

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: DESCRIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Simoni Antonieta Dynkoski Borges¹
Marisa Camargo²

Introdução

A violência contra crianças não se trata de um fenômeno novo ou exclusivo na/da sociedade contemporânea, mas, histórico, complexo e multicausal. Entretanto, em especial, nas duas últimas décadas, tornou-se inviável falar em criança e adolescente sem que o tema da violência venha à tona, indicando a exposição a qual esses segmentos sociais se encontram submetidos, com impactos para a saúde física, mental e emocional (SOUZA; JORGE, 2006).

¹ Bacharel em Serviço Social pelo Curso de Serviço Social do Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais (DCJS) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). *E-mail*: mony.borges@hotmail.com.

² Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora Substituta do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), campus de São Borja/RS. *E-mail*: marisacamargo@hotmail.com.br.

Paralelamente, muito embora as situações envolvendo a violência contra crianças tenham adquirido maior visibilidade, ainda são escassos os estudos que buscam conhecer os reais números da violência (BRASIL, 2011). Além disso, a utilização dos sistemas de informação pela política pública de saúde é relativamente recente.

A articulação dessas questões preliminares despertou o interesse em contribuir para dar maior visibilidade à violência contra crianças, a partir da utilização das notificações disponíveis no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde. Para tanto, recorreu-se à pesquisa³ quanti-qualitativa de caráter descritivo-exploratório, com o objetivo de analisar as configurações da violência contra crianças⁴ de 0 a 09 anos de idade nos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí, no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2009 a 2012⁵.

Para proceder à abordagem do tema em questão, estruturou-se o presente artigo em três capítulos. No primeiro capítulo, contemplam-se breves considerações acerca de aspectos históricos e conceituais da violência contra a criança no Brasil. No segundo capítulo, abordam-se o sistema de vigilância e a tipologia adotada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde, para a notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No terceiro capítulo, apresenta-se a descrição dos resultados encontrados na pesquisa, fundamentada no referencial teórico das áreas de Serviço Social e Saúde Pública. Por fim, tecem-se as considerações finais.

³ Embasou o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Serviço Social defendido no ano de 2012 no Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais (DCJS) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), como requisito final para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

⁴ O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança “[...] a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990, art. 2º). Devido ao interesse em focalizar o público infantil, tendo em vista a estratificação de faixa etária adotada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde, optou-se pela não inclusão do estrato de faixa etária posterior, 10 a 14 anos de idade, por este abranger também adolescentes.

⁵ O período selecionado coincide com o número total de notificações disponíveis no banco de dados no momento de realização da coleta, no mês de junho de 2012.

1. Breves considerações sobre a violência contra a criança no Brasil

A violência apresenta definição complexa e multicausal, que devido à magnitude é caracterizada como um problema global de saúde pública. Apesar da dificuldade em precisar os custos com a violência, sabe-se que este se traduz em altos montantes anuais em nível mundial, exigindo estratégias de prevenção e enfrentamento de natureza interdisciplinar e intersetorial. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) caracteriza a violência como o uso deliberado da força física ou do poder contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, seja em grau de ameaça ou de forma efetiva.

Conforme as características de quem comete o ato violento, a tipologia da violência pode ser compreendida a partir de três categorias: a) a violência autoinfligida: dirigida contra si mesmo; b) a violência interpessoal: infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas; c) a violência coletiva: praticada por grupos maiores, tais como o Estado, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas (LINDA; DALHERG, 2002). Quanto à natureza do ato violento, a violência pode se expressar por meio de agressão física, abuso sexual, violência psicológica e/ou violência institucional (BRASIL, 2001).

Na condição de expressão da questão social, a violência contribui para o agravamento das desigualdades sociais, obstaculizando o desenvolvimento individual e coletivo e impactando nas condições de vida e saúde dos sujeitos sociais. Nessa perspectiva, pode-se dizer que a violência se opõe à ética, palavra de origem latina cujo significado contempla:

[...] 1) Tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4)

todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror (CHAUÍ, 2007, p. 01).

Para além da delimitação como transgressão de regras, normas e leis, a violência implica em uma relação de poder, isto é, “[...] conversão de uma diferença e de uma assimetria, numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração, e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior” (AZEVEDO; GUERRA, 2005, p. 46).

No que se refere à violência infanto-juvenil no Brasil, há registros históricos de que desde a chegada dos portugueses, crianças e adolescentes pobres eram recrutadas para compor as tripulações como uma alternativa à dificuldade de manter os marinheiros em alto mar. Ao serem recrutadas na condição de “esposas”, muitas dessas crianças e adolescentes “[...] recebiam abusos ainda nas embarcações” (ALBERTO *et al*, 2008, p. 560).

A prática de violência contra crianças e adolescentes (maus tratos, abandono e negligência, abuso e exploração sexual comercial, trabalho infantil, dentre outras) não é recente. Um olhar atento à trajetória histórica de crianças pobres no Brasil nos mostra a procedência dessa afirmação. Sua visibilidade, no entanto, vem ganhando novos contornos, principalmente, na proporção e extensão que vem ocorrendo nas duas últimas décadas [...] (FRANSCISCHINI; SOUZA NETO, 2007, p. 245).

Enquanto um fenômeno sócio-histórico, a violência se entrelaça com a história da humanidade, atingindo todas as classes sociais, vitimando distintos sujeitos e grupos sociais, dentre os quais se destacam as crianças e os adolescentes por integrarem segmentos socialmente vulneráveis. A violência contra crianças e adolescentes

varia em expressões e explicações, de acordo com a forma secular de relacionamento nas sociedades. Superá-la implica a construção histórica de desnaturalização da cultura adultocêntrica, de dominação e patriarcal da sociedade brasileira (BRASIL, 2006). Nesse sentido, diz respeito a:

[...] Todo ato ou omissão cometido pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de desenvolvimento (MINAYO, 2001, p. 26).

Os estudos sobre a violência contra crianças e adolescentes ganharam importância na saúde pública brasileira a partir da segunda metade do século XX, diante da magnitude, gravidade, vulnerabilidade e do impacto social sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2011). Na literatura nacional, o primeiro caso de espancamento infantil data de 1973, tendo como autoria um professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (PIRES, MIYAZAKI, 2005). Nesse período, os profissionais de saúde, com destaque para os pediatras, foram responsáveis pela maior parte das denúncias de violência contra crianças e adolescentes que chegavam aos serviços de saúde (LIMA; DESLANDES, 2011).

A partir da década de 1970, ampliam-se os processos de mobilização social em prol de um conjunto de direitos sociais, buscando-se equipará-los à condição de política pública de responsabilidade do Estado. Novos atores sociais se envolvem com processos de mobilização social, nacional e internacional, reivindicando, dentre outros, uma nova forma de atenção à infância e à adolescência, conhecida como a doutrina de proteção integral. Tais atores sociais são representados pela aglutinação de diversos movimentos, dentre outros: Movimento de Reforma Sanitária,

Movimento Feminista, Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), Pastoral do Menor, Entidades de Direitos Humanos, Organizações Não Governamentais (ONG) (SANCHEZ; MINAYO, 2004 *apud* LIMA; DESLANDES, 2011).

Na década de 1980, surgem movimentos de prevenção e atenção especializada decorrentes do reconhecimento da morbimortalidade por violência, tanto para a saúde nos aspectos sociais, quanto como objeto dos distintos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Também, se esboçam diagnósticos e propostas em compasso com o movimento social que culmina com a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (MINAYO, 2001).

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, direciona-se à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar à criança, com absoluta prioridade, os direitos “[...] à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988, art. 227). Desse modo, a violência contra crianças e adolescentes é reconhecida como uma forma de violação dos direitos essenciais e negação de valores humanos fundamentais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça os direitos à vida, educação, saúde, convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, a serem garantidos respeitando-se sua condição peculiar de desenvolvimento. Responsabiliza a sociedade como um todo a zelar pela proteção dos direitos de crianças e adolescentes e estabelece a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, respaldada por outros atos normativos e legais (BRASIL, 1990).

Nesse mesmo instrumento jurídico-formal, ressalta-se como dever coletivo o de “[...] zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os salvo de qualquer tratamento desumano,

violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 1990, art. 18). Acrescenta-se, também como dever coletivo, o de “[...] prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990, art. 70).

Entretanto, até o final dos anos 1990, não foram criados instrumentos capazes de servir de base de dados que atribuíssem visibilidade à violência infanto-juvenil. Em consequência disto, não se dispunha de um planejamento para estabelecer ações voltadas ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes (LIMA; DESLANDES, 2011).

A compreensão de que a exposição a qualquer situação de violência oferece riscos para a saúde dos sujeitos sociais fez com que a mesma fosse reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002). Em nível mundial e nacional, os números relativos à morbimortalidade por causas externas, nas quais se inclui a violência, passam a se constituir uma das maiores preocupações do poder público e da sociedade em geral (BRASIL, 2011).

Na década de 1990, as causas violentas foram responsáveis pela morte de 22,6% das crianças na faixa etária de 01 a 04 anos de idade; e 48,2% de 05 a 09 anos de idade. Nos anos 2000, a violência passou a se constituir a segunda principal causa de mortalidade da população em geral, a primeira para as crianças e adolescentes de 05 a 19 anos de idade e a segunda para as crianças de 01 a 04 anos de idade (MINAYO, 2001).

Atualmente, destaca-se a contribuição dos sistemas de informação na disponibilização de dados quanto às situações de violência em distintos segmentos sociais, na perspectiva da vigilância no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde. Apesar de ainda serem insuficientes, esses dados têm contribuído para a construção de políticas públicas e ações em saúde voltadas à prevenção e ao enfrentamento das diferentes expressões de violência.

2. Sistema de vigilância e tipologia da violência no Sistema Único de Saúde

A notificação da violência tem caráter obrigatório em todo o território nacional e pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde, outro órgão ou pessoa, com a finalidade de promover cuidados voltados à proteção da criança e do adolescente (BRASIL, 2002). Trata-se de “um instrumento duplamente importante no combate à violência: ela produz benefícios para os casos singulares e é instrumento de controle epidemiológico da violência” (GONÇALVES, FERREIRA, 2002, p. 315).

A legislação sobre maus-tratos no Brasil tem adotado como parâmetro o modelo americano no que diz respeito à obrigatoriedade de notificar estabelecida para profissionais, à necessidade de encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei e à punição para o profissional que não notifica; como nos Estados Unidos, temos realizado várias campanhas enfocando a violência contra a criança (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 316).

Em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e demais atos normativos e legais, em 2001, o Ministério da Saúde ratificou a responsabilidade de notificação compulsória às autoridades competentes, de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços de saúde. Por conseguinte, em 2006, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), este constituído por dois componentes, a saber: I- vigilância contínua das situações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde; II - vigilância sentinela, pontual, realizada a partir de informações por amostragem sobre acidentes e violências atendidos em serviços de urgência e emergência⁶ (BRASIL, 2009).

⁶ Inicialmente, era realizada anualmente, mas, a partir do ano de 2007, passou a ser realizada com periodicidade bianual (BRASIL 2009).

Ambos os componentes⁷ adotaram como instrumento de coleta de dados a Ficha de Notificação (FIN)/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, interpessoais ou autoprovocadas, em todos os casos suspeitos ou confirmados de violência contra homens e mulheres. Em virtude disso, a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde desenvolveu um questionário específico para captar os dados sobre a violência por meio do programa *Epi Info Windows* (VIVA *Epi Info*), que vigorou até o ano de 2008.

Depois de validar e avaliar o processo de implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), neste formato, visando à universalização da vigilância, problematizou-se a possibilidade de inserir um Módulo de Violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). A partir de 2009, as notificações de violência foram incluídas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde, adotando-se uma tipologia para a notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência, composta por dez modalidades ou expressão dos atos violentos (BRASIL, 2011):

a) Violência física: “[...] atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo” (BRASIL, 2011, p. 41). Pode se manifestar através de: “[...] tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações [...] também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida)” (*id.*).

Segundo o Ministério da Saúde a violência física compreende todo ato violento praticado por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir, deixando ou não marcas evidentes (BRASIL,

⁷ Nos serviços sentinela de urgência e emergência é utilizada também uma Ficha de Notificação de Acidentes e Violências (BRASIL, 2009).

2001). Esse tipo de violência transforma a criança em mero objeto por parte daqueles que lhes estão próximos, podendo acarretar consequências permanentes (AZEVEDO; GUERRA, 2005).

b) Violência psicológica: ou violência moral, compreende “toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem” (BRASIL, 2011, p. 41). Dentre os tipos de violência, a psicológica costuma ser uma das mais difíceis de ser identificada, pois não produz evidências imediatas. Em virtude disso, nem sempre é notificada (COSTA *et al*, 2007), podendo afetar a estrutura emocional da criança e desencadear doenças como a depressão e outros transtornos psicológicos.

c) Tortura: diz respeito ao “ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental” (BRASIL, 2011, p. 42). Para além da violência, pressupõe:

Impedimentos de tratamento físico e mental das crianças ou o sujeito que sofre violência, (como dos seus familiares e amigos), devido à frequente negação dos factos, organizada pelas instituições. Aliás, a tortura tem por um dos objetivos políticos principais precisamente isso: destruir humanamente as pessoas e, com elas, todas as redes de relações sociais em que estejam inseridas (DORES, 2008, p. 13).

Esse tipo de violência costuma ser cometido com o intuito de “obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; para provocar ação ou omissão de natureza criminosa; promover discriminação racial ou religiosa” (BRASIL, 2011, p. 42).

d) Violência sexual: em virtude de sua relação com a concepção de sexualidade, além da dimensão física e mental é considerada “a violência mais grave de todas” (GUERRA, 1998, p. 90). Esse tipo de violência implica em danos físicos, emocionais, psicológicos e agravos à saúde, além da exposição da criança a

doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez na fase infantil (RIBEIRO; FERRIANI, 2004). É caracterizada como:

Qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de: estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas (impostas), pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva ou constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro (a), esposo (a) (BRASIL, 2011, p. 42-43).

e) Tráfico de pessoas: ou tráfico de seres humanos, abarca “o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2011, p. 43). Esse tipo de violência pode ocorrer dentro do País, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes (*id.*), para fins de exploração, abrangendo a prostituição, a exploração sexual, os trabalhos forçados, a escravidão, a retirada de órgãos e as práticas semelhantes (CNJ, 2014).

f) Violência financeira: também conhecida como econômica e/ou patrimonial, é todo ato envolvendo “dano, perda, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa atendida/vítima” (BRASIL, 2011, p. 43). Esse tipo de violência consiste em explorar constantemente ou usar sem consentimento os recursos financeiros e patrimoniais de outrem, perpetrando-se, em especial, no contexto familiar (*id.*).

g) Negligência/Abandono: a negligência ocorre mediante “a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima” (BRASIL, 2011, p. 43-44). O abandono traduz-se em “uma forma extrema de negligência” (*id.*), quando a criança é deixada sozinha e sem nenhum tipo de acompanhamento.

A negligência em relação à criança está presente tanto nas violências citadas anteriormente, quanto em qualquer outra, pois ao consenti-la ou perpetrá-la o responsável deixa de exercer o papel fundamental de promover o cuidado e a proteção. Desta forma, o responsável passa a ser considerado agressor, cúmplice ou conivente com a situação de violência e as consequências dela decorrentes (FERRARI, 2002). Esse tipo de violência manifesta-se como “abandono psicológico, emocional [...] tanto pela ausência de uma atenção positiva, de uma disponibilidade emocional, atenção e momentos de interesse dos pais responsáveis pela criança” (*ibid.*, p. 83).

Diante da situação de vulnerabilidade social a que muitas famílias estão submetidas no Brasil, torna-se difícil identificar esse tipo de violência (VICENTE, 2010). Isto porque não é tarefa simples distinguir as condições socioeconômicas da ação consciente dos responsáveis. Por outro lado, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por si só, a ausência de condições materiais não caracteriza impedimento para a permanência da criança na família (BRASIL, 1990, art. 23).

h) Trabalho infantil: “conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) as inibindo de viver plenamente sua condição de infância e adolescência” (BRASIL, 2011, p. 44). É considerado um tipo de

violência invisível, que interfere no processo de crescimento e desenvolvimento da criança (MINAYO, 2001).

A exploração do trabalho infanto-juvenil é caracterizada por jornada de trabalho extenuante, muitas vezes em condições aviltantes e com remuneração escassa (quando existente). É uma face da violência estrutural, revelada no processo de globalização e nas taxas elevadas de desemprego, afetando toda a unidade familiar. Tem como consequência má escolarização, negação de tempo para atividades lúdicas, além de sequelas nutricionais, envelhecimento precoce, desenvolvimento comprometido e ainda, em alguns casos, estímulo à corrupção e prostituição (ASSIS, 2006, p. 42).

De acordo com o Ministério da Saúde, esse tipo de violência contra crianças tem sido relacionado com a condição de pobreza em que vivem suas famílias, levando-as a necessitar da participação dos filhos na complementação da renda familiar. Porém, é necessário não perder de vista aquelas famílias que obrigam suas crianças e adolescentes a trabalharem, enquanto os adultos apenas recolhem os ganhos obtidos (MINAYO, 2001).

i) Violência por intervenção legal: “trata-se da intervenção por agente legal público, isto é representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no uso da sua função” (BRASIL, 2011, p. 44). Esse tipo de violência implica ações e/ou omissões dos próprios serviços públicos ou privados, incluindo a dimensão da falta de acesso ou da inferioridade da qualidade dos serviços públicos, estendendo-se às relações de poder entre os usuários e os profissionais nos espaços sócio institucionais.

j) Outros: todas as formas de violência não contempladas nos supracitados, sendo obrigatória a sua especificação (BRASIL, 2011).

Estudos sobre as dificuldades enfrentadas na notificação da violência no Brasil indicam que o ato de notificar não é determinado única e exclusivamente pelos instrumentos jurídicos formais e atos normativos e legais, mas, pelas particularidades de cada situação. Em realidade, a notificação é permeada por questões

de ordem pessoal dos profissionais, por especificidades da situação de violência e questões relacionadas às próprias estruturas dos serviços de saúde e da rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente, em sua grande maioria, insuficientes e/ou inexistentes (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

3. Notificações de violência contra crianças na microrregião de saúde de Ijuí

Concomitantemente ao Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (SES/RS, 2012) adotaram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) para realizar as notificações de violência em seus respectivos territórios. A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sediada no município de Ijuí, na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, vide Figura A, – doravante denominada de microrregião de saúde de Ijuí –, abrange vinte⁸ municípios, com uma população adstrita superior a 200.000 habitantes (SES/RS, 2012).

O processo de implantação da notificação da violência nos municípios das diversas regiões do Brasil não ocorreu de modo universal e simultâneo, em especial, porque pressupunha a existência de uma estratégia de atenção integral às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2009). No entanto, ainda que a questão da notificação da violência seja um tema recente no Brasil, a violência contra crianças ocorre há muito tempo nas mais variadas culturas.

⁸ São eles: Ijuí com 78.915 habitantes; Crissiumal com 18.041 habitantes; Santo Augusto com 13.968 habitantes; Campo Novo com 5.459 habitantes; São Valério do Sul com 2.647 habitantes; São Martinho com 5.773 habitantes; Nova Ramada com 2.437 habitantes; Inhacorá com 2.267 habitantes; Chiapeta com 4.044 habitantes; Panambi 38.058 habitantes; Condor com 6.552 habitantes; Pejuçara com 3.973 habitantes; Jóia com 8.331 habitantes; Coronel Barros com 2.459 habitantes; Bozzano com 2.200 habitantes; Catuípe com 9.323 habitantes; Augusto Pestana com 7.096 habitantes; Humaitá com 4.919 habitantes; Sede Nova 3.011 habitantes; Ajuricaba 7.255 habitantes. Totaliza uma população de 226.728 habitantes (SES/RS, 2012).

Figura A – Microrregião de Saúde de Ijuí – 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS, 2012).

Em face da crescente necessidade de dar maior visibilidade à violência e fornecer subsídios para a prevenção e o enfrentamento de suas diferentes expressões na realidade microrregional, recorreu-se à pesquisa quanti-qualitativa de caráter descritivo-exploratório, tendo como objetivo “analisar as configurações da violência contra crianças nos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí, de acordo com as notificações realizadas no período de 2009 a 2012⁹ [...]” (BORGES, 2012, p. 18). Para tanto, utilizou-se as

⁹ O período selecionado coincide com o número total de notificações disponíveis no banco de dados no momento de realização da coleta, no mês de junho de 2012.

notificações de violência contra crianças de 0 a 09 anos de idade residentes nos 20 municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí, disponíveis no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde.

Primeiramente, os dados coletados foram organizados em três núcleos temáticos compostos pela síntese das respectivas dimensões constitutivas utilizadas na exploração do material da pesquisa, sistematizadas no Quadro A. Na sequência, os dados coletados foram submetidos à análise estatística simples enfatizando-se a descrição qualitativa, fundamentada na produção teórica das áreas de Serviço Social e Saúde Pública.

Quadro A – Núcleos temáticos e síntese das respectivas dimensões constitutivas utilizadas na exploração do material da pesquisa.

NÚCLEO TEMÁTICO	DIMENSÕES
01	Tipologia da violência contra crianças nos municípios pertencentes à microrregião de Ijuí, no período de 2009 a 2012.
02	Violência física, violência psicológica; tortura; violência sexual; tráfico de pessoas; violência financeira; negligência/abandono; trabalho infantil; violência por intervenção legal; outros (BRASIL, 2011).
03	Local de ocorrência das situações de violência contra crianças nos municípios pertencentes à microrregião de Ijuí, no período de 2009 a 2012.
04	Zona urbana; zona rural; residência; habitação coletiva; escola; local de prática esportiva; bar ou similar; via pública; comércio/serviços; indústrias/construção; outro; ignorado (BRASIL, 2011).
05	Perfil sócio demográfico das crianças em situação de violência nos municípios
	Faixa etária; sexo (feminino ou masculino); raça: ignorada (em branco), branca, preta, parda; escolaridade (BRASIL, 2011).

pertencentes à
microrregião de Ijuí, no
período de 2009 a 2012.

Fonte: Borges (2012).

A partir da análise do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde, identificou-se 78 notificações de violência contra crianças de 0 a 09 anos de idade na microrregião de saúde de Ijuí, realizadas em 50% ou 10 dos 20 municípios do referido território, no período de 2009 a 2012. Os municípios responsáveis pelas notificações, em ordem decrescente de classificação, foram: Ijuí (34% ou 27 de 78), Ajuricaba (19%; 15); Inhacorá (10; 12%); Chiapeta (10%; 08); Crissiumal (09%; 07); Panambi (04%; 03); Campo Novo (03%; 02); Nova Ramada (03%; 02); e São Martinho (03%; 02) (CEVS, 2012).

Embora Ijuí, Ajuricaba e Inhacorá tenham sido responsáveis pelo maior número de notificações, não é possível afirmar que naqueles municípios a violência contra a criança seja mais frequente que nos demais, em especial, considerando-se as discrepâncias populacionais e a ausência de informações quanto à cobertura dos serviços envolvidos com o processo de notificação no momento de realização da pesquisa. Por outro lado, a informação pode ser tomada como um indicativo de que nesses municípios tem havido uma maior mobilização quanto à necessidade de realização da notificação da violência em relação aos demais.

Com base nos resultados encontrados, observa-se que a violência contra a criança é ainda subnotificada, uma vez que se constatou que a notificação não se constitui uma ação desenvolvida em metade dos municípios da microrregião de saúde de Ijuí. Apesar do aparato jurídico-formal e atos normativos e legais determinarem a obrigatoriedade da notificação da violência, a subnotificação ainda é uma realidade no Brasil. Situação similar ocorre em países onde a legislação é mais antiga e os sistemas de atendimento mais aprimorados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002), indicando a

presença de dificuldades técnicas e estruturais relacionadas ao processo de notificação.

As violências psicológica, física e sexual lideraram a tipologia, estando presentes em 85% ou 66 das 78 notificações de violência contra crianças. Os demais 15% referiram-se à negligência/abandono, tortura e outros tipos (CEVS, 2012), conforme demonstra o Quadro B.

Quadro B – Tipologia da violência contra crianças nos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí, no período de 2009 a 2012.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA	Nº. DE NOTIFICAÇÕES	%
Psicológica	24	31
Física	22	28
Sexual	20	26
Negligência/Abandono	06	08
Tortura	05	06
Outras	01	01
TOTAL	78	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) (CEVS, 2012).

A violência psicológica diz respeito à “[...] toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança [...] para atender às necessidades psíquicas do adulto [...]” (SOUZA; JORGE, 2006, p. 25). Adversamente ao estudo realizado por Deslandes (1994) em Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIs) em São Paulo, no período de 1988 a 1992, no qual se constatou a violência psicológica em 16,4% do total de situações de violência contra criança, esta se constituiu a

tipologia prevalente em 31% das notificações de violência contra crianças na microrregião de saúde de Ijuí, no período de 2009 a 2012.

A violência física envolve “[...] noção de poder e controle em que uma pessoa mais velha, mais forte ou mais influente tenta obter o que deseja, impingindo tortura, terror e dor” (ASSIS; DESLANDES, 2006, p. 47). Constatou-se essa tipologia em 28% das notificações no território e período pesquisado. De acordo com Guerra (1998), toda violência contra a criança implica um ato ou uma omissão capaz de provocar-lhe dano físico, sexual e/ou psicológico.

No estudo supracitado, Deslandes (1994) identificou o abuso sexual em 07% das notificações de violência contra crianças, enquanto no território e período pesquisado essa tipologia representou 26%. Entende-se por violência sexual, nesse contexto, “[...] todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança [...], ou visando a utilizá-los para obter satisfação sexual [...], cujos agressores estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que o da criança [...]” (SOUZA; JORGE, 2006, p. 25).

Quanto ao local de ocorrência, constatou-se que 71% ou 55 das 78 situações de violência ocorreram na residência da criança; 12% (09) na via pública; 04% (03) na escola; e 03% (02) em bar ou similares. A prevalência da residência como local de ocorrência ratifica um dos tipos de violência fortemente arraigados na cultura familiar brasileira, também conhecida como violência doméstica ou intrafamiliar.

A violência doméstica ou intrafamiliar abrange as expressões de violência interpessoal identificadas no contexto familiar, perpetradas por pessoas com as quais a criança possui laços de parentesco ou afinidade (NJAINÉ *et al*, 2009). Estudos apontam que esse tipo de violência integra um contexto socioeconômico e cultural, que pode “[...] influenciar o comportamento agressivo dos familiares, os quais tendem a repetir as condições de exploração e abandono de que são vítimas, contribuindo assim para a

perpetuação da violência contra crianças e adolescentes, num ciclo vicioso (COSTA *et al*, 2007, p. 1.130).

Vale ressaltar que, independentemente do local de ocorrência, a violência sempre implica numa perspectiva histórica e dinâmica. É, portanto, “[...] um processo diversificado em suas manifestações: familiares, individuais, coletivas, no campo e na cidade, entre os diferentes grupos e segmentos, e atinge tanto o corpo como a psique das pessoas” (FALEIROS, 2007, p. 27).

O atual contexto societário é permeado pela violência estrutural, responsável pelas desigualdades sociais, que contribui para o desenvolvimento da violência interpessoal, em diferentes segmentos sociais (COSTA *et al*, 2007). A violência estrutural incide sobre “[...] a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulneráveis suas condições de crescimento e desenvolvimento [...]” (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p. 31).

A violência sofrida pelas crianças tanto nas áreas urbanas quanto rurais brasileiras apresenta similaridades. Assim, corrobora-se que não há uma violência social e urbana e outra rural, mas, sim, expressões urbanas e rurais da violência.

No que se refere ao perfil sócio demográfico das crianças em situação de violência, observou-se a prevalência da faixa etária de 05 a 09 anos de idade em 72% ou 56 das 78 notificações, seguida da faixa etária de 01 a 04 anos em 20% (16), e de menores de 01 ano em 8% (06) (CEVS, 2012). Resultado semelhante em relação à prevalência da faixa etária de 05 a 09 anos de idade foi identificado em análise dos registros de notificações de violência na base de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, com idade entre 0 a 18 anos incompletos, referentes ao período de 2004 a 2009, no município de Curitiba, capital do estado do Paraná (FRANZIN; FRANZIN, MOYSÉS, 2012).

As situações de violência contra crianças do sexo feminino totalizaram 59% ou 46 das 78 notificações (CEVS, 2012). Essa informação reforça a presença da violência de gênero desde a infância, implicando relações de poder nas quais “[...] historicamente, existe prevalência de um sexo sobre outro [...]”

(STREY, 2001, p. 59). A violência contra mulheres e meninas tem natureza e características que a diferenciam de outras violências interpessoais:

[...] A violência sofrida pelo homem é em sua grande maioria cometida por pessoas estranhas ou pouco conhecidas, enquanto as mulheres e meninas têm maior probabilidade (e é o que realmente acontece demonstrado por inúmeras pesquisas) de serem vítimas de pessoas do convívio familiar, sejam marido, pai, padrasto, tios, primos e outros (GUIMARÃES, 2006, p. 106).

A raça branca predominou em 68% ou 53 das 78 notificações de violência contra crianças, seguida da raça parda em 26% (20) e da preta em 02% (01). Em 04% (03) das notificações de violência, a informação sobre a raça da criança foi ignorada ou deixada em branco (CEVS, 2012). A predominância das situações de violência envolvendo crianças da raça branca não permite inferir sobre a prevalência da vitimização nesta raça, devido ao fato de a população regional ser majoritariamente branca, devido à histórica colonização de imigrantes europeus em território gaúcho.

Sobre a escolaridade, 33% ou 26 das 78 crianças em situação de violência estavam matriculadas entre a primeira e a quarta série do ensino fundamental, 05% (04) haviam concluído a quarta série e 01% (01) possuía ensino médio incompleto. Em 42% ou 33 notificações, a escolaridade da criança foi ignorada ou deixada em branco e nos demais 14% (18) a opção escolhida pelo responsável pela notificação foi “não se aplica”. A subnotificação e as contradições presentes nesse indicador alertam para possíveis equívocos no preenchimento da notificação de violência.

A partir dos resultados encontrados, constatou-se o crescimento anual das notificações de violência contra crianças nos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí. Em 2009, ano inicial de utilização da Ficha de Notificação (FIN)/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN-NET) do Ministério da Saúde, não constam notificações. As primeiras notificações de

violência contra crianças datam do ano de 2010, tenho aumentado de 11 para 46 em 2011. Até junho de 2012, ocasião de realização da coleta de dados da pesquisa, constavam 21 notificações de violência contra crianças no banco de dados do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN-NET) do Ministério da Saúde.

Em que pese ao longo caminho a ser percorrido para que os sistemas de informação em saúde permitam efetivamente o desvendamento das diferentes expressões da violência, sua utilização tem permitido atribuir maior visibilidade a esse fenômeno social. Isto não significa que a violência seja um problema resolvido ou que não careça de ações e políticas públicas de prevenção e enfrentamento, mas que a notificação pode se constituir em meio de luta contra a violência, nos diversos territórios e realidades sociais.

Considerações finais

A violência acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se através de múltiplas expressões, em diferentes momentos históricos e sociais. A violência contra a criança constitui um problema de saúde pública presente não somente em países em desenvolvimento, mas, também em países desenvolvidos.

Apesar de os sistemas de informações utilizados no âmbito da política de saúde ainda carecerem de aprimoramentos, evidencia-se que os mesmos buscam contribuir na disponibilização de dados que dimensionem a magnitude da violência nos distintos segmentos sociais. Todavia, os sistemas de informações não devem ser tratados como os únicos canais de visibilidade da violência, pois pesquisas “[...] com diferentes enfoques, também contribuem para sua desnaturalização, além de atestarem sua relevância para se pensar estratégias de enfrentamento da violência [...]” (KIND *et al*, 2013, p. 1806).

Considerando-se os resultados encontrados na pesquisa constatou-se, por um lado, o crescimento do número de notificações de violência contra crianças nos municípios

pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí, no período de 2009 a 2012, atrelado ao investimento da vigilância na sensibilização e instrumentalização dos profissionais das equipes de saúde. Por outro lado, as informações disponíveis nas notificações de violência contra crianças alertam para o fato de que esta ainda é objeto de subnotificação.

A complexidade e a magnitude da violência contra a criança requerem que a mesma seja cuidadosamente estudada, lançando-se mão de perspectivas interdisciplinares e intersetoriais. Em conformidade com o Ministério da Saúde, reforça-se que a falta de retorno dos desdobramentos das situações de violência notificadas, reflete a necessidade de maior integração entre os distintos setores da saúde (BRASIL, 2011).

A prevenção e o enfrentamento das diferentes expressões da violência pressupõem a necessidade de maior e mais qualificada atenção por parte do Estado, das políticas públicas e sociais, bem como sociedade em geral, profissionais e pesquisadores, tendo em vista revelar “[...] sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas (vítimas e autores da agressão), localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos” (BRASIL, 2011, p. 07). Isto porque, a situação estrutural que a violência denuncia e que precisa ser notada é a negação do acesso às condições necessárias para o desenvolvimento e à efetivação dos direitos sociais das crianças, na perspectiva da proteção integral.

Referências

ALBERTO, Maria de Fátima Pereira *et al* (Orgs.). O papel do psicólogo e das entidades junto a crianças e adolescentes em situação de risco. **Rev. Psicol. Cienc. Prof.** [online]. 2008, v. 28, n.3, p. 558-573.

ASSIS, Simone Gonçalves. Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. 2006, parte 2, p. 39-45. In: LIMA, Cláudia

Araújo de *et al* (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 298 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____; DESLANDES, Suely Ferreira. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. 2006, cap. 4, p. 47-57. In: LIMA, Cláudia Araújo de *et al* (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 298 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BORGES, Simoni Antonieta Dynkoski. Notificações de violência contra crianças nos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí/RS. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Serviço Social) – Curso de Serviço Social. Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí: 2012. 49 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. Lei n°. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA**. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: 2001. 96 p. Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 131.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. SINAN NET. DASIS/CGDANT. 2009. 42 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Tabulações de vigilância epidemiológica.** Disponível em: <<http://200.198.173.164/tabnet/index.htm>>. Acesso em: 16 de abr. de 2012.

CHAUÍ, Marilena. **Contra a violência.** Fundação Perseu Abramo. 2007. 03 p.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **O que é tráfico de pessoas.** 2014.

COSTA; Maria Conceição Oliveira *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, 2007, p. 1129-1141.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Cap. 1, p. 02-22. In: OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: 2002. 351 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad. Saúde Pública.** 1994, n. 10, p. 177-187.

DORES, António Pedro. Agregação sociologia ISCTE. **Direitos Humanos e Prevenção da Tortura.** Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa, 2007.

FERRARI, Dalka C. A. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.** São Paulo: Ágora, 2002.

FRANCISCHINI, Rosângela; SOUZA NETO, Manoel Onofre de. Enfrentamento à violência contra crianças: Projeto Escola que Protege. Relato de experiência profissional. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 - n. 1, p. 243-252, Jan./Jun. 2007.

FRANZIN, Lucimara Cheles da Silva; FRANZIN, Fernanda Mara; MOYSÉS, Simone Tetu. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do Sul do Brasil. **Colloquium Vitae**, v. 4, n. 2, jul./dez. 2012, p. 79-84.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./fev., 2002, p. 315-319.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GUIMARÃES, Iolanda. Violência de gênero. 2006, cap. 9, p. 105-109. In: LIMA, Cláudia Araújo de *et al* (Coord.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 298 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set. 2013, p. 1805-1815.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e

adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface** (Botucatu) [online]. 2011, v. 15, n. 38, p. 819-832.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: 2002. 351 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde**. 2001, p. 21-42.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NJAINÉ, Kathie *et al.* **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD, 2009.

PIRES, Ana L. D.; MIYAZAKI, Maria C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2005, v. 12, n. 1, p. 42-49.

RIBEIRO, Márcia Aparecida; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; REIS, Jair Naves dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.

SANCHEZ, Rachel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. 2006, cap. 3, p. 29-38. In: LIMA, Cláudia Araújo de *et al* (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 298 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

SES/RS. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. 2012.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. 2006, cap. 2, p. 23-28. In: LIMA, Cláudia Araújo de *et al* (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 298 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

STREY, Marlene Neves. Violência e gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. 2001, p. 47-69. In: GROSSI, Patrícia K.; WERBA, Graziela C. **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. 163 p.

VICENTE, Cenise Monte. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, Sílvia Manoug. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, UNICEF. 1994.

Recebido em 11/06/2014
e aceito em 05/09/2014.

Resumo: *Este artigo versa sobre a violência contra crianças, a partir da descrição das notificações realizadas no âmbito da política de saúde. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa de caráter descritivo-exploratório que teve como objetivo analisar as configurações da violência contra crianças de 0 a 09 anos de idade nos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ijuí, no estado do Rio Grande do Sul, de acordo com as notificações realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2012. Os dados coletados foram organizados em núcleos temáticos e submetidos à análise estatística simples, enfatizando-se a descrição qualitativa, fundamentada na produção teórica das áreas de Serviço Social e Saúde Pública. Quanto aos resultados encontrados na pesquisa, identificou-se 78 notificações de violência contra crianças. As violências psicológica, física e sexual lideraram a tipologia em 85%. A residência da criança foi o local de ocorrência de 71% das situações de violência. Houve prevalência da faixa etária de 05 a 09 anos de idade em 72%, do sexo feminino em 59%, da raça branca em 68%, e de subnotificação do indicador de escolaridade. Nesse contexto, a notificação*

emerge como importante instrumento de prevenção e enfrentamento das diferentes expressões de violência.

Palavras-chave: *Violência; criança; sistema de informações; notificação; saúde.*

Title: *Violence against Children: Description of Notifications Information System Health*

Abstract: *This article focuses on violence against children, from the analysis of the notifications made under the health policy. This is a quantitative-qualitative research-descriptive exploratory study that aimed to examine the settings of violence against children 0-09 years old in the municipalities belonging to micro health Ijuí in the state of Rio Grande of the Sul, according to reports carried in the Information for Notifiable Diseases (SINAN-NET) System of the Ministry of Health (MOH) Brazil, in the period 2009-2012. The data collected were organized into thematic and subjected to simple statistical analysis centers, emphasizing the qualitative description, grounded in theoretical work in the areas of Social and Public Health Service. As for the results found in the search, we identified 78 reports of violence against children. The psychological, physical and sexual violence led the typology by 85%. The residence of the child was the site of occurrence of 71% of the situations of violence. The prevalence of age group 05-09 years of age in 72%, female 59%, Caucasian 68%, and underreporting indicator of schooling. In this context, the notification emerges as an important tool for preventing and coping with different expressions of violence.*

Keywords: *Violence; child; information system; notification; health.*
