência física

doméstica, foram utilizados os dados de estimativa da população de zero a 19 anos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³, no Brasil e regiões.

Resultados

Em todo o País, foram registradas 118.499 notificações de violência física doméstica contra crianças e adolescentes perpetrada por pai, mãe, padrasto e madrasta nos anos de 2009 a 2019. A taxa é de 187 por 100 mil habitantes.

Conforme a *tabela 1*, desse total, 28,44% das ocorrências se referem a crianças de zero a 4 anos de idade, e 55,37%, ao sexo feminino. As raças branca e parda tiveram maior percentual de ocorrência, com 41,23% e 37,76% respectivamente. A maior parte da violência física foi cometida pelo pai (41,13%) seguido da mãe (39,84%). Padrasto e madrasta foram os agressores com menor frequências (16,33% e 2,7% respectivamente). No que tange à região, o Sudeste e o Sul registraram os maiores percentuais de violência, 47,31% e 25,17% respectivamente.

Tabela 1. Número e proporção de violência física doméstica contra crianças e adolescentes segundo sexo, faixa etária raça/cor e autor da violência, 2009-2019

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	65.616	55,37
	Masculino	52.857	44,61
	Ignorado	26	0,02
Faixa etária	0 a 4 anos	33.705	28,44
	5 a 9 anos	27.262	23
	10 a 14 anos	32.060	27,06
	15 a 19 anos	25.239	21,3
	Ignorado	233	0,2
Raça/Cor	Branca	48.857	41,23
	Preta	8.933	7,54
	Parda	44.749	37,76
	Indígena	1.070	0,90
	Amarela	750	0,63
	Ignorado	14.140	11,94

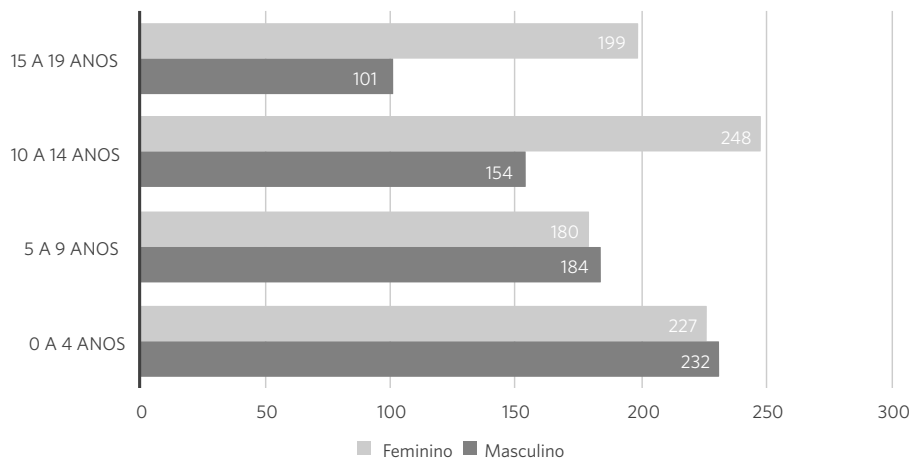
Variável	Categoria	n	%
Autor da violência	Mãe	47.216	39,84
	Pai	48.736	41,13
	Padrasto	19.347	16,33
	Madrasta	3.200	2,7
Região	Norte	7.475	6,31
	Nordeste	14.260	12,03
	Sudeste	56.660	47,81
	Sul	29.821	25,17
	Centro-Oeste	10.050	8,48
	Ignorado	233	0,2
Total		118.499	100

Fonte: elaboração própria.

De acordo com o *gráfico 1*, meninos sofrem mais violência quando crianças, e meninas, quando adolescentes. A maior taxa de violência física doméstica se refere a meninas de 10 a 14 anos (248 por 100 mil habitantes).

Em relação às crianças e aos adolescentes do sexo masculino, a faixa etária com maior taxa de violência física é de zero a 4 a anos (232 por 100 mil habitantes).

Gráfico 1. Taxa de violência física doméstica (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo, 2009-2019



Fonte: elaboração própria.

Pode-se identificar que, na região Norte, em todas as faixas etárias, as crianças e os adolescentes do sexo feminino sofrem mais violência física doméstica que os do sexo masculino. O maior percentual é da faixa etária de 10 a 14 anos, em que 76,2% da violência física doméstica é perpetrada contra meninas.

Nas demais regiões, a violência física doméstica contra meninos acontece, na maior parte das vezes, na infância; e contra meninas, na adolescência.

Ao considerar o sexo masculino, em todas as

regiões, a faixa etária mais acometida por situações de violência foi de zero a 4 anos. Conforme a *tabela 2*, a maior taxa de violência física foi no Sul (488 por 100 mil habitantes), e a menor, no Norte (106 por 100 mil habitantes).

As meninas de zero a 4 anos sofrem mais violência nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste se comparadas com as demais faixas etárias. No entanto, nas regiões Norte e Sudeste, a faixa etária de 10 a 14 anos apresenta a maior taxa de ocorrência (204 e 320 por 100 mil habitantes respectivamente).

Tabela 2. Taxa de violência física doméstica contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) nas regiões do Brasil, 2009-2019

Regiões	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos
Norte				
Feminino	123	137	204	108
Masculino	106	91	64	37
Nordeste				
Feminino	110	62	85	69
Masculino	118	59	57	54
Sudeste				
Feminino	250	215	320	291
Masculino	252	223	201	126
Sul				
Feminino	457	368	447	291
Masculino	488	421	308	174
Centro-Oeste				
Feminino	289	201	238	174
Masculino	305	212	156	102

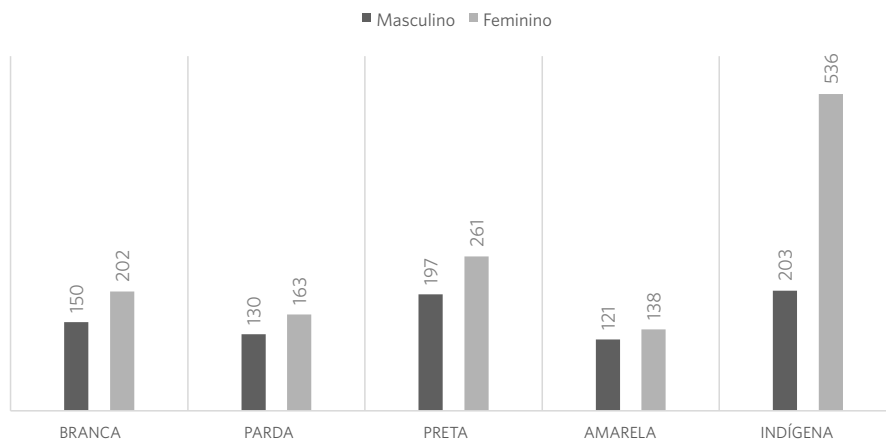
Fonte: elaboração própria.

Por sua vez, a raça/cor com maior taxa de violência física doméstica contra crianças é a indígena, seguida da preta. Em relação aos meninos, a taxa de violência na raça/cor indígena é de 203 por 100 mil habitantes, e na

raça/cor preta, é de 197 por 100 mil habitantes (*gráfico 2*).

A menor taxa se refere à população amarela do sexo masculino: 121 por 100 mil habitantes.

Gráfico 2. Taxa de violência física doméstica contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) segundo raça/cor, 2009-2019



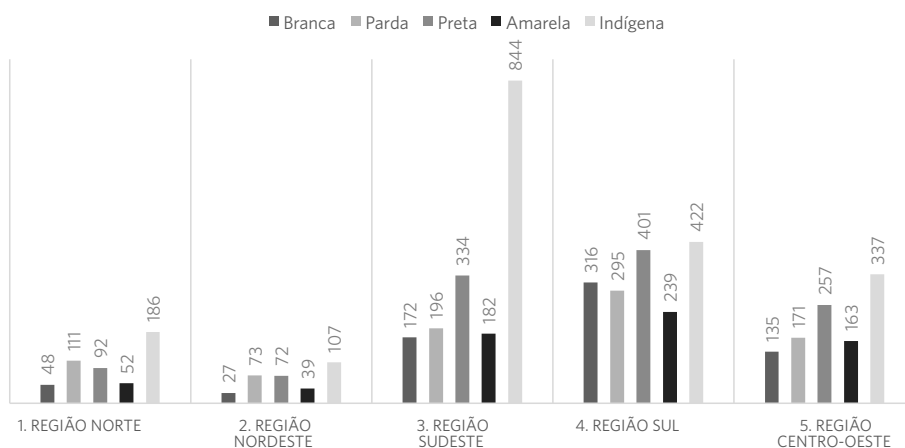
Fonte: elaboração própria.

A população indígena possui as maiores taxas de violência em todas as regiões brasileiras. A maior taxa é observada na região Sudeste, 844 por 100 mil habitantes (*gráfico 3*).

Na região Norte, a segunda maior taxa se

refere à população parda: 111 por 100 mil habitantes; e na região Nordeste, não houve diferença significativa entre a população preta e a parda, taxas de 72 e 73 por 100 mil habitantes respectivamente.

Gráfico 3. Taxa de violência física doméstica contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) nas Regiões do Brasil segundo raça/cor, 2009-2019



Fonte: elaboração própria.

A violência física doméstica ocorre 81,1% das vezes na própria residência. A via pública foi o segundo local de ocorrência mais notificado, sendo 7% das notificações.

Discussão

A violência física doméstica contra crianças e adolescentes é uma realidade em muitos lares brasileiros, gerando consequências, agravos e impactos à saúde pública. A naturalização dos castigos físicos e a compreensão de que isso integra o processo educacional dificultam o enfrentamento desse fenômeno. Os achados deste estudo são importantes para a compreensão do perfil da população afetada e o conhecimento científico sobre a violência física contra crianças e adolescentes.

O presente estudo identificou que o maior percentual de violência física doméstica acomete as meninas. No entanto, quando o comparativo é apresentado por meio de taxa por 100 mil habitantes e discriminado pela faixa etária de ocorrência, é possível identificar que meninos sofrem mais violência durante a infância, enquanto meninas, durante a adolescência. É importante ressaltar que a taxa de violência contra meninas na adolescência foi bem maior do que contra meninos na mesma faixa etária.

Alguns autores afirmam que a capacidade de defesa dos meninos, baseada em sua maior força física, pode explicar por que, conforme vão crescendo, diminui a ocorrência de violência física contra eles^{14,15}.

Em relação às meninas adolescentes, a prevalência em situações de vitimização doméstica é, geralmente, explicada pelos fatores socioculturais (principalmente as desigualdades de gênero) que, historicamente, impõem a esse grupo situações de violência^{14,15}. A violência de gênero é um tipo de dominação e opressão estruturalmente construído nas relações sociais, reproduzido cotidianamente e subjetivamente, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias¹⁶.

O presente estudo também analisou a variável sexo nos dados referentes às regiões do Brasil. No que se refere às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, foram identificados os mesmos resultados: meninos sofrem mais violência na infância, e meninas, na adolescência. No Nordeste, a taxa de violência contra meninos na faixa etária de zero a 4 anos é maior, e nas demais faixas etárias, as meninas apresentam a maior taxa. Na região Norte, a taxa de violência é maior para meninas de todas as faixas etárias.

No que tange à região Nordeste, Guimarães e Vilella¹⁷ e Almeida, Sousa e Sousa¹⁸ encontraram maior incidência de violência em meninas de todas as idades. O presente estudo se diferencia no achado referente à faixa etária de zero a 4 anos, em que os meninos apresentaram maior taxa de ocorrência de violência.

Estudo feito na região Norte apontou que o principal tipo de violência sofrida por mulheres de 11 a 20 anos é a física, e os agressores mais identificados são familiares¹⁹.

Os estudos de Gomes et al.¹⁹ e Oliveira et al.²⁰ corroboram o achado no presente estudo, indicando a maior frequência de violência física em meninas na região Norte. Em relação às maiores taxas de violência física contra meninas nas regiões Norte e Nordeste, os significados da imagem social do feminino estão arraigados nas relações de violência, determinando subalternidade também na vida de crianças, cuja identificação como meninas pode colocá-las em um lugar social de inferioridade. A constatação é que meninas são vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino^{21,22}.

O maior percentual de ocorrência de violência foi identificado na faixa etária compreendida entre zero e 4 anos. No entanto, as taxas (por 100 mil habitantes) separadas por sexo evidenciam que a maior ocorrência de violência contra meninos é na faixa etária de zero a 4 anos, e contra meninas, de 10 a 14 anos. Esse resultado se repete nas regiões Norte e Sudeste. Entretanto, nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, a faixa etária que apresenta

as maiores taxas de ocorrência de violência é de zero a 4 anos de idade para ambos os sexos.

Embora não haja conformidade entre as análises em relação à faixa etária mais acometida por situações de violência física doméstica, esses autores apontam dados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Crianças até os 4 anos de idade estão desenvolvendo a comunicação oral. Quando as pessoas se deparam com crianças que não falam, a interação pode não ocorrer e, com isso, a comunicação não se efetiva²³. Assim sendo, os profissionais da saúde devem estar atentos aos sinais de violência física para a situação ser identificada, e a criança, protegida, evitando agravos e, como última consequência, o óbito da criança.

Em relação à maior taxa de violência física contra meninas de 10 a 14 anos, encontrada no Brasil e nas regiões Norte e Sudeste, coincidentemente, alguns autores apontam que, nessa mesma faixa etária, ocorre violência sexual com maior frequência contra adolescentes do sexo feminino²⁴⁻²⁷. Corroborando essas estatísticas, Inoue e Ristum²⁸ apontaram que cerca de 30% da violência sexual tem presença de coerção por meio do uso da força física. As autoras indicam a necessidade de estudar a violência sexual contextualizada com outras formas de violência.

Considerando esses dados, existe hipótese de um alto percentual de violência física contra adolescentes do sexo feminino de 10 a 14 anos estar relacionada com a ocorrência de violência sexual. No entanto, outros estudos são necessários para compreender possíveis relações entre esses dois tipos de violência contra meninas nessa faixa etária.

A questão racial também é fundamental para a discussão de violência contra crianças e adolescentes. O presente estudo identificou que a maior frequência de violência física se refere à raça/cor branca seguida da parda. No entanto, a ocorrência comparada por meio de taxa (100 mil habitantes) permite identificar que as maiores taxas se dizem respeito à raça/cor indígena seguida da preta. Meninas apresentam maiores taxas que meninos em todas as raças/cores.

Nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, as maiores taxas também se referem às populações indígena e preta. Nas regiões Norte e Nordeste, as maiores taxas correspondem às populações indígena e parda. É importante ressaltar que a região Sudeste apresentou uma taxa altíssima de violência física contra crianças e adolescentes indígenas.

Segundo o preconizado pelo inciso IV do parágrafo único do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010):

[...] Para efeito deste Estatuto, considera-se: IV - População negra: o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga²⁹⁽¹⁾.

É importante considerar não somente a frequência dos casos, mas também os padrões étnico-demográficos para estudar a ocorrência de violência entre raças/cores^{30,31}. Em relação especificamente à ocorrência de violência contra crianças e adolescentes indígenas, não foram encontrados estudos que abordam a violência física intrafamiliar com essas populações. Estudos que versam sobre a especificidades dessas situações nas populações indígenas, como etnia, região, vulnerabilidades, entre outros aspectos, são importantes para compreender o fenômeno nessas populações.

Borges, Silva e Koifman³² apontam a fragilidade da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, evidenciada pelos piores indicadores de saúde, iniquidades de acesso, estratégias ineficazes de participação indígena, elevada descontinuidade das ações de saúde, ingerência financeira e dificuldades administrativas, entre outros fatores que precisam ser superados para ocorrer efetiva melhoria nas condições de saúde dos povos indígenas brasileiros. Contribuindo com o que foi dito sobre a fragilidade da atenção à saúde indígena, Sousa,

Moura e Mai³³ afirmam que a atenção específica aos indígenas necessita de ações socio-culturalmente adaptadas nos diversos níveis de complexidade da assistência à saúde. É fundamental assegurar a atenção à saúde da população indígena possibilitando a equidade e a humanização no atendimento, na esperança de reduzir as desigualdades existentes entre os indicadores de saúde da população indígena³⁴, garantindo o entendimento do fenômeno e a atenção adequada a crianças e adolescentes em situação de violência intrafamiliar.

No que se refere à violência física doméstica contra a população negra, além de não haver políticas que permitam enfrentar suas causas raciais, a esfera pública vem falhando no seu papel de garantir o cumprimento da lei. Crianças negras são invisíveis ou são tratadas de forma diferente, silenciando as violências e as violações de direitos. Muitas situações de violência contra crianças negras não são encaminhadas ao Conselho Tutelar, e, quando são, o órgão apresenta dificuldade em garantir os direitos, as ações são menos eficazes e mais revitimizantes em decorrência do racismo estrutural. Esses aspectos apontam o fracasso do Conselho Tutelar em combater as violências e garantir os direitos de crianças e adolescentes negros^{35,36}.

Lopes³⁶ ressalta que a violência contra essa população, muitas vezes, torna-se invisível por se acreditar que crianças e adolescentes negros já estão ‘acostumados’ a vivenciar certos tipos de situações e privações no contexto familiar.

O racismo está presente em todos os espaços e relações. Essas concepções podem prejudicar a atenção integral às situações de violência doméstica a crianças e adolescentes negros³⁷. É fundamental garantir a equidade no que tange à efetivação dos direitos de crianças e de adolescentes e o desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção nos processos de formação e educação permanente de profissionais³⁸.

Os resultados deste estudo apontam mãe e pai como os autores mais frequentes de violência física contra crianças e adolescentes. O

sentimento de pleno poder dos pais sobre a criança é socialmente construído a partir de exigências, padrões e permissões, legitimando tudo o que estes fazem, como se fosse oriundo de uma preocupação primária com o cuidado da prole. Além da aceitação da ideia de propriedade da criança pelos pais, a compreensão do castigo físico como recurso pedagógico produz a aceitação da violência física como possível conduta por parte dos pais. Esse padrão cultural contrapõe-se à ideia de reconhecimento da criança como um indivíduo, com suas vontades próprias e seu direito ao exercício da cidadania^{39,40}.

O vínculo afetivo entre a criança e o autor da agressão é um dos fatores determinantes da consequência da violência para a criança e o adolescente. A violência parental se apresenta como uma das questões mais graves, considerando-se as sequelas resultantes na vida das pessoas envolvidas^{9,39}.

Os fatores que produzem mães como autoras de violência física contra crianças, sobretudo na primeira infância, precisam ser mais bem estudados e aprofundados. No entanto, fica evidente a importância do olhar da saúde para a mulher que é mãe, inclusive para a prevenção das situações de violência contra a criança. Desde o pré-natal, é possível prevenir a violência contra crianças e adolescentes. Quanto mais cedo se inicia a prevenção, maiores são as chances de proteger os membros da família das situações de violência⁹. A rede de apoio social, nesse sentido, pode se constituir em um importante auxílio. É de fundamental importância que políticas públicas sejam implementadas para que as mães tenham o suporte e o cuidado necessários, considerando visitas periódicas de profissionais capacitados disponíveis para ouvir e atender às demandas das mães e das crianças^{41,42}.

Os dados do presente estudo apontam que o pai agride mais que a mãe, e o padrasto agride com maior frequência que a madrasta. O homem entende seu papel paterno como provedor material e moral da família, contrapondo-se à necessidade de proximidade física e afetiva dos filhos. A necessidade de prover financeiramente é importante para

sobrevivência, mas não se sobrepõe às necessidades afetivas. Para avançar na superação do modelo de paternidade hegemônico, é fundamental a implementação de políticas públicas direcionadas a inserir os pais no contexto dos cuidados e das experiências mais afetivas⁴³. O poder masculino, a agressividade, as desigualdades históricas e sociais de gênero, advindos do machismo e do patriarcado, provavelmente são produtores dessa lógica em que o homem precisa controlar os corpos e os comportamentos de seus filhos, trazendo consequências como a violência física, que acarreta mortes, mutilações e/ou invalidez em muitos casos^{44,45}.

A literatura aponta que a própria casa, muitas vezes, é local mais vulnerável para a criança estar, porque é um lugar favorável para a ocorrência da violência pela permanência do agressor e da vítima durante a maior parte do dia, facilitando a omissão e dificultando a identificação das situações. O fato de a violência ocorrer dentro dos lares faz com que grande parte das crianças sejam silenciadas e a violência seja inacessível a observações superficiais, necessitando de profissionais treinados e orientados para a identificação dos seus sinais^{37,38,44}.

O silenciamento e a cronificação da violência física podem produzir, como consequência, diversos sintomas que vão se acumulando e se potencializando à medida que progride a violência e/ou a ausência de tratamento. No que diz respeito aos aspectos biopsicossociais, os efeitos da violência podem surgir em curto ou em longo prazo^{9,46}.

A violência cometida no ambiente doméstico é uma prática recorrente facilitada pelo fato de transcorrer sem intervenções de outras pessoas e sob a privacidade do lar; e toda essa configuração vai contra a ideia do lar como seguro e ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes^{47,48}.

Conclusões

A violência física doméstica contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública que traz inúmeros agravos; e, nos casos mais extremos, pode matar.

Conhecer os dados epidemiológicos acerca desse fenômeno é fundamental para subsidiar as políticas públicas de saúde e direcionar a atenção adequada às vítimas¹⁴.

O presente estudo identificou que a faixa etária mais acometida por violência física doméstica é de zero a 4 anos; meninos são mais suscetíveis à violência física doméstica na infância, e meninas, na adolescência – exceto na região Norte, na qual as meninas sofrem mais violência do que os meninos em todas as faixas etárias. As raças mais acometidas pela violência são a indígena e a parda.

Pai e mãe são os agressores mais frequentes, e o meio de agressão mais constante é força corporal/spancamento e, na maior parte das vezes, acontece dentro de casa.

A violência física doméstica contra crianças e adolescentes, por ser um fenômeno complexo e multifatorial, precisa ser constantemente estudada com o objetivo de aprofundar o conhecimento científico sobre sua ocorrência, desenvolver políticas públicas para o enfrentamento e adequar a atuação profissional.

É relevante ressaltar que, considerando a dificuldade de notificação da violência física doméstica nos sistemas de vigilância em saúde, tornam-se destacados estudos que busquem fontes alternativas de informação, permitindo descrever e compreender com mais aprofundamento o fenômeno da violência na infância e na adolescência¹⁴.

Colaboradoras

Riba AC (0000-0002-7374-5332)* contribuiu para redação do artigo, coleta de dados e análise dos dados. Zioni F (0000-0002-5594-4696)* contribuiu para orientação da pesquisa. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2001 [acesso em 2021 21 out]; 1(2):91-102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkkg/abstract/?lang=pt>.
2. World Health Organization. *INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children*. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. 16 Jul 1990.
4. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*. 26 Jun 2014.
5. Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
6. Moreira TNF, Martins L, Feuerwerker LCM, et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Revista Saúde soc.* 2014 [acesso em 2022 jan 23]; 23(3). (Dossiê Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>.
7. Azevedo MA, Guerra VA. *A violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Robe; 1995.
8. Azevedo MA, Guerra VA. *Mania de bater: A punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Iglu; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF: Editora MS; 2010.
10. Delzियो CR, Bolsoni CC, Lindner SR, et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Rev. Epidem. Serviços de Saúde.* 2018 [acesso em 2021 nov 13]; 27(1). Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ress/a/kj545QSF6Cgy98ddCGmmcTL/abstract/?lang=pt#:text=foram%20estudados%202.010%20registros%20de,%20C9%25%20\(excelente\)](https://www.scielo.br/j/ress/a/kj545QSF6Cgy98ddCGmmcTL/abstract/?lang=pt#:text=foram%20estudados%202.010%20registros%20de,%20C9%25%20(excelente)).
11. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2002 [acesso em 2022 abr 10]. 18(1):315-319. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TmrhSpH-Hf3QzVZJCdTgkqyx/abstract/?lang=pt>.
12. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2003 [acesso em 2022 mar 15]; 12(4):189-201. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Diretoria de Pesquisa Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
14. Martins CBG, Jorge MHP. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2009 [acesso em 2021 out 21]; 18(4):315-334. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000400002>.
15. Pinto Júnior AA, Borges VC, Gonçalves JS. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um

- município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2021 abr. 1]; 23(2):124-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020062>.
16. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2006.
17. Guimarães JATL, Vilela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011 [acesso em 2021 out 21]; 27(8):1647-1653. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800019>.
18. Almeida LAA, Sousa LS, Sousa AA. Epidemiologia da violência infantil um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. *Rev. Pre Infec. e Saúde.* 2017 [acesso em 2022 maio 5]; 3(2):27-33. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/nup-cis/article/view/6457>.
19. Gomes VR, Lima VLA, Silva AF, et al. Violência contra a mulher na região norte: a versão da mídia impressa paraense. *Revista LEVS.* 2014 [acesso em 2022 maio 5]; (14):113-128. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/4213>.
20. Oliveira NF, Moraes C, Junger WL, et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020 [acesso em 2022 maio 5]; 29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>.
21. Fonseca RMG, Egry EY, Nóbrega CR, et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta paul. enferm.* 2012 [acesso em 2021 out 21]; 25(6):895-901. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600011>.
22. Guimarães I. *Violência de gênero*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Editora MS; 2006.
23. Deliberato D. Linguagem, interação e comunicação: competências para o desenvolvimento da criança com deficiência não oralizada. In: Nunes LROP, Schirmer CR, organizadores. *Salas abertas: formação de professores e práticas pedagógicas em comunicação alternativa e ampliada nas salas de recurso multifuncionais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2017. p. 299-310.
24. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011 [acesso em 2021 out 21]; 32(4):781-787. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400020>.
25. Delzivo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2021 mar 15]; 33(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>.
26. Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 abr 1]; 3(5):1591-1599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>.
27. Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, et al. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. *Rev. bras. epidemiol.* 2020 [acesso em 2021 out 21]; 23(supl1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200004.supl.1>.
28. Inoue SRV, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 out 21]; 25(1):11-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100002>.
29. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*. 20 Jul 2010.

30. Oliveira JR, Costa COM, Amaral MTR, et al. Violência sexual e ocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 abr 27]; 19(3):759-771. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3fqJ9ysFX8C6zF7SspmH7qz/abstract/?lang=pt>.
31. Cervantes GV, Jornada LK, Trevisol FS. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª gerência regional de saúde de Tubarão, SC. *Rev. AMRIGS.* 2012 [acesso em 2022 abr 27]; 56(4). Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/43034703/perfil-epidemiologico-das-va-timas-de-violancia-notificadas-amrigs>.
32. Borges MFSO, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2022 maio 5]; 25(6):2237-2246. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12082018>.
33. Sousa V, Moura MB, Mai LD. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. Maringá: Editora CESUMAR; 2012.
34. Guimarães VLB. A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
35. Noronha CV, Machado EP, Tapparelli G, et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.* 1999 [acesso em 2021 nov 27]; 5(4/5):268-277. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1999.v5n4-5/268-277/#ModalArticles>.
36. Lopes MLS. “Infâncias Capturadas” e trajetórias de crianças negras encaminhadas pela escola ao Conselho Tutelar. [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014. 195 p. [acesso em 2021 nov 27]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/1583>.
37. Santiago F. “Não é nenê, ela é preta”: educação infantil e pensamento interseccional. *Educ. Rev.* 2020 [acesso em 2021 nov 27]; 36(1). Disponível em: [tps://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/37835](https://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/37835).
38. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora MS; 2017.
39. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto Contexto – Enferm.* 2006 [acesso em 2022 mar 15]; 15(1):151-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100019>.
40. Deslandes SF. Prevenir a violência; um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
41. Baluta MC, Moreira D. A injunção social da maternagem e a violência. *Rev. Estud. Fem.* 2019 [acesso em 2021 27 nov]; 27(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n248990>.
42. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev Bras Cresc. Desenvol. Hum.* 2006 [acesso em 2022 mar 15]; 16(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009.
43. Freitas WMF, Silva ATC, Coelho AC, ET AL. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev. Saúde Pública.* 2009 [acesso em 2022 jun 9]; 43(1):85-90. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n1/85-90/pt#:text=O%20homem%20continua%20a%20entender,afetiva%20de%20pai%20e%20m%C3%A3e>.
44. Barboza HHG, Almeida Junior VA. (Des)Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. *Rev Ciênc Juríd.* 2017 [acesso em 2022 mar 27]; 22(1):240-271. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/5409>.
45. Gomes VR, Lima VLA, Silva AF, et al. Violência contra a mulher nas regiões do Brasil: a versão da mídia paraense. *Rev Eletr. Gest. Saúde.* 2013 [acesso em 2022 mar 15]; 4(3). Disponível em: <https://pdfs.semantics->

cholar.org/7841/946dcd804c4cf1f12293c1f010df37ef6a20.pdf.

46. Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev. Bras. Enferm.* 2013 [acesso em 2021 out 21]; 66(4):578-584. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400017>.

47. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2021 nov 27]; 21(3):871-880. Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/violence-against-children-in-brazilian-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/violence-against-children-in-brazilian-scenery/15248?id=15248)

[-scenery/15248?id=15248](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/violence-against-children-in-brazilian-scenery/15248?id=15248).

48. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2000 [acesso em 2021 nov 27]; 16(1):129-137. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100013>.

Recebido em 30/06/2022

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve