


Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo*

doi: 10.1590/S1679-49742021000300003

Recurrent violence against children: analysis of cases notified between 2011 and 2018 in Espírito Santo state, Brazil

Violencia recorrente contra niños: análisis de casos notificados entre 2011 y 2018 en estado de Espírito Santo

Márcia Regina de Oliveira Pedroso¹ -  orcid.org/0000-0002-2859-159X

Franciéle Marabotti Costa Leite² -  orcid.org/0000-0002-6171-6972

¹Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Barreiras, BA, Brasil

²Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, ES, Brasil

Resumo

Objetivo: Identificar a frequência de casos notificados e fatores associados à violência recorrente na infância no estado do Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, com casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2011-2018. As associações foram testadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e regressão de Poisson estratificada por sexo. **Resultados:** A frequência de violência recorrente foi de 32,5%. Nos meninos, ela se associou às idades da criança (RP=1,38 – IC_{95%} 1,11;1,73) e do agressor (RP=1,85 – IC_{95%} 1,30;2,63), e à ocorrência na residência (RP=1,61 – IC_{95%} 1,23;2,11); nas meninas, associou-se à idade (RP=1,39 – IC_{95%} 1,20;1,60), presença de deficiência e/ou transtorno na vítima (RP=1,43 – IC_{95%} 1,22;1,67), pais agressores (RP=3,70 – IC_{95%} 1,65;8,32) e ocorrência na residência (RP=1,39 – IC_{95%} 1,10;1,75). **Conclusão:** A violência recorrente apresentou-se em quase um terço das notificações de violência contra a criança no estado, sendo necessário o reconhecimento de seus fatores associados para a elaboração de políticas de prevenção.

Palavras-chave: Maus-tratos Infantis; Violência; Exposição à Violência; Violência doméstica; Monitoramento Epidemiológico; Estudos Transversais.

*Artigo derivado de tese de doutorado acadêmico intitulada 'Violência contra a criança: uma análise dos casos notificados no Espírito Santo', a ser defendida por Márcia Regina de Oliveira Pedroso junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Endereço para correspondência:

Márcia Regina de Oliveira Pedroso - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Rua da Prainha, nº 1326, Morada Nobre, Barreiras, BA, Brasil. CEP: 47810-047
E-mail: marcypedroso@gmail.com

Introdução

Crianças estão entre os grupos mais vulneráveis à violência, em função de seu estágio de desenvolvimento e sua dependência do cuidado e proteção dos adultos.¹ O Ministério da Saúde do Brasil define a violência que acomete a infância como 'quaisquer atos ou omissões dos responsáveis, bem como da sociedade em geral, que causem dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas'.² Nessa faixa etária, a violência representa uma ameaça à vida e à saúde, provoca danos mentais e emocionais incalculáveis, que podem perdurar e impactar diretamente no desempenho da vida adulto.³

Situações de violência contra a criança, geralmente, caracterizam-se como eventos recorrentes. Essas experiências podem ser de longa duração e deixar marcas invisíveis, imensuráveis.

No ano de 2018, as causas externas, entre as quais as violências, foram a primeira causa de óbito na população infantil brasileira.⁴ Segundo o Viva Inquérito de 2017, cerca de 8,0% dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência do país devem-se às violências contra indivíduos de 0 a 9 anos de idade. Com relação à violência intrafamiliar, 68,1% dos casos têm nas crianças suas vítimas: 62,7% do sexo masculino e 74,4% do sexo feminino.⁴

Situações de violência contra a criança, geralmente, caracterizam-se como eventos recorrentes. Essas experiências podem ser de longa duração e deixar marcas invisíveis, imensuráveis.^{5,6} Tal fato prende a criança em um ciclo constante de violência, com impactos diretos para sua saúde e qualidade de vida, aumentando as chances de levá-la a óbito.⁷

A violência na infância atinge mais meninos que meninas, e os familiares são os principais agressores.⁸ Essa agressão é um fenômeno contraditório para o senso comum, realizada principalmente por membros do círculo de confiança das crianças, pessoas que deveriam dar amor, carinho e proteção àqueles sob sua atenção e responsabilidade.⁸ Segundo a literatura, essa violência parte daqueles com maior contato ou mais próximos da criança, e, entre suas razões e justificativas mais comuns, estão as dificuldades dos pais em se relacionar com os filhos, utilizando-se das

agressões como forma de educar, ou sendo negligentes no atendimento às necessidades próprias da infância.^{3,5}

O fato de a violência contra a criança ocorrer, principalmente, no ambiente da família, torna mais difícil seu reconhecimento. Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), têm um papel essencial na identificação de casos, no acolhimento às vítimas e suas famílias e, portanto, precisam estar atentos às dinâmicas familiares possíveis de desencadear atos violentos.³

A notificação dos casos de violência contra a criança nos órgãos competentes é obrigatória desde 1990, quando foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente.⁹ Para tanto, o Ministério da Saúde elaborou a ficha de notificação de violência, declarada de notificação compulsória desde 2011.¹⁰ Trata-se de um instrumento indispensável à prestação do devido cuidado às vítimas dentro da rede de atenção à saúde, com potencial para garantir os direitos e a proteção social da infância.¹¹ Os dados registrados na ficha de notificação, além da qualidade indispensável, devem ser analisados permanentemente. Eles subsidiam a informação para o conhecimento e o adequado planejamento das políticas públicas intersetoriais sobre o tema.^{12,13}

O objetivo deste estudo foi identificar a frequência de casos notificados e fatores associados à violência recorrente na infância, no estado do Espírito Santo, Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, em que foram analisados os casos notificados de violência recorrente contra a criança no Espírito Santo, no período de 2011 a 2018.

O estado localiza-se na região Sudeste do Brasil, sua extensão territorial é de 46.074,444 km² e constitui-se de 78 municípios e quatro regiões de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, o Espírito Santo apresenta alto índice de desenvolvimento humano (IDH=0,740) e uma renda *per capita* média de R\$ 1.477,00, superior ao salário mínimo nacional. Sua população para 2019 foi estimada em 4.018.650 habitantes, dos quais 509.336 encontravam-se na faixa etária de 0 a 9 anos (14,5%).¹⁴

Foram incluídos no estudo todos os registros de notificações de violência contra indivíduos de 0-9 anos, de acordo com os critérios de classificação estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e empregados na ficha de notificação de

violência interpessoal e autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).¹⁵

O desfecho da presente análise foi a violência recorrente (não; sim), informação derivada da pergunta sobre a violência notificada ter ou não ocorrido outras vezes. As variáveis independentes analisadas foram divididas e categorizadas da seguinte forma:

- a) Características da vítima
 - Faixa etária (anos: 0 a 2; 3 a 5; 6 a 9);
 - Raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela/indígena);
 - Algum tipo de deficiência e/ou transtorno (não; sim);
 - Zona de residência (urbana/periurbana; rural).
- b) Características do agressor
 - Faixa etária (anos: 0 a 19; 20 a 24; 25 ou mais);
 - Sexo (masculino; feminino; ambos);
 - Vínculo com a vítima (pais; conhecidos [familiares ou não]; desconhecidos; a própria pessoa);
 - Suspeita de uso de álcool (não; sim).
- c) Características da agressão
 - Número de agressores envolvidos (um; dois ou mais);
 - Local da ocorrência (residência; outro);
 - Turno de ocorrência (manhã/tarde; noite/madrugada);
 - Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde, assistência social ou policial (não; sim).

Os dados provieram dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, registrados na ficha de notificação do Sinan e disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. A escolha do período a estudar deve-se ao fato de, a partir de 2011, as violências haverem sido incluídas na lista de agravos de notificação compulsória, com a promulgação da Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011.¹⁰

Previamente à análise dos dados, desenvolveu-se um processo de qualificação e correção de possíveis erros e inconsistências nos registros, conforme orientações do Instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada.¹⁵ Os casos que apresentavam dados em branco ou ignorados foram excluídos das análises, razão por que o número total de indivíduos variou conforme a característica estudada.

Foi realizada análise descritiva das variáveis por meio das frequências relativas e absolutas e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Para a análise inferencial bivariada, adotou-se o teste qui-quadrado de Pearson,

e para a multivariada, a regressão de Poisson, ambas estratificadas por sexo. No modelo multivariado, foram calculadas as razões de prevalências comparando-se o grupo exposto à violência de repetição em relação ao grupo de violência única. Na análise multivariada, partiu-se da seleção “para trás”: foram incluídas no modelo todas as variáveis que atingiram o valor de *p* menor que 0,20 na análise bivariada; exceção fez-se à variável ‘encaminhamento’, por ser um evento posterior à ocorrência do desfecho. A manutenção das variáveis no modelo seguiu o critério de *p* menor que 0,05; a cada vez que o modelo foi rodado, retirou-se a variável que apresentava o maior valor de *p*, até que todas as variáveis restantes apresentassem associação com violência recorrente ($p \leq 0,05$). Todas as análises serviram-se do *software* Stata 14.1.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES): Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 88138618.0.0000.5060; Parecer nº 2.819.597, emitido em 14 de agosto de 2018.

Resultados

No período de 2011 a 2018, foram notificados 3.127 casos de violência contra a criança no Espírito Santo: 817 (26,1%) foram casos de violência únicos, 1.295 (41,4%) referiam dados ignorados e 1.015 (32,5%) representavam violência recorrente.

Para as características da vítima, observou-se maior frequência de crianças do sexo feminino (60,1%), faixa etária de 6 a 9 anos (48,6%), raça/cor da pele preta/parda (69,5%), residência da vítima na zona urbana/periurbana (88,4%) e não apresentação de deficiências e/ou transtornos (93,9%). Sobre os agressores, predominaram indivíduos com mais de 25 anos de idade (67,3%), homens (56,2%), e a suspeita de que 69,9% não haviam feito uso de bebida alcoólica; em sua maioria, tinham vínculo materno/paterno com a vítima (64,4%). Geralmente, a violência envolveu um único agressor (75,0%), ocorreu na residência da vítima (88,4%), nos turnos da manhã e da tarde (67,5%), e teve seu encaminhamento feito a partir do serviço de saúde (93,3%) (Tabela 1).

Na análise bivariada, para ambos os sexos das crianças envolvidas, a violência recorrente mostrou-se associada

Tabela 1 – Principais características das crianças que sofreram violência recorrente (N=1.015), dos agressores e da violência, Espírito Santo, 2011-2018

Característica	N	% ^a	IC _{95%} ^b
Sexo			
Masculino	405	39,9	36,9;43,0
Feminino	610	60,1	57,1;63,1
Faixa etária da vítima (anos)^a			
0-2	222	22,2	19,7;24,8
3-5	293	29,2	26,5;32,1
6-9	487	48,6	45,5;51,7
Raça/cor da pele da vítima^a			
Branca	268	29,6	26,7;32,6
Preta/parda	630	69,5	66,5;72,5
Amarela/indígena	8	0,9	0,4;1,8
Vítima possui alguma deficiência e/ou transtorno^a			
Não	924	93,9	92,2;95,2
Sim	60	6,1	4,8;7,8
Zona da residência da vítima^a			
Urbana/periurbana	880	88,4	86,3;90,3
Rural	115	11,6	9,7;13,7
Faixa etária do agressor (anos)^a			
0-19	135	21,5	18,5;24,9
20-24	70	11,2	8,9;13,9
≥25	423	67,3	63,6;70,9
Sexo do agressor^a			
Masculino	553	56,2	53,1;59,3
Feminino	261	26,5	23,9;29,4
Ambos os sexos	170	17,3	15,0;19,8
Vínculo do agressor com a vítima^a			
Pais	631	64,4	61,3;67,3
Conhecido	321	32,8	29,9;35,8
Desconhecido	13	1,3	0,8;2,3
A própria pessoa	15	1,5	0,9;2,5
Suspeita de uso de álcool pelo agressor^a			
Não	428	69,9	66,2;73,5
Sim	184	30,1	26,6;33,8
Número de agressores envolvidos^a			
Um	735	75,0	72,2;77,6
Dois ou mais	245	25,0	22,4;27,8
Local da violência^a			
Outro	111	11,6	9,7;13,7
Residência	850	88,4	86,3;90,3

a) Os totais de frequência absoluta divergem em razão dos dados faltantes (dados em branco ou ignorados, conforme registrados nas fichas de notificação); b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Continua

Continuação

Tabela 1 – Principais características das crianças que sofreram violência recorrente (N=1.015), dos agressores e da violência, Espírito Santo, 2011-2018

Característica	N	% ^a	IC _{95%} ^b
Turno de ocorrência^a			
Manhã/tarde	339	67,5	63,3;71,5
Noite/madrugada	163	32,5	28,5;36,7
Encaminhamento para outros serviços^a			
Não	68	6,7	5,4;8,5
Sim	941	93,3	91,5;94,7

a) Os totais de frequência absoluta divergem em razão dos dados faltantes (dados em branco ou ignorados, conforme registrados nas fichas de notificação); b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.**Tabela 2 – Distribuição das características das crianças que sofreram violência recorrente (N=3.127), dos agressores e da violência, estratificada por sexo, Espírito Santo, 2011-2018**

Característica	Masculino				Feminino			
	n	%	IC _{95%} ^a	p-valor	n	%	IC _{95%} ^a	p-valor
Faixa etária da vítima (anos)								
0-2	95	41,5	35,3;48,0	0,001	127	47,6	41,6;53,6	<0,001
3-5	127	58,3	51,6;64,7		166	56,7	50,9;62,2	
6-9	177	54,6	49,2;60,0		310	64,3	59,9;68,5	
Raça/cor da pele da vítima								
Branca	95	49,2	42,2;56,3	0,026	173	60,9	55,1;66,4	0,406
Preta/parda	254	53,9	49,4;58,4		376	56,7	52,9;60,5	
Amarela/indígena	1	11,1	1,4;53,2		7	50,0	25,2;74,8	
Vítima possui alguma deficiência e/ou transtorno								
Não	364	50,8	47,1;54,4	0,115	560	56,9	53,8;60,0	0,002
Sim	26	63,4	47,6;76,8		34	81,0	66,1;90,3	
Zona de residência da vítima								
Urbana/periurbana	339	50,5	46,7;54,2	0,041	541	57,7	54,5;60,9	0,508
Rural	58	61,7	51,5;71,0		57	61,3	51,0;70,7	
Faixa etária do agressor (anos)								
0-19	65	49,2	40,8;57,8	<0,001	70	49,0	40,8;57,1	<0,001
20-24	23	33,3	23,2;45,3		47	59,5	48,3;69,8	
≥25	162	66,4	60,2;72,1		261	70,7	65,9;75,2	
Sexo do agressor								
Masculino	198	50,5	45,6;55,5	0,217	355	56,5	52,6;60,4	0,009
Feminino	123	54,9	48,3;61,3		138	62,2	55,6;68,3	
Ambos os sexos	72	59,0	50,0;67,4		98	70,0	61,9;77,0	
Vínculo do agressor com a vítima								
Pais	268	60,4	55,7;64,8	<0,001	363	70,6	66,5;74,4	<0,001
Conhecido	107	43,0	36,9;49,2		214	50,2	45,5;55,0	
Desconhecido	8	19,5	10,0;34,7		5	14,7	6,2;31,2	
A própria pessoa	10	52,6	30,6;73,7		5	33,3	14,1;60,3	

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Continua

Continuação

Tabela 2 – Distribuição das características das crianças que sofreram violência recorrente (N=3.127), dos agressores e da violência, estratificada por sexo, Espírito Santo, 2011-2018

Característica	Masculino				Feminino			
	n	%	IC _{95%} ^a	p-valor	n	%	IC _{95%} ^a	p-valor
Suspeita de uso de álcool pelo agressor								
Não	172	46,5	41,4;51,6	<0,001	256	55,4	50,8;59,9	0,001
Sim	79	66,4	57,4;74,3		105	71,0	63,1;77,7	
Número de agressores envolvidos								
Um	286	53,2	48,9;57,4	0,554	449	58,9	55,4;62,4	0,219
Dois ou mais	104	50,7	43,9;57,6		141	63,5	57,0;69,6	
Local da violência								
Outro	63	33,2	26,8;40,2	<0,001	48	35,8	28,1;44,3	<0,001
Residência	322	59,0	54,8;63,0		528	61,8	58,4;65,0	
Turno de ocorrência								
Manhã/tarde	135	46,4	40,7;52,2	0,476	204	56,4	51,2;61,4	0,929
Noite/madrugada	55	42,6	34,3;51,4		108	56,0	48,9;62,8	
Encaminhamento para outros serviços								
Não	28	38,9	28,3;50,7	0,020	40	47,6	37,1;58,3	0,044
Sim	377	53,3	49,6;56,9		564	58,9	55,8;62,0	

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3 – Razão de prevalências, e respectivo intervalo de confiança, da violência recorrente em meninos (n=1.358) por variáveis independentes, Espírito Santo, 2011-2018

Variável	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor
Faixa etária da vítima (anos)						
0-2	1,00		0,002	1,00		0,017
3-5	1,40	1,16;1,70		1,32	1,04;1,68	
6-9	1,32	1,10;1,58		1,38	1,11;1,73	
Raça/cor da pele da vítima						
Branca	4,43	0,69;28,31	0,144	2,31	0,49;11,02	0,238
Preta/parda	4,85	0,76;30,9		2,67	0,56;12,64	
Amarela/indígena	1,00			1,00		
Vítima possui alguma deficiência e/ou transtorno						
Não	1,00		0,073	1,00		0,085
Sim	1,25	0,98;1,59		1,24	0,97;1,58	
Zona de residência da vítima						
Urbana/periurbana	1,00		0,025	1,00		0,925
Rural	1,22	1,03;1,46		1,01	0,80;1,28	
Faixa etária do agressor (anos)						
0-19	1,48	1,01;2,15	<0,001	1,41	0,96;2,08	<0,001
20-24	1,00			1,00		
≥25	1,99	1,41;2,82		1,85	1,30;2,63	

a) RP: razão de prevalências; b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Continua

Continuação

Tabela 3 – Razão de prevalências, e respectivo intervalo de confiança, da violência recorrente em meninos (n=1.358) por variáveis independentes, Espírito Santo, 2011-2018

Variável	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor
Vínculo do agressor com a vítima						
Pais	3,09	1,65;5,79	<0,001	1,05	0,36;3,09	0,997
Conhecido	2,20	1,16;4,17		1,01	0,34;3,06	
Desconhecido	1,00			1,00		
A própria pessoa	2,70	1,27;5,74		1,06	0,30;3,73	
Suspeita de uso de álcool pelo agressor						
Não	1,00		<0,001	1,00		0,066
Sim	1,43	1,21;1,69		1,21	0,99;1,47	
Local da violência						
Outro	1,00		<0,001	1,00		0,001
Residência	1,78	1,44;2,20		1,61	1,23;2,11	

a) RP: razão de prevalências; b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.**Tabela 4 – Razão de prevalências, e respectivo intervalo de confiança, da violência recorrente em meninas (n=1.769) por variáveis independentes, Espírito Santo, 2011-2018**

Variável	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor
Faixa etária da vítima (anos)						
0-2	1,00		<0,001	1,00		<0,001
3-5	1,19	1,01;1,40		1,22	1,04;1,43	
6-9	1,35	1,17;1,56		1,39	1,20;1,60	
Vítima possui alguma deficiência e/ou transtorno						
Não	1,00		<0,001	1,00		<0,001
Sim	1,42	1,22;1,66		1,43	1,22;1,67	
Faixa etária do agressor (anos)						
0-19	1,00		<0,001	1,00		0,327
20-24	1,22	0,95;1,56		1,04	0,79;1,38	
≥25	1,45	1,21;1,73		1,15	0,93;1,43	
Sexo do agressor						
Masculino	1,00		0,004	1,00		0,151
Feminino	1,10	0,97;1,24		1,11	0,98;1,26	
Ambos os sexos	1,24	1,09;1,41		1,12	0,98;1,28	
Vínculo do agressor com a vítima						
Pais	4,80	2,13;10,82	<0,001	3,70	1,65;8,32	<0,001
Conhecido	3,42	1,51;7,72		2,49	1,10;5,64	
Desconhecido	1,00			1,00		
A própria pessoa	2,27	0,77;6,68		1,81	0,65;5,07	

a) RP: razão de prevalências; b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Continua

Continuação

Tabela 4 – Razão de prevalências, e respectivo intervalo de confiança, da violência recorrente em meninas (n=1.769) por variáveis independentes, Espírito Santo, 2011-2018

Variável	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor
Suspeita de uso de álcool pelo agressor						
Não	1,00		<0,001	1,00		0,714
Sim	1,28	1,12;1,46		1,03	0,88;1,20	
Local da violência						
Outro	1,00		<0,001	1,00		0,005
Residência	1,72	1,37;2,18		1,39	1,10;1,75	

a) RP: razão de prevalências; b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

à faixa etária da vítima e do agressor, ao vínculo e à suspeita de uso de álcool pelo agressor, além do local de ocorrência. No sexo masculino, a recorrência do agravo também esteve relacionada com a raça/cor da pele e a zona de residência da vítima; e no sexo feminino, com a presença de deficiência e/ou transtorno na vítima, e o sexo do agressor ($p < 0,05$) (Tabela 2).

A violência recorrente contra meninos foi maior entre os 6 e os 9 anos (RP=1,38 – IC_{95%} 1,11;1,73), em comparação àqueles com 0 a 2 anos. Essa repetição da violência com meninos também foi mais praticada por indivíduos na idade de 25 anos ou mais (RP=1,85 – IC_{95%} 1,30;2,63), em comparação àqueles na faixa etária de 20 a 24 anos, além de a residência ter sido o local de ocorrência mais frequente (RP=1,61 – IC_{95%} 1,23;2,11) (Tabela 3).

Após ajustes, as meninas de 6 a 9 anos foram as que sofreram mais com a violência recorrente (RP=1,39 – IC_{95%} 1,20;1,60), em comparação àquelas de 0 a 2 anos. A recorrência de violências também foi mais prevalente contra meninas portadoras de alguma deficiência e/ou transtorno (RP=1,43 – IC_{95%} 1,22;1,67), comparadas às que não apresentavam essa condição. Os pais foram os principais agressores (RP=3,70 – IC_{95%} 1,65;8,32) das meninas, com destaque também para indivíduos conhecidos (RP=2,49 – IC_{95%} 1,10;5,64), quando comparados a pessoas desconhecidas por elas. A residência também foi o principal local de ocorrência da violência recorrente contra meninas (RP=1,39 – IC_{95%} 1,10;1,75) (Tabela 4).

Discussão

A violência recorrente apresentou-se em praticamente um terço dos casos notificados no estado do Espírito Santo, no período analisado, além de ser praticada, principalmente, contra crianças em idade mais avançada (6 a 9 anos), por pessoas de seu convívio e em sua própria moradia.

As análises realizadas trazem contribuições importantes para o entendimento da violência contra a infância e os fatores associados a sua repetição, colocando esse agravo como desfecho, e não um fator associado, conforme identificam a maioria dos estudos sobre o tema.^{12,16-18}

A elevada proporção de recorrência da violência na infância é preocupante, aponta para a vulnerabilidade social a que as crianças e suas famílias estão expostas e para a necessidade de medida de proteção à infância. Muitos dos casos que chegam a notificação são aqueles considerados mais graves ou com marcas físicas, resultado de um acúmulo de outras violências a que a criança vem sendo submetida.¹⁸ A repetição da violência contra a criança acaba por expô-la à cronicidade do agravo, com impactos negativos para seu crescimento e desenvolvimento como ser humano.^{2,19} A frequência de violência recorrente encontrada foi maior do que a relatada em outros estudos, igualmente sobre dados do Sinan, realizados em Manaus, AM (2009 a 2016), Porto Alegre, RS (2010 a 2016) e Ribeirão Preto, SP (2006 a 2008), e em 53 municípios do estado de Minas Gerais (2013 a 2015).^{12,16-18}

A repetição da violência foi mais prevalente em meninas, um achado presente em mais relatos de estudos.^{16,19,20} A violência de gênero atinge as meninas desde a mais tenra idade, no caminho da opressão do feminino moldada em padrões culturais e econômicos impostos por grupos de poder, apenas pelo fato de serem mulheres.^{21,22} Uma cultura machista subjuga a mulher e acaba por normalizar e naturalizar os atos de violência contra ela, desde a infância.²²

Neste estudo, a violência recorrente foi mais prevalente na faixa etária de 6 a 9 anos, para ambos os sexos. Quanto a essa variável, estudos divergem sobre qual faixa etária seria a mais atingida, o que também depende do tipo de violência sofrida:⁸ a negligência costuma atingir crianças de menores idades, enquanto as violências física e sexual, crianças maiores.²³

A necessidade de cuidados especiais e contínuos, como ocorre nas crianças portadoras de alguma deficiência e/ou transtorno, revelou-se um fator de vulnerabilidade para a ocorrência da violência, tanto neste estudo como em outras pesquisas.²⁴ Uma delas, de enfoque transversal, ao analisar dados de 270 crianças com deficiência atendidas em um hospital do município do Rio de Janeiro entre 2012 e 2013, encontrou frequências de 83,7% para agressão psicológica e de 84,4% para maus-tratos físicos.²⁵ Seus autores destacam que a dificuldade de verbalização das crianças com deficiências diversas e a ambiguidade causada pelo fato de o agressor ser o encarregado de cuidar delas, pode ser um agravante para a identificação dessa violência, predispondo ainda mais essas crianças à repetição dessas agressões.²⁵

Voltando ao presente estudo, a residência foi o local onde ocorreu a maioria das situações de violência recorrente, com frequências expressivamente superiores em ambos os sexos. Essa constatação é tanto mais contraditória quando o lar, imaginado como *locus* reservado à proteção e segurança na infância, torna-se um espaço de expressão e reprodução de poder do adulto sobre a criança, culminando em situações de violência.¹⁸ É no lar que as crianças permanecem mais tempo, principalmente as de menor idade, contribuindo para a predominância das violências de que são vítimas nesse local.^{17,26} Diferentes autores destacam que as violências contra a infância no espaço privado da residência contribuem para a subnotificação dos casos, favorecendo a proteção aos agressores e o silêncio das vítimas.^{19,27,28} A residência também é

identificada como o principal ambiente da violência contra a criança, seja nas contribuições da literatura, seja no Sinan, cujos dados mostram uma frequência da violência no espaço reservado à família variar de 49,6%, em uma regional de saúde de Minas Gerais, a 77,0% no território do estado da Paraíba.^{17,27}

Este estudo encontrou que os pais são os principais perpetradores da violência recorrente. Este achado, comum a outros trabalhos,^{12,16,18,23} demonstra a realidade da criança a conviver diariamente com seu(s) agressor(es), justamente a quem cabe o papel fundamental de protegê-la e educá-la. Assim, desvirtua-se uma relação familiar esperada, de disposição e prática de amor e cuidado dos pais com os filhos.^{17,27,28} Uma das explicações para esse resultado do trabalho em tela estaria no comportamento dos pais quando aplicam castigos, ameaças e agressões físicas como forma de “educar” e “disciplinar” a criança, com base em relações estabelecidas à sombra de uma hierarquia de poder adultocêntrica, em vez de se abrirem ao diálogo como forma de compreender a complexidade e solucionar as situações de conflito envolvidas na dinâmica da educação e preparação da infância para a vida adulta.^{16,17,19,29}

A violência de pais contra filhos pode ser uma consequência da forma como aqueles foram tratados em sua infância, reproduzindo, de geração para geração, antigos padrões de criação.^{20,29} A violência própria estrutural, presente na sociedade ou no ambiente onde as famílias estão inseridas, e a vulnerabilidade social a que estão expostas, como dificuldades de acesso a renda, moradia e outros direitos sociais, também contribuem para a ocorrência de violências interpessoais, principalmente contra os mais vulneráveis, quase sempre as crianças.⁵ Tais situações geram uma carga de estresse e preocupação entre os familiares, que acabam por descontá-la na criança. Além disso, o agressor conta com a cumplicidade de membros da família quando se omitem de denunciá-lo e/ou proteger a criança vítima.³⁰ Essa ideia faz parte de uma compreensão errônea, presente na sociedade: não interferir no que acontece na esfera privada dos lares, mesmo que haja violações de direitos e violências diretas contra seus membros.¹⁹

Entre as limitações do estudo, encontra-se a subnotificação dos casos de violência, quando se trabalha com dados de sistemas de informações como o Sinan, cujos casos notificados são aqueles atendidos

e identificados como violência pelos profissionais dos serviços de saúde. Muitos dos atos de violência contra a criança acontecem sem o conhecimento do setor Saúde e, por conseguinte, não são objeto de notificação. Logo, não constam dos dados analisados neste trabalho. Também cumpre observar, entre as limitações do estudo, as dificuldades inerentes ao uso de dados secundários, sua acurácia e completitude. Nesse sentido, é mister o constante aperfeiçoamento do processo de vigilância e a capacitação permanente dos profissionais de saúde, para a adequada caracterização dos casos e o correto preenchimento da ficha de notificação.

A violência recorrente sofrida pela criança é bastante frequente, entre as notificações de violência observadas, sendo mais prevalente no sexo feminino e na faixa etária dos 6 aos 9 anos. Ela ocorre sobretudo no lar, espaço privilegiado de convívio na infância, tendo os

pais como principais agressores. Isso acaba por expor as vítimas a um ciclo perverso de violência, fonte de traumas e sofrimentos para toda a vida. Essas ocorrências devem ser corretas e precocemente identificadas, para que as crianças tenham seus direitos garantidos e sejam – e sintam-se – protegidas de quaisquer formas de violência durante seu crescimento e evolução, até o alcance de sua autonomia e desempenho de uma vida adulta mais saudável e feliz.

Contribuições das autoras

Pedroso MRO e Leite FMC contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Ambas as autoras são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. World Health Organization. World report on child injury prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [acesso 3 jun. 2020]. 232 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf?sequence=1
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. [Internet]. Brasília, DF: MS; 2001 [acesso 3 jun. 2020]. 94 p. (Cadernos de atenção básica n. 8). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas 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 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2010 [acesso 3 jun. 2020]. 104 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIVA Inquérito 2017: vigilância de violência e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência: capitais e municípios [Internet]. Brasília, DF: MS; 2019 [acesso 3 jun. 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/viva-inquerito-2017.pdf>
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso 3 jun. 2020]. 360 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=C2FBDB78D4E1DF4647D5EC839BE59B94?sequence=1
6. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica*. 2010 [acesso 3 jun 2020]; 26(2):347-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>.
7. Hamilton LHA, Jaffe PG, Campbell M. Assessing children's risk for homicide in the context of domestic violence. *J Fam Violence*. 2013 [acesso 3 jun. 2020]; 28(2):179-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-012-9473-x>.
8. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2016;21(3):871-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.

9. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 14 jul. 1990 [acesso 3 jun. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no regulamento sanitário internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União 26 jan. 2011 [acesso 3 jun. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
11. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências [Internet]. 2 ed. Brasília, DF: MS; 2005 [acesso 3 jun. 2020]. 63 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf
12. Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, Reichenheim ME. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(1):e2018438. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100012>.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2002 [acesso 3 jun. 2020]. 49 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: panorama Espírito Santo [Internet]. 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso 20 mai. 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2a ed. Brasília, DF: MS; 2016 [acesso 3 jun. 2020]. 94 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
16. Figueiredo MC, Rocha RM, Melgar XC. Prevalencia de niños víctimas de violencia en la ciudad de Porto Alegre e influencia de sus variables en el ámbito odontológico. *Odontostomatologia*. 2018;20(32):32-41. doi: <http://dx.doi.org/10.22592/ode2018n32a4>.
17. Souto DF, Zanin L, Ambrosano MB, Flório FM. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da lei nº 13.010. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl. 3):1237-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>.
18. Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(4):799-806. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400013>.
19. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Cien Saude Colet*. 2019;24(11):3997-4008. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182411.04352018>.
20. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Ximenes AS, Ribeiro JP. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. *Enferm Glob*. 2017;(46):419-31. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235251>.
21. Guimarães I. Violência de gênero. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Violência faz mal à saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2006 [acesso 5 jun. 2020]. p. 105-109. Disponível em: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf
22. Evangelista García AA. Normalización de la violencia de género como obstáculo metodológico para su comprensión. *Nómadas*. 2019;(51):85-97. doi: <http://dx.doi.org/10.30578/nomadas.n51a5>.
23. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgências nas capitais brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2017;22(9):2889-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12752017>.
24. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012;380(9845):899-907. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8).

25. Barros ACMW, Deslandes SF, Bastos OM. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6):e00090415. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090415>.
26. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):655-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>.
27. Sousa RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel EJS. Caracterização dos maus-tratos contra a criança: análise das notificações compulsórias na Paraíba. *Rev Espac Saude*. 2015;16(4):20-8. doi: <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n4p20>.
28. Fornari LF, Sakata-So KN, Egry EY, Fonseca RMGS. As perspectivas de gênero e geração nas narrativas de mulheres abusadas sexualmente na infância. *Rev Lat Am Enferm*. 2018;26:e3078. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2771.3078>.
29. Hino P, Takahashi RF, Nichiata IYI, Apostólico MR, Taminato M, Fernandes H. As interfaces das dimensões da vulnerabilidade face à violência contra a criança. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(supl 3):343-7. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0463>.
30. Garbin CAS, Gomes AMP, Gatto RCJ, Garbin AJI. Um estudo transversal sobre cinco anos de denúncia sobre violência contra crianças e adolescentes em Araçatuba. São Paulo. *J Health Sci*. 2016;18(4):273-7. doi: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n4p273-7>.

Abstract

Objective: To identify the frequency of reported cases and factors associated with recurrent childhood violence in Espírito Santo State, Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional study of cases notified on the Notifiable Health Conditions Information System between 2011-2018. Associations were tested using Pearson's Chi-Square test and Poisson Regression stratified by sex. **Results:** The frequency of recurrent violence was 32.5%. In boys, it was associated with the child's age (PR=1.38 – 95%CI 1.11;1.73) and the aggressor's age (PR=1.85 – 95%CI 1.30;2.63) and occurrence at home (PR=1.61 – 95%CI 1.23;2.11); in girls, it was associated with age (PR=1.39 – 95%CI 1.20;1.60), presence of disabilities/disorders in the victim (PR=1.43 – 95%CI 1.22;1.67), abusive parents (PR=3.70 – 95%CI 1.65;8.32) and occurrence at home (PR=1.39 – 95%CI 1.10;1.75). **Conclusion:** Recurrent violence was present in almost one third of the reports of violence against children in Espírito Santo State, requiring the recognition of its associated factors for the development of prevention policies.

Keywords: Child Abuse; Violence; Exposure to Violence; Domestic Violence; Epidemiological Monitoring; Cross-Sectional Studies.

Resumen

Objetivo: Identificar la frecuencia de casos notificados y los factores asociados a violencia infantil recurrente en Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Estudio transversal con casos notificados en Sistema de Información de Enfermedades de Agravamientos de Notificación entre 2011-2018. Las asociaciones se comprobaron mediante la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y la Regresión de Poisson estratificada por sexo. **Resultados:** La frecuencia de violencia recurrente fue 32,5%. En los niños, se asoció con la edad del niño (RP=1,38 – IC_{95%} 1,11;1,73) y del agresor (RP=1,85 – IC_{95%} 1,30; 2,63) y ocurrencia en el hogar (RP=1,61 – IC_{95%} 1,23;2,11); en las niñas, se asoció con la edad (RP=1,39 – IC_{95%} 1,20;1,60) y la presencia de discapacidades/trastornos en la víctima (RP=1,43 – IC_{95%} 1,22;1,67), padres abusivos (RP=3,70 – IC_{95%} 1,65;8,32) y ocurrencia en el hogar (RP=1,39; IC_{95%} 1,10;1,75). **Conclusión:** La violencia recurrente estuvo presente en casi un tercio de los reportes de violencia contra la niñez en el estado, requiriendo el reconocimiento de sus factores asociados para el desarrollo de políticas de prevención.

Palabras clave: Maltrato a los Niños; Violencia; Exposición a la Violencia; Violencia Doméstica; Monitoreo Epidemiológico; Estudios Transversales.

Recebido em 23/09/2020
Aprovado em 14/01/2021

Editora associada: Maryane Oliveira Campos - orcid.org/0000-0002-7481-7465
Editora científica: Taís Freire Galvão - orcid.org/0000-0003-2072-4834
Editora geral: Leila Posenato Garcia - orcid.org/0000-0003-1146-2641