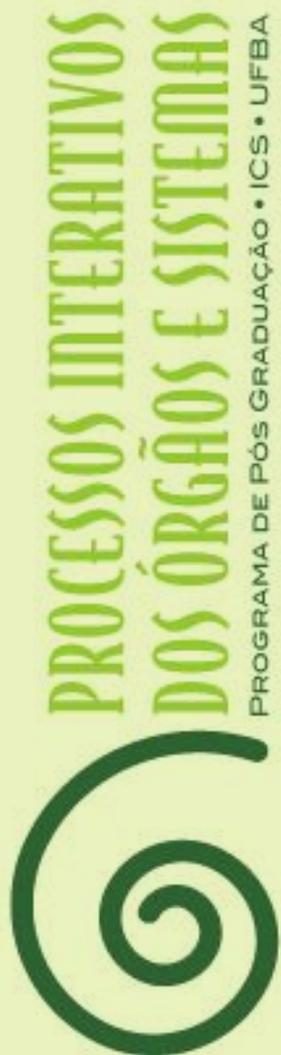


UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto



VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA NO ESTADO DA BAHIA

Salvador
2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**



CHRISTIANNE SHEILLA LEAL ALMEIDA BARRETO

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA NO ESTADO DA BAHIA

Salvador
2015

CHRISTIANNE SHEILLA LEAL ALMEIDA BARRETO

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA NO ESTADO DA BAHIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Daysi Maria de Alcântara Jones

Salvador
2015

B273 Barreto, Christianne Sheilla Leal Almeida.

Violência contra a criança no Estado da Bahia / Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto. – Salvador, 2015.

249 f.: il.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo.

Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

1. Saúde pública. 2. Violência infantil. 3. Sistemas de informação.
I. Araújo, Roberto Paulo C. de. II. Universidade Federal da Bahia.
III. Título.

CDU 614.39:343.62-053.2

Ficha catalográfica elaborada por:

Eneida de Paula. CRB-5/ 1838

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS

Aos três dias do mês de dezembro de dois mil e quinze, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós- Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas com a finalidade de apreciar a **Defesa Pública de Tese** da Doutoranda, **Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto**, através da Comissão Julgadora composta pelos **Professores, Maria da Conceição Oliveira Costa, Daysi Maria de Alcântara Jones, Jairnilson Silva Paim, Rogério Dubosselard Zimmermann e Alessandro Leite Cavalcanti**. O título da Tese apresentada foi **Estudo da violência praticada contra a criança no Estado da Bahia: registros públicos de saúde e segurança**. Ao final dos trabalhos, os membros da mencionada Comissão Examinadora emitiram os seguintes pareceres:

Prof. Dr. Maria da Conceição Oliveira Costa APROVADA
Profª. Dra. Daysi Maria de Alcântara Jones APROVADA
Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim APROVADA
Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann APROVADA
Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti APROVADA

Franqueada a palavra, como não houve quem desejasse fazer uso da mesma, lavrou-se a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Salvador, Bahia, 03 de dezembro de 2015

Prof. Dr. Maria da Conceição Oliveira Costa [Assinatura]
Profª. Dra Daysi Maria de Alcântara Jones [Assinatura]
Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim [Assinatura]
Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann [Assinatura]
Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti [Assinatura]

Com toda a reverência que o tema merece, este trabalho é dedicado às crianças vítimas de qualquer tipo de violência...

Registra-se aqui a esperança de tempos melhores, para que essas crianças recuperem aquilo que lhes foi confiscado pelos adultos de maneira tão brutal: o direito irrefutável de serem amadas, respeitadas, cuidadas, e, acima de tudo, de poderem sonhar com um futuro. Até porque elas não vislumbram nada além da oportunidade de serem, simplesmente, crianças.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus por cada minuto de minha existência.

Minha especial gratidão aos meus pais (saúde eterna), Mário Souza Almeida e Waldelice Leal Almeida, pelos exemplos de dignidade, honestidade, força, perseverança, dedicação e amor.

Todos que já vivenciaram a experiência de elaborar uma tese de doutorado sabem que, apesar dos muitos momentos de solidão, concentração e até de isolamento do mundo “exterior”, seria no mínimo injusto considerar todas as suas etapas de construção como um trabalho individual.

Por isso, deixando, neste momento, o meu depoimento, digo que só estou concretizando este sonho porque contei com a generosidade, o apoio, a disponibilidade, a amizade e a compreensão de muitas pessoas que fizeram parte dessa caminhada, cujo início ocorreu no momento em que eu me enchi de coragem e resolvi participar da seleção para o curso de doutorado, dez anos após ter finalizado o mestrado e apesar das muitas atribuições pessoais e profissionais.

Aos meus queridos filhos, Letícia, Laís e Gabriel, agradeço primeiramente pelo amor incondicional, carinho, companheirismo e pela cumplicidade em todos os momentos da vida. Vocês são minha maior fonte de inspiração, energia e esperança. Obrigada por todo o incentivo e por acreditarem que, quando o que está em jogo é a concretização de um sonho, o prazo de concretização nunca expira. E vocês sabem que a minha lista de sonhos não se encerra por aqui, porque a vida sem eles perderia o sentido. Mas tenho a certeza de que cada um de vocês, do seu jeito, aceita e compreende o meu permanente entusiasmo pelo estudo, pois torcem por minha felicidade. Tenho muito orgulho de vocês e agradeço a Deus, todos os dias, por esses três presentes que Ele me deu.

A meu marido, Raul Coelho Barreto Filho, meu grande incentivador. Nesses quatro anos de curso, muitas coisas boas aconteceram. Mas o destino também me surpreendeu com momentos difíceis e de muito sofrimento. O amor e a grande fé que Raul armazena no coração me ampararam e me deram forças para enfrentar as adversidades da vida e continuar na caminhada. Obrigada por seu amor e por acreditar que eu posso muito mais do que imagino...

A meus irmãos, José Carlos (saudades eterna), Célia (Dinda) e Marinho, pelos exemplos que vocês sempre representaram para mim.

À minha irmã Zaira, parceira e amiga para todas as horas, agradeço por ela ser exatamente como é: alegre, divertida, atrapalhada, além de possuir um coração enorme, generoso e prestativo. Aproveito para me desculpar pelos vários momentos de reclusão, por conta da tese, que impediram nossas reuniões familiares, encontros e passeios, sempre acompanhados de muitas risadas. Continuaremos muito unidas, irmã, para o que der e vier. E, com certeza, Deus preparou muita coisa boa para a sua vida, a partir de agora. A vida segue, nós te amamos e precisamos da sua alegria...

De forma muito especial, quero expressar meu agradecimento ao professor Roberto Paulo Correia de Araújo, meu orientador, que me acolheu e apostou no meu sonho, sempre otimista, depositando muita confiança na minha capacidade. Saiba que os seus ensinamentos foram muito além dos limites da academia: lições de humildade, simplicidade, dedicação, generosidade e altruísmo. Um verdadeiro “educador” na essência da palavra, além de grande exemplo a ser seguido por alunos, professores e gestores da área acadêmica. Terei sempre muito orgulho de dizer que fui sua orientanda.

Ao amigo Davi Félix Junior, não somente pelo valioso e oportuno apoio na análise estatística dos dados, como pelas orientações, sugestões e dedicação (inclusive em finais de semana e feriados). Seu equilíbrio, sua solicitude e suas palavras de encorajamento foram fundamentais durante todas as etapas da elaboração da tese. Minha eterna gratidão à sua amizade demonstrada em todos os momentos em que necessitei de sua ajuda.

À Professora Daysi Maria de Alcântara Jones, sempre amiga, gentil e generosa. Agradeço por ter apostado em mim muito antes do sonho do doutorado transformar-se em realidade.

À Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) pelo apoio institucional durante os quatro anos de duração do curso de Doutorado.

Ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da UFBA, pela oportunidade do curso de doutorado, e, particularmente, agradeço ao corpo docente dedicado e de excelência que nos brindou com aulas, debates e seminários sobre os mais diversos temas da área da saúde, contribuindo sobremaneira para minha formação.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação, Marcelo, Célia, Bruno e Oelma, pela disponibilidade, atenção e gentileza.

Aos colegas da pós-graduação que compartilharam comigo momentos de ansiedade, aprendizado e descontração, em especial, a Camila Cosmo, Elvira, Igor, Andréa, Laise e Robércia.

Aos colegas da Diretoria de Informação em Saúde (DIS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pela disponibilização das informações do Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e cooperação no desenvolvimento deste trabalho. Meu especial agradecimento à Dra. Márcia de Paulo Costa Mazzei, Diretora da DIS, pelos repetidos gestos de apoio, incentivo e compreensão.

Aos técnicos da Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde (DICON) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pela disponibilização do banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Agradecimento especial a Dra. Ana Paula Dias Andrade, Diretora da DICON, pela gentileza e colaboração sempre dispensadas, e ao técnico da Coordenação de Processamento, Samuel Ribeiro, pelo apoio e profissionalismo.

Às delegadas da polícia civil, Kátia Maria Pereira Brasil e Maria da Paixão Silva, em nome de quem estendo os meus agradecimentos à equipe de funcionários da Coordenação de Estatística Policial (CDEP) da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia, pela gentileza, apoio e contribuições na cessão das informações policiais utilizadas neste trabalho.

A Joselito Andrade, programador de sistemas, por todo o auxílio na operacionalização dos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde utilizados nesta pesquisa.

Ao fiel amigo Paulo César Santana Rego, pela dedicação e apoio, sempre disposto a ajudar e capaz de transformar meus “grandes problemas” nas mais viáveis e simples soluções.

Às queridas amigas Rosária, Rosane e Geisa Maria, pelas injeções diárias de ânimo, força e otimismo. Vocês são a prova de que tempo e qualidade, quanto se trata de amizade, dependem exclusivamente da dimensão da fé e do que verdadeiramente acreditamos.

Às profissionais Luciene Silva Guimarães e Ana Maria Luz, pela paciência e dedicação com que conduziram os trabalhos de revisão desta Tese.

Aos professores Augusto César Cardoso, Carlito Sobrinho, Carlos Maurício Cardeal e Daysi Maria de Alcântara Jones que compuseram a banca do Exame de Qualificação, contribuindo de forma valiosa para a concretização do trabalho final.

Aos professores Alessandro Leite Cavalcanti, Rogerio Dubosselard Zimmermann, Jairnilson Silva Paim, Maria Conceição Oliveira Costa e Daysi Maria de Alcântara Jones que abrilhantaram a banca da Defesa Pública, pelas sugestões apresentadas e pelas palavras elogiosas e incentivadoras dirigidas a mim e aos meus orientadores.

Deus colocou a criança sob a tutela dos pais para que eles a conduzam no caminho do bem, e lhes facilitou a tarefa ao conceder à criança uma constituição frágil e delicada, que a torna acessível a todas as impressões.

Allan Kardec – *O Livro dos Espíritos*

RESUMO

Introdução. A violência sempre fez parte da experiência humana e seu impacto pode ser verificado de várias formas. Quando as vítimas são crianças, existe uma especial preocupação mundial, justificada não somente pela incontestável fragilidade desse grupo como também pelo potencial humano que ele representa. No Brasil, os esforços em prol de ações para combater essa forma de violência dependem do fiel cumprimento da legislação pelas instituições jurídicas, sociais e policiais, bem como pelos profissionais do setor saúde que prestam assistência às vítimas. Todavia as estatísticas existentes expõem apenas uma parte da realidade, em decorrência dos subregistros observados nas principais fontes oficiais de informação. **Objetivo.** Analisar as informações sobre a violência praticada contra crianças, disponíveis nos bancos de sistemas públicos de informação dos setores da saúde e segurança. **Metodologia.** Estudo descritivo da série histórica de registros da violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, residentes no Estado da Bahia, ocorridos entre 2008 e 2014, a partir dos dados coletados em quatro sistemas públicos de informação: SIM, SIH/SUS, SINAN e SGE. Os dados sobre a violência praticada contra a criança arquivados em cada sistema foram analisados isoladamente e posteriormente comparados, considerando-se as variáveis referentes à caracterização da vítima e do agressor, tipologia e local de ocorrência da violência, encaminhamento do caso pelos profissionais de saúde, além da qualidade dos dados disponibilizados. Na análise dos resultados, foi utilizada a planilha eletrônica Excel 2007 para a montagem dos bancos e o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS v. 20, para os cálculos das frequências absolutas, relativas e taxas. Para os dados do SINAN, foi calculado também o Risco Relativo. **Resultados e discussão.** Foram analisados 208 registros de óbitos de crianças por violência no SIM, a maioria do sexo masculino (124 – 59,6%), com idades entre 5 e 9 anos (68 – 32,7%), raça ou cor parda, vítimas de violência física (172 – 82,7%), sendo a residência da vítima o local predominante. Os 5.962 registros de internações no SIH/SUS revelaram que a maioria das crianças eram do sexo masculino (3.793 – 63,6%), com idades entre 5 e 9 anos (2.225 – 37,3%), vitimadas por um tipo de violência não especificado (3.743 – 62,8%). Já nos 3.981 casos notificados no SINAN, a maior parte eram de crianças do sexo feminino (2.207 – 55,4%), com idades entre 5 e 9 anos (1.582 – 39,7%), vitimadas pela violência física (1.921 – 57,1%). Esse sistema também identificou que, na maioria dos casos, o autor era um indivíduo do sexo masculino e conhecido da criança. Quanto aos encaminhamentos realizados, as unidades especializadas e os conselhos tutelares foram os destinos predominantes. A análise dos 16.466 registros do SGE levantou que 7.836 crianças (47,6%) sofreram violência física. **Conclusão.** Os achados desta pesquisa apontaram que os quatro sistemas permitem caracterizar a violência praticada contra a criança de 0 a 11 anos, residente no Estado da Bahia. Contudo, um aspecto comum observado se refere às falhas identificadas na qualidade dos dados, comprometendo o acompanhamento, controle e tomada de decisões pelas autoridades dos setores saúde e segurança pública.

Palavras-chave: Saúde pública. Violência infantil. Políticas públicas. Segurança pública. Sistemas de informação.

ABSTRACT

Introduction. Violence has always been part of human experience and its impact can be seen in several ways. When the victim is a child there is a special global concern, justified not only for the undeniable weakness of this group as well as the human potential it represents. In Brazil, working in support of actions to combat this form of violence depend on the full compliance of the law by legal, social and police institutions as well as by professionals in the health sector providing assistance to victims. However, existing statistics expose only a part of reality, due to the subrecords observed in the main official sources of information.

Objective. To analyze information on violence against children, available at database of public information systems of health and safety sectors. **Methodology.** Descriptive study of the time series records of violence against children aged 0-11 years living in the state of Bahia, which occurred between 2008 and 2014, from data collected in four public information systems: SIM, SIH/SUS, SINAN and SGE. Data on violence against children filed in each system were analyzed separately and then compared, considering the variables related to the characterization of the victim and the aggressor, type and place of occurrence of violence, referral of the case by health professionals, apart from the quality of available data. In the analysis of the results the Excel 2007 spreadsheet was used for the assembly of database and the statistical software Statistical Package for Social Sciences - SPSS v. 20 for the calculation of absolute and relative frequencies, and fees. As for SINAN data, Relative Risk tests was also calculated. **Results and discussion.** Two hundred and eight records of child deaths due to violence were analyzed in the SIM, most of them male (124/59.6%), aged between 5 and 9 years (68/32.7%), mixed race color, victims of physical violence (172/82.7%), and the residence of the victim was the predominant site. The 5962 records of hospitalizations in SIH/SUS revealed that most children were male (3,793/63.6%), aged between 5 and 9 years (2225/37.3%), victims of an unspecified kind of violence (3,743/62.8%). As for the 3981 cases reported in SINAN, most were female children (2207/55.4%), aged between 5 and 9 years (1582/39.7%), victimized by physical violence (1921/57.1%). This system also found that in most cases the perpetrator was a male individual known by the child. As for referrals made, specialized units and community councils were the predominant destinations. Analysis of 16 466 SGE records showed that 7,836 children (47.6%) suffered physical violence. **Conclusion.** The findings of this research showed that the four systems allow characterize the violence against children 0-11 years old, resident in the State of Bahia. However, one common aspect observed refers to the flaws identified in data quality, compromising the monitoring, control and decision-making by the authorities of health and public safety sectors.

Keywords: Public health. Child abuse. Public policies. Safety. Information systems.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|---|-----|
| Tabela 1 | Número e proporção de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos da capital do Estado da Bahia (Salvador), em relação à população do Estado e ao agrupamento de municípios de acordo com o porte populacional - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 133 |
| Tabela 2 | Número e proporção de óbitos de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo ano de ocorrência e sexo - Bahia, Brasil, 2008 a 2014 | 141 |
| Tabela 3 | Número e proporção de óbitos de crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008 a 2014 | 142 |
| Tabela 4 | Número e taxa de mortalidade/100 mil habitantes por violência em crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 143 |
| Tabela 5 | Número e taxa de mortalidade/100 mil habitantes por violência em crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2010 | 144 |
| Tabela 6 | Número e taxa de mortalidade/100 mil habitantes por violência em crianças de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 145 |
| Tabela 7 | Tipologia da violência de acordo com a codificação das causas de morte de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 148 |
| Tabela 8 | Número e proporção das causas de morte de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, relacionadas com violência, por codificação e descrição segundo a CID-10 - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 150 |
| Tabela 9 | Número e proporção de dados inválidos nos registros de óbitos de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo grupos de variáveis - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 151 |
| Tabela 10 | Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo ano de ocorrência e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 152 |
| Tabela 11 | Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo ano de ocorrência e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 153 |
| Tabela 12 | Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo município de residência e internação - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 153 |

| | | |
|------------------|--|-----|
| Tabela 13 | Número e taxa de internação/100 mil habitantes por violência em crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, na capital do Estado e nos três municípios de residência que apresentaram as maiores taxas anuais - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 156 |
| Tabela 14 | Número e taxa de internação/100 mil habitantes por violência em crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo faixa etária - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 157 |
| Tabela 15 | Número e proporção dos agrupamentos da CID-10 principal presentes nos registros de internações hospitalares de crianças de 0 a 11 anos de idade - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 159 |
| Tabela 16 | Número e proporção dos agrupamentos da CID-10 principal presentes nos registros de internações hospitalares por violência de crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo agrupamento das categorias (CID-10) e faixa etária. – Bahia, Brasil, 2008–2014 | 160 |
| Tabela 17 | Número e proporção dos diagnósticos secundários e (ou) complementares de crianças de 0 a 11 anos de idade, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da violência, segundo agrupamento das categorias (CID-10), tipo de violência e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 163 |
| Tabela 18 | Número e proporção dos diagnósticos secundários e (ou) complementares de crianças de 0 a 11 anos de idade, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da violência, segundo agrupamento das categorias (CID-10), meio utilizado na agressão e tipologia da violência – Bahia, Brasil, 2008–2014 | 164 |
| Tabela 19 | Número e proporção de notificações de violência contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 167 |
| Tabela 20 | Número e proporção de municípios que notificaram casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 169 |
| Tabela 21 | Número e taxa/100 mil habitantes de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, notificados no Estado da Bahia, na capital e nos três municípios de ocorrência que apresentaram os maiores valores para as taxas anuais - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 170 |
| Tabela 22 | Taxa anual/100 mil habitantes de notificação de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária - Bahia, | |

| | | |
|------------------|--|-----|
| | Brasil, 2008 – 2014 | 173 |
| Tabela 23 | Número e proporção de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo tipologia da violência - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 175 |
| Tabela 24 | Número, proporção e risco relativo de notificações de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0–11 anos, segundo sexo e tipos mais frequentes de violência - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 176 |
| Tabela 25 | Número e proporção de registros de casos de violência praticada contra crianças com idades entre 0 e 11 anos, segundo tipo de violência e faixa etária - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 177 |
| Tabela 26 | Número e proporção de dados inválidos nos registros de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo grupo de variáveis - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 183 |
| Tabela 27 | Número e taxa/100 mil habitantes de ocorrências policiais de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, registradas nas delegacias de Polícia Civil do Estado da Bahia, segundo ano de ocorrência - Bahia, Brasil, 2008–2014. | 185 |
| Tabela 28 | Número e taxa/100 mil habitantes de registros policiais de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo porte populacional de municípios - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 186 |
| Tabela 29 | Número e proporção de registros policiais de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo tipo de violência e perfil do município de registro da ocorrência policial (de acordo com porte populacional) - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 187 |
| Tabela 30 | Número, proporção e taxa/100 mil habitantes de vitimização de crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo sistemas de informação e tipo de violência - Bahia, Brasil, 2008 a 2014 | 191 |
| Tabela 31 | População total e por faixa etária detalhada (0–11 anos), segundo município e ano - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 230 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------------|---|-----|
| Figura 1 | Tipologia e natureza da violência | 37 |
| Figura 2 | Mapa dos municípios do Estado da Bahia segundo porte populacional | 117 |
| Quadro 1 | Faixas etárias consideradas no estudo | 119 |
| Quadro 2 | Agrupamentos das categorias da CID-10, segundo a descrição e tipo de violência, utilizadas na análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) | 121 |
| Quadro 3 | Blocos e respectivos campos das declarações de óbitos das crianças com idades entre 0 e 11 anos, vitimadas pela violência, analisados nesse estudo | 122 |
| Quadro 4 | Agrupamentos das categorias da CID-10, segundo a descrição e tipo de violência, utilizados na análise dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) | 124 |
| Quadro 5 | Grupos e respectivas variáveis analisadas nos registros das internações de crianças de 0 a 11 anos residentes no Estado da Bahia, vitimadas pela violência | 126 |
| Quadro 6 | Grupos e respectivas variáveis analisadas nas notificações de casos de violências praticadas contra crianças de 0 a 11 anos residentes no Estado da Bahia | 129 |
| Quadro 7 | Agrupamentos realizados nas opções dos campos 3 (idade) e 64/63 (encaminhamento) dos dois modelos de Ficha Individual de Notificação disponibilizados pelo SINAN | 130 |
| Quadro 8 | Enquadramento dos registros policiais de crimes praticados contra crianças de 0 a 11 anos, de acordo com os tipos de violência descritos pelo Ministério da Saúde | 136 |
| Gráfico 1 | Proporção de registros de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo vínculo ou grau de parentesco do autor com a vítima. Bahia, Brasil, 2008–2014 | 178 |
| Gráfico 2 | Proporção de registros de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo meio utilizado pelo autor da agressão - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 179 |
| Gráfico 3 | Taxa de vitimização de crianças de 0 a 11 anos de idade (por 100 mil habitantes), segundo registros dos sistemas de informação e ano de ocorrência da violência - Bahia, Brasil, 2008–2014 | 190 |
| Quadro 9 | Sequência de códigos referentes às categorias T74 e X85 a Y09, de acordo com a descrição da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) | 237 |

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

| | |
|----------|---|
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| BO | Boletim de Ocorrência |
| CAT | Comunicação de Acidentes de Trabalho |
| CCB | Código Civil Brasileiro |
| CDC | Convenção dos Direitos da Criança |
| CDEP | Coordenação de Estatísticas Policiais |
| CEDECA | Centro de Defesa da Criança e do Adolescente |
| CENEPI | Centro Nacional de Epidemiologia |
| CEP/UEFS | Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana |
| CF | Constituição Federal |
| CID-10 | 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CPB | Código Penal Brasileiro |
| CRAMI | Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância |
| DANTS | Doenças e Agravos Não Transmissíveis à Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DERCA | Delegacia Especializada na Repressão aos Crimes Contra Crianças e Adolescentes |
| DICON | Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde |
| DIS | Diretoria de Informação em Saúde |
| DNER | Departamento Nacional de Estradas e Rodagem |
| DO | Declaração de Óbito |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EPC | Equipe de Proteção à Criança |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FIN | Ficha Individual de Notificação de Agravos |

| | |
|--------|---|
| GM | Gabinete do Ministro |
| Hab. | Habitantes |
| HCU | Hospital de Clinicas de Uberlândia |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IML | Instituto Médico-legal |
| LNDNC | Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória |
| MS | Ministério da Saúde |
| Mun. | Município |
| NCANDS | National Child Abuse and Neglect Data System |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNRMAV | Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências |
| RMS | Região Metropolitana de Salvador |
| ROP | Relatório de Operações Policiais |
| RPCAV | Rede de Proteção à Criança e Adolescente Vitimado |
| RR | Risco Relativo |
| SENASP | Secretaria Nacional de Segurança Pública |
| SESAB | Secretaria da Saúde do Estado da Bahia |
| SGE | Sistema de Gerenciamento Estatístico |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SISAV | Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências /Causas Externas |
| SISNET | Sistema de transmissão de dados via internet |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SSP | Secretaria de Segurança Pública |

| | |
|--------|---|
| SUREGS | Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUVISA | Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| USP | Universidade de São Paulo |
| VIVA | Vigilância de Violências e Acidentes |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|----------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 21 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 26 |
| 3 | OBJETIVOS | 29 |
| 3.1 | GERAL | 30 |
| 3.2 | ESPECÍFICOS | 30 |
| 4 | REVISÃO DE LITERATURA | 31 |
| 4.1 | DESVENDANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA | 32 |
| 4.1.1 | A intencionalidade do ato violento | 32 |
| 4.1.2 | Definição e tipologia da violência contra a criança | 33 |
| 4.1.3 | Natureza da violência | 35 |
| 4.1.4 | O contexto familiar e a violência doméstica (intrafamiliar) contra a criança | 38 |
| 4.2 | A PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA: DO CONTEXTO PRIVADO AO PÚBLICO | 39 |
| 4.2.1 | Reconhecimento da violência como problema de saúde pública | 39 |
| 4.2.2 | Política nacional para a notificação da violência | 41 |
| 4.2.3 | Política nacional para a vigilância epidemiológica da violência | 42 |
| 4.3 | A CRIANÇA COMO VÍTIMA E OS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA | 44 |
| 4.3.1 | História da violência contra a criança | 44 |
| 4.3.2 | Estratégias internacionais de proteção à criança | 45 |
| 4.3.3 | A criança brasileira e os instrumentos legais de proteção à sua integridade | 48 |
| 4.4 | INFORMAÇÕES EM SAÚDE | 54 |
| 4.4.1 | Fontes de informações | 54 |
| 4.4.2 | Os sistemas de informação em saúde e o monitoramento da violência contra a criança no Brasil | 56 |
| <i>4.4.2.1</i> | <i>Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM</i> | 57 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| 4.4.2.2 | <i>Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS</i> | 58 |
| 4.4.2.3 | <i>Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN</i> | 61 |
| 4.4.3 | Qualidade das informações sobre a violência praticada contra a criança, disponibilizadas pelo setor de saúde | 64 |
| 4.4.3.1 | <i>Importância da notificação para a qualidade dos registros de violência contra a criança</i> | 67 |
| 4.4.4 | A interoperabilidade | 68 |
| 4.4.5 | Codificação das violências segundo critérios universais | 70 |
| 4.5 | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA | 72 |
| 4.5.1 | Fatores de risco | 72 |
| 4.5.2 | Fatores de proteção | 74 |
| 4.5.3 | Estatísticas de morbidade | 74 |
| 4.5.3.1 | <i>Panorama mundial</i> | 75 |
| 4.5.3.2 | <i>Panorama nacional</i> | 80 |
| 4.5.3.2.1 | Panorama do Estado da Bahia | 86 |
| 4.5.4 | Estatísticas de mortalidade | 87 |
| 4.5.4.1 | <i>Panorama mundial</i> | 87 |
| 4.5.4.2 | <i>Panorama nacional</i> | 92 |
| 4.5.4.2.1 | Panorama do Estado da Bahia | 93 |
| 4.6 | CONSEQUÊNCIAS ORGÂNICAS DA VIOLÊNCIA PARA O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS VÍTIMAS | 94 |
| 4.6.1 | Violência física | 95 |
| 4.6.2 | Violência sexual | 97 |
| 4.6.3 | Violência psicológica | 98 |
| 4.6.4 | Negligência ou abandono | 98 |
| 4.7 | A POLÍTICA DE SEGURANÇA PÚBLICA NO ESTADO DA BAHIA | 99 |
| 4.7.1 | Instrumentos legais que respaldam a Política de Segurança Pública no Estado da Bahia em favor do enfrentamento da violência contra a criança | 99 |
| 4.7.2 | Sistema de Informação Policial da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia | 102 |

| | | |
|--------------|--|-----|
| 4.7.3 | Estatísticas policiais | 103 |
| 4.8 | FORTALECIMENTO DA REDE DE APOIO, CUIDADO E PROTEÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA | 104 |
| 4.8.1 | Importância do envolvimento dos profissionais de saúde | 104 |
| 4.8.2 | O papel do cidadão, da sociedade civil e das políticas de governo | 109 |
| 4.8.3 | Situação atual | 110 |
| 4.8.4 | Ações e estratégias conjuntas em favor do enfrentamento | 110 |
| 5 | METODOLOGIA | 115 |
| 5.1 | ASPECTOS ÉTICOS | 116 |
| 5.2 | DELINEAMENTO DO ESTUDO | 116 |
| 5.3 | CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO | 117 |
| 5.4 | DEFINIÇÃO TEMPORAL DO ESTUDO | 118 |
| 5.5 | UNIVERSO ESTUDADO | 118 |
| 5.6 | CÁLCULO DAS POPULAÇÕES | 119 |
| 5.7 | DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO | 120 |
| 5.7.1 | 1ª etapa: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM | 120 |
| 5.7.2 | 2ª etapa: Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS | 123 |
| 5.7.3 | 3ª etapa: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN | 127 |
| 5.7.4 | 4ª etapa: Sistema de Gerenciamento Estatístico – SGE | 132 |
| 5.7.5 | 5ª etapa – Comparação entre o SIM, SIH/SUS, SINAN e SGE | 137 |
| 5.8 | METODOLOGIA ESTATÍSTICA | 138 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 139 |
| 6.1 | 1ª ETAPA – ANÁLISE DO SIM | 140 |
| 6.2 | 2ª ETAPA - ANÁLISE DO SIH/SUS | 151 |
| 6.3 | 3ª ETAPA - ANÁLISE DO SINAN | 165 |
| 6.4 | 4ª ETAPA - ANÁLISE DO SGE | 184 |
| 6.5 | 5ª ETAPA - ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SIM, SIH/SUS, SINAN E SGE | 189 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 7 | CONCLUSÃO | 192 |
| 8 | PERSPECTIVAS FUTURAS | 196 |
| | REFERÊNCIAS | 198 |
| | APÊNDICE – Artigo original publicado | 217 |
| | ANEXO A - Declaração de Óbito – DO padronizada distribuída pelo Ministério da Saúde | 227 |
| | ANEXO B – Modelo de laudo para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar – AIH no Sistema Único de Saúde – SUS | 228 |
| | ANEXO C - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS / Bahia | 229 |
| | ANEXO D - Tabela 31 - População total e por faixa etária detalhada (0 - 11 anos), segundo município e ano. Bahia, Brasil, 2008 – 2014 | 230 |
| | ANEXO E - Quadro 9 - Sequência de códigos referentes às categorias T74 e X85 a Y09, de acordo com a descrição da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID – 10) | 237 |
| | ANEXO F - Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências disponibilizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS do Ministério da Saúde no ano de 2008 | 246 |
| | ANEXO G - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada disponibilizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS do Ministério da Saúde no ano de 2014 | 248 |

1 INTRODUÇÃO

As crianças devem poder, enfim, brincar em campos abertos sem ser torturadas pela fome, afligidas por doenças ou ameaçadas pelo flagelo da ignorância, do molestamento e do abuso e sem ser obrigadas a se envolver em atividades incompatíveis com seus tenros anos.

(Nelson Mandela, Ganhador do Prêmio Nobel da Paz de 1993)

A paz é um fenômeno complexo, que envolve a construção de uma estrutura e de relações sociais nas quais exista justiça, igualdade, respeito, liberdade e ausência de todo tipo de violência. E, na busca incessante pela união entre os povos, grupos de diversas origens e etnias têm somado esforços contra todas as manifestações de violência que ameaçam ou põem em risco o desejo coletivo de paz para a humanidade. Mas não se trata de uma tarefa simples, pois a violência é um problema que possui causas múltiplas, correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, tais como desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, além de aspectos comportamentais e culturais como o machismo, o racismo e a homofobia (BRASIL, 2008). Assim, Veloso e colaboradores (2013) expressaram que a violência precisa ser analisada na perspectiva da sociedade que a produz, já que o fenômeno se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos em relações cotidianas que, por serem construídas por determinada sociedade e sob circunstâncias próprias, podem ser também desconstruídas e superadas por ela.

Uma das características mais significativas da transição epidemiológica observada no Brasil a partir do século XX consistiu no maior controle das doenças infectocontagiosas e no aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas. Conjuntamente, as instituições responsáveis pelo monitoramento do setor de saúde detectaram um incremento na frequência de lesões, sequelas e óbitos em consequência da violência. Todavia essa mudança no perfil da morbidade e mortalidade, nas últimas décadas, não se restringiu ao Brasil, posto ter sido igualmente observada na maioria dos países. Dessa forma, os dados epidemiológicos transformaram a violência em problema social, fomentando a luta dos indivíduos pelos direitos de cidadania, traduzida em movimentos sociais contra as manifestações da violência que atingem principalmente a mulher, o idoso e a criança, pela maior vulnerabilidade desses grupos.

Analisando a realidade de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, observa-se que a violência estrutural, tipificação da violência desencadeada pela desigualdade social, tem contribuído para a violência interpessoal nos diferentes estratos da sociedade, e, em especial, no contexto familiar. Por conseguinte, a violência intrafamiliar, em suas diferentes formas, é um fenômeno que deve ser interpretado em várias perspectivas históricas, sendo cada vez

mais questionada pela sociedade civil, que busca mudar esse contexto, impulsionando instituições públicas e privadas para o seu enfrentamento.

O que se observa é que as sociedades modernas têm tratado a violência no âmbito da justiça e da segurança pública. No entanto, as consequências produzidas pela violência têm uma dimensão mais ampla, pois, além de afetarem os indivíduos em diferentes períodos da vida ou até por toda a vida, ela também acarreta encargos para outros setores públicos como o da saúde, pelo custeio de despesas mais onerosas nos serviços de emergência, de assistência e de reabilitação, cujos gastos são maiores quando comparados aos procedimentos realizados por razões diversas das consequências da violência.

Ainda que a violência, nas suas diversas manifestações, tenha acompanhado a humanidade através da História, o que surpreende o quadro atual é o peso dos homicídios, especialmente quando as vítimas são crianças e adolescentes (PAIM; COSTA, 1996).

No que diz respeito à violência perpetrada contra a criança, a especial preocupação mundial com esse público é justificada não somente por sua incontestável fragilidade como também pelo potencial humano que ele representa. Ademais, é importante salientar que a criança necessita da proteção do adulto para crescer e se desenvolver. Por conseguinte, sabendo-se que a violência na infância, seguindo iguais tendências da violência no seu sentido mais ampliado, pode ocorrer em diferentes situações econômicas e sociais, considera-se a sua compreensão imprescindível para o melhor entendimento das estratégias de prevenção para esse grupo. Assim, a violência contra a criança é entendida como todo tipo de ação ou omissão que possa prejudicar o seu bem-estar, a sua integridade física ou psicológica, a sua liberdade ou o seu direito ao crescimento e ao desenvolvimento.

Relatos históricos provam que a violência sempre fez parte da experiência humana, e seu impacto pode ser verificado de várias formas. Similarmente, a violência praticada contra a criança não é específica das sociedades modernas, visto que relatórios de homicídios, mutilações, abandonos e outras formas de maus-tratos remontam a civilizações antigas. Mais recentemente, a história também trouxe vários episódios que narravam a violência sofrida por crianças submetidas a tratamentos humilhantes, falta de cuidados ou vitimadas pelo abuso sexual. No entanto, mudanças culturais têm ocorrido no sentido de valorizar a criança e transformar a percepção da violência.

No Brasil, os esforços em favor de ações para o combate a violência que vitima milhares de crianças a cada ano culminaram na implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Estudos nacionais revelaram que são várias as formas de maus-tratos contra crianças, em geral ainda muito pequenas, que variam do trabalho infantil nas lavouras, nas pedreiras e nas carvoarias aos castigos físicos, privações alimentares e de saúde, ameaças e humilhações verbais, sem se esquecer do abuso sexual, que ocorre tanto no interior dos lares quanto nas ruas, nas calçadas das orlas das cidades turísticas, onde a criança é apenas uma peça frágil e submissa aos interesses dos autores desses crimes.

Já que a violência representa uma experiência negativa sobre a vida do ser humano, a possibilidade de uma criança superar essa experiência dolorosa depende da observância dos elementos que integram a sua rede de proteção e cuidado: o fiel cumprimento da legislação pelas instituições jurídicas, sociais e policiais, bem como pelos profissionais do setor saúde que prestam assistência às vítimas.

Especificamente no Brasil, a preocupação com a violência contra a criança tem mobilizado diversas áreas de enfrentamento, com o intuito de fortalecer parcerias que possam implementar as estratégias de prevenção, acolhimento e intervenção necessárias para conter o problema, bem como ratificar os direitos garantidos pela legislação vigente. Nesse intuito, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tornou obrigatória a notificação de situações confirmadas ou suspeitas de violência contra a criança ou o adolescente, pelos setores de Saúde e Educação.

Entretanto, as estatísticas sobre a violência contra a criança expõem apenas uma parte da realidade, embora os números apresentados sejam cada vez mais alarmantes, fazendo do problema uma preocupação que requer ação imediata. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 950 mil crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade morrem, por ano, vitimados pela violência, enquanto 10 milhões de crianças necessitam de hospitalização devido a lesões não fatais. No Brasil, estima-se que, diariamente, 18 mil crianças e adolescentes são vítimas de agressão física. Além disso, cerca de 5% das crianças levadas a serviços de saúde por situações de maus-tratos, quando não recebem a ajuda adequada, morrem nas mãos dos seus agressores, e 35% das crianças vitimadas pela violência sofrem episódios reincidentes (MARTINS, 2010).

Dados da literatura mundial mostram a gravidade das consequências que a violência acarreta em curto, médio e longo prazo para a saúde e o bem-estar das crianças vitimadas. E esses prejuízos vão desde dificuldades de desenvolvimento e problemas de comportamento a outros efeitos para a saúde física ou mental, que podem se estender por toda a vida. No entanto, o perfil de morbimortalidade da vitimização infantil permanece fragmentado, admitindo-se que apenas 10% a 20% dos casos que realmente acontecem chegam ao

conhecimento das autoridades competentes, situação que favorece a ocultação desses eventos no interior de famílias, escolas, comunidades e serviços de saúde. Contudo, mesmo considerando a falta de integração entre as diferentes fontes de informação e a escassez de dados confiáveis, relatadas pelos pesquisadores que se dedicam ao tema, percebe-se que as modalidades de violência ocorridas no ambiente doméstico respondem por grande parte dos atos violentos que compõem o índice de morbimortalidade no Brasil e no mundo.

Com relação às principais fontes oficiais de informação para o estudo da violência nas diferentes fases do evento até a morte, citam-se o Boletim de Ocorrência Policial (BO), os registros dos conselhos tutelares e os dados armazenados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), cuja gestão, no âmbito federal, é de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Entretanto, a subnotificação é uma realidade presente no país, cujos motivos vão desde o desconhecimento por parte dos profissionais do dever de notificar até as dificuldades em praticá-la na sua rotina de atendimento, dificultando o conhecimento do perfil epidemiológico da violência praticada contra a criança. De modo semelhante, os subregistros dos casos de violência que têm uma criança como vítima são apontados pelas instituições policiais responsáveis pelo monitoramento dos casos registrados nas delegacias. Como consequência, esse déficit observado na qualidade das informações prejudica a implantação de novas estratégias em favor do enfrentamento dessa modalidade de violência e da busca de soluções, além de dificultar a implementação de ações governamentais, notadamente dos setores de saúde e segurança pública, com vistas ao fortalecimento da rede de proteção e cuidado à criança. Assim, essas são as principais razões que motivaram a autora a realizar o estudo ora apresentado.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar da inserção e do destaque da violência contra a criança nas agendas políticas dos governantes do mundo inteiro, estudos atualizados reconhecem que esse problema é cada vez mais frequente, estando presente, embora com intensidade diversa, em todas as culturas, classes sociais, graus de escolaridade, níveis de renda e origens étnicas. Além dessa constatação, a literatura que trata dessa temática disponibiliza dados que não retratam a realidade e a magnitude do problema, devido a falhas verificadas nas fontes de informações existentes. Desse modo, poder contar com informações de qualidade é imprescindível para a execução de estratégias e ações em defesa da criança, traduzidas pelo fortalecimento da rede de proteção e cuidado, com vistas ao monitoramento e ao controle desse fenômeno pelas autoridades, por meio das políticas públicas especialmente voltadas para os setores de Saúde e Segurança. Nesse intuito, é preciso contar com o comprometimento dos profissionais de saúde que prestam assistência às crianças vitimadas, no que diz respeito à notificação dos casos, bem como com a mobilização da sociedade civil para a prática da denúncia de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças nas delegacias, contribuindo para a identificação do agressor e impedindo a reincidência de casos.

Acompanhando o panorama mundial, o cenário apresentado sobre a violência infantil no Brasil é igualmente preocupante, posto que, além de atingir a parcela mais frágil e indefesa da sociedade, essa modalidade da violência tem, no lar da criança, o local preferido pelos agressores para molestar as suas vítimas, revelando que, para algumas crianças, o ambiente familiar é o mais inseguro que existe, contrariando o que o senso comum afirma.

Por outro lado, a maioria desses atos violentos é silenciada por medo e vergonha da criança vitimada, ou por cumplicidade daqueles que têm conhecimento da situação, mas preferem se acomodar, adotando uma postura obscurantista. Assim, como, em muitas situações, não se pode contar com a ajuda da família da criança e por se tratar de crimes previstos na legislação brasileira, a sociedade também tem sua parcela de responsabilidade na tomada de atitudes que possam transformar a realidade que se apresenta, notadamente pelas sequelas provocadas por atos de violência, que, geralmente, comprometem a saúde física, a saúde mental e o bem-estar da criança, com a possibilidade de também provocar consequências desagradáveis para suas famílias.

No Estado da Bahia, o quadro da violência perpetrada contra a criança mostra-se semelhante ao apresentado em outras regiões do país, embora a escassez de publicações regionais sobre o tema, aliada à divulgação de informações incompletas, inconsistentes ou fragmentadas, além da possível ausência de articulação entre as diversas fontes de coleta de dados não possibilitem o detalhamento necessário para a compreensão do problema e,

consequentemente, dificulte a implementação de políticas públicas em favor da criança no Estado, voltadas para a proteção da vida, da saúde e para a garantia dos demais direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Dessa forma, com o intuito de contribuir com os esforços da sociedade em favor do combate à violência que vítima, a cada ano, milhões de crianças, este trabalho se dedicará ao estudo da violência praticada contra a criança na faixa etária de 0 a 11 anos, residentes no Estado da Bahia, e seus reflexos nas políticas públicas de Saúde e Segurança.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar as informações sobre a violência praticada contra a criança na faixa etária de 0 a 11 anos, residentes no Estado da Bahia, no período compreendido entre os anos 2008 e 2014.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a violência praticada contra a criança.
- Comparar as informações sobre a violência praticada contra a criança, disponíveis em sistemas públicos de informação.
- Avaliar a qualidade dos dados sobre a violência praticada contra a criança.
- Levantar os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde responsáveis pela assistência dos casos de violência notificados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 DESVENDANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

4.1.1 A intencionalidade do ato violento

Diferentemente das denominadas causas naturais, indicativas da degradação do organismo ou da saúde em razão de doenças ou do envelhecimento, para Waiselfisz (2012), as causas externas fazem referência a fatores que, independentemente das condições orgânicas, provocam lesões ou agravos à saúde, sendo responsáveis por sequelas e até pela morte de indivíduos. Essas causas externas englobam um conjunto de circunstâncias, classificadas de acordo com a intencionalidade da ação. Assim, entende-se por acidente aquilo que é casual, fortuito, imprevisto, destituído de intenção, convertendo-se em fatalidade ou obra do destino; já os atos voluntários, premeditados e imbuídos do propósito de lesar ou até mesmo causar a morte da vítima, são classificados como violências.

Mathias e colaboradores (2014) afirmaram que os acidentes e as violências representam desafios importantes da atualidade para o setor da saúde, da segurança pública e para toda a sociedade, pois são responsáveis por mais de cinco milhões de mortes e milhares de internações em todo o mundo. No Brasil, estão entre os mais importantes problemas de Saúde Pública, pois lesões deles decorrentes são classificadas de acordo com a intencionalidade do ato. Dessa forma, as lesões não intencionais são classificadas como acidentes, e aquelas acompanhadas da intencionalidade dos agentes como violências (BRASIL, 2008).

De acordo com Cardoso e colaboradores (2013), saber o que aconteceu com a vítima é o passo inicial e crucial na diferenciação entre trauma intencional e acidental. Já Proescholdbell e Harmon (2010) consideram que, do ponto de vista epidemiológico, conhecer a intencionalidade de um ato que deu origem a um trauma ou a uma lesão é imprescindível para o planejamento de ações de prevenção da morbidade e mortalidade de um determinado agravo, mais precisamente quando se trata da violência. Porém estudos revelam que muitos casos de maus-tratos são declarados como acidentes e, conseqüentemente, não fazem parte das estatísticas (DESLANDES, 1999).

Lesão cuja intenção é desconhecida, ou cuja codificação é realizada de forma equivocada ou incompleta, acaba sendo quantificada de forma errada ou não quantificada (PROESCHOLDBELL; HARMON, 2010).

Segundo o Guia Portátil para Investigação de Abuso Infantil, em determinadas situações, é difícil distinguir se a lesão foi acidental ou intencional, como nas lesões de queimaduras ou nas marcas de mordidas. A Odontologia Forense se incumbem de analisar as

marcas de mordidas deixadas em várias partes do corpo das vítimas, as quais podem ter sido provocadas intencionalmente, e, conseqüentemente, estar relacionadas com crimes, inclusive referentes ao abuso infantil. Desse modo, o perito deve estar atento para a presença de marcas de mordidas, pois, mesmo se for unitária, poderá não ter sido acidental (BEENA et al., 2012).

Estudos indicam que a qualidade das informações acerca dos óbitos de crianças é ainda discutível, visto que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito (THE LANCET, 2005).

Martins e Andrade (2005) apontaram que a alta frequência de eventos com intenção indeterminada nos atendimentos de pronto-socorro torna necessária a implantação de protocolos de atendimentos às vítimas de causas externas nesse nível de atenção, o que poderia contribuir para a obtenção de um melhor conhecimento epidemiológicos dessas causas de morbimortalidade, inclusive expondo a ocorrência de casos de violência infantil, que, mascarada pela classificação de intenção indeterminada, impede a punição dos autores da violência.

Santos e colaboradores (2010) asseguram que, em algumas situações, é difícil para o cirurgião-dentista distinguir, em seus pacientes, lesões características de atos violentas de outras conciliáveis com evento acidental, pois, às vezes, ambas produzem sinais e sintomas semelhantes. Índícios de abuso infantil que podem ser perceptíveis para o cirurgião-dentista incluem trauma em dentes, boca, lábios, língua, bochechas, não compatíveis com acidentes. Outros sinais comuns de abuso infantil incluem fraturas da maxila e da mandíbula, além de queimaduras orais. Lesões no lábio superior e freio labial podem indicar características de crianças severamente violentadas.

4.1.2 Definição e tipologia da violência contra a criança

A Organização Mundial da Saúde (OMS), citada por Dahlberg e Kryg (2007), definiu a violência como uso de força física ou de poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultou ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. Assim, a definição da OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido, excluindo as ocorrências não intencionais.

Especificamente sobre a violência contra crianças, a *World Health Organization* (2002, 2006) explicita que o abuso de crianças – ou os maus-tratos – é constituído por todas as formas de abusos físicos, emocionais, sexuais e negligências, incluindo o tratamento

comercial e a exploração que possam resultar em dano real ou potencial à saúde da criança, à sua sobrevivência, ao seu desenvolvimento ou à sua dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Já a Organização das Nações Unidas (ONU) define violência contra a criança como todas as formas de abuso físico ou mental, dano e abuso, negligência ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual (READING et al., 2009).

Para Franzin e colaboradores (2013), na prática, os termos violência, abuso e maus-tratos são utilizados como sinônimos, embora não possuam o mesmo significado, pois apresentam cargas ideológicas e históricas específicas. Entretanto, independentemente dos termos usados para nomeá-la, a violência contra a criança está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos ao seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. O Ministério da Saúde utiliza esses termos para se referir a qualquer natureza da violência, seja física, sexual, psicológica, negligência ou abandono.

Falando sobre a violência estrutural contra a criança, Apostólico e outros (2012) argumentam que esse tipo de violência tem origem na desigualdade social e se expressa pelo quadro de miséria, má distribuição de renda, exploração dos trabalhadores, falta de condições mínimas para uma vida digna, falta de assistência em educação e saúde. Porém, apesar de existirem políticas públicas nacionais e internacionais para o enfrentamento da violência, elas competem com outras políticas geradas pelo mesmo aparelho administrativo, e, ao contrário de somar esforços em prol dos direitos sociais, perpetuam a falta dos direitos coletivos. No que diz respeito à dimensão privada da violência, programas e protocolos locais procuram treinar profissionais e informar à população sobre a importância e a urgência de ações voltadas para o seu controle. Já na dimensão singular, relacionada à pessoa, verifica-se que a violência altera toda a estrutura individual e familiar, mudando as relações, comprometendo o desenvolvimento da criança, tornando-a um indivíduo sem acesso a direitos e com pouca ou nenhuma possibilidade de exercício de cidadania.

Dahlberg e Krug (2007) lembraram que, no ano de 1996, a Assembleia Mundial da Saúde, declarando a violência como importante problema de saúde pública, convocou a OMS para que fosse desenvolvida uma tipologia da violência que agrupasse suas diferentes formas de manifestação. Assim, a violência foi dividida em três categorias amplas, segundo as características da autoria: a) violência autodirigida; subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida; b) violência interpessoal, subdividida em intrafamiliar e extrafamiliar;

c) violência coletiva, subdividida em violência social, política e econômica. Esse último tipo de violência é cometido por grandes grupos ou países.

Nesse contexto, a expressão “maus-tratos” é bastante difundida para se referir à violência no âmbito da família. Por conseguinte, maus-tratos é um crime que consiste em prejudicar a saúde física ou mental de quem se tem sob autoridade, guarda ou vigilância (BRASIL, 2009, 2010a).

4.1.3 Natureza da violência

Para sintetizar o quadro de violências contra a criança, Eisele e Campos (2005) defendem que elas podem ocorrer por omissão, incluindo-se as carências físicas (abandono, falta de higiene, falta de suprimentos alimentares, falta de proteção ao frio, calor, desidratação) e as carências afetivas (falta de carinho, afeto, suporte psicológico), ou por ações, compreendendo os maus-tratos físicos (todos os tipos de lesões mecânicas, queimaduras, intoxicação por álcool, drogas ilícitas ou medicamentos, gás de cozinha, abuso sexual) e maus-tratos psíquicos (gritos, coação, ameaça ou encarceramento). Por conseguinte, qualquer ação e (ou) omissão, incluindo o seu resultado, por parte de indivíduos, instituições, governo ou sociedade, que privar as crianças de seus direitos e liberdades, e (ou) interferir com o seu ideal de desenvolvimento, são considerados, por definição, negligentes ou abusivos (READING et al., 2009).

Quanto à natureza, a violência pode ser dividida em física, sexual, psicológica, negligência ou abandono. Essa tipologia, embora imperfeita e não universalmente aceita, fornece uma estrutura útil para a compreensão dos tipos complexos de violência praticados em todo o mundo (BRASIL, 2008; CARDOSO et al., 2013).

A *violência física* é o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança, deixando ou não marcas evidentes (BRASIL, 2009; CARDOSO et al., 2013; WHO, 2002). A Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) mencionou duas formas especiais de violência física que, devido à extensão e à gravidade das lesões que provocam, deixam sequelas importantes e são relacionadas a uma alta frequência de óbitos de crianças:

- *Síndrome do bebê sacudido* – consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de seis meses de idade, é sacudida de forma violenta por um adulto.

- *Síndrome da criança espancada* – geralmente ocorre com crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados ou fraturas ósseas causadas por agressões constantes, queimaduras, múltiplos hematomas, ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas, sempre inadequada ou inconsistentemente explicados pelos pais, cujo diagnóstico é baseado nas evidências clínicas e radiológicas das lesões.

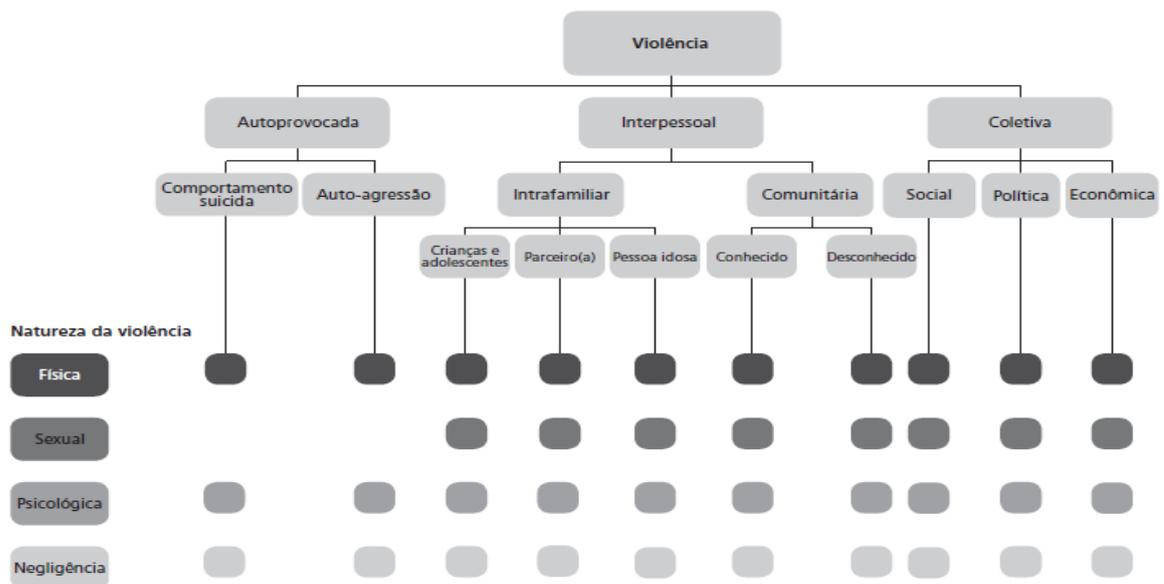
A *violência sexual* consiste em todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança, visando a utilizá-la para obter satisfação sexual. A violência sexual pode ser perpetrada por um dos seus subtipos ou pela associação deles (BRASIL, 2009, 2010a; WHO, 2002).

- *Assédio sexual* – constrangimento da criança, com gestos, palavras ou emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, ascendência, autoridade ou de relação com vínculo empregatício, com objetivo de obter vantagem sexual.
- *Pornografia infantil* – apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (internet), de fotografias, imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes (Lei nº 11.829/2008).
- *Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes* – uso sexual de pessoas, independentemente de idade ou sexo, com fins comerciais ou de lucro, levando-as a manter relações sexuais (Lei nº 12.015/2009).
- *Pedofilia* – é o ato de um adulto manter atividades sexuais com uma criança ou adolescente (Lei nº 8.069/1990).
- *Voyeurismo* – transtorno de personalidade da preferência sexual, tendência recorrente ou persistente de observar crianças ou adolescentes em atividades sexuais ou íntimas, com o propósito de excitar-se, sem que a pessoa observada saiba ou com sua aprovação (Lei nº 8.069/1990).
- *Estupro* – constrangimento de alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso (Lei nº 12.015 de 2009).

A violência psicológica pode ser manifestada por atos de rejeição, depreciação, cobranças exageradas, discriminação, desrespeito, punições humilhantes e utilização da criança para atender às necessidades psíquicas de um adulto. (BRASIL, 2010a; OMS, 2002, 2006).

- *Negligência* – corresponde à omissão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social, provocada por falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra inclemências do meio, como o frio e o calor, não provimento de estímulos e de condições para frequentar a escola. O abandono é considerado uma forma extrema da negligencia (BRASIL, 2009, 2010a; WHO, 2002, 2006).
- A Síndrome de Munchauseu é uma forma especial de manifestação da violência, na qual a criança é levada para cuidados médicos, porém os sinais e sintomas são inventados ou provocados, geralmente por um dos pais. Assim, algumas consequências dessa condição “forjada” serão incluídas no grupo das violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos) e outras enquadradas como violência psicológica (inúmeras consultas e internações) (SBP, 2001).

Figura 1 - Tipologia e natureza da violência



Fonte: WHO (2002); BRASIL (2008).

4.1.4 O contexto familiar e a violência doméstica (intrafamiliar) contra a criança

A violência contra a criança, cometida por adultos, dentro da família, é uma das formas menos visíveis da violência, como muito do que acontece na intimidade da vida doméstica, mas não deixa de ser muito prevalente em todas as sociedades (WHO, 2006).

Para Thomazine, Oliveira e Vieira (2009), a violência doméstica ou intrafamiliar é definida como toda ação ou omissão contra a criança cometida por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, o que implica transgressão do poder ou dever de proteção do adulto, além de coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que as crianças têm de ser tratadas como indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento. Aguiar e colaboradores (2002) mencionam que a violência intrafamiliar independe do espaço físico onde ocorra a ação ou omissão que prejudica o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade da criança.

A violência infantil intrafamiliar, que também é denominada na literatura específica de maus-tratos ou abuso infantil, envolve aspectos socioculturais, psicossociais, psicológicos e até biológicos, tamanha é a sua complexidade (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Iarskaia-Smirnova, Romanov e Antonova (2008) afirmam que, a princípio, o lugar mais seguro para as crianças deveria ser a sua própria casa e ao lado da família; entretanto, os fatos colocam essa hipótese em dúvida. Hoje se observa que, nos domicílios, a proteção que deveria ser proporcionada pela família tem sido negligenciada, já que, por um lado, a criança não revela a violência ou a sua autoria e, por outro, existe a conveniência dos adultos em manter relacionamentos familiares conflituosos (MARTINS et al., 2013).

Aguiar e colaboradores (2002) apontam o medo e a vergonha como as principais razões para a camuflagem dos atos de violência, especialmente porque esses atos, além de acontecerem no ambiente familiar, envolvem pessoas de relações muito próximas. Complementando, Apostólico e colaboradores (2012) consideram o ambiente familiar como o locus principal da violência contra a criança, devido às relações desiguais de poder na família, as quais podem ser consideradas as determinantes da violência intrafamiliar.

Para alguns pesquisadores da área de saúde, segundo Brito e outros (2005), mesmo com a falta de integração e escassez de dados, é possível inferir que as modalidades de violência ocorridas no ambiente familiar podem ser responsáveis por grande parte dos atos violentos que compõem o índice de morbimortalidade no Brasil e no mundo.

4.2 A PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA: DO CONTEXTO PRIVADO AO PÚBLICO

4.2.1 Reconhecimento da violência como problema de saúde pública

Para Ramos e Silva (2011), a violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade, e seu aspecto multifatorial fez com que, durante muito tempo, ela não fosse considerada uma questão de saúde pública. Todavia, Minayo e Souza (1999) afirmam que, a partir do século XX, esse problema passou a ter importância social, transformando-se em foco de atenção por parte do setor de saúde, na medida em que afeta o indivíduo e a coletividade, exigindo a formulação de políticas específicas para o setor.

A inclusão do tema violência como pauta para as ações de saúde se inicia com a questão da violência contra crianças. Documentos históricos mostram que, desde a antiguidade, existe uma preocupação da sociedade em coibir a administração de castigos e outras formas de maus-tratos na infância. Com o passar do tempo, a ação dos organismos internacionais fez com que a violência se tornasse uma questão de domínio público (FRANZIN et al., 2013; MINAYO; SOUZA, 1999).

Um dos primeiros relatos de violência física contra crianças data de 1860 e teve a autoria do médico francês Ambroise Tardien, que apresentou trinta e dois casos, compreendendo dezesseis vítimas menores de cinco anos de idade, além de dezoito óbitos. Tardien descreveu minuciosamente as características das lesões encontradas, revelando discordâncias entre os achados dos exames clínicos e o relato feito pelos agressores (FRANZIN et al., 2013).

Segundo relato da *World Health Organization* (2002), no ano de 1946, o médico radiologista norte-americano John Caffey citou casos de crianças com fraturas múltiplas nos ossos longos e hematomas subdurais, denominando essa condição com o epônimo de “Síndrome de Caffey”. Já em 1962, foi publicada a obra intitulada *Síndrome da Criança Espancada*, coordenada pelos pesquisadores Silverman e Kempe, considerada um marco na literatura médica acerca da violência contra crianças. Os autores apresentaram os resultados de um estudo referente a 749 casos da Síndrome de Caffey, entre os quais havia 78 óbitos, revelando uma maior frequência entre crianças menores de três anos de idade, com respeito às sequelas observadas e discordâncias entre o relato dos pais e os achados clínicos (WHO, 2006).

A partir de 1960, os profissionais de saúde passaram a denunciar as várias modalidades de maus-tratos que vitimavam crianças e a influência negativa desses atos para o

crescimento e desenvolvimento das vítimas; já no ano de 1970, o médico Kempe, com a ajuda de colaboradores, descreveu a “Síndrome do Bebê Espancado”.

Entretanto, foi na década de 1980 que o tema da violência entra de forma mais incisiva na agenda política, social e da saúde nos governos das sociedades ocidentais.

No Brasil, as primeiras denúncias de maus-tratos contra crianças datam de 1970. Porém Rocha e Moraes (2011) ressaltam que, apenas a partir da década de 80, o setor de saúde incluiu o tema na sua agenda, com vistas à tomada de decisões em prol do seu combate. A partir de então, inicia-se o discurso sobre o papel dos serviços de saúde na detecção precoce, caracterização e proposição de estratégias para o enfrentamento do problema. Porém, apesar desse entendimento, permanecem muitas lacunas quanto ao modo de atuação do setor em cada uma das etapas.

De acordo com Minayo (1994), oficialmente, somente a partir de 1990, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começaram a discorrer sobre o tema da violência, e não apenas sobre “causas externas”, como costumava ocorrer até então. Em 1994, a OPAS convocou os ministros da saúde dos países da América, além de pesquisadores e especialistas da área, para uma conferência sobre o tema da violência. Como produto desse encontro, as autoridades e demais participantes concluíram que a violência, pelo número de vítimas que origina e pela magnitude de sequelas que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em problema de saúde pública em muitos países, acrescentando-se que o fenômeno demanda uma sobrecarga para o setor, pela pressão que suas vítimas exercem sobre os serviços de urgência, unidades especializadas, hospitais e centros de reabilitação. E, para selar o compromisso internacional com o combate à violência, na 50ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida, em Genebra, no ano de 1997, os representantes dos 191 estados-membros da OMS aprovaram, por unanimidade, um plano de ação que deu visibilidade ao fenômeno da violência, declarando-a, a partir de então, um problema de saúde pública (WHO, 2002, 2006).

Depois que a violência oficialmente passou a fazer parte da agenda do setor saúde no Brasil, começam a surgir, no país, os primeiros programas específicos para o atendimento de crianças vítimas de maus-tratos. Entretanto, o reconhecimento, o monitoramento e o controle dos casos de violência, mais precisamente aqueles que atingem as crianças, não têm constituído uma tarefa fácil, já que os obstáculos vão desde a identificação dos casos até as formas de abordagem, a qualidade dos registros, o irregular compromisso com a notificação ou comunicação e o receio de realizar a denúncia (ROCHA; MORAES, 2011).

A notificação corresponde ao processo de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada das decisões pertinentes a esse setor, enquanto a comunicação diz respeito ao ato de informar o caso aos órgãos de proteção para as devidas providências nessa área. O Ministério da Saúde (MS) define notificação compulsória como a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descrito na Lista Nacional de Notificação Compulsória, elaborada pelo Ministério da Saúde e publicada em Portaria específica (BRASIL, 2014a).

4.2.2 Política nacional para a notificação da violência

Teixeira e colaboradores (1998) informam que a edição da primeira lista de doenças de notificação compulsória talvez remonte ao ano de 1377, em Veneza. Nessa mesma cidade, no ano de 1851, ocorreu a primeira Conferência Sanitária Internacional, na qual foram estabelecidos os princípios de máxima proteção contra a propagação internacional de enfermidades. Tais princípios foram fundamentais para a idealização do Primeiro Regulamento Sanitário Internacional, instituído em maio do mesmo ano, além de serem até hoje respeitados pelos órgãos de vigilância sanitária e epidemiológica em todo o mundo.

No Brasil, as Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde, publicadas em 1961 pelo Decreto nº 49.974-A, relacionavam 45 doenças como de notificação compulsória. Entretanto, somente em 1969, como consequência dos resultados positivos do trabalho da vigilância epidemiológica na Campanha de Erradicação da Varíola, iniciou-se a notificação sistemática de algumas doenças transmissíveis (TEIXEIRA et al., 1998).

Mais tarde, a Lei nº 6.259/75, regulamentada pelo Decreto nº 78.2316/76 (BRASIL, 1975, 1976), instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, responsável pela ampliação do rol das doenças de notificação compulsória, incorporando, além daquelas previstas no Regulamento Sanitário Internacional de 1951, a malária, a hanseníase, a tuberculose e as meningites em geral. Ademais, a referida Lei auxilia a identificação e controle dos casos de violência, posto que também confira aos cidadãos a responsabilidade pela comunicação da ocorrência de eventos de notificação compulsória ocorridos na comunidade, obrigatoriedade antes atribuída apenas aos profissionais e estabelecimentos de saúde. Dessa forma, de acordo com o artigo 8º,

É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças. (BRASIL, 1975, p. 14.785).

Ao longo dos anos, portarias publicadas pelo Ministério da Saúde buscaram atualizar a relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, em decorrência de mudanças no perfil epidemiológico nacional, do surgimento de novos agravos de interesse e da descoberta de novas técnicas para o monitoramento dos agravos já existentes.

No entanto, apesar de mundialmente o termo violência ter sido incluído como agravo de interesse da saúde pública desde 1975, no Brasil, a Portaria GM/MS nº 2.472/10 (BRASIL, 2010) foi a primeira a tratar da inclusão desse agravo como de notificação compulsória, embora, nesse documento, a violência doméstica, sexual e (ou) autoprovocada ainda constassem na Lista de Notificação Compulsória para as Unidades Sentinelas (LNCS).

Finalmente, reconhecendo a importância epidemiológica das violências e de suas consequências para as vítimas, o Ministério da Saúde universalizou a notificação das violências, instituindo, pela Portaria GM/MS nº 104/11, a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e (ou) outras violências em todos os estabelecimentos que compõem a rede de saúde pública e privada (ABATH, 2014; BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS nº 1.271/14 definiu a atual Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos ou eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos ou privados do território nacional, revogando a Portaria GM/MS nº 104, de 2011, determinando que, paralelamente à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, deve ser realizada a comunicação do caso ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2014b).

4.2.3 Política nacional para a vigilância epidemiológica da violência

No âmbito federal, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), instituída pela Portaria GM/MS nº 737/01, configura um instrumento orientador da atuação do setor saúde nas situações que envolvem violências ou acidentes. As diretrizes da PNRMAV buscam o comprometimento dos profissionais de saúde, promovendo o cumprimento da Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente –,

reforçando o caráter obrigatório da notificação de todos os casos suspeitos ou comprovados de violências contra crianças e adolescentes e seu encaminhamento aos órgãos competentes (BRASIL, 2002).

Ainda nos anos de 2001 e 2002, o Ministério da Saúde incorporou outras importantes medidas com vistas ao monitoramento e controle das morbimortalidades por acidentes e violências em todo o país. Enquanto, no ano de 2001, a Portaria GM/MS nº 1.968/01 tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, no ano seguinte, destacaram-se duas publicações focadas na vigilância das violências: a Portaria GM/MS nº 969/02, aprovando o novo modelo de formulário para o registro dos atendimentos de urgência e emergência, de utilização obrigatória nas recepções dos hospitais públicos em todo o país, e a Portaria GM/MS nº 970/02, que aprovou o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas (SISAV), instrumento de registro das causas externas, destinado à realização de estudos e pesquisas que deverão subsidiar o planejamento das ações de prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situação de acidentes ou violências. Essas portarias foram publicadas com o objetivo comum de captar os casos de acidentes e violências nas unidades públicas de urgência e emergência (BRASIL, 2001, 2002a; MINAYO; SOUZA, 1999).

Para Mascarenhas e colaboradores (2010) uma das preocupações do Ministério da Saúde tem sido o monitoramento da violência para fim de vigilância epidemiológica. No entanto, até o ano de 2006 era possível conhecer o perfil das violências ocorridas no país apenas por meio da análise dos dados das declarações de óbitos, armazenadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), bem como dos dados presentes nas Autorizações de Internações Hospitalares, cujo armazenamento é de responsabilidade do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único da Saúde (SIH/SUS). Em função desse cenário e a partir de experiências internacionais objetivando o desenvolvimento de novas estratégias para preencher as lacunas existentes, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema VIVA possui dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual e (ou) outras violências interpessoais e autoprovocados (VIVA – Contínuo) e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA - Sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país (VELOSO et al., 2013).

Ainda que o módulo referente à violência doméstica, sexual e (ou) outras violências interpessoais e autoprovocados tenha sido oficialmente incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) desde o ano de 2008, contribuindo para seu fortalecimento, apenas no ano seguinte, com o advento da Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 2.472/2010, esse agravo passou a constar da Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas, de modo a obrigar os profissionais de saúde à sua notificação. Contudo, somente com a publicação da Portaria GM/MS nº 104/2011, a violência passou a compor a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (LNDNC), universalizando a notificação dos casos de violência por todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2010, 2011).

4.3 A CRIANÇA COMO VÍTIMA E OS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

4.3.1 História da violência contra a criança

De acordo com Day e colaboradores (2003), a história da humanidade mostra um relativo descaso quanto ao papel e aos direitos da criança na sociedade, comprovando também a ausência de proteção jurídica à criança, refletida em forma de impunidade nos casos de abandono, homicídio, abuso físico, sexual, além de outras formas de manifestações da violência contra o público infantil.

Araújo (2005) e Day (2003) comentam que um dos mais importantes códigos jurídicos da antiguidade, o Código de Hamurabi (1728 – 1686 a.C.), em vários artigos, previa castigos com o intuito de servir de exemplo para a sociedade, tais como: o corte da língua do filho que ousasse duvidar da paternidade dos seus pais adotivos, a retirada dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar para a casa dos pais biológicos, a amputação da mão do filho que agredisse fisicamente o pai, e, ainda, com relação à violência sexual, se um pai molestasse sexualmente uma de suas filhas, ele não recebia punição física, apenas era expulso da cidade onde vivia. Na Grécia Antiga, as crianças deformadas eram mortas, e as saudáveis poderiam ser oferecidas aos deuses como presentes. Em Roma, a Lei das XII Tábuas (303-304 d.C.) permitia que o pai tirasse a vida do filho que nascesse com qualquer tipo de deficiência, mostrando que o poder familiar era voltado exclusivamente para o poder patriarcal, que, amparado pela legislação vigente, possuía também o direito de vender seus filhos.

Segundo Muza (1994), os primeiros fragmentos daquilo que pode ser chamado de sentimento de infância surgem por volta do século XIII, quando se nota, a partir da

iconografia, uma modificação na forma de representação da criança, bem diferente daquele adulto em miniatura, como vinha sendo retratada até então. No entanto, persiste, até os dias atuais, um sentimento de “inutilidade da infância”, de acordo com o qual a criança passaria a ser valorizada a partir daquilo que virá a ser no futuro, e não pelo que ela representa no presente.

Até o Século XVII, as crianças eram espancadas com o uso de chicotes, paus e ferros, como medidas disciplinares (DAY et al., 2003). No ano de 1780, na Inglaterra, as crianças podiam ser condenadas e ter o enforcamento como punição. Somente no século XIX, a criança passa a ocupar um lugar de destaque na família. Porém, até o início do sec. XX, ela era vista como um instrumento de domínio e de poder exclusivo da igreja. Somente a partir de meados do Século XX, as ciências médicas, o direito e a pedagogia passam a contribuir para a formação da criança, baseada não somente nas concepções religiosas como também na ciência (DAY et al., 2003).

Entretanto, apenas a partir da segunda metade do século XIX, abuso e negligência contra a criança passam a ser compreendidos como fenômenos capazes de comprometer o desenvolvimento e o potencial da criança (MUZA, 1994).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a evolução do Direito, em especial dos direitos humanos, da medicina forense e da saúde pública, nos últimos 20 anos, deu mais visibilidade internacional ao problema da violência contra a criança, embora em um nível que está longe de ser suficiente (WHO, 2002).

Entretanto, Silva e Barroso Junior (2014) apontam que, apesar da relevância do tema, pelas sequelas físicas e emocionais produzidas, e de o esforço realizado nas últimas décadas ter proporcionado melhor compreensão sobre vários aspectos, ainda existem lacunas a serem preenchidas, e a base de evidência ainda é pequena, comparada a muitos outros campos da área da saúde.

4.3.2 Estratégias internacionais de proteção à criança

Um passo importante para que a criança passasse a receber a atenção da sociedade e dos poderes públicos foi o surgimento de associações e entidades internacionais de proteção à criança, além da elaboração de documentos que ratificaram seus direitos à vida digna e à proteção integral.

Em 1919, surge, na Inglaterra, a entidade denominada *Save the Children*, primeira instituição internacional cuja missão era cuidar e proteger as crianças vítimas da Primeira Guerra Mundial. Tratava-se de uma organização não governamental (ONG) que arrecadava

fundos para o envio de alimentos às famílias europeias vitimadas pela guerra. Essa instituição foi responsável pela elaboração da Declaração de Genebra, aprovada em 1924, documento internacional pioneiro sobre os direitos das crianças que, sessenta e cinco anos depois, originou a Convenção dos Direitos da Criança, que consiste no documento internacional de proteção à infância.

Em contraste com os países de alta renda, muitos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento encontram-se em processo de elaboração de um documento jurídico de proteção à criança, que contenha os princípios ditados pela Convenção dos Direitos da Criança (CDC). Embora muitos desses países tenham assinado o documento final, que instituiu essa convenção internacional e firmado o compromisso de elaborar um documento nacional que a representasse integralmente, uma parte deles ainda não honrou esse compromisso (WHO, 2013).

Em 1946, foi criado o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), agência das Nações Unidas, cujos primeiros programas forneceram assistência emergencial a milhões de crianças da Europa, do Oriente Médio e da China, no período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial. O UNICEF trabalha diretamente com os governos dos países, promovendo a defesa dos direitos das crianças, por meio de programas desenvolvidos nas áreas da saúde, educação e segurança pública, especialmente com relação ao combate à violência.

Promulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, composta por 10 princípios, aumentou o elenco dos direitos aplicáveis às crianças. Outro feito da ONU foi definir 1979 como o ano internacional da criança com o objetivo de convocar a atenção da comunidade internacional sobre os problemas que afetam as crianças no mundo todo.

O Princípio IX da Declaração Universal dos Direitos das Crianças, promulgada pelo UNICEF em novembro de 1959, defende a proteção da criança contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração (UNITED NATIONS, 1959).

Em 1989 foi aprovada a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança – um dos mais importantes tratados de direitos humanos voltado para a infância –, ratificada pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com o documento, os Estados-parte, incluindo o Brasil, firmaram o compromisso de proteger as crianças contra todas as formas de exploração e abuso sexual e de adotar todas as medidas apropriadas para estimular a recuperação física e psicológica das crianças vítimas de qualquer forma de violência (BRASIL, 1990).

Franzin e colaboradores (2013) comentam que, com o passar do tempo, a ação dos organismos intencionais fez com que a violência se tornasse pública e as diversas formas de violência contra a criança passassem a ser objeto de combate em todo o mundo. Em decorrência dessa percepção mais ampliada do fenômeno da violência que vitima crianças, surgiu a necessidade de impedir a ocorrência do trabalho infantil, considerado uma forma silenciosa de manifestação de violência. Assim, com vistas à erradicação dessa forma de violência, comumente associada a outras modalidades, ocorreram as três edições da Conferência Global sobre o Trabalho Infantil, nos anos de 1997, 2010 e 2013, respectivamente, cujas propostas de estratégias e ações estiveram voltadas para a proibição do trabalho infantil, em âmbito internacional, envolvendo crianças ou adolescentes menores de 16 anos, com a exceção de atividades desenvolvidas na função de menor aprendiz, condição prevista na legislação de alguns países.

Na atualidade, a percepção sobre o papel da criança na sociedade diverge entre nações, principalmente em razão de implicações culturais e, conseqüentemente, esse relativismo cultural tem relevância para as atitudes em relação à violência contra crianças. Alguns países ainda estão tentando entender qual o valor da criança como indivíduo em sociedade, enquanto outros adotam a disciplina por meio dos castigos físicos como comportamento natural e aceitável por parte daqueles que detêm o pátrio poder, ou estão, em algum momento, responsáveis pela criança. Porém, para Reading e outros (2009), uma abordagem relativista de proteção da criança, baseada nas diferenças culturais, corre o risco de não a proteger, visto que o contexto em que o abuso ocorreu não deve ser considerado para caracterizá-lo ou não como uma manifestação de violência que necessita ser abolida.

Nesse sentido, Frías e Ervite (2014) citam como exemplo o governo do México, pois, apesar de aquele país ter assinado tratados e convenções internacionais contra a violência sexual infantil, na prática, as crianças mexicanas ainda estão desprotegidas materialmente. As leis mexicanas costumam proteger as crianças apenas contra pornografia, exibicionismo, tráfico e prostituição. Ademais, mesmo o estupro não sendo considerado crime em todos os estados mexicanos, aqueles que criminalizam o ato julgam-no como um atentado contra a integridade física e sexual do indivíduo, além de considerá-lo como situação que traz vergonha para a família. Porém essa vergonha e, conseqüentemente, o crime deixam de existir com a consumação do casamento. Outro ponto a ser considerado é que a idade mínima para o sexo consensual, no México, varia entre os estados, porém existe uma consonância entre eles, de forma que a menor idade permitida por lei é a de doze anos. Nesse contexto de leis

diferenciadas, a sociedade mexicana não elaborou uma posição única quanto à punição dos autores da violência sexual contra crianças e a necessária proteção das vítimas.

Similarmente, a Rússia não possui mecanismos legislativos de combate à prática da punição física de crianças. Naquele país, se a própria criança não buscar a ajuda das autoridades, nenhum caso de maus-tratos será detectado, pois prevalece a lei do silêncio por parte de vizinhos, outras testemunhas e das escolas frequentadas pelas crianças. Como consequência, a maioria dos casos de violência contra crianças, no ambiente doméstico, não é comunicada à polícia (IARSKAIA-SMIRNOVA; ROMANON; ANTONOVA, 2008).

Por outro lado, o governo do Reino Unido tomou medidas visando à redução da incidência da violência contra crianças, adotando a obrigatoriedade dos registros de criminosos sexuais e a proibição de castigos físicos, como bater na cabeça, sacudir ou arremessar objetos contra a criança (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005).

4.3.3 A criança brasileira e os instrumentos legais de proteção à sua integridade

De acordo com Araújo (2005) e Franzin e colaboradores (2013), o castigo físico em crianças foi introduzido no Brasil pelos padres jesuítas no século XVI, causando indignação no povo indígena, que repudiava o ato de bater em crianças. Aqueles que seguiam essa conduta acreditavam que amar era castigar os erros e dar exemplo de vida correta. A partir da segunda metade século XVIII, a palmatória foi o instrumento utilizado pelos primeiros professores das escolas brasileiras, com o objetivo de manutenção da ordem, representando, portanto, o símbolo do castigo físico daquela época. Porém esse método permaneceu arraigado na sociedade como alternativa de educação até os dias de hoje.

No âmbito nacional, o empenho em modificar a realidade de sofrimento e desamparo suportada pelas crianças não ocorreu com a mesma velocidade observada em outros países, como Inglaterra e Estados Unidos, por exemplo. Prova disso foi o conteúdo do Código de Menores, publicado em 1927, considerado o primeiro documento legal para a população brasileira com idade menor de 18 anos. De acordo com o referido documento, cujo maior objetivo era manter a ordem social naquele momento, somente as crianças pobres, abandonadas ou delinquentes, em situação irregular, mereciam a tutela do Estado. Por conseguinte, as crianças que viviam com suas famílias não eram objeto do Direito, revelando um tratamento parcial da questão da criança em situação de risco.

No que diz respeito aos dispositivos legais utilizados pela justiça criminal para o enquadramento das situações de violência envolvendo crianças, o artigo 129 do Código Penal Brasileiro de 1940 definiu e tipificou as lesões corporais, enquanto os artigos 133, 134, 135 e

136 trataram de abandono de incapaz, abandono e exposição de recém-nascido, omissão de socorro e maus-tratos.

Lesão corporal: **Art. 129** – Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1(um) ano.

Lesão corporal de natureza grave (BRASIL, 2015, p. 74-75):

§ 1º – Se resulta:

II – perigo de vida;

III – debilidade permanente de membro, sentido ou função;

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

§ 2º Se resulta:

II – enfermidade incurável;

III – perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV – deformidade permanente;

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos.

Lesão corporal seguida de morte

§ 3º – Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Lesão corporal culposa

§ 6º – Se a lesão é culposa:

Pena – detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano.

Art. 133 – Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono. (BRASIL, 2015, p. 76).

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos.

§ 1º – Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

§ 2º – Se resulta a morte:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Aumento de pena

§ 3º – As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço:

I – se o abandono ocorre em lugar ermo;

II – se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima.

Art. 134 – Expor ou abandonar recém-nascido, para ocultar desonra própria. (BRASIL, 2015, p. 76).

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

§ 1º – Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º – Se resulta a morte:

Pena – detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública. (BRASIL, 2015, p. 76-77).

Pena – Detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

Parágrafo único – A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 136 – Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina. (BRASIL, 2015, p. 77).

Pena – Detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano, ou multa.

§ 1º – Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º – Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

§ 3º – Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos. (Parágrafo acrescentado pela Lei nº 8.069, de 13.7.1990).

Entretanto, apesar das transformações históricas que ocorreram no país, o segundo exemplar do Código de Menores do Brasil, aprovado no ano de 1979, foi elaborado sem apresentar diferenças significativas em relação ao primeiro documento, publicado no ano de 1927.

Em 1987, as evidências de transformações no país, principalmente de cunho político, econômico e social, apontam a necessidade de mudanças na Constituição Federal vigente. Com vistas a esse propósito, foi instaurada, naquele mesmo ano, a Assembleia Nacional Constituinte, que se reuniu com o intento de elaborar uma nova Constituição para o país, a qual contava com um grupo de trabalho encarregado de concretizar os direitos da criança e do adolescente na nova Carta Magna. O resultado desse trabalho, mais tarde, foi concretizado no artigo 227 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2015a):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito 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.

§ 4º – A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente. (BRASIL, 2015a, p. 140).

Concebido a partir do debate de ideias e da participação de vários segmentos da sociedade, envolvidos com a causa da infância no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi instituído pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelecendo absoluta prioridade aos direitos da criança e do adolescente, tais como: primazia de proteção, precedência de atendimento, preferência nas políticas públicas e privilegiada destinação de recursos (MARTINS; MELLO-JORGE, 2009; READING et al., 2009; THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Art. 4. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (ISHIDA, 2003, p. 28).

Art. 5. Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (ISHIDA, 2003, p. 31)

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. (ISHIDA, 2003, p. 41).

Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;

III – em razão de sua conduta. (ISHIDA, 2003, p. 157).

Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei. (ISHIDA, 2003, p. 220).

Art. 245. O médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche deve comunicar à autoridade competente, sob pena de multa, os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. (ISHIDA, 2003, p. 416).

Ainda no ano de 1990, a Presidência da República promulgou a Convenção sobre os Direitos da Criança, pelo Decreto nº 99.710, em adesão à Convenção dos Direitos da Criança de 1989, de acordo com o qual os Estados-Parte adotarão todas as medidas administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela (BRASIL, 1990; READING, 2009).

Com o propósito de formular políticas públicas e responder pela destinação e controle dos recursos utilizados com vistas ao cumprimento das ações estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) promoveu, em 1995, a I Conferência Nacional dos Direitos da Criança, ampliando a discussão acerca dos direitos da criança e do adolescente.

Apesar de não se constituir em documento legal que trate especificamente dos direitos do grupo infantil, o Código Civil Brasileiro expressa, no seu artigo 3º, que os indivíduos menores de dezesseis anos são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil (BRASIL, 2015a).

Buscando difundir informações estratégicas que subsidiem o processo de tomada de decisão para o desenvolvimento de intervenções de enfrentamento da violência de modo mais integral e eficaz, além de tornar mais democrático o acesso aos dados e informações disponíveis para a sociedade, o Governo do Estado da Bahia, por intermédio do Decreto nº 11.897/09, instituiu o Observatório de Violências e Acidentes, caracterizado como grupo de trabalho permanente e intersetorial. Secretarias estaduais, em especial, as pastas da Saúde, Segurança Pública, Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, além de outras instituições públicas e privadas, estão representadas nesse grupo de trabalho permanente (BAHIA, 2009).

Com a finalidade de desenvolver mecanismos assegurados de proteção jurídico-social e de atendimento às crianças vitimadas pela violência e aos seus familiares, foram criados, em várias cidades do país, incluindo-se Salvador, os Centros de Defesa da Criança e do Adolescente – CEDECAs. (SILVA; BARROSO JUNIOR, 2014).

Em virtude da constatação do grande volume de ocorrências de crimes sexuais envolvendo crianças e adolescentes no país, o Código Penal Brasileiro sofreu alterações no seu Título VI da Parte Especial, sessenta e nove anos após a sua publicação, por meio da promulgação da Lei nº 12.015/09. Assim, visando a empreender mais rigor aos crimes relativos à exploração sexual, a nova Lei caracteriza, como crime de estupro, os atos libidinosos anteriormente enquadrados como atentado violento ao pudor, estipulando para o agressor a pena de reclusão de seis a dez anos (BRASIL, 2015).

Mais recentemente, a Lei nº 13.010/2014 – conhecida popularmente como “Lei da Palmada”, altera o artigo 18-A da Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), que passa a vigorar com a seguinte redação:

A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los.

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se:

I – castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em: a) sofrimento físico; ou b) lesão;

II – tratamento cruel ou degradante: conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que: a) humilhe; ou b) ameace gravemente; ou c) ridicularize. (BRASIL, 2014, p. 2).

Os códigos de ética são resoluções elaboradas pelos conselhos federais das profissões, constituídos de um elenco de normas éticas que devem ser seguidas pelos profissionais no exercício de suas funções. No setor saúde, os médicos, as categorias profissionais da enfermagem e os cirurgiões-dentistas, em geral, são os primeiros profissionais a prestar assistência à criança vítima de violência.

Entretanto, os códigos de ética dessas profissões não prestam orientações específicas sobre as condutas que devem ser seguidas frente a pessoas em situação de violência, sobretudo no que diz respeito à obrigatoriedade da notificação dos casos de violência identificados durante o atendimento prestado aos pacientes.

Código de Ética dos profissionais de Enfermagem

Capítulo I, Seção I – Das relações com a pessoa, família e coletividade:

Art. 23 – Encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei.

Proibições: **Art. 34** – Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência.

Capítulo II – Do sigilo profissional

Responsabilidades e deveres

Art. 82 – Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Código de Ética Médica

Capítulo I – Princípios fundamentais

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Capítulo X – Sigilo profissional

É vedado ao médico:

Art. 73 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Código de Ética Odontológica

Capítulo III – Dos deveres fundamentais

Art. 9 – Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:

VII – zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

Capítulo V – Do relacionamento

Seção I – Com o paciente

Art. 11 - Constitui infração ética:

VIII - desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;

Capítulo VI – Do sigilo profissional

Art. 14 – Constitui infração ética:

I – Revelar sem justa causa fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

Parágrafo único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

I – notificação compulsória de doença;

II – colaboração com a justiça nos casos previstos em lei; (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLGIA, 2012).

Não obstante o sigilo e a confidencialidade serem considerados pilares da Deontologia que alicerça os profissionais da área da saúde, os códigos de ética dessas profissões orientam que, por motivo justo ou em atendimento ao imposto pela legislação, o fato sigiloso cujo conhecimento tenha ocorrido durante o exercício profissional pode ser revelado, sem implicar penalidade ética ao médico ou cirurgião-dentista responsável pela quebra do sigilo profissional.

No entanto, segundo Almeida e colaboradores (2012), além de os códigos profissionais não trazerem, de forma explícita, o dever de o profissional notificar os casos

suspeitos ou confirmados de violência, eles imprimem pouca relevância para a notificação de casos de violência praticada contra crianças e adolescentes. Dessa forma, esses autores alertam sobre a necessidade de se abordar a violência de forma mais incisiva e esclarecedora nos referidos documentos, buscando dar maior respaldo e orientação a essas categorias profissionais.

4.4 INFORMAÇÕES EM SAÚDE

4.4.1 Fontes de informações

Nas duas últimas décadas, as tecnologias de informação passaram a participar mais ativamente de todos os setores da vida dos indivíduos, da sociedade e, conseqüentemente, a disponibilização de informações por meio digital tem sido cada vez maior e mais diversificada. Com o uso da internet a partir da década de 90, os governos despertaram seus interesses em ampliar os investimentos em tecnologia digital, e, progressivamente, as práticas governamentais foram deslocadas para o ambiente virtual, de modo a oferecer aos cidadãos informações e serviços diversos, além de se discutirem novas formas de interação entre os setores governamentais nas três esferas, em busca da melhoria no processo de gestão pública (DANIEL; MACADAR; PEREIRA, 2013).

Há quase vinte anos atrás, Branco (1996), em argumentação que pode ser considerada atemporal, dizia que a finalidade da informação em saúde consistia em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análises da situação de saúde e subsídios para a busca de possíveis alternativas de enfrentamento do problema. É necessário ter clareza sobre quem serão os usuários da informação e o que, precisamente, eles desejam coletar. Existe a necessidade de se garantir que a informação requerida seja mensurável, codificada adequadamente, de acordo com a fonte, e com base de origem consistente. Afinal, informação de má qualidade informa tanto quanto a sua ausência.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015d) mostram que 80% da população brasileira é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto 20% tem acesso à assistência de saúde privada, embora se admita haver diferenças de cobertura entre as regiões do país, os estados e até entre municípios de uma mesma Unidade Federativa. Adicionalmente, sabe-se que parte dos indivíduos que possuem assistência de saúde privada, em algum momento, também utiliza os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Segundo a Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 2014, a Bahia possuía 326.377 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos, beneficiários de pelo menos um tipo de plano de saúde privado, correspondendo a 8,4% do total de indivíduos nessa faixa. Em relação à distribuição da população coberta por planos de saúde privados na Bahia, observou-se uma discrepância, pois, enquanto, no município de Salvador, a cobertura era de 24,5 % para esse grupo populacional, no interior do Estado era de apenas 5,5%. Dessa forma, admite-se que cerca de 91% da população infantil do Estado da Bahia recorre exclusivamente à rede pública de saúde quando necessita de assistência ambulatorial ou hospitalar.

Para Mascarenhas e colaboradores (2010), fontes de dados de origens diversas contribuem para a construção do conhecimento da magnitude da violência contra crianças, dentre as quais se destacam os registros dos Conselhos Tutelares, das delegacias de polícia e dos sistemas de informações em saúde. Porém nenhuma delas é capaz de, isoladamente, descrever a totalidade da extensão do problema, principalmente no que se refere às lesões não fatais, de menor gravidade, ou que não deixam marcas físicas, embora possam modificar, de modo irreversível, o patrimônio emocional da criança.

No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), as principais fontes oficiais de informação para o estudo das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e o Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM). No Brasil, até o ano de 2005, o SIM e o SIH/SUS constituíam as principais ferramentas para o conhecimento da carga das violências no país. No ano de 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em unidades sentinela, para a vigilância contínua das violências doméstica, sexual e outras, ação que foi estendida em 2009 para as demais unidades do sistema de saúde (MATHIAS et al., 2014).

Benbenishty e colaboradores (2014) informam que os ambientes hospitalares são reconhecidos como componentes importantes na rede de serviços, para identificar e tratar casos de violência contra a criança. Muitas crianças são internadas por motivos não relacionados à situação de violência, embora o estado emocional e o comportamento da criança, observados por parte da equipe de profissionais que prestam o atendimento, podem levantar suspeitas de maus-tratos.

Dados da literatura apontam que não somente no Brasil, como também em outros países, é principalmente a partir dos dados de mortalidade que se estudam as causas externas, em razão da facilidade de coleta e da qualidade da informação (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Assim, para efeito de estatística de mortalidade e planejamento de ações preventivas, a informação mais importante da Declaração de Óbito (DO) é a causa básica de morte, definida pela OMS como as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal, ou seja, o tipo de acidente ou violência que ocasionou os ferimentos que levaram ao óbito (SIMÕES; REICHENHEIM, 2001).

Outrossim, depois de inseridos nos sistemas de informações nos âmbitos municipal e (ou) estadual, os dados são processados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, sendo fundamental que as três esferas governamentais facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instancias acadêmicas e de controle social, visto que os pressupostos legais hoje vigentes no setor saúde determinam a participação popular como uma das diretrizes de atuação do sistema público de saúde vigente no país (BRANCO, 1996; BRASIL, 2008).

4.4.2 Os sistemas de informação em saúde e o monitoramento da violência contra a criança no Brasil

Conceitualmente, um Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um conjunto de componentes inter-relacionados que coleta, processa, armazena e distribui as informações, auxiliando os gestores das três esferas de governo no monitoramento dos dados sobre os eventos de saúde, subsidiando a vigilância, auxiliando no planejamento das ações e políticas públicas e no controle da organização do setor saúde, inclusive no que diz respeito à atuação dos profissionais de saúde no exercício de suas atribuições (DANIEL; MACADAR; PEREIRA, 2013; MARIN, 2010).

Para a *World Health Organization* (2006), os SIS são responsáveis pelo processamento dos dados, transformando-os em informação ou conhecimento em ambientes de saúde, com o objetivo de contribuir para o aumento da qualidade de saúde da população.

No Brasil, a área da saúde pública tem seguido essa tendência mundial e vem incorporando, paulatinamente, as tecnologias da informação na modernização da gestão. Com esse propósito, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a partir de meados dos anos 70, começou a desenvolver sistemas nacionais de informações com vistas à identificação de casos de violência nos registros de óbitos, nas internações hospitalares, no atendimento ambulatorial e nas notificações compulsórias. Dessa forma, na atualidade, o sistema de saúde do Brasil realiza o monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica, por meio da análise dos dados armazenados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e no Sistema de

informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo esse último responsável por fornecer os dados que alimentam o banco do Sistema de Informações de Violências e Acidentes – VIVA (SOUZA et al., 2014).

4.4.2.1 Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Implantado no país desde 1975, o Sistema de Informações Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país, a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde.

O documento padrão do SIM é a DO (Declaração de Óbito, Anexo A), padronizada em todo o território nacional e utilizada pelos Cartórios para emissão da Certidão de Óbito. O preenchimento do documento, em princípio, deve estar sob a responsabilidade do médico, mas, frequentemente, os médicos se atêm apenas às variáveis que têm ligação direta com sua atividade profissional, como tipo de óbito, local da ocorrência e, mais especialmente, ao atestado médico. A parte da DO correspondente ao atestado médico (Bloco VI) segue o modelo internacional aprovado pela OMS, na qual são realizadas as anotações acerca das causas que contribuíram para o óbito, além de conter informações sobre as condições mórbidas presentes ou preexistentes no momento da morte, categorizadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), adotada pelo Brasil para codificar óbitos a partir de 1996. No caso de óbito por causa externa, o Bloco VI é complementado pelo Bloco VIII, campo 56, destinado ao registro das prováveis circunstâncias da morte não natural, sendo essas informações de caráter estritamente epidemiológico. De acordo com o Ministério da Saúde, essas circunstâncias são classificadas em acidente – causa da morte referente às categorias da CID-10 de V01 a X59 (opção 1); suicídio – categorias X60 a X84 (opção 2); homicídio – categorias X85 a Y09 (opção 3); outros (opção 4); e ignorado (opção 9) (OMS, 2000).

A DO é impressa em três vias numeradas sequencialmente pelo Ministério da Saúde e distribuídas às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, aos institutos médico-legais, aos serviços de verificação de óbitos, cartórios de registro civil e médicos, denominados Unidades Notificadoras. Em caso de morte não natural – aquela que é consequência de homicídio, suicídio ou acidente –, o artigo 162 do código de Processo Penal Brasileiro determina que esses atestados sejam emitidos por médicos legistas após necropsia realizada no Instituto Médico Legal (IML), ou, no caso de não existir na localidade um IML,

o perito designado para tal deve preencher a DO, que segue o fluxo padronizado: a primeira via é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, a segunda é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório de registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito, e a terceira via permanece retida no Instituto Médico-Legal (IML) (DANIEL; MACADAR; PEREIRA, 2013; SIMÕES; REICHENHEIM, 2001; THE LANCET, 2005).

O Ministério da Saúde destaca as seguintes unidades notificadoras de óbitos: os estabelecimentos de saúde (para os óbitos hospitalares), os institutos médico-legais (para os óbitos por violência), os serviços de verificação de óbitos (para óbitos naturais sem assistência médica), o cartório do registro civil (para falecimentos ocorridos em localidades sem médico) e os próprios médicos, que deverão seguir as determinações dos conselhos federal e regionais de medicina sobre o assunto.

Nos 417 municípios do Estado da Bahia, o fluxo das informações de mortalidade, a partir da ocorrência do óbito até a disponibilização da informação no SIM, segue as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Assim, as declarações de óbitos são coletadas pelas secretarias municipais de saúde, por meio de busca ativa nas unidades notificadoras, em seguida são criticadas, complementadas e, por fim, as informações são consolidadas nas respectivas bases de dados do SIM no âmbito municipal. A transmissão dos dados para as esferas estadual e federal é realizada de forma automatizada, mais rápida e segura em cerca de 30% dos municípios baianos, utilizando-se a ferramenta SISNET, enquanto que, na maioria deles, a crítica, a complementação e a inclusão das declarações no SIM é realizada por profissionais dos núcleos regionais, que são responsáveis pelo envio dos lotes municipais para a SESAB e para o Ministério da Saúde, via SISNET.

Para Daniel, Macadar e Pereira (2013), o SIM é um Sistema de fácil manuseio e atualmente é utilizado por todos os municípios do Brasil. Porém, apesar de fornecer informações que permitem aos setores, isoladamente, avaliarem as suas demandas particulares, como o monitoramento de doenças, ele não permite que o gestor responsável pelo planejamento e pela programação dos serviços de média e alta complexidade consiga visualizar o processo geral, o que possibilitaria a melhoria da situação de saúde do brasileiro.

4.4.2.2 Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

Tendo em vista que muitos casos de maus-tratos nunca são relatados às agências ou órgãos de proteção à criança, os dados das internações podem ser uma fonte útil de informações, tendo em vista que, infelizmente, existem casos cujas consequências são mais graves e requerem internações hospitalares, a maioria deles se referindo ao abuso físico.

De acordo com a *World Health Organization* (2013), embora o conhecimento sobre as diversas formas de violência tenha amplitude e gravidade conhecidas, os dados de morbidade se baseiam nos casos hospitalizados. É importante o conhecimento dos dados populacionais, para fins de prevenção, planejamento, controle e promoção da saúde.

Os dados referentes às internações ou emergências nem sempre são facilmente disponibilizados ou se apresentam completos. Contudo, a despeito de algumas limitações, esse banco permite ter um desenho quase completo da morbidade mais grave (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) é gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais, concentrando as informações das instituições hospitalares públicas e conveniadas com o SUS, sendo o maior sistema de informação nacional, responsável por 80% dos dados da assistência hospitalar do país.

O SIH/SUS foi implantado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990. Enquanto a descentralização do processamento desse Sistema para os estados, Distrito Federal e municípios plenos foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 821/2004, a responsabilidade pela gestão do SIH/SUS, na esfera federal, é da Secretaria de Atenção à Saúde. O Sistema é de uso dos gestores locais para processar as produções hospitalares de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Dessa forma, os registros dos atendimentos dos pacientes internados são processados, e, posteriormente, enviados ao Ministério da Saúde, para compor o banco de dados nacional, a partir do qual são disseminadas as informações pelo DATASUS (BRASIL, 2014c).

O documento de entrada do SIH/SUS é a Autorização de Internação Hospitalar – AIH (Anexo B), cujas informações são enviadas para os gestores municipais, se em gestão plena, ou os gestores estaduais, naqueles municípios que ainda não conquistaram a gestão plena do setor de saúde (BRASIL, 2014c, 2015e). A AIH é o instrumento de registro digital utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria. O Laudo para Solicitação de AIH é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar, cuja confecção é de responsabilidade dos gestores municipais, determinada pela Portaria GM/MS n.º 1.011/2014 (BRASIL, 2014e), que também estabelece os dados mínimos que devem estar presentes no referido Laudo.

Entretanto, a oferta de leitos para internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não acontece em todos os municípios. Na Bahia, o SUS dispõe de 4.122 leitos pediátricos distribuídos em 345 municípios, de modo que a capital do Estado e os municípios mais desenvolvidos e populosos detêm a maior parte desses leitos. Por conseguinte, as crianças dos outros 72 municípios, quando necessitam de internamento, recorrem à rede hospitalar dos municípios vizinhos, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

SIH/SUS possibilita a qualificação das informações em saúde a partir do registro das internações no âmbito do SUS, além de reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), compatibilizados no processamento desse Sistema (BRASIL, 2014c).

Quanto ao fluxo para internação dos usuários do SUS, no que se refere aos procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta ou atendimento na rede de saúde no âmbito do SUS (estabelecimento ambulatorial público ou contratado), onde o profissional assistente (médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra) emite, obrigatoriamente, o Laudo para Solicitação de AIH. Nos procedimentos de urgência, o fluxo se inicia com o atendimento no estabelecimento público ou contratado onde o usuário se encontra, sendo esse acesso realizado por demanda espontânea, encaminhamento por outro estabelecimento de saúde ou regulado.

Considerando que o SIH/SUS não dispunha de mecanismos de correlação entre a natureza do agravo e a causa externa que motivou a sua etiologia, o Ministério da Saúde, pela Portaria GM/MS nº 142 / 1997, determinou que o preenchimento dos campos referentes ao caráter da internação, diagnóstico principal e diagnóstico secundário das Autorizações de Internações Hospitalares, a serem processadas pelo SUS, quando se tratarem de internações motivadas por causas externas, deverão conter no campo diagnóstico principal o código referente à natureza da lesão provocada pela causa externa que motivou a internação, relacionada no capítulo XIX da CID-10 e no diagnóstico secundário o código referente à causa externa que motivou a internação conforme o capítulo XX da CID-10. (BRASIL, 1997, 2014c, 2014e)

De acordo com Tomimatsu e outros (2009), apesar de não ser universal, pois abrange somente as internações pagas pelo SUS, o SIH-SUS apresenta vantagens, como coleta rotineira em um grande número de hospitais, dados disponibilizados ao público em pouco tempo, além de dispor de informações epidemiológicas importantes, que permitem análises da situação de morbidade hospitalar, auxiliando também a avaliação de serviços.

Entretanto, outros autores apontam que a análise epidemiológica das hospitalizações por causa externas representa um grande desafio à saúde pública, pois, além de o principal objetivo do SIH/SUS consistir na remuneração das internações realizadas nos hospitais públicos e privados conveniados com o SUS e, por conseguinte, não oferecer subsídios à vigilância epidemiológica, o preenchimento inadequado dos prontuários, das autorizações para internações hospitalares e da codificação dos diagnósticos da internação dificultam a coleta de informações mais precisas sobre violências contra crianças. Dessa forma, destaca-se a possibilidade de subnotificação dos diagnósticos secundários ou das causas externas das hospitalizações, que podem ser classificados como eventos de intenção indeterminada, causa não externa, ou causa externa diversa da verdadeira, dificultando o conhecimento do real perfil de internações (MATHIAS et al., 2014).

Souza e colaboradores (2014) ponderam que, apesar de o SIH e do SIM registrarem os casos de violência que têm como desfecho a internação hospitalar ou o óbito, respectivamente, os casos que tiveram como consequências lesões de menor porte não são captados por esses sistemas, embora as lesões de maior gravidade sejam responsáveis por grande demanda nos estabelecimentos hospitalares públicos.

4.4.2.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

O Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) foi implantado no país de forma gradual, a partir de 1993. No entanto, essa implantação foi realizada de forma heterogênea nas unidades federadas e municípios, não havendo, a princípio, uma coordenação e um acompanhamento por parte dos gestores de saúde, nas três esferas de governo. No entanto, em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) retomou esse processo e constituiu uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional. A partir de 1998, o uso do SINAN foi regulamentado, tornando obrigatória a alimentação rotineira da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal, tendo o Ministério da Saúde como o gestor federal do Sistema. O SINAN é alimentado pelos dados registrados pelos profissionais de saúde na Ficha Individual de Notificação e Investigação, documento de entrada do sistema, cujo conteúdo é específico para cada agravo. A notificação e investigação são obrigatórias para os casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde importantes em suas regiões e adotarem os mesmos procedimentos preconizados pela vigilância epidemiológica. Dessa forma, a utilização efetiva desse Sistema permite a realização do diagnóstico dinâmico

da ocorrência de eventos de saúde na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Adicionalmente, seu uso sistemático e de forma descentralizada, permite que os profissionais de saúde contribuam no monitoramento da situação de saúde de um determinado território. Nesse sentido, a utilização do SINAN, em conjunto com os demais Sistemas de Informação em Saúde, torna-se uma importante ferramenta para facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde (BRASIL, 2007, 2014d; LAGUARDIA et al., 2004).

Apesar de alguns estados realizarem a notificação de casos de violência doméstica, sexual e (ou) outras violências no SINAN, desde o ano 2006, a notificação foi implantada oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita ou comprovação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às leis 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 10.778/2003 (Lei que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher) e 10.741/2003 (Estatuto do Idoso). Com essa incorporação, segundo Waiselfisz (2012) e Assis (2012), vem sendo possível dimensionar a magnitude da violência no país, planejar os investimentos nos núcleos de vigilância de agravos e nos serviços de assistência, além de possibilitar a garantia dos direitos de crianças e subsidiar pesquisas e ajustes na rede de proteção.

Ainda em atendimento ao Estatuto da Criança e do Adolescente, o Ministério da Saúde determina que, em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade).

Como todo sistema de informação, as atualizações periódicas do SINAN são necessárias com vistas ao monitoramento da ocorrência de casos de doenças de notificação compulsória. Assim, a versão 5.0 do Sistema foi disponibilizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde no mês de outubro de 2014, apresentando algumas alterações, entre as quais algumas relacionadas à ficha de registro de dados, que recebeu a denominação de "Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada" em substituição ao título "Ficha de notificação / investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências", anteriormente utilizado. Dessa forma, as alterações na ficha buscaram atender ao

disposto na Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), ampliando o objeto da notificação. Além disso, foram retirados alguns campos que eram subutilizados ou não geravam informações para a ação e mantidos os campos de maior relevância para a vigilância de violências e produção de informações epidemiológicas com vistas à intervenção, seja individual ou coletiva, e que contribuam para a formulação de políticas públicas de prevenção, atenção, promoção da saúde e da cultura de paz (BRASIL, 2014a).

Por outro lado, para os profissionais da área da saúde, o dever de notificar os casos de violência constitui-se em uma obrigação legal, cujo não cumprimento é passível de aplicação de penalidade (ISHIDA, 2003). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) determina que, em se tratando da notificação de caso de suspeita de violência contra a criança, uma das vias do referido instrumento de notificação deve ser encaminhada aos Conselhos Tutelares e (ou) autoridades competentes (Ministério Público, Justiça da Infância e Juventude do município, Defensoria Pública, ou similar).

Nos 417 municípios do Estado da Bahia, o fluxo das informações sobre as notificações dos casos de violência contra crianças, a partir do atendimento pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde até a disponibilização da informação no SINAN, segue as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Assim, seguindo o fluxo das informações de morbidade por violência, os dados das fichas de notificação e investigação de violência interpessoal ou autoprovocada são inseridos no Sistema pelas unidades notificadoras, nos municípios maiores, ou pelos profissionais das secretarias municipais, nos municípios de menor porte. Em seguida, o setor de vigilância epidemiológica do âmbito municipal realiza a crítica das fichas ou dos registros digitados e, semanalmente, encaminha os lotes com todas as notificações registradas no SINAN, inclusive de violências, para o núcleo regional, sendo esse último responsável pela transmissão dos bancos dos municípios para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), utilizando o SINAN-net, versão não on-line do Sistema. Da mesma forma, a SESAB encaminha o banco estadual para o Ministério da Saúde.

Ainda no que diz respeito à notificação, a Portaria GM/MS nº 1.271/14 institui a periodicidade semanal para a notificação dos casos de violência identificados pelos estabelecimentos de saúde às Secretarias Municipais de Saúde, com exceção da violência sexual, que passou a ser de notificação imediata no âmbito municipal, devendo ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento à vítima, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014b).

Segundo Abath e colaboradores (2014), uma notificação de violência registrada no SINAN está duplicada quando um mesmo episódio de violência foi notificado mais de uma vez. De acordo com o Manual de Normas e Rotinas do SINAN (BRASIL, 2007), um banco de dados de um determinado agravo que apresenta registros duplicados pode distorcer os resultados de indicadores calculados a partir desses dados.

4.4.3 Qualidade das informações sobre a violência praticada contra a criança, disponibilizadas pelo setor saúde

De acordo com Branco (1996), durante muito tempo, no Brasil, a coleta, análise e diagnóstico da situação de saúde era tarefa dos estados e da União, sem a participação direta do âmbito municipal. A Lei Federal nº 8.080, de 11 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, previu que tais atribuições passassem a ser comuns à União, estados e municípios. Juridicamente, a partir daí os municípios assumiriam um papel mais amplo na produção, organização e coordenação das informações em saúde do seu território.

Para Bchir e outros (2006), com o passar dos anos, observou-se um maior interesse na melhoria da qualidade das estatísticas que originariam as informações em saúde, impulsionado pelos investimentos de organismos internacionais que, em contrapartida, exigiam medidas eficientes de monitoramento e avaliação das ações, para uma efetiva prestação de contas e, conseqüentemente, a continuidade dos financiamentos, prevendo que uma parte desses recursos deveria ser investida em prol da modernização dos sistemas de informação em saúde utilizados pelos governos nas três esferas.

Entretanto, a disponibilidade e a qualidade das informações de saúde nos países em desenvolvimento, muitas vezes, não são adequadas para prestar informação das políticas de saúde que sejam de interesse mundial. Agências internacionais, como a OMS, o UNICEF, o Banco Mundial, o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, por exemplo, usam as estatísticas de saúde para sustentar o apoio político e financeiro dos seus parceiros para assegurar investimentos nos programas de todo o mundo. Atualmente, nos países em desenvolvimento, pesquisas domiciliares estão sendo frequentemente realizadas e têm se tornado a principal fonte de informações sobre o estado de saúde da população, fatores de risco e cobertura de serviços. Entretanto, menor progresso está existindo na melhoria da qualidade das informações oriundas dos sistemas de registros civis, como os sistemas que informam sobre mortalidade, e, mais especificamente, sobre as causas de morte (BCHIR et al., 2006; BOERMA; STANSFIELD, 2007).

Para que um sistema forneça informações que possibilitem, ao longo do tempo, comparações entre regiões, estados ou países, é necessário, prioritariamente, que as equipes de saúde sejam treinadas, inclusive, quanto a noções de estatística e epidemiologia, para que estejam devidamente capacitadas para analisar e interpretar as informações produzidas. Assim, segundo o *The Lancet* (2005), com o propósito de ajudar os países em desenvolvimento a criarem sistemas de informações eficazes, a Organização Mundial da Saúde, a Fundação Bill e Melinda Gates, além de outras organizações internacionais firmaram uma parceria com o objetivo de proporcionar apoio técnico e financeiro para que esses países desenvolvam sistemas de informação em saúde capazes de identificar e acompanhar as tendências de morbidade, além de outros indicadores de saúde. Para Boerma e Stansfield (2007), esse tipo de incentivo é muito importante, pois, de outra forma, os países continuarão com bases de informações não confiáveis e, conseqüentemente, tomando decisões ruins.

No ano de 2014, Parks e colaboradores salientaram que dados precisos, oportunos e abrangentes de vigilância podem ser usados para monitorar ocorrências relacionadas com violência fatal e auxiliar a saúde e a segurança pública no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas para redução e prevenção de óbitos e lesões decorrentes da violência em âmbito local, regional e nacional.

Estudos indicam que um terço dos países do mundo concentra a maioria dos casos de óbitos de crianças menores de cinco anos e quase nenhum deles possui sistemas de registros completos e capazes de fornecer estimativas precisas e confiáveis sobre as causas dos óbitos em crianças (THE LANCET, 2005). Dessa forma, mesmo se considerando que as ocorrências de causas externas, na sua maioria, não são fatais, torna-se imprescindível que os sistemas de informação em saúde, tanto aqueles que disponibilizam dados de mortalidade quanto de morbidade, sejam de boa qualidade e constantemente aperfeiçoados, para que a realidade relacionada à violência seja retratada de forma cada vez mais fiel (MATHIAS et al., 2014).

Segundo declaração do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), em documento que instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência, o país não possui sistemas de informações epidemiológicas relacionados aos atendimentos ambulatoriais que contemplem estudos mais apurados relativos aos atendimentos de vítimas de violências.

Martins e Mello-Jorge (2009), corroborados por Assis e colaboradores (2012), destacam que a carência de informações e a relativa inconsistência de dados relativos à violência praticada contra a criança prejudicam a real dimensão do evento. Estudos nacionais e internacionais apontam para a importância da qualidade das informações prestadas pelos

profissionais. Dessa forma, torna-se essencial o treinamento adequado e contínuo dos recursos humanos envolvidos com a notificação da violência contra menores.

Daniel, Macadar e Pereira (2013) ainda acrescentam que, mesmo existindo a normatização do Ministério da Saúde, o acompanhamento da qualidade dos dados presentes nos sistemas de informação geridos pelo DATASUS não segue um padrão regular de avaliação. As informações sobre a violência, independentemente do gênero e da faixa etária, encontram-se diluídas em bancos de dados concebidos com finalidades distintas. Enquanto os bancos de mortalidade, constitutivamente, são de base populacional e se destinam a fins epidemiológicos, aqueles que concentram informações do perfil de morbidade hospitalar são idealizados, a princípio, para fins administrativos de pagamento dos internamentos de uma parcela da população atendida pelo Sistema Único de Saúde. Geralmente esses sistemas possuem, armazenados nos seus bancos de dados, os casos mais graves da violência, subestimando-se a sua verdadeira dimensão, já que nem toda agressão provoca lesão física e, quando provocada, às vezes, não necessita de cuidados profissionais ou internação. Porém esses sistemas, mesmo que parcialmente, demonstram a problemática da violência contra a criança no país (OKABE; FONSECA, 2009).

A literatura internacional aponta para a existência de uma lacuna entre as ocorrências de maus-tratos e os registros dos órgãos oficiais de informações. Relatórios de países que realizaram inquéritos domiciliares sugerem uma diferença de dez vezes para maior entre a realidade e os registros das informações, embora a diferença possa variar entre os países (WHO, 2013).

Para Abath e colaboradores (2014), outro ponto que merece atenção é a qualidade da informação das notificações que subsidiam a identificação de pontos prioritários a serem tratados pelas políticas de saúde. Um dos elementos indispensáveis para a garantia da qualidade das informações em saúde é a completude – grau de preenchimento da variável analisada, mensurado pela proporção de notificações com variável preenchida com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado –, posto que as variáveis não preenchidas ou preenchidas com a opção “ignorado”, nos instrumentos de registros de dados, originam informações consideradas incompletas. Dessa forma, diversas pesquisas citam exemplos nos quais variáveis como “cor de pele da criança”, “possível autor da violência”, “local da violência” e “encaminhamentos institucionais”, presentes na Ficha Individual de Notificação e Investigação do SINAN, apresentam elevado nível de ausência de registros. Essa falta de informações prejudica o conhecimento mais detalhado do fenômeno, interferindo nas ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde. Ainda de referência ao

SINAN, observa-se que o elevado número de informações nas notificações de casos de negligência deve ser analisado com cautela, pois, eventualmente, pode incluir situações inerentes à condição de pobreza, incorretamente classificadas como constatação de negligência (ASSIS et al., 2012).

Os dados de violência contra a criança que levam a consequências não fatais são coletados de fontes variadas, incluindo as estatísticas oficiais. No entanto, essas fontes diferem no que diz respeito à forma como descrevem o problema, na medida em que utilizam variáveis nem sempre equivalentes ou coincidentes. As diferentes interpretações dadas pela justiça, embasada nas diferenças existentes na legislação de cada país, dificulta a análise e o desdobramento de casos de violência que, muitas vezes com características semelhantes, são analisados de forma diferente (WHO, 2002).

4.4.3.1 Importância da notificação para a qualidade dos registros de violência contra a criança

Luna, Ferreira e Vieira (2010) definem a notificação de maus-tratos contra a criança como uma informação emitida pelo setor saúde, outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança vítima de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atividades violentas no meio familiar e por parte de qualquer agressor. Para os serviços de saúde, o registro tem o objetivo de gerar o perfil do problema e da demanda, contribuindo para o planejamento adequado e o fortalecimento da rede em favor do melhor atendimento.

Para o setor de saúde, a notificação de violências contra crianças é considerada um indicador do melhor monitoramento da violência e uma das estratégias primordiais do Governo para a articulação de políticas de saúde. Entretanto, para que isso ocorra, os dados registrados necessitam apresentar qualidade satisfatória (ARPINI et al., 2008; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; SALIBA et al., 2007; VELOSO et al., 2013).

Todavia, segundo Day e outros (2003), os casos de violência registrados em todo o país – em delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico-legais – são apenas um alerta, pois não revelam a verdadeira dimensão do problema. O número de casos não notificados será maior ou menor conforme seja mais ou menos amplo o “compêndio de silêncio” de que muitas vezes participam profissionais, vizinhos, parentes, familiares e até a própria vítima.

Para Franzin e outros (2014), as estatísticas existentes, produzidas com base nos números oficiais, giram em torno de 10% a 30% do total de casos, mesmo em países em que

notificar é uma ação para a qual o cidadão está sensibilizado. No Brasil, embora a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica seja obrigatória, as ocorrências têm sido subnotificadas, revelando ausência de dados consistentes.

Primeiramente, segundo Assis e colaboradores (2012), vale destacar que o número de notificações entre menores de 10 anos é baixo (16,9%) e inferior à realidade esperada, especialmente se for considerada a fragilidade física e emocional desse grupo, o seu maior acesso ao serviço de saúde e a obrigatoriedade da notificação preconizada pelo ECA. Estudo realizado no ano de 2010 com o objetivo de avaliar a distribuição das notificações de violências em menores de 10 anos de idade, segundo unidades da federação, mostrou que o Estado da Bahia tem uma das mais baixas taxas de notificação de violências e apenas 11 municípios baianos possuíam o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado no período investigado (SOUZA et al., 2014).

Dessa forma, para Ramos e Silva (2011), a subnotificação é uma realidade presente no país, cujos motivos vão desde o desconhecimento por parte dos profissionais do dever de notificar até as dificuldades em praticá-la na sua rotina de atendimento, o que dificulta o conhecimento do perfil epidemiológico desse tipo de violência.

Diferentemente da situação apresentada na maioria dos países, na Austrália, a notificação da violência contra a criança e o adolescente vem apontando tendência de crescimento, além da melhoria na qualidade dos registros nos últimos anos. O *Australian Institute of Health and Welfare* mostrou que, entre os anos 2005 e 2006, ocorreram 266.745 notificações de casos suspeitos de abuso e negligência contra esse grupo, correspondendo a mais do dobro de casos notificados entre 2000 e 2001 (ASSIS et al., 2012).

4.4.4 A interoperabilidade

A coleta de dados de rotina sobre maus-tratos a crianças em bancos de base populacional deve ser baseada em critérios padronizados, para que as categorias utilizadas sejam uniformes e os conjuntos de dados possam ser efetivamente comparados entre os diversos setores que monitoram o evento violência. Para uma vigilância eficaz, a padronização dos casos que serão definidos como violência deve ser claramente acordada entre os diferentes setores envolvidos na coleta de dados. Porém, para a *World Health Organization* (2006), é provável que essa padronização e essa uniformização levem tempo para concretização, pois se carece de uma abordagem cuidadosa, já que essas definições de casos de violência, invariavelmente, acarretam em alguns falso-negativos ou falso-positivos, sendo importante a criação de categorias de classificação que ajudarão a reduzir o número de

casos falsos incluídos como verdadeiros, assim como garantir que um número mínimo de casos verdadeiros seja desperdiçado.

No tocante à informação, a carência de conhecimentos em torno dos eventos violentos na área da saúde está intrinsecamente ligada aos inúmeros problemas com os dados existentes nos sistemas de registros vigentes nos países, que não se comunicam nem seguem a mesma metodologia. O Comitê Técnico-Científico do Ministério de Saúde para prevenção de acidentes e violências identificou que o Sistema de Informação Hospitalar de Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Boletim de Ocorrência Policial (BO), a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), e o Boletim do Departamento Nacional de Estradas e Rodagem (DNER) são as principais fontes de informações a serem tratadas e articuladas, sendo que as três primeiras estariam relacionados ao grupo de crianças vítimas de violência (MINAYO; SOUZA, 1999).

Entretanto, para Dahlberg e Krug (2007), associar dados de várias fontes é um dos problemas mais complexos na pesquisa sobre violência, pois esses dados são originados de uma variedade de instituições que agem independentemente entre si. Assim, dados obtidos por intermédio de profissionais médicos, por exemplo, geralmente não podem ser unidos a dados que tiveram a polícia como fonte. Por outro lado, há total falta de uniformidade no modo como os dados são reunidos, o que torna mais difícil a comparação entre eles.

Desse modo, seria benéfico ter um sistema que pudesse concentrar os dados de todas as crianças vítimas de violências, para que elas pudessem ser protegidas e acompanhadas de perto pelas autoridades e órgãos de proteção (AL-HABSI et al., 2009).

De acordo com Daniel, Macadar e Pereira (2013), a interoperabilidade de dados consiste na habilidade de dois ou mais sistemas inter-relacionarem seus dados, de acordo com um padrão definido e em busca de resultados esperados. Portanto, a interoperabilidade de tecnologias, processos, informações e dados é condição vital para o provimento de serviços de qualidade, tornando-se prioridade para os governos em todo o mundo. Esses mesmos autores acrescentam que a possibilidade de integrar os sistemas é um sonho antigo dos gestores em saúde, já que essa interação entre informações oportunizaria análises mais completas e integradas sobre a situação de saúde da população, além de permitir a racionalização da aplicação de recursos destinados à manutenção e modernização das tecnologias de informação utilizadas nos atuais sistemas de informação geridas pelo DATASUS.

No ano de 2011, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.073, que regula os padrões de interoperabilidade e informação em saúde para os sistemas de informação no âmbito do SUS. Porém, apesar da instituição dessa Portaria, os sistemas de informações utilizados pelo

Ministério da Saúde ainda permanecem na mesma lógica de funcionamento (BRASIL, 2011a).

4.4.5 Codificação das violências segundo critérios universais

A décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) é uma publicação conjunta das duas mais importantes instituições internacionais que tratam dos temas relacionados à Saúde – a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) –, cujo objetivo é fornecer códigos relativos às categorias de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para lesões ou outros eventos de saúde. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código. Uma das alterações dessa edição da CID, em relação ao documento anterior, diz respeito às causas externas de morbidade e de mortalidade que, enquanto nas revisões anteriores, se constituía em uma classificação suplementar, na sua décima edição elas estão elencadas no capítulo XX (códigos V01 a Y98), possibilitando a classificação de ocorrências e circunstâncias ambientais como a causa de lesões, envenenamento e outros efeitos adversos. Quando se utiliza um código deste capítulo, pretende-se que ele seja um código adicional a outro código pertencente a outro capítulo da Classificação que está indicando a natureza da lesão. Na maioria das vezes, a natureza da lesão está classificada no Capítulo XIX, Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (códigos S00 a T98). As causas de morte deveriam, de preferência, ser tabuladas segundo os códigos de ambos os capítulos – Capítulo XIX e Capítulo XX –, mas, se somente um código for utilizado para a tabulação, então o código do capítulo de causas externas (Capítulo XX) deverá ser o preferido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

A CID-10 permite dupla classificação dos diagnósticos em três situações, entre as quais se destaca a codificação de uma causa externa de morbidade ou mortalidade, que pode ser classificada no capítulo XIX (Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas) ou no capítulo XX (Causas Externas de Morbidade e Mortalidade). Sobre essa mesma abordagem, existe orientação do Ministério da Saúde indicando que, para causas externas, o diagnóstico principal deve ser codificado de acordo com o Capítulo XIX, e o diagnóstico secundário pelo Capítulo XX (BRASIL, 2008).

Considerando que o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) não dispunha de mecanismos de correlação entre a natureza do agravo e a causa externa que motivou sua etiologia, o Ministério da Saúde, pela Portaria GM/MS nº 142, de 13 de

novembro de 1997, determinou que, a partir de 1º de janeiro de 1998, o preenchimento dos campos referentes ao caráter da internação, diagnóstico principal e diagnóstico secundário das Autorizações de Internações Hospitalares, a serem processadas pelo SUS, quando se tratar de internações motivadas por causas externas, deverá contemplar, no campo *diagnóstico principal*, o código do Capítulo XIX da CID-10, referente à causa externa que motivou a internação (natureza da lesão) e, no campo *diagnóstico secundário*, o código do Capítulo XX, referente à circunstância da lesão (BRASIL, 1997).

Mesmo assim, Minayo e Souza (1999) consideram a categoria “causas externas” da CID-10 pouco rigorosa e muito abrangente. Além disso, a complexidade das manifestações da violência não permite uma classificação muito precisa e, ao mesmo tempo, compreensível, já que está em jogo um número excessivo de eventos e processos, incluindo acidentes, suicídios, homicídios, lesões intencionalmente infligidas por terceiros, lesões autoinfligidas diversas de suicídios, além das subdivisões relativas a esses eventos. Assim, no intuito de identificar o maior número possível de casos de violência contra as crianças e evitar estatísticas subestimadas sobre esse fenômeno, concebe-se que todos os eventos relacionados à infância, codificados no Capítulo XIX da CID-10 como T74 – síndromes de maus-tratos –, ou no Capítulo XX como X85 a Y09 – Agressões –, são caracterizados como atos de violência contra a criança.

Entretanto, a literatura admite a existência de significativos erros de codificação das causas de morte em crianças, pois muitos óbitos ocorridos nesse grupo não são investigados e (ou) os exames *post mortem* não são realizados, o que torna difícil estabelecer o número preciso de óbitos de crianças vitimadas pela violência em todos os países. Sobre esse aspecto, um estudo realizado nos Estados Unidos apontou um grande percentual de óbitos de crianças vítimas de homicídios que foram codificados como morte súbita ou acidental (WHO, 2002).

Outrossim, ainda com referência às informações sobre óbitos de crianças em decorrência da violência, o Capítulo XX (Causas Externas de Morbidade e da Mortalidade) da CID-10 contém duas categorias que devem ser utilizadas para classificar os óbitos cuja causa básica é maus-tratos (Y06 a Y07.9). Entretanto, em algumas situações, a investigação não é realizada de forma bastante cautelosa, e, em consequência, a causa do óbito da criança é confundida com as demais agressões (X85 a Y05; Y08 a Y09). Com vistas a esse propósito, é necessário que, durante a investigação, fique caracterizado que houve uma ação continuada de maus-tratos até a morte. Na situação em que não se puder confirmar o caráter contínuo da ação, o óbito será, então, codificado como “agressão” (BRASIL, 2013).

Sobre a vigilância dos casos não fatais de violência, a literatura revela que a equipe hospitalar responsável pelo atendimento da criança, muitas vezes registra outra causa para a lesão, diversa da síndrome de maus-tratos. Na Europa, várias abordagens estão sendo propostas com o intuito de melhorar a codificação dos casos de maus-tratos, incluindo protocolos com foco em lesões de alto risco (WHO, 2013).

Para o registro da notificação interpessoal ou autoprovocada, no SINAN, utiliza-se o código genérico Y09 – agressão por meio não especificado – da CID-10, visto que a ficha de notificação desse agravo é única para os mais variados atos de violências. Por esse motivo, a análise das notificações desse agravo, no SINAN, não é realizada segundo a categoria da CID-10, mas sim por sua tipologia, a saber: intrafamiliar ou doméstica, extrafamiliar ou comunitária, autoprovocada, institucional. De acordo com a natureza da violência: física, negligência ou abandono, sexual, psicológica ou moral, dentre outras (BRASIL, 2014d).

Segundo a *World Health Organization* (2013), a literatura revela que a equipe hospitalar responsável pelo atendimento da criança, muitas vezes, registra outra causa para a lesão, diversa da síndrome de maus-tratos. Dessa forma, na perspectiva de provocar mudanças nessa realidade, várias abordagens vêm sendo propostas em países da Europa, com o intuito de melhorar a codificação dos casos de maus-tratos, incluindo protocolos com foco em lesões de alto risco.

4.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

Para evitar o abuso de crianças, é necessário adotar políticas e programas que abordem tanto os fatores de risco quanto os fatores de proteção (WHO, 2006, p. 4).

4.5.1 Fatores de risco

De acordo com a *World Health Organization* (2006), nenhum fator, por si só, pode explicar os motivos pelos quais alguns indivíduos apresentam comportamento violento em relação a crianças, ou porque os maus-tratos parecem ser mais frequentes em determinadas comunidades. Tal como acontece com outras formas de violência, os maus-tratos devem ser entendidos a partir da análise da interação de diversos fatores, devido ao seu caráter complexo e multifatorial – um entendimento que é vital para lidar eficazmente com o problema.

A literatura indica que os fatores associados ao aumento do risco de crianças se tornarem vítimas de algum tipo de violência podem ser de ordem individual, comunitário ou social.

No conjunto dos fatores individuais, alguns podem estar relacionados aos pais, responsáveis ou cuidadores. Entre eles, destacam-se: dificuldade de vínculo com a criança recém-nascida, como resultado, por exemplo, de uma gravidez difícil, complicações no parto ou decepção com o bebê; violência sofrida quando criança; vivência de problemas no casamento; existência de parceiro íntimo que não é pai biológico ou mãe biológica; resposta a mau comportamento, percebido com ação inadequado, excessiva ou violenta; utilização do castigo físico como forma de disciplinar a criança; existência de problemas de saúde física ou mental; falta de autocontrole frente a aborrecimento ou raiva; abuso de álcool ou de drogas, inclusive durante a gravidez, afetando a capacidade de cuidar da criança; envolvimento em atividade criminosa; isolamento social, sentimentos depressivos ou baixa autoestima; competências parentais pobres, como resultado de pouca idade ou de falta de educação; dificuldades financeiras. Outros fatores podem estar vinculados à criança: existência indesejada; não cumprimento das expectativas dos pais em termos, por exemplo, do seu sexo, aparência ou temperamento; nascimento prematuro; deficiência física ou mental; doença crônica; choro persistente e não facilmente consolado; presença de traços de personalidade ou temperamento percebidos como problemáticos (como hiperatividade ou impulsividade); exposição a episódios de violência entre membros da família ou contra animais de estimação; exposição a comportamento criminoso dos pais (FRANZIN et al., 2013; TOON et al., 2011; WHO, 2006).

Fatores comunitários – como tolerância da violência e desigualdade social na comunidade, habitação inadequada, ausência de serviços de apoio às famílias ou de programas dentro das instituições que compõem a rede de proteção à criança na comunidade, altas taxas de desemprego, pobreza, níveis prejudiciais de chumbo ou outras toxinas no meio ambiente, bairros transitórios, fácil acesso ao álcool ou drogas ilícitas – são apontados por alguns pesquisadores como predisponentes da violência contra a criança (WHO, 2006).

Segundo Franzin e colaboradores (2013), existem políticas que conduzem a condições precárias de vida, o que se reflete na saúde, na educação, na segurança ou na desigualdade socioeconômica e instabilidade social. Há ainda normas sociais e culturais que promovem a violência interpessoal, como a adoção de castigos físicos, a aceitação de rígidos papéis de gênero para homens e mulheres, além da existência de pornografia infantil, prostituição

infantil e trabalho infantil. São esses os principais elementos sociais ou comunitários apontados como fatores de risco para a violência infantil.

Segundo estudos coordenados pelo Ministério da Saúde, não há diferença na incidência de violência entre estratos sociais e etnia. Pelo contrário, os grupos apresentam percentuais similares na maioria dos casos; o que se modifica é a forma de manifestar a agressão, que costuma ser diferenciada segundo a classe social (BRASIL, 2006). Outro estudo brasileiro mostrou que pertencer à classe social menos favorecida não aumenta o risco de a criança ser vítima da violência, embora, ainda segundo a mesma pesquisa, se observe uma aparente distorção, pois a mídia costuma noticiar, com maior frequência, os casos que envolvem famílias pertencentes às classes mais pobres (C, D e E), enquanto que, nas classes A e B, as ocorrências aparentam ter a divulgação censurada, visto que apenas são registrados e (ou) divulgados casos de gravidade extrema, ou quando seguidos de morte, os quais não puderam contar com o “silêncio” da imprensa oral, escrita e televisiva (EISELE; CAMPOS, 2005).

4.5.2 Fatores de proteção

Da mesma forma que existem fatores que aumentam a susceptibilidade das crianças e famílias para maus-tratos na infância, a *World Health Organization* (2006) revelou fatores que podem oferecer um efeito protetor. Infelizmente, tem havido poucas pesquisas sistemáticas sobre esses fatores de proteção, e eles não são bem compreendidos. Os dados até agora têm se concentrado, principalmente, nos fatores de resiliência, ou seja, fatores que diminuem o impacto da violência contra as crianças vitimadas, tais como: reconhecimento da criança como membro da família, com direito a cuidado e proteção por parte dos adultos não envolvidos diretamente com a violência; altos níveis de cuidado paterno durante a infância; relação calorosa e solidária com um dos pais não ofensor; falta de estresse relacionado ao abuso, por parte da criança. Apesar da escassez de informações sobre os fatores que protegem as famílias e as crianças contra novas ocorrências de maus-tratos, alguns estudos têm mostrado que viver em comunidades com forte coesão social tem um efeito protetor e pode reduzir o risco de violências, mesmo quando outros fatores de risco familiar estão presentes.

4.5.3 Estatísticas de morbidade

A literatura demonstra que apenas uma pequena proporção de casos de maus-tratos é reportada às autoridades, mesmo nos países onde a legislação torna isso obrigatório (WHO, 2002).

A morbidade por violência é difícil de ser mesurada, pela escassez de dados, pela imprecisão das informações geradas através dos boletins de ocorrências policiais, pela pouca visibilidade de determinados tipos de agravos ou pela multiplicidade de fatores que envolvem os atos violentos (MINAYO; SOUZA, 1997, 1999).

4.5.3.1 Panorama mundial

A *World Health Organization* (2002, 2006) reconhece que a violência está crescendo de forma assustadora em todo o mundo, e que mulheres e crianças são as principais vítimas. A faixa etária de 0 a 4 anos é quase cinco vezes mais exposta à violência do que as crianças de 5 a 14 anos de idade.

Segundo Costa e colaboradores (2007), pesquisas demonstram que a violência familiar aumentou a partir da década de 90, sendo que os índices, nos Estados Unidos, são maiores do que os registrados no Canadá e na Austrália.

Dados da *World Health Organization* (2006) apontam ainda que as meninas são mais susceptíveis a serem vítimas de abuso sexual. No mundo inteiro, um a cada cinco meninos e uma a cada dez meninas são vítimas de violência sexual. Day e outros (2003) citaram que, de acordo com dados de estudos internacionais, as meninas são duas vezes mais vitimadas pela violência sexual do que os meninos.

Porém, com relação à violência física, os meninos estão em maior risco de serem abusados fisicamente, e as punições físicas contra eles são mais severas. As grandes disparidades culturais que existem entre diferentes sociedades, no que diz respeito aos valores ligados às crianças do sexo masculino e feminino, podem levar a essa diferença na proporção entre meninos e meninas. Estudos apontam que os castigos corporais são mais severamente aplicados nos meninos, porque eles apresentam comportamento mais indisciplinado do que as meninas. Além disso, esses castigos têm o intuito de prepará-los para as responsabilidades da vida adulta (WHO, 2002, 2006).

Não existe um consenso universal em relação à idade de maior vulnerabilidade ao abuso infantil. Assim, o abuso físico não fatal varia entre os países. Enquanto, na China, esse tipo de violência é mais frequente nas idades entre 3 e 6 anos, na Índia, ocorre entre os 6 e 11 anos, e nos Estados Unidos, entre 6 e 12 anos de idade. Já a violência sexual vitima mais as crianças pequenas e os pré-adolescentes no início da puberdade (WHO, 2002).

Muitas crianças são submetidas a abuso psicológico e emocional, bem como a negligência, embora a extensão desses fenômenos, em todo o mundo, seja desconhecida (BRASIL, 2002b). Em alguns países, negligência constitui a maior proporção de maus-tratos

contra a criança. E, de acordo com Day e outros (2003), as pesquisas internacionais revelam que crianças que vivem com apenas um dos pais têm um risco 80% maior de sofrerem maus-tratos e 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada.

Reading e colaboradores (2009) defendem que a violência contra a criança acontece em todas as sociedades, e evidências recentes sugerem ser mais comum em países de baixa e média renda, argumentação que difere de alguns pesquisadores do tema, que citaram a violência como um problema mais frequente entre os países de alta renda. Quanto à autoria das agressões que vitimam crianças, de acordo com as estimativas encontradas na literatura internacional, 80% dos perpetradores do abuso infantil têm idade em torno de 40 anos e 70% são do gênero masculino (BRASIL, 2002).

Na Comunidade Europeia, levantamentos estatísticos sobre a violência contra a criança estimaram que 4 a 47% delas são vítimas de abuso físico moderado a grave, 15 a 48% sofre violência psicológica, 20% das meninas e entre 5 e 10% dos meninos são vítimas de abuso sexual, sugerindo que dezenas de milhões de crianças sofrem diferentes formas de maus-tratos em toda a região europeia. Adicionalmente, inquéritos comunitários realizados em algumas regiões da Europa mostraram que 9,6% das vítimas de maus-tratos na infância continuarão sofrendo abuso e que, na vida adulta, se transformarão em agressores, o que é uma das consequências dos maus-tratos em longo prazo. Porém, em todo o continente europeu, o número de casos de crianças que sofrem maus-tratos, cuja situação continua desconhecida, provavelmente é muito mais elevado do que as estatísticas apontam, podendo vir a ser conhecido apenas através da ampliação dos inquéritos domiciliares (WHO, 2013).

Entretanto, dados já divulgados mostraram que a incidência anual de violência infantil na Europa é alta, sendo que, da totalidade das vítimas, 22,9% sofrem abuso físico, 29,1% abuso psicológico e 34,7% negligência. Quanto ao abuso sexual, 13,4% das meninas e 5,7% dos meninos já sofrem esse tipo de violência (WHO, 2013).

Análises realizadas nos bancos de morbidade hospitalar dos países da Europa apontaram que apenas doze países apresentavam dados relativamente completos e consistentes sobre os internamentos de crianças por consequências da violência física, considerando-se a faixa etária de 0 a 14 anos. Alguns países como Reino Unido, Suíça, Finlândia e Dinamarca apresentaram maiores taxas de internações, refletindo maior vulnerabilidade a esse tipo de maus-tratos contra a criança (WHO, 2013).

A Regional Europeia da *World Health Organization* (2013) citou um grande estudo epidemiológico realizado na Espanha no ano de 2001, no qual foram analisados mais de 30 mil prontuários de crianças, arquivados em órgãos de proteção a menores. Do total de casos

denunciados na instituição, 10 mil casos foram comprovados, originando uma taxa de incidência de 7,2 casos de violência a cada 10 mil crianças. Segundo a tipologia, a maioria das crianças foram vítimas de negligência seguida das violências física e sexual. Outra pesquisa realizada nesse mesmo país europeu, no ano de 2007, entrevistou 94 crianças e adolescentes entre 8 e 17 anos, com o objetivo de identificar vítimas de maus-tratos. Cerca de 4% dos respondentes relataram ter sofrido algum tipo de violência, dos quais, 30% afirmaram terem sido expostos a mais de um tipo de abuso. Esse estudo também revelou que os principais autores foram os pais biológicos, e que 75% deles tentaram justificar os atos de violência dizendo terem sido provocados pelos filhos e, por isso, a atitude foi merecida.

Em outro estudo realizado na Espanha, entre os anos de 2000 e 2003, dessa vez na província de Castellón, psicólogos peritos avaliaram 38 crianças com idades entre 3 e 10 anos de idade e 23 adolescentes entre 12 e 18 anos, todos com suspeita de terem sido vítimas de abuso sexual. O objetivo do estudo foi analisar as diferenças que podem existir entre os casos em que os diagnósticos de abuso sexual foram confirmados, quando comparados aos casos nos quais o abuso sexual não foi confirmado. Nessa investigação, os peritos concluíram que as crianças avaliadas apresentaram vários problemas que, necessariamente, não derivavam da existência do abuso sexual, o que dificultou a realização de um diagnóstico sobre a presença ou não do abuso. Porém, no grupo que sofreu abuso sexual, foi detectada a maior presença de conflitos familiares e pensamentos negativos em relação à vida e ao futuro do que no outro grupo de crianças e adolescentes que não foram vítimas de abuso sexual (PONS-SALVADOR et al., 2006).

Estudos sobre a violência contra a criança revelam que, na Grã-Bretanha, anualmente, pelo menos uma em cada 1000 crianças com menos de 4 anos de idade sofre violência física grave (AL-HABSI, et al., 2009).

Hjerna e Bremberg (2002) descreveram uma pesquisa realizada na Suécia, que analisou as principais causas de lesões em crianças, adolescentes e jovens com idades entre 5 e 25 anos, demonstrando importante contribuição das condições sociais para a ocorrência de lesões acidentais ou intencionais, principalmente em crianças.

Na Romênia 4,6% das crianças sofrem abuso físico com sequelas graves a cada ano, e 50% pais batem em seus filhos (WHO, 2002).

Em 2008, foi realizada uma pesquisa sobre a aplicação de castigos corporais em crianças em três cidades da Rússia, Izheusk, Ssmara e Saratov. Como resultado, os pesquisadores perceberam que mais de 50% dos entrevistados pensavam que esse tipo de punição era permitido no país e que 64% das mulheres e 37% dos homens batiam em seus

filhos, pois, para eles, a punição física é um método de educação. Outro dado extraído do estudo é que, nas famílias incompletas – geralmente onde só a mãe sustenta a família –, ou nas famílias com composição especial (presença de padrasto ou madrasta), a violência física contra a criança é mais frequente (IARSKAIA-SMIRNOVA; ROMANOVA; ANTONOVA, 2008).

Dados oriundos do continente asiático, relatados por Benbenishty e outros (2014), mostram que o Ministério da Saúde de Israel recebeu 3.535 relatos de maus-tratos contra crianças no ano de 2011, dos quais 40% eram relacionados com negligência, 31,4% com violência física, 10% com violência sexual e 10,3% com violência psicológica ou emocional. Enquanto isso, na República da Coreia, 60% das crianças são chicoteadas por seus pais.

As publicações acerca da violência contra a criança na África são escassas. Estudos na área apontam que, no Egito, 37% das crianças relataram ter sofrido abusos físicos cometidos por seus pais, enquanto, na zona rural da Etiópia, 64% das crianças também são vítimas da violência física, tendo os pais como principais autores (WHO, 2006).

Assis e colaboradores (2012) mostram que, em países com sistemas de notificação obrigatória implantados há mais de três décadas, como os Estados Unidos, a violência física é prevalente em crianças menores de cinco anos de idade (32%), mas também há grande incidência entre as idades de 5 a 9 anos (27%) e de 10 a 14 anos (27%).

Uma pesquisa nos Estados Unidos, realizada em 1995, concluiu que 49 em cada 1000 crianças sofriam abusos físicos. Já no ano de 1999, um estudo americano analisou os registros de internações hospitalares de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade, vitimados pela violência, observando que 38,8% dessas crianças internadas sofreram violência física, 21,1% foram vítimas da Síndrome do Bebê Sacudido, 16,0% sofreram negligência por abandono, 8,9% violência sexual, 4,6% tipo de violência não especificada e 0,5% violência psicológica. 50% das crianças e adolescentes vítimas de negligência eram menores do que um ano de idade. Nos Estados Unidos, nesse mesmo ano, 826 mil crianças foram vítimas de algum tipo de violência em todo o país, representando uma taxa de vitimização de 11,8 por cada mil crianças (ROVI; CHEN; JOHNSON, 2004).

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos, entre os anos de 2002 e 2003, revelou que uma em cada 12 crianças ou adolescentes, com idades entre 2 e 17, anos foi vítima de alguma forma de violência sexual (HABIGZANG et al., 2006).

Segundo Farst e outros (2013), a vigilância dos casos de maus-tratos contra crianças nos Estados Unidos tem sido abordada por vários pesquisadores e, às vezes, os resultados apresentados são contraditórios. O *National Child Abuse and Neglect Data System*

(NCANDS) é o sistema responsável por armazenar os dados sobre crianças vítimas de abusos e negligências nos Estados Unidos, revelando um declínio no número de casos registrados desde o ano de 1990. Dois estudos americanos que utilizaram dados oficiais mostraram tanto o declínio (entre os anos 1993 e 2006) quanto o aumento (entre 1997 e 2009) do número de casos de abusos físicos vitimando crianças.

Um estudo americano analisou as informações armazenadas no banco de dados sobre alta hospitalar, gerenciado pela Agência de Investigação de Saúde e Qualidade, órgão de representação nacional (FARST et al., 2013). Foram analisadas as taxas de hospitalização decorrentes de lesões por violência física contra crianças de 0 a 3 anos de idade, do período compreendido entre 1997 e 2009. Os resultados mostram que não houve alterações significativas nas taxas de internações por lesões decorrentes da violência nessas crianças entre 1997 e 2009, visto que a menor taxa de hospitalização decorrente de lesões por violência física observada no período foi de 2,1 por 10 mil crianças em 1998, e a maior taxa foi de 3,0 por 10 mil crianças em 2005. No estudo, crianças menores de um ano de idade apresentaram as maiores taxas de internação por lesões decorrentes da violência, com taxa média de 6,0 por 10 mil crianças durante todo o período do estudo.

Ao contrário de outros países da América do Norte, a maioria das pesquisas no México sobre a violência infantil é principalmente focada na violência física. Sobre a forma como o povo mexicano enfrenta a violência contra a criança, Martins e colaboradores (2013) revelaram que, quando os membros de uma família descobrem um caso de abuso sexual contra uma criança da mesma família, eles optam, na maioria das vezes, pelo silêncio, para salvaguardar a honra familiar, principalmente se o autor da violência tiver algum vínculo de parentesco. Um estudo no México mostrou que apenas 7% dos casos de violência sexual foram denunciados aos órgãos oficiais. Contrariamente, os casos de abusos sexuais, de autoria das mães ou madrastas, foram mais divulgados porque, para aquela sociedade, esse ato de violência viola o papel das mães e madrastas que deveria ser de proteção e cuidado. Por conseguinte, naquele país, 28,4% das meninas sofreram a primeira violência sexual antes dos 10 anos de idade e 40% delas entre 10 e 13 anos. Em famílias sem um dos pais ou em que um dos pais biológicos foi substituído por outra pessoa (madrasta ou padrasto), as crianças correm maior risco de sofrer violência sexual.

Outra pesquisa realizada no México estudou as lesões intencionais nos serviços de urgência de hospitais públicos e revelou que, entre as lesões intencionais contra crianças e adolescentes, 16% se referiam à violência familiar, com lesões predominantemente no rosto e no crânio (60%) (MARTINS, 2010).

Além disso, Martins (2010) mostrou estatísticas sobre a violência contra a criança nos países da América Central, demonstrando que, na Costa Rica, anualmente, 3,2% das meninas e 13% dos meninos sofreram abuso sexual, proporções que se opõem aos resultados da maioria das pesquisas realizados no mundo, que apontam as meninas como as maiores vítimas desse tipo de violência. Já na Nicarágua, esse percentual é de 26% para as meninas e 20% para os meninos, corroborando a maioria dos estudos internacionais.

4.5.3.2 Panorama nacional

A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas pondera que 4,5 milhões de crianças, anualmente, são vítimas de algum tipo de violência no Brasil. No país, estima-se que, para cada caso de violência notificado, ocorrem 10 a 20 que não são registrados, revelando o grande número de subnotificações. (TERRA; SANTOS, 2006).

Ramos e Silva (2011) citam dados do Centro de Combate à Violência Infantil, apontando que, no Brasil, 12% das crianças menores de 14 anos são vítimas de algum tipo de violência doméstica, totalizando uma média de 5.506 crianças vitimizadas por ano, 18 mil por dia, 750 por hora e 12 por minuto. A maioria desses casos atinge crianças na faixa de 0 a 6 anos de idade (60%), seguida da faixa de 7 a 12 anos (25%); a menor frequência se encontra entre os adolescentes de 13 a 18 anos de idade (15%).

Para Eisele e Campos (2005), essa diminuição das agressões com o aumento da idade é justificada pelo fato de o adolescente ser mais desenvolvido fisicamente, podendo se defender com mais facilidade do que as crianças. Já Arpini et al. (2008) revelaram que são denunciados somente 2% dos casos de violência sexual contra crianças, quando ocorrem dentro da família e 6% quando ocorrem no ambiente extrafamiliar.

Quanto à violência sexual, os dados ainda demonstram que esse tipo de violência ocorre com crianças de ambos os sexos, embora as meninas sejam as vítimas mais frequentes. Eisele e Campos (2005), em concordância com Franzin e colaboradores (2014), afirmam que a maioria dos casos de violência sexual ocorre no ambiente doméstico. No ano de 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que 20% das crianças brasileiras sofriam violência física. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelaram que, em todo o país, entre os anos 2008 e 2014, 112.360 crianças de 0 a 9 anos foram vítimas de violência, sendo que 46% delas foram vítimas de negligência, 32,3% de violência física, 28,5% de violência sexual e 18,6% de violência psicológica,

considerando-se que, em muitos casos, uma mesma criança sofre mais de um tipo de violência (BRASIL, 2015b).

A literatura nacional é controversa no que tange à prevalência da violência infantil por gênero, já que estudos demonstram que essa estatística depende do local de origem dos dados, com exceção dos dados sobre a violência sexual que apontam as meninas como as vítimas mais frequentes. Ainda para a violência sexual, os principais agressores, considerando ambos os gêneros, geralmente são homens – pais, companheiros da mãe, tios, avôs, padrinhos – que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto, confiança (FRANZIN et al., 2013).

Quanto à morbidade por lesões decorrentes da violência, foram hospitalizadas 2.226 crianças menores de 10 anos de idade na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a 2,3% do total de hospitalizações por causas externas na rede própria ou conveniadas do SUS, com taxa de hospitalização de 6,1 por 100 mil crianças menores de 10 anos, sendo 4,4 por 100 mil crianças a taxa entre as meninas e 7,8 por 100 mil crianças entre os meninos. Além disso, o maior número de internações foi de crianças menores de um ano de idade, com taxa de 7 por 100 mil crianças menores de um ano para ambos os sexos (MASCARENHAS, 2010).

Rates e outros (2014), em estudo que analisou as notificações de violências contra crianças com idades entre 0 e 9 anos, registradas no SINAN no ano de 2011, verificaram que, no Brasil, foram notificados 17.900 casos, dos quais 33% pertenciam ao grupo de 0 a 1 ano de idade, 35,8% de 2 a 5 anos e 31,2% ao grupo de 6 a 9 anos. Quanto ao tipo de violência, observaram que a violência física predominou entre os meninos com idades entre 6 e 9 anos, enquanto a violência sexual predominou entre as meninas de cor parda ou preta, com idades entre 6 e 9 anos. Nesse mesmo estudo, a violência psicológica foi mais frequente entre as meninas de cor parda ou preta de 6 a 9 anos de idade. Além disso, a negligência predominou em meninos de 0 a 1 ano de idade, e o pai foi apontado como o autor na maioria dos casos.

Em pesquisa que buscou caracterizar a violência contra crianças brasileiras de 0 a 9 anos de idade, registradas no Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA – Contínuo), nos anos de 2006 a 2007, foram averiguados 1.939 casos, dos quais 43,6% faziam referência à violência sexual, 38% à violência psicológica ou moral, 33% negligência ou abandono, sendo que a violência física ficou em última posição respondendo por 28,5% dos registros. Quanto ao vínculo entre a criança e o agressor, a mãe foi a principal responsável pelas agressões (24%), seguida pelo pai (19%) e amigos ou conhecidos (14%) (BRASIL, 2008).

Mascarenhas (2010), descrevendo um estudo realizado no ano de 2006 em 34 municípios brasileiros mais o Distrito Federal, e no ano de 2007 em 36 municípios brasileiros além do Distrito Federal, buscou definir o perfil das crianças menores de 10 anos de idade, vítimas de violências, atendidas nos estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, durante 30 dias consecutivos (Inquérito-VIVA). No período proposto, foram analisados os registros de 518 crianças, sendo a maioria do sexo masculino (60,6%), com idades entre 5 e 9 anos (52,1%) e negros (71,2%). O local predominante da agressão foi o domicílio (55%), a lesão predominante foi corte ou perfuração (34,2%), e a maioria dos casos evoluiu com a alta da criança (68,7%). Quanto à tipologia da violência, predominou a violência física (67,4%), seguida da negligência ou abandono (32%), violência psicológica (9,5%) e violência sexual (3,5%). Além disso, os dados sobre os agressores revelaram que a maioria era do gênero masculino (48,1%) e de familiares da vítima (36,3%).

Estudo da violência contra crianças menores de 10 anos de idade, realizado no ano de 2009, analisou os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mostrando que 12.473 casos foram notificados, correspondendo a 16,1% do número total de notificações em todas as faixas etárias, dos quais 1.797 eram registros de crianças menores de um ano de idade e 10.682 eram de crianças com idades entre 1 e 9 anos. O estudo apontou que um número reduzido de serviços de saúde notificou violências em todo o país, e, no Estado da Bahia, apenas 11% dos municípios notificaram violência naquele ano, revelando que a prática de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança não é uniforme no país e ainda apresenta fragilidades (ASSIS et al., 2012).

De acordo com Mascarenhas (2010), pesquisadores brasileiros responsáveis por um estudo multicêntrico realizado nos estados de São Paulo, Pernambuco, Espírito Santo, e no Distrito Federal, examinaram os dados de 519 crianças menores de 10 anos de idade, obtidos nos registros dos atendimentos por causa externas (acidentes e violências) em unidade de urgência e emergência do SUS. Nos resultados obtidos, os pesquisadores constataram que a maioria das crianças era do sexo masculino, na faixa etária de 5 a 9 anos, 55% das quais sofreram a agressão em suas residências, 42% foram vítimas de violência física, sendo contusão a lesão mais frequente, seguida de entorse ou luxação (8,3%) e fratura (6,9%). Com exceção da negligência, os demais tipos de violência apresentaram tendência de aumento proporcional à idade da vítima. O abuso físico foi observado em 47,7% das crianças menores de um ano e em 90% das crianças a partir de 7 anos. De maneira inversa, a negligência foi observada em 91,1% das crianças menores de 2 anos, passando a apresentar tendência de

declínio até chegar a 8,3% em crianças de 9 anos. Quanto ao vínculo das vítimas com os agressores, foi observado que as meninas foram mais agredidas por familiares e os meninos por pessoas conhecidas sem vínculo de parentesco.

Alguns estados brasileiros vêm realizando pesquisas com o propósito de estimar o perfil epidemiológico da violência contra a criança. Ramos e Silva (2011) citaram os dados do Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo (USP), segundo os quais 44% do total de casos de violência contra crianças, notificados no país, entre os anos 2000 e 2007, ocorreram no Estado de São Paulo. Outro estudo realizado nesse mesmo Estado com profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) da capital apontou que muitas situações de violência doméstica são identificadas a partir da percepção do comportamento da criança, ou seja, quando ela apresenta sinais como ansiedade excessiva, baixa autoestima, retraimento, timidez, passividade ou medo. Desse modo, quando não há evidências físicas que comprovem a ocorrência da violência, a anamnese torna-se de grande valia; daí a importância de os profissionais não negligenciarem nessa importante etapa do atendimento à criança.

Em estudo descrito por Rocha e Moraes (2011) que objetivou estimar a prevalência da violência praticada contra a criança nas áreas cobertas pelo Programa Médico de Família de Niterói, município do Estado do Rio de Janeiro, os pesquisadores mostraram que das 278 crianças entrevistadas, 96% relataram terem sido vítimas de violência psicológica, 93% e 51,4% de abuso físico por parte dos seus familiares, sendo que a maior proporção dos casos teve a mãe como autora da agressão, embora a maioria das crianças relatasse ter sofrido agressão psicológica e agressão física por parte de ambos os pais. Outro estudo que tratou da violência contra a criança, também realizado no município de Niterói, analisou 2.446 prontuários de crianças e adolescentes com idades entre 0 e 18 anos de idade, registrados entre os anos 1993 e 2003 no Primeiro Conselho Tutelar. Nessa amostra, verificou-se que 63,5% eram crianças entre 0 e 11 anos de idade e 36,5% eram adolescentes entre 12 e 18 anos; 52,5% pertenciam ao gênero feminino e o tipo de violência observado com maior frequência, em ambos os sexos, foi a violência física, seguida da negligência e da violência sexual (BARROS, 2005).

Em pesquisa realizada por Veloso e colaboradores (2015), foram analisados 366 registros de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 9 anos, notificados no SINAN entre os anos 2009 e 2012, nos municípios do Estado do Piauí. Os resultados desse estudo apontaram que a maior parte das crianças era do sexo masculino (58,5%), era de raça ou cor parda (76%), e o tipo de violência mais frequente foi a negligência ou abandono (76,5%).

Quanto ao local de ocorrência da violência, os casos registrados mostraram o predomínio da residência da vítima (65,6%), e a mãe da criança foi o principal autor dos atos de violência.

Martins e outros (2013) mencionam uma pesquisa realizada em 840 casos registrados em seis Conselhos Tutelares do município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, no ano de 2011. Esse estudo mostrou que as crianças foram mais vitimadas do que os adolescentes, o gênero feminino foi o mais atingido e, na maioria dos casos, o agressor foi a mãe (32%), o pai (16%), outro familiar (9,5%) ou padrasto ou madrasta (9,5%). Além disso, 62,7% dos casos ocorreram na residência da criança, 15% na vizinhança, 7,6% em via pública e 6,7% na escola. Quanto ao tipo de violência, 68,08% se referiram à violência psicológica, 56,9% à negligência, 44,4% à violência física e 19,2% à violência sexual.

Para Santos e Souza (2014), o aumento no número de casos de violência sexual contra crianças nos municípios da região metropolitana de Belém tem sido motivo de preocupação para as autoridades locais. Com o propósito de conhecer o perfil epidemiológico da violência sexual contra crianças naquela região, foi realizado um levantamento do número de casos de violência sexual contra crianças na região metropolitana de Belém, nos anos 2008 e 2010. Como resultado da análise, os pesquisadores constataram um número mais elevado de casos no ano 2008, quando comparado ao ano de 2010, acrescentando que fatores como pobreza, baixa escolaridade e acesso precário aos serviços públicos contribuíram para essa diferença.

No município de Belém, capital do Estado do Pará, pesquisadores realizaram um estudo descritivo a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referente ao período compreendido entre os anos de 2009 a 2011, no qual foram notificados 3.267 casos de violência, com média de 1,36 casos para cada 1000 habitantes. O estudo apontou que o grupo mais vulnerável a violências foi o de crianças e adolescentes, mostrando que, no ano de 2009, 40,3% dos casos correspondiam a crianças menores de dez anos, em 2010, 49,7% das vítimas estavam nessa faixa e, em 2011, 35,8% dos registros também eram de crianças nessa faixa etária (VELOSO et al., 2013).

Martins e Mello-Jorge (2009) apresentam um estudo realizado em conselhos tutelares do município de Londrina, Estado do Paraná, no qual foram analisados 607 casos de violência contra crianças, notificados no ano de 2002, e 1.013 casos, notificados em 2006. Como resultados, os pesquisadores demonstraram que as agressões ocorreram predominantemente nas residências das vítimas e que a violência física foi o tipo mais frequente. Ademais, observaram que a taxa de notificação de casos, no ano 2006, foi maior do que no ano de 2002, considerando-se todos os tipos identificados de violências. Outro estudo, realizado em Curitiba, capital do Estado do Paraná, analisou 2008 notificações compulsórias dos casos de

violência contra crianças e adolescentes, do período compreendido entre 2004 a 2008. A análise das notificações apontou um crescimento de 125% nas notificações em quatro anos. A idade mais vitimada foi entre 5 e 9 anos, o tipo de violência mais relatado foi a negligência, seguida da violência física, e a maioria das vítimas pertencia ao sexo masculino, com exceção da violência sexual que vitimou mais o sexo feminino. Com respeito ao agressor, o estudo mostrou que a maioria dos casos referentes ao ano de 2004 teve o padrasto como autor; em 2005, 2006 e 2008, o pai foi o principal autor e, no ano de 2007, os tios protagonizaram as autorias (APOSTÓLICO et al., 2012).

Estudo realizado em Curitiba, capital do Estado do Paraná, analisou registros da Rede de Proteção à Criança e Adolescente Vitimado (RPCAV) entre os anos de 2004 e 2009, no qual foram coletados 19.316 relatos de violências contra crianças e adolescentes, média de idades de 7 e 8 anos. A análise revelou que a maioria dos casos (33,5%) ocorreu entre crianças de 5 a 9 anos de idade, seguidos das crianças de 10 a 14 anos (28,5%). Em relação à gravidade das lesões, observou-se que os casos moderados e graves ocorreram com maior frequência na faixa de 5 a 9 anos de idade; 31% das lesões ocorreram na cabeça e 18,9% nos membros superiores. Em 52,1% dos casos, a mãe foi o principal agressor, seguida do pai (23%), sendo que a mãe foi a autora principal nos casos de negligência, e o pai nos outros tipos de violência. O estudo apontou também que 20% dos autores das agressões eram usuários de álcool ou outras drogas (FRANZIN et al., 2014).

Pesquisa realizada em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 1997 e 1998, referida por Habigzang e outros (2006), analisou 1.754 registros arquivados em 75 instituições de proteção, referentes a crianças e adolescentes com idades entre 0 e 14 anos, que sofreram algum tipo de violência. Com relação à violência sexual, 79,4% das vítimas eram do sexo feminino. Quanto ao local de ocorrência, 65,7% dos casos ocorreram na residência da vítima. A maioria das vítimas tinha entre 6 e 9 anos de idade, sendo o pai responsável por 33% das agressões.

Estudo descritivo avaliando 68 situações de violência contra crianças de 0 a 12 anos de idade, registradas no Conselho Tutelar do município de Alfenas, Estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999 e 2001, observou uma frequência de 54,4% casos de negligência, as quais estavam relacionadas com educação, alimentação, higiene, vestuário e saúde, 29,4% foram casos de violência física e 16,2% de violência sexual, sendo que negligência ocorreu mais entre crianças de 0 a 3 anos (64,9%), e violência sexual ocorreu mais entre crianças e adolescentes de 9 a 12 anos (45,5%). Na amostra avaliada, a mãe foi a principal autora da maioria dos casos (54,4%) (FRANZIN et al., 2014; TERRA; SANTOS, 2006).

Outro estudo também realizado em Minas Gerais, dessa vez no município de Rio Preto, entrevistou 55 famílias assistidas pelo Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI), em relação ao contexto da violência contra a criança. Após análise dos resultados, os pesquisadores mostraram que a violência física foi mais frequente em 58% dos casos, 60% das vítimas eram do sexo feminino, o principal agressor foi a mãe (49%) (BRITO et al., 2005).

Mais uma vez contribuindo para a caracterização do perfil epidemiológico da violência contra a criança nos estados brasileiros, um terceiro estudo realizado em Minas Gerais, particularmente no município de Uberlândia, analisou os registros de violência contra crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade, arquivados no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), no período entre 1996 e 2003. Dos 663 prontuários analisados, 55,4% pertenciam a meninos e 44,6% a meninas, dos quais 186 eram de crianças de 0 a 11 anos, sendo 32,8% de 0 a 5 anos e 67,2% de 6 a 11 anos. Quanto ao tipo de violência, a maioria das crianças de 0 a 5 anos de idade foi vítima de negligência e, entre 6 e 11 anos, a violência psicológica foi mais frequente (ARAÚJO, 2005).

Abath e outros (2014) relatam um estudo que buscou avaliar os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações hospitalares de crianças e adolescentes, vítimas de violências no Estado de Pernambuco, no ano de 1999. Utilizando os dados armazenados no Sistema de Informações Hospitalares, os pesquisadores do referido estudo apontaram que os casos de violência chegavam a consumir entre 8 e 10% do orçamento de cada hospital que mantinha unidade de emergência, considerando-se que as vítimas tinham idades entre 0 e 19 anos.

Em outro estudo pernambucano, realizado em Recife, capital do Estado, foram examinados 6.866 registros de violência armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os anos 2009 e 2012. Como resultados das análises, os pesquisadores observaram um aumento de 283,9% no número de notificações entre os anos 2009 e 2012, sendo que a maioria dos registros, em todo o período, correspondia à faixa etária de 0 a 19 anos de idade (60%) (ABATH et al., 2014).

4.5.3.2.1 Panorama do Estado da Bahia

Pesquisa realizada no município de Feira de Santana avaliou os registros de ocorrências de violência contra a criança e adolescentes de dois conselhos tutelares do município, entre os anos de 2003 e 2004, observando que a maioria das 1.293 denúncias, fazia referência à faixa etária de 2 a 13 anos, com maior proporção da faixa entre 2 e 9 anos. A

pesquisa apontou a ausência de informações sobre a etnia das vítimas em 70,3% dos casos, impossibilitando a análise dessa variável. Além disso, 78% das ocorrências aconteceram na residência da vítima e a negligência apresentou a maior número de casos (727), seguida da violência física (455), violência psicológica (374) e violência sexual (68). A negligência por omissão de cuidados foi mais prevalente em crianças menores de um ano de idade (60,2%). Nos casos de negligência, a principal autoria foi das mães (60,7%), seguida dos pais (37,6%), padrastos (24,3%) e outros parentes (25,7%). Quanto ao gênero foi verificada equivalência entre os registros analisados (COSTA et al., 2007).

Outro estudo baiano realizado no município de Feira de Santana, no período entre janeiro de 2009 a janeiro de 2011, utilizando os dados do Sistema VIVA, levantou 432 casos de crianças e adolescentes vitimados pela violência, dos quais 209 pertenciam à faixa etária de 0 a 11 anos. Os resultados do estudo apontaram que não houve diferença significativa de vitimização entre os sexos feminino e masculino, 71% dos agressores pertenciam ao sexo masculino, dos quais 33,1% eram os pais das vítimas, 62,4% dos casos ocorreram nas residências das vítimas, a maioria das meninas sofreu violência psicológica (49,2%), enquanto os meninos foram mais vítimas de negligência (37,9%); a força corporal foi o meio de agressão mais utilizado, e a região da face, crânio e pescoço foi a mais atingida (31,5%) entre as crianças agredidas (SOUZA et al., 2014).

Barreto, Araújo e Martins Júnior (2012) realizaram um terceiro estudo baiano utilizando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), analisando as notificações de violências contra crianças com idades entre 0 e 12 anos, entre os anos de 2008 e 2012, revelando que das 2.225 notificações do período, a maioria correspondia a crianças menores de um ano de idade, do gênero feminino, residentes na zona urbana, sendo a violência física o tipo mais frequente. Além disso, o estudo também mostrou que a lesão corporal mais encontrada foi a contusão, e a parte do corpo das crianças mais afetada foi a cabeça ou face.

4.5.4 Estatísticas de mortalidade

4.5.4.1 Panorama mundial

As mortes representam apenas uma pequena fração do problema dos maus-tratos, visto que, anualmente, milhões de crianças são vítimas de abuso não fatal (OMS, 2006, p. 11).

Minayo e Souza (1997/1999) afirmam que a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a

saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima. Porém, para a *World Health Organization* (2013), a mortalidade decorrente dos maus-tratos é apenas a ponta do iceberg, pois se estima que, para cada óbito de criança decorrente de maus-tratos, existe de 150 a 2.400 casos de maus-tratos não fatais.

Kleves e Leeb (2010) apontam o homicídio como a quinta maior causa de morte de crianças menores de cinco anos de idade, afirmando que quase 50% desses homicídios são atribuídos a maus-tratos. As informações sobre os óbitos de crianças decorrentes da violência são coletadas nos sistemas de registros de óbitos ou dados de mortalidade. Ainda que esse assunto esteja recebendo cada vez mais atenção nas últimas três décadas, há uma escassez de informações relativas às ocorrências, como acontece com a maioria das estatísticas relacionadas aos maus-tratos infantis, podendo haver subnotificação de dados sobre homicídios de crianças. Mesmo assim, em todo o mundo, estatísticas apontam que mais de 53 mil crianças morrem a cada ano vítimas de homicídios (DOUGLAS, 2013; SIDEBOTHAM; ATKINS; HUTTON, 2012).

Segundo a *World Health Organization* (2002), as maiores taxas de homicídios em crianças menores de cinco anos ocorrem na África, com taxa de 17 homicídios por 100 mil crianças, entre os meninos, e de 12,7 por 100 mil crianças, entre as meninas. As menores taxas são encontradas na Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental.

O fator de risco de maior impacto para a violência contra crianças é a idade. Dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos indicam que, no universo de indivíduos com menos de 18 anos de idade, os bebês de até um ano são o grupo que corre o segundo maior risco de morte por homicídio. O risco de morte é cerca de três vezes maior para crianças com menos de um ano de idade do que para o grupo entre 1 a 4 anos de idade. A estimativa mundial de homicídios infantis sugere que a taxa, para o grupo de 0 a 4 anos, é duas vezes maior do que para o grupo de 5 a 14 anos de idade, resultado da dependência, vulnerabilidade e relativa invisibilidade social, características referentes às crianças menores (ASSIS et al., 2012; DOUGLAS, 2013; LEE; LATHROP, 2010; WHO, 2006). Veloso e colaboradores (2013) relatam que, em países como a Finlândia, Alemanha e Senegal, as idades de maior vulnerabilidade ao abuso físico fatal estão entre 0 e 2 anos.

Em relação ao sexo das crianças, pesquisas internacionais apontam que a proporção de homicídios por violência entre os meninos é de 53%, enquanto entre as meninas é de 47%, demonstrando uma discreta diferença nas frequências (DOUGLAS, 2013). Em algumas regiões, a desigualdades de gênero e a discriminação colocam as meninas em risco aumentado

para os óbitos decorrentes de maus-tratos. As práticas aqui incluem o infanticídio feminino, os chamados "crimes de honra", e a negligência decorrente do sexo da criança (WHO, 2006).

Embora não seja possível especificar a proporção de homicídios infantis que são cometidos por pais ou outros membros da família, alguns estudos, cuja maioria foi realizada em países de alta renda, sugerem que os membros da família são responsáveis pela maioria dos homicídios em crianças de 0 a 14 anos, e, quanto mais nova a criança, maior será a probabilidade de sua morte ser causada por um parente próximo (ASSIS et al., 2012; WHO, 2006). Em abordagem sobre esse mesmo assunto, Martins (2010) e Douglas (2013) relataram outras pesquisas indicando que, em 75% dos casos, os pais biológicos são os únicos responsáveis pela autoria do homicídio, ou agiram com a ajuda de alguém, acrescentando que outros familiares também podem estar envolvidos com maus-tratos fatais, como os padrastos (11,1%), madrastas (3,4%) e outros familiares.

Organizações internacionais indicam que o risco de abuso infantil fatal é de duas a três vezes maior em países subdesenvolvidos, quando comparados àqueles que desfrutam de uma melhor condição socioeconômica (WHO, 2002, 2006).

Reza, Mercy e Krug (2001) comentam que, nas regiões que enfrentam conflitos, as taxas de mortalidade devido aos eventos de guerra são altas entre as crianças, principalmente na faixa etária de 0 a 4 anos de idade. No mundo, a taxa de mortalidade devido às guerras, no ano de 1990, foi de 16,2 por 100 mil crianças de 0 a 4 anos de idade. Nesse mesmo ano, as maiores taxas de mortalidade de crianças de 0 a 4 anos registradas devido às guerras foram de 57,5 por 100.000 crianças na região da África Subsaariana, 42,5 por 100.000 crianças no Oriente Médio e 23,1 por 100 mil crianças na Europa.

De acordo com Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge (2004), as altas taxas de homicídios verificadas nos Estados Unidos, em todas as faixas etárias, são atribuídas ao culto pelo armamento e à permissividade em relação à compra de armas, além da questão racial.

Segundo estimativas da Universidade de Tennessee, reveladas por Parks e colaboradores (2002) e Iarskaia-Smirnova, Romanov e Antonova (2008), cerca de 4 mil crianças morrem anualmente, nos Estados Unidos, por culpa dos adultos, e os resultados apontam que homicídio é a terceira principal causa de morte de indivíduos entre 1 e 4 anos de idade, e a quarta causa para crianças de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos.

Estudos desenvolvidos nos estados americanos revelaram que, no ano de 2006, mais de 900 mil crianças foram vítimas de maus-tratos, das quais 1.400 foram a óbito. Ainda nos Estados Unidos, no ano de 2007, 794 mil crianças foram violentadas, sendo que 10,8% delas

foram vítimas de violência física. Do total de crianças violentadas no ano de 2007, 1.760 foram a óbito (FRANZIN et al., 2013).

Segundo relato de Douglas (2013), as estatísticas oficiais dos Estados Unidos indicam que, no ano de 2009, 1.170 crianças morreram em decorrência de maus-tratos, embora pesquisas não oficiais afirmem que o número real foi muito maior. Dessas vítimas, 36,7% morreram em decorrência de violência física e negligência, 35,8% por negligência e 23,2% por violência física, sendo que violência psicológica e violência sexual ocorreram com menor frequência.

Estudo realizado, também nos Estados Unidos, sobre a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, tendo como causa a violência infantil, analisou registros de 600 crianças, das quais 42% eram brancas e 38% negras. Quanto à tipologia da violência, 66% das crianças sofreram violência física e 10% negligência, sendo que a principal autoria dos maus-tratos físicos foi atribuída aos pais ou padrastos, e a maioria das situações de negligência teve as mães como autoras. A maioria das crianças vitimadas tinha entre 0 e 1 ano de idade (HIGH BEAM, 2010).

Para Proeschold e Harmon (2010), as lesões e violências, associadas a outros eventos de consequência fatal, são problemas de saúde pública na Carolina do Norte – Estados Unidos, onde, segundo os autores, os homicídios foram a 2ª causa de morte devido a lesão intencional, no ano de 2009, em todas as faixas etárias.

Na cidade de Los Angeles, Califórnia, Estados Unidos, tiroteios entre gangues de rua são uma importante causa de morbimortalidade de crianças e adolescentes, constituindo-se em um problema de Saúde Pública, pela magnitude das consequências para o setor saúde e para a sociedade em geral. Em estudo que buscou revisar os registros de todos os tiroteios entre gangues que aconteceram nessa cidade no ano de 1991, foram analisados 429 registros de crianças e adolescentes baleados, dos quais 36 crianças (5,3%) tiveram ferimentos fatais. Além disso, 10 a 20% das crianças da cidade de Los Angeles já testemunharam pelo menos um homicídio, condição que pode acarretar sérios problemas psicológicos nessas crianças (HUTSON; ALGLIN; PRATTS JR, 1994).

Lee e Lathrop (2010) relatam um estudo realizado no Novo México, que analisou os dados referentes às necropsias realizadas em crianças e adolescentes de 1 a 18 anos, no período compreendido entre os anos 2001 a 2006. Dos 142 homicídios registrados, 38,7% correspondiam a crianças com idades entre 1 e 5 anos, com média de idade de 1 ano, com proporção de 2,2 meninos para cada menina. As causas de morte mais prevalentes foram traumatismo craniano (44,4%); síndrome da criança espancada (15,6%); múltiplas lesões

contusas (15,6%) lesões abdominais (8,9%) asfixia (6,7%), síndrome do bebê sacudido (2,2%); desidratação ou má nutrição (2,2%). A maioria das vítimas apresentava lesões na cabeça (84,4%), fraturas ósseas (40%), marcas de mordidas (11,1%). Os exames toxicológicos foram positivos em 26,7% das vítimas, sendo que 13,3% das drogas identificadas nos exames eram substâncias antiepiléticas. Embora seja um método raramente utilizado, a intoxicação por substâncias pode ser utilizada para matar a criança ou contribuir para que o homicídio ocorra. Assim, os exames toxicológicos devem ser realizados em todos os casos de mortes suspeitas e nos homicídios de crianças. Em relação ao local de ocorrência do óbito, 89% deles ocorreram na residência, 6,7% no hospital, 2,2% na residência da cuidadora e 2,2% em instituição de acolhimento. Familiares estavam envolvidos com a autoria das violências em 80% dos casos, sendo que os pais foram os autores em 36% deles, pais e mães em 30,6%, somente as mães em 16,7%, os padrastos em 8,3%, as madrastas em 5,6% e tios ou tias em 2,8% dos casos. Porém informações sobre possíveis fatores de risco para a violência contra as crianças – como idade dos pais, estado civil, uso de álcool, situação de emprego e escolaridade – encontravam-se subnotificadas, impedindo a análise dessas variáveis e da relação delas com os óbitos.

Maus-tratos contra crianças levam à morte prematura de 852 crianças e adolescentes menores de 15 anos anualmente na Europa, embora nem todas as mortes por maus-tratos sejam contabilizadas e, conseqüentemente, esse número tendo a ser subestimado nas estatísticas. Estudos mostram que, no continente europeu, as taxas de mortalidade são maiores nas crianças com idades entre 0 e 5 anos, e a proporção de óbitos entre os meninos é de 61%, sendo, portanto, maior do que entre as meninas. No diz respeito às condições socioeconômicas dos países, as taxas de homicídios de crianças e adolescentes menores de 15 anos é 2,5 vezes maior nos países de renda média e baixa em relação aos países de maior poder aquisitivo. Adicionalmente, as taxas de mortalidade são maiores nas comunidades mais pobres, mesmo nos países mais ricos (WHO, 2013).

Sidebotham, Atkins e Hutton (2012) apresentam dados de um estudo realizado na Inglaterra e no País de Gales sobre a morte de crianças entre os anos de 1974 a 2008, no qual foi observada a redução dos óbitos de lactentes e crianças na faixa etária entre 1 e 14 anos, decorrentes de agressões, refletindo melhorias na proteção às crianças contra a violência naqueles países. Porém, apesar dessa redução no número de casos, estima-se que de 1 a 2 crianças morrem a cada semana na Inglaterra e no País de Gales como resultado da violência física ou negligência. Para Al-Habsi et al. (2009), o abuso de crianças ocorre em todas as classes sociais, porém é mais visível nas populações de menor poder aquisitivo.

Na Finlândia, a frequência de lesões fatais na infância é uma das mais elevadas da Europa Ocidental. Enquanto, no ano de 1950, a incidência de lesões fatais em crianças foi de 40 para cada 100.000 crianças de 0 a 14 anos de idade, em 1960, foi de 30 por 100 mil crianças, e de 27 por 100 mil crianças em 1970, considerando a mesma faixa etária. Ainda nesse país, um estudo realizado no ano de 1971 apontou que os óbitos de crianças na faixa etária de 1 a 14 anos, por lesões intencionais, corresponderam a 9% do total das lesões fatais, no ano de 2010, e as lesões intencionais corresponderam a 12% do total. Assim, embora o número de óbitos de crianças decorrentes de lesões intencionais não seja alto, há uma clara necessidade de medidas preventivas para evitar mortes violentas de crianças na Finlândia (PARKKARI et al., 2013).

4.5.4.2 Panorama nacional

Dados do Ministério da Saúde revelaram que, entre as crianças brasileiras menores de um ano de idade, a violência fatal não apresenta diferenciação quanto ao gênero, embora, nos primeiros anos de vida, os meninos sejam mais vitimados pela violência fatal do que as meninas (BRASIL, 2008).

No Brasil, o uso de armas de fogo é um importante fator motivador de óbitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006). No ano 2000, as armas de fogo foram responsáveis por 72,1% dos homicídios de crianças e jovens na faixa etária de 0 a 19 anos.

Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge (2004) revelam que, no ano 2000, ocorreram 118.367 óbitos por causas externas no Brasil, em todas as faixas etárias, dos quais 38,3% foram homicídios, predominantemente de indivíduos do sexo masculino. A maioria desses homicídios foi ocasionada pelo uso de armas de fogo.

De acordo com relato de Mascarenhas e outros (2010), no ano de 2006, foram registrados, no país, 310 homicídios de crianças menores de 10 anos, representando 7% do total de óbitos por causas externas nessa faixa etária. No mesmo ano, o risco de morte de crianças menores de 10 anos por agressões fatais foi de 0,9 por 100 mil crianças menores de 10 anos. Quando os dados foram estratificados por faixa etária, verificou-se que as crianças menores de um ano estiveram expostas a maior risco de morte por violência, sendo de 0,6 por 100 mil na faixa etária de 1 a 4 anos e de 0,8 por 100 mil na faixa etária de 5 a 9 anos.

Pesquisas nacionais indicam o aumento da violência nas cidades de pequeno e médio porte, condição antes observada apenas nas grandes cidades. Os estudiosos da área destacam que a presença de agressões, inclusive com óbitos por uso de armas de fogo, denuncia o

aumento da violência nos últimos anos em cidades brasileiras de menor porte populacional (MARTINS; ANDRADE, 2005).

Em estudo realizado na cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco, no período compreendido entre os anos 1998 e 2004, os pesquisadores Costa, Ludermir e Silva (2009) analisaram as características da mortalidade por violência contra adolescentes, segundo as variáveis condições de vida e raça ou cor. Após a análise dos dados, os pesquisadores concluíram que a maior taxa de mortalidade ocorreu devido aos homicídios, vitimando adolescentes que viviam entre as piores condições de vida, sendo que 92,45% deles eram negros, e o instrumento mais utilizado foi a arma de fogo. Assim, como Recife é uma das cidades mais violentas do Brasil, seu número elevado de homicídios pode estar associado ao incremento do uso das armas de fogo.

4.5.4.2.1 Panorama do Estado da Bahia

Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) apontam que, no Estado da Bahia, nos anos de 2011 e 2012, ocorreram 25 e 18 óbitos de crianças menores de 10 anos de idade, respectivamente, decorrentes de agressões (Códigos X85 a Y09 da CID-10). No Estado, a taxa de óbitos por agressões, nessa faixa etária, foi de 1,1 por 100 mil crianças menores de 10 anos no ano de 2011 e 0,8 por 100 mil crianças menores de 10 anos em 2012. Essa mesma taxa em Salvador, capital do Estado, foi de 1,8 por 100 mil crianças menores de 10 anos em 2011 e 0,9 por 100 mil crianças menores de 10 anos no ano de 2012, apontando uma redução de 50% nessa taxa entre os dois anos analisados (BRASIL, 2015c).

Estudo realizado em 1991 descreve a distribuição da mortalidade por causas externas no espaço urbano do município de Salvador, capital do Estado da Bahia. Como resultados, os autores verificaram que o tipo principal de morte violenta, em Salvador, foi representado pelos homicídios, com diferenças entre os gêneros feminino e masculino e entre as faixas etárias. No que diz respeito ao grupo de 0 a 4 anos de idade, a taxa de mortalidade por homicídios foi de 0,9 por 100 mil habitantes, não apresentando diferenças entre gêneros. No grupo de 5 a 9 anos de idade, a taxa de mortalidade por homicídios foi de 0,8 por 100 mil habitantes para o gênero feminino, porém, no ano de 1991 não houve homicídios de crianças do gênero masculino nessa faixa etária. O estudo concluiu que o problema das mortes violentas, no município de Salvador, apresentava-se como uma das principais questões de saúde pública e cidadania (PAIM et al., 1999).

4.6 CONSEQUÊNCIAS ORGÂNICAS DA VIOLÊNCIA PARA O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS VÍTIMAS

A violência, desafio mundial e plurissetorial, está presente em todas as sociedades, independentemente de raízes culturais, religião ou desenvolvimento econômico, causando não somente impacto social como também para a saúde da população. Além dos prejuízos individuais, com potenciais anos de vida perdidos, a violência ainda resulta em altos custos econômicos e sociais para o Estado e para as famílias.

Estima-se que os Estados Unidos gastam cerca de nove bilhões de dólares, anualmente, com as consequências dos maus-tratos nas suas vítimas. E, entre as crianças que sobrevivem aos maus-tratos, estima-se uma taxa de 30% de vítimas com sequelas (FRANZIN, et al., 2013; TERRA; SANTOS, 2006).

De acordo com a argumentação de Deslanez (2012), quando esse problema afeta a população infantil, ele se torna ainda mais preocupante, pois a violência contra a criança inclui tanto danos imediatos quanto em médio e longo prazo. De forma geral, toda criança que sofre violência nos primeiros anos de vida pode ter seu desenvolvimento cerebral comprometido. Após um longo período de vitimização ou presenciando atos de violência, a criança terá o seu sistema imunológico e o nervoso afetados, resultando em inaptidões sociais e cognitivas.

A exposição precoce da violência na infância está relacionada com o desenvolvimento de enfermidades em etapas posteriores da vida. Os sinais da violência se traduzem em consequências que podem ser distintas segundo a etapa do desenvolvimento. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada a situação de violência, maiores e mais permanentes serão os danos para a criança. Nesse sentido, a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, ou ainda as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras, determinam o impacto da violência na saúde, para esse grupo etário (BRASIL, 2010a).

Essas violências se interpõem como uma ameaça ao direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes. Agir na vanguarda da saúde pública pressupõe conhecer os tipos e natureza da violência, bem como as suas formas e manifestações, além das consequências da exposição, para atuar no cuidado, em todas as dimensões, com fluxo ágil e competente, em cada nível da atenção. (BRASIL, 2010a, p. 27)

4.6.1 Violência física

Segundo dados da *World Health Organization* (2002), de uma forma geral, a violência física pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremesso de objetos, ocasionando lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar da subnotificação, é o tipo mais identificado pelos profissionais nos serviços de saúde. A literatura cita que as principais consequências da violência física são os traumas ou contusões, as fraturas e as queimaduras.

Uma das sequelas, em crianças menores de um ano de idade, é a *síndrome do bebê sacudido*, também encontrada com os sinônimos de *trauma craniano abusivo*, *trauma craniano não acidental ou infligido* e *trauma craniano violento*, geralmente causado por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Essa ação provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro hemorragias, por rupturas de artérias e veias, até hemorragias maciças e rompimento de fibras do tecido nervoso. De acordo com diversos estudos na área, os principais sinais dessa síndrome são o hematoma subdural, o edema cerebral e a hemorragia de retina. A agitação é uma das formas mais prevalentes de abuso em crianças muito jovens, apresentando maior frequência entre os bebês de 0 a 9 meses de idade. Nesse tipo de agressão, a maioria dos autores são homens, e, sendo eles mais fortes do que as mulheres, conseqüentemente, a força aplicada é maior, causando, portanto, maior dano à saúde da criança. Cerca de 1/3 de lactantes que são continuamente sacudidos evoluem com óbito, e a grande maioria dos sobreviventes cursa com retardo mental, paralisia cerebral, convulsões, hemorragia de retina e cegueira (BRASIL 2010a; DELANEZ, 2012).

A *Síndrome da criança maltratada – The Battered-child Syndrome* – foi descrita pela primeira vez pelo médico americano Kempe, em 1962, sendo caracterizada pela presença de lesões repetidas, que atingem o sistema esquelético e o sistema nervoso. Comumente, a criança apresenta fraturas múltiplas, traumatismo craniano e visceral graves. Atinge crianças de todas as idades, e a maioria dos casos traz conseqüências graves (WHO, 2002).

Em 1999, Meadow definiu a *síndrome da morte súbita do lactente – sudden infant death syndrome* – como a morte inesperada de crianças menores de um ano de idade, que ocorre durante o sono, na qual a história clínica, o exame físico, a necropsia e o exame do local do óbito não demonstram a causa específica da ocorrência. A *síndrome de morte súbita do lactente* é uma condição que requer estudos mais aprofundados, visto que o termo se tornou uma barreira para a investigação sensata e sensível dos óbitos infantis. Tanto o médico legista quanto o patologista são pressionados para fornecer um diagnóstico rápido após o exame de necropsia, para que o corpo da criança seja liberado para a família providenciar o

funeral. Inevitavelmente, há uma tendência para que todas as partes busquem uma causa natural, e não uma causa violenta para a morte súbita de uma criança. Dessa forma, óbitos cujas causas de morte foram a *síndrome de morte súbita do lactente* podem mascarar possíveis mortes intencionais de crianças na faixa etária de maior risco.

Trauma na cabeça é a causa mais comum de óbito de crianças vítimas de violência, principalmente na faixa mais vulnerável de 0 a 2 anos de idade. Independentemente da idade da criança, os traumatismos não fatais são mais frequentes na cabeça e no abdome, e as fraturas podem ser únicas ou múltiplas e em diferentes estágios de cicatrização (BRASIL, 2006; WHO, 2002).

Para Oliveira e colaboradores (2014), as vítimas de violência física são 2,5 vezes mais propensas a terem lesões maxilofaciais. Esse fato pode estar relacionado com o fato de a face ser uma região de fácil visualização anatômica.

Day e colaboradores (2003), reforçados por Santos e colaboradores (2010), alertaram para o fato de que lesões na pele podem fornecer sinais claros de abuso físico, e a contusão é a lesão mais comum nesse tipo de violência, cujos sinais podem incluir vermelhidão, equimoses ou hematomas, muitas vezes, imprimindo, na criança, a marca do objeto utilizado para produzir a agressão, como varas, fios, cintos, mãos fivelas, sapatos. Em crianças pequenas, com idades entre 1 e 6 anos, o abuso físico é caracterizado por hematomas e equimoses na região periorbitária, no tronco, nas nádegas e coxas, além de queimaduras de 2º e 3º grau, principalmente no períneo, nas nádegas, em mãos e pés (BRASIL, 2006).

Toon e outros (2011) revelam que as queimaduras são a terceira causa mais frequente de lesões em crianças de 0 a 4 anos de idade, podendo acarretar sequelas graves e até a morte, sendo responsáveis por uma maior permanência de internação do paciente e custo elevado dos tratamentos.

As lesões por queimaduras, em que se suspeita ou confirma a ocorrência de violência contra a criança, correspondem de 10 a 20% dos casos. Enquanto as queimaduras acidentais têm uma taxa de mortalidade de 2%, nas queimaduras intencionais, essa taxa chega a 30% em crianças. Estudos americanos mostram que a parte de corpo mais atingida por queimaduras intencionais são tronco (78,9%), períneo (31,9%), nádegas e pés.

Em estudo realizado por Thoresen e outros (2015) com adultos noruegueses, os autores observaram que tanto mulheres quanto homens que foram vítimas de violência física ou sexual na infância apresentaram, na vida adulta, quadros de depressão e (ou) ansiedade.

4.6.2 Violência sexual

Muitas crianças são envolvidas em crimes sexuais que, aparentemente, não resultam em danos físicos ou evidências materiais, pois, a maioria das práticas envolve atos libidinosos que não deixam provas objetivas que possam ser constatadas pelo perito médico legista durante a realização do exame de corpo de delito (CAMPOS et al., 2005).

Mouden e outros (1998) advertem que, na maioria das vezes, as crianças que sofreram violência sexual apresentam exames genitais normais. Dessa forma, a história da criança é o componente mais importante na avaliação do abuso sexual. Essas crianças necessitam de uma investigação mais aprofundada, pois, muitas vezes, o abuso é descoberto em decorrência da associação com o surgimento de problemas físicos de saúde, como infecções, principalmente no trato urinário, lesões genitais, dores abdominais, constipação ou problemas comportamentais (WHO, 2002, 2006).

Franzin e colaboradores (2013) argumentam que muitas meninas que foram vítimas de violência sexual saem de casa quando o agressor é o pai ou padrasto, passando a viver nas ruas, onde ficam expostas a agressões, delinquências, doenças psicossomáticas ou sexualmente transmissíveis. Em um estudo realizado em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, observou-se que 23,4% das crianças em “situação de rua” não retornavam para suas casas em função de terem sido vítimas de maus-tratos recorrentes em seus domicílios (DAY et al., 2003).

Segundo Delanez (2012), estudos apontam algumas consequências físicas e psicológicas da violência sexual que vitima crianças. No rol das consequências físicas, são citadas: edema ou lesões em área genital (sem outras doenças que os justifiquem), lesões de palato ou de dentes anteriores (decorrentes de sexo oral), sangramento vaginal inespecífico, sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal (sem presença de doença que justifique), rompimento himenal, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, gravidez, aborto.

O elenco das consequências psicológicas e psiquiátricas inclui distúrbios ou impossibilidade de assumir uma vida sexual adulta saudável, desvio do comportamento sexual como promiscuidade, perversões, fetichismo, pedofilia, iniciação precoce à atividade sexual, abuso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, depressão, distúrbios de ansiedade, síndrome do pânico, alternância de humor, permanente sentimento de culpa, baixa autoestima, tendências suicidas.

4.6.3 Violência psicológica

Thoresen e outros (2015) destacam que a violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a bloquear ou a impedir o curso normal do desenvolvimento, num processo crônico que deixará sequelas em vários níveis de gravidade. Surgem como sinais de angústia e ansiedade, que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão habitual e motivam a procura dos serviços de saúde.

Na relação dos problemas de saúde mental decorrentes da violência psicológica, destacam-se a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático, o qual comumente é desencadeado por uma situação violenta. Esse transtorno envolve intenso medo, impotência ou horror, todas as vezes que a criança revive o episódio violento através de recordações e sonhos aflitivos, sofrimento intenso e fuga de situações relacionadas àquele evento (BRASIL, 2002, 2002b).

4.6.4 Negligência ou abandono

Fadiga, desatenção, hipoatividade, hiperatividade, problemas no desenvolvimento cognitivo, atitudes de adultos, atrasos na aprendizagem, além de problemas físicos de saúde, como doenças parasitárias recorrentes, doenças de pele, cárie dental, desnutrição ou obesidade, são algumas consequências dos maus-tratos por negligência ou abandono (BRASIL, 2002).

Segundo relatam Reichenheim, Hasselmann e Moraes (1999), crianças negligenciadas ou pouco supervisionadas pela família correm maior risco de ser vítimas de acidentes domésticos do que crianças não negligenciadas. Sob esse rótulo, encontram-se as quedas, os envenenamentos, as queimaduras, os atropelamentos peridomiciliares. As consequências dessas ocorrências podem ser desde lesões leves até a morte da criança.

Para Mouden e outros (1998), negligência dental é um tipo específico de negligência, definido como a ausência de cuidados por parte dos pais ou do tutor, não procurando cuidados profissionais quando a criança se encontra com cáries, infecções ou qualquer outra condição dental ou das estruturas de suporte que dificulte a mastigação, deglutição, fonação, cause dor, atraso ou retardo no crescimento ou desenvolvimento infantil.

Compartilhando a mesma opinião, AL-Habsi e colaboradores (2009) advertem que crianças negligenciadas têm 5,2 vezes mais chances de terem dentes com cárie ou outros problemas dentais pela falta de cuidado e compromisso dos pais com a saúde dos filhos.

4.7 A POLÍTICA DE SEGURANÇA PÚBLICA NO ESTADO DA BAHIA

4.7.1 Instrumentos legais que respaldam a política de Segurança Pública no Estado da Bahia em favor do enfrentamento da violência contra a criança

De acordo com o Decreto nº 10.186/2006, que aprova o regimento da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia (SSP/BA), a referida Instituição foi criada pela Lei nº 115/1895, tendo como finalidade formular e executar a política governamental designada à preservação da ordem pública e da integridade das pessoas e patrimônios, bem como assegurar os direitos e garantias fundamentais. Entre as competências da SSP/BA está a manutenção de um sistema de informações estratégicas, visando à preservação dos bens e dos interesses penalmente tutelados (BAHIA, 2006).

No ano de 2009, a Lei nº 11.370 instituiu a Lei Orgânica da Polícia Civil do Estado da Bahia. No Estado, a Polícia Civil, um dos órgãos da administração direta que faz parte da estrutura da SSP/BA, conta com entidades de suporte operacional, entre as quais se destaca a Coordenação de Documentação e Estatística Policial (CDEP). Reunir, organizar e manter informações estatísticas, documentos e registros relativos às ocorrências policiais e infrações penais de interesse da investigação criminal, em todo o Estado, são as finalidades da CDEP, que, na sua fundação em 1998, foi denominada de Centro de Documentação e Estatística Policial – CEDEP (BAHIA, 2009a).

No ano de 2011, o Governo do Estado da Bahia publicou a Lei nº 12.357 (26 de setembro de 2011) que instituiu o *Pacto pela Vida* (BAHIA, 2011), programa criado no âmbito do Sistema de Defesa Social, cujo objetivo principal é a promoção da paz. Trata-se de uma nova política pública de segurança, construída de forma pactuada com a sociedade, articulada e integrada com o Poder Judiciário, a Assembleia Legislativa, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os municípios e a União. A liderança do Pacto é feita diretamente pelo Governador do Estado, que dirige esforços de treze Secretarias de Estado, incluindo a Secretaria Estadual da Saúde, com o propósito de reduzir os índices de violência, com ênfase na diminuição dos crimes violentos letais intencionais e dos crimes violentos contra o patrimônio. Desse modo, para atender às premissas do *Pacto pela Vida*, a sistemática de coleta dos dados estatísticos, nas delegacias, passou por transformações, prevendo-se um maior detalhamento dos registros no Estado, e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade das informações policiais.

A Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) é um órgão vinculado ao Ministério da Justiça, criada pelo Decreto nº 2.315, de 04 de setembro de 1997, responsável

pela implementação e acompanhamento da Política Nacional de Segurança Pública e dos programas federais de prevenção social e controle de violências e criminalidade. O Sistema de Informação da SENASP coleta, mensalmente, dados estatísticos das 27 polícias civis existentes no Brasil, relativos às ocorrências registradas nas delegacias de polícia dos estados brasileiros, no que se refere ao perfil das vítimas e dos agressores, raça e atividades executadas pela polícia. Uma avaliação das respostas fornecidas pelas Polícias Civis ao Sistema mostra que algumas informações não são preenchidas por várias dessas organizações, devido à quase inexistência dessas informações sistematizadas nas bases de dados estaduais que armazenam as ocorrências policiais registradas nas delegacias dos municípios (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, o grau de cobertura das informações encaminhadas pelas polícias civis, ou seja, do total de delegacias da Polícia Civil existentes em cada Estado, varia principalmente em função da maturidade e informatização dos sistemas de registro de ocorrências já existentes nos Estados. Assim, por exemplo, há Estados onde já existem redes informatizadas que interligam todas as delegacias e bases de dados que sistematizam periodicamente as estatísticas coletadas dessas delegacias. Por outro lado, há Estados onde inexitem estruturas como essas, e o esforço para produzir uma estatística estadual se transforma em uma atividade difícil, demorada e de baixa garantia da qualidade da informação. Desse modo, entende-se que a mensuração da cobertura dos dados encaminhados pelas Secretarias Estaduais de Segurança Pública constitui-se em uma forma de identificação das áreas onde é prioritário o investimento da SENASP para a melhoria das condições de uso da informação (BRASIL, 2006a).

Levantamento do Ministério da Justiça, que buscou avaliar as informações sobre cobertura dos dados policiais, verificou que a maior parte dos Estados possui alta cobertura, com valores acima de 90%. Porém alguns estados, como Bahia, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo, Sergipe, Goiás, Tocantins, além do Distrito Federal, se destacaram por ter cobertura de praticamente 100% das informações (BRASIL, 2006a).

O Boletim de Ocorrência (BO), instrumento utilizado nas delegacias de polícia nos níveis estadual e municipal, não é padronizado em nível nacional e, geralmente, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia do que outros de menor porte (BRASIL, 2001). Por outro lado, a elaboração ou não de um Boletim de Ocorrência envolve avaliações e decisões dos diversos atores, especialmente cidadãos e

policiais que participaram de certo evento que foi interpretado por eles como um “assunto de polícia” (BRASIL, 2006a).

Tendo em vista os aspectos inerentes ao fluxo de elaboração dos boletins de ocorrência, na análise dos dados produzidos a partir das estatísticas oficiais das ocorrências registradas pela Polícia Civil no Brasil, dois fatores devem ser considerados: em primeiro lugar, a subnotificação de ocorrências junto aos órgãos de segurança pública varia de intensidade entre as diferentes regiões espaciais e, em segundo lugar, as variações no volume de ocorrências registradas também resultam do nível de desenvolvimento dos sistemas de coleta e registro de informações criminais das organizações policiais. Assim, as diferenças entre as taxas de ocorrências de delitos de diferentes regiões recebem maior influência dos níveis de subnotificação e desenvolvimento dos sistemas de coleta e registro das organizações policiais do que da diferença de incidência de ocorrências entre as regiões analisadas (BRASIL, 2006a).

Entre as organizações de segurança pública, devido à baixa qualidade das informações registradas, pode acontecer inconsistência entre local de ocorrência e local de registro, pois, as informações detalhadas sobre local de ocorrência dificilmente existem, obrigando a instituição policial a trabalhar com as informações sobre local de registro da ocorrência. Assim, alguns municípios terminam tomando para si ocorrências que aconteceram em outros municípios, situação mais comum em municípios de maior porte populacional e melhor estrutura de serviços públicos (BRASIL, 2006a).

Juridicamente, denomina-se de morte violenta toda morte que ocorreu como consequência de um homicídio, suicídio ou acidente. A investigação policial de óbito por causa violenta tem início após o registro na delegacia policial, quando um perito é designado para ir ao local da ocorrência apurar o fato. Então, as evidências apuradas são anotadas no Relatório de Operações Policiais (ROP), e uma cópia encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML), juntamente com o corpo da vítima e outros objetos que possam ajudar a esclarecer a causa da morte. Geralmente, o tempo decorrido entre a investigação policial preliminar e a necropsia é de, no máximo, 24 horas, e pretende esclarecer o tipo de acidente ou violência que ocasionou as lesões, além de fornecer subsídios para o médico legista definir a causa básica da morte. Assim, como as informações do ROP podem ajudar o médico legista no esclarecimento da causa básica da morte, torna-se essencial a qualificação do perito e a garantia das condições técnicas favoráveis para a realização da investigação policial em tempo hábil, auxiliando na determinação correta da causa da morte. Uma das dificuldades enfrentadas pelos policiais, no desempenho da investigação, é a “lei do silêncio”, quando a

comunidade, embora detenha a informação, se cala, pois se sente amedrontada (SIMÕES; REICHENHEIM, 2001).

4.7.2 Sistema de Informação Policial da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia

O Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE) da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia reúne as ocorrências policiais das delegacias de Polícia Civil do Estado. Dessa forma, as ocorrências registradas nas delegacias são cadastradas pelos policiais nesse sistema, que atualiza, diariamente, os números de registros policiais de Salvador e Região Metropolitana e, semanalmente, os números referentes às ocorrências do interior do Estado. A gestão estadual do SGE é de responsabilidade da Coordenação de Estatística Policial (CDAP), que realiza a crítica e a análise dos dados do SGE, cujas estatísticas são encaminhadas mensalmente para a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), responsável pela gestão das informações policiais na esfera federal. Paralelamente, a SENASP também recebe, todos os meses, os dados estatísticos relativos às ocorrências registradas nas delegacias de polícia dos outros estados brasileiros, no que se refere ao perfil das vítimas e dos agressores e às atividades executadas pelos policiais. Uma avaliação das respostas fornecidas pelas polícias civis ao sistema de segurança pública mostra que algumas não são preenchidas por várias dessas organizações, devido à quase inexistência dessas informações nas bases de dados estaduais que armazenam as ocorrências (BRASIL, 2006a). De modo semelhante ao que acontece em outros estados, as delegacias de vários municípios baianos não dispõem de condições físicas, estruturais e os recursos humanos ideais para garantir a totalidade da cobertura dos casos de violência, de modo que os esforços para produzir uma estatística estadual se transforma em uma atividade difícil, demorada e de baixa garantia da qualidade da informação.

O boletim de ocorrência reflete o momento inicial do fato, quando o delegado de polícia registra a ocorrência, a princípio embasado nas informações de que dispõe. O curso das investigações pode levar à confirmação da hipótese inicial ou à reclassificação do fato criminal na instauração do inquérito. Portanto, a informação gerada a partir das ocorrências é apenas a etapa inicial de um processo contínuo e longo, especialmente se for considerada também a fase judicial dos fatos criminais. Todavia são informações úteis, porque permitem o acompanhamento da tendência da criminalidade e, por serem produzidas de forma ágil, subsidiam o planejamento operacional das atividades policiais.

Entretanto, apesar de o SGE armazenar os dados de todas as delegacias do Estado, em alguns municípios, problemas na rede de computadores constituem uma realidade, situação que impõe a elaboração manual dos boletins de ocorrência e das planilhas que condensam as informações dos boletins, e, conseqüentemente, essas planilhas são encaminhadas à Coordenação de Estatística Policial (CDEP) nesse formato para serem digitadas e incluídas no SGE.

4.7.3 Estatísticas policiais

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2013) sobre a análise das ocorrências registradas pelas Polícias Cíveis de todo o Brasil revelaram que a taxa de homicídios dolosos por 100 mil habitantes no país, considerando-se todas as faixas etárias, foi de 22,5 no ano de 2004, 22,0 em 2005, 23,5 em 2011 e 24,3 em 2012. Essa mesma taxa, no Estado da Bahia, correspondeu a 21,1 no ano de 2004, 21,4 em 2005, 38,5 em 2011 e 38,5 em 2012. Em relação aos municípios baianos, as maiores taxas por 100 mil habitantes, no ano de 2005, foram registradas em Juazeiro (56,4), Itabuna (52,7) e Teixeira de Freitas (48,1), enquanto a capital, Salvador, registrou uma taxa de 31,6 por 100 mil habitantes nesse mesmo ano. Os dados referentes às lesões corporais mostraram que a Bahia foi o Estado da região Nordeste que mais registrou ocorrências de lesões corporais no ano de 2005: 330,9 por 100 mil habitantes, em todas as faixas etárias. Na Bahia, os municípios de Itabuna e Lauro de Freitas apresentaram as maiores taxas de lesões corporais, respectivamente, 673,1 e 606,9 por 100 mil habitantes, no ano de 2005 (BRASIL, 2006a).

De acordo com Carvalho e colaboradores (2009), a categorização das ocorrências realizada pelos policiais cíveis, nas delegacias, segue as tipificações criminais utilizadas comumente no universo jurídico. Assim, é necessário adequar a categorização utilizada no meio jurídico às terminologias utilizadas no setor de saúde, conforme conceituações definidas pelo Ministério da Saúde.

Em estudos realizados em Campina Grande, Estado da Paraíba, os autores analisaram 156 laudos periciais com descrição de lesão corporal, resultante do exame de corpo delito de crianças e adolescentes com idades ente entre 0 e 19 anos, vítimas de violências entre os anos 2008 a 2011, além dos relatórios policiais referentes às vítimas. Os resultados do estudo mostraram que, entre as vítimas, houve maior frequência do sexo feminino (56%), embora, no grupo etário de 0 a 4 anos, a maioria fosse do sexo masculino (65%). Em relação ao local de ocorrência da violência, a residência foi o mais comum entre as crianças de 0 a 9 anos de

idade e, conseqüentemente, na sua maioria, os agressores eram pessoas conhecidas, ou, muitas vezes, pertencentes à família. Os pesquisadores ainda observaram que as regiões do corpo mais afetadas foram a face, os membros superiores e inferiores. Oliveira e outros (2014) apontam que o risco de as vítimas de violência física apresentar lesões maxilofaciais foi 2,5 vezes maior do que para as outras violências.

Outra pesquisa analisou 2.073 casos de violência contra crianças e adolescentes, com idades entre 0 e 18 anos, registrados na Delegacia Especializada na Repressão aos Crimes Contra Crianças e Adolescentes (DERCA), no município de Salvador, durante os anos de 1997 a 1999. O estudo revelou que 64,7% foram vítimas de violência física, 28,3% sofreram violência psicológica, 16,5% violência sexual e 2,8% negligência. A região de cabeça e pescoço foi a mais atingida (65,3%). Além disso, foi observado que o grupo de 0 a 10 anos de idade foi minoria, o abuso sexual foi mais frequente no sexo feminino, 59,8% dos agressores possuíam relação indireta com as vítimas, e a autoria da violência foi dos pais em 13,6% dos casos. Quanto ao denunciante, a pesquisa apontou que nenhuma das denúncias foi realizada por profissional de saúde, refletindo a necessidade de maior comprometimento desses profissionais com o problema da violência contra crianças, conforme preconiza a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (CARVALHO et al., 2009).

Segundo estudo de Campos e colaboradores (2005), as estimativas internacionais revelam que os registros das delegacias correspondem a cerca de 10 a 20% dos casos de violência sexual que realmente acontecem. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) apontam que, quando a vítima é uma criança, esse percentual se reduz para 2% dos casos, já que o agressor, na maioria das vezes, é alguém muito próximo da vítima, impedindo, conseqüentemente, a denúncia.

4.8 FORTALECIMENTO DA REDE DE APOIO, CUIDADO E PROTEÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

4.8.1 Importância do envolvimento dos profissionais de saúde

A privilegiada posição ocupada por algumas categorias profissionais, notadamente da saúde e da educação, em razão da proximidade com o grupo infantil, faz delas elementos facilitadores na identificação das diversas modalidades de atos violentos praticados contra a criança (BRASIL, 2006).

O médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche deve comunicar à autoridade competente, sob pena de multa, os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:
Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (ISHIDA, 2003, p. 416).

No entanto, na opinião de Arpini e colaboradores (2008), existe por parte dos profissionais de saúde o temor de entrarem em instituições “sacralizadas” socialmente: a família e a justiça.

Um estudo revelou várias razões que são citadas pelos profissionais de saúde para justificarem a não notificação às autoridades. Enquanto a maioria assumiu falta de conhecimento sobre como denunciar (86,5%), ou demonstrou receio de agravar as manifestações da violência contra a criança (84%), outro grupo admitiu dúvidas quanto ao diagnóstico (50%), medo do litígio (35%) ou de ser alvo de agressões por parte dos familiares da criança (33%). Além disso, prestadores de cuidados de saúde, às vezes, experimentam insatisfação com o desenrolar do processo, pois o desejo de punição do agressor nem sempre é concretizado (MOUDEN et al., 1998).

Entretanto, à medida que se percebe o impacto negativo da violência doméstica no bem estar da criança, aumenta o reconhecimento do importante papel dos profissionais e dos serviços de saúde para o enfrentamento do problema, já que esses são espaços privilegiados que, além de identificar e tratar, podem auxiliar nas estratégias de prevenção e punição dos agentes causadores (RAMOS; SILVA, 2011).

Martins e Mello-Jorge (2009) citam estudos nacionais e internacionais que apontam para a importância da qualidade das informações prestadas pelos profissionais. Nesse sentido, torna-se essencial o treinamento adequado e contínuo dos recursos humanos envolvidos com a notificação da violência contra menores.

No entanto, na prática da assistência, a atenção dos profissionais está direcionada para os efeitos da violência, a reparação dos traumas e lesões físicas, o cuidado com a recuperação e reabilitação das sequelas (BRASIL, 2006).

Para Reading e outros (2009), desde que o médico francês Kempe, em 1961, descreveu a *síndrome da criança espancada*, as ações de proteção à criança, executadas pelos profissionais de saúde, têm se embasado na identificação, avaliação e intervenção para tratar e prevenir o dano, semelhante ao modelo médico convencional de diagnóstico e tratamento. Essa abordagem tem alcançado considerável progresso ao longo dos anos, mas, inevitavelmente, não tem impedido a ocorrência de novos casos de maus-tratos infantis.

Por outro lado, Assis e colaboradores (2012) advertem que o encaminhamento da vítima pelo profissional de saúde para outro serviço da rede de atenção e proteção social favorece a integralidade e a humanização no atendimento. Porém, segundo esses autores, estudos apontam que a média de encaminhamentos para outros setores é muito baixa.

Nos Estados Unidos, em vários estados, os profissionais de saúde são os principais responsáveis legais por notificar. Adicionalmente, quarenta e sete estados americanos mais o distrito de Columbia estipulam punições civis ou criminais para os cidadãos que deixam de notificar uma situação de violência contra a criança da qual tomam conhecimento. Contudo, embora existam leis que obriguem os profissionais de saúde a denunciar os casos de maus-tratos, em apenas dezoito desses estados existem protocolos oficiais para essa finalidade. Mas, apesar dos protocolos, não existem treinamentos formais para auxiliar no diagnóstico dessas vítimas (BRASIL, 2002; MOUDEN et al., 1998).

Luna, Ferreira e Vieira (2010) mencionam que a legislação sobre maus-tratos, no Brasil, adota o modelo americano no que diz respeito à obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde, ao encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei, à punição para o profissional que não notifica. Contudo, não existem mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, já que, apesar do problema inicialmente estar restrito aos espaços correspondentes aos serviços de saúde, a notificação o expõe para além desses limites, podendo também trazer consequências sérias para o profissional, a família da vítima e para o autor da violência.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) torna obrigatória a notificação dos casos de violência infantil aos Conselhos Tutelares, porém se observa a existência de barreiras no processo de notificação. Do mesmo modo, são pouco expressivos os registros de denúncias pelos profissionais de saúde (ARPINI et al., 2008).

Saliba e outros (2007) alertam que, apesar de alguns códigos de ética profissional, como, por exemplo, o Código de Ética Odontológica e o Código de Ética Médica não apresentaram explicitamente recomendações sobre a conduta do profissional de saúde frente a pacientes vitimados pela violência, eles orientam sobre o dever profissional de zelar pela saúde e dignidade de todos os pacientes.

Por outro lado, os profissionais tendem a compreender a violência doméstica como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e da Justiça (SILVA; BARROSO JUNIOR, 2014).

O despreparo do profissional de saúde para lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve, possivelmente, ao desconhecimento acerca de como proceder diante desses

casos. As ocorrências notificadas apresentam grande importância, pois é por meio delas que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas para sua prevenção (SALIBA et al., 2007).

Para Toon e outros (2011), é importante que os profissionais que cuidam da criança, na unidade de saúde ou hospital, reconheçam quando se trata de um ato intencional, pois 50% das crianças abusadas sofrerão abuso recorrente e 30% desse grupo poderá ir a óbito. Roberts e colaboradores (2014) sugerem que os profissionais devem aproveitar a presença da criança no serviço de saúde para rastrear e tentar identificar vítimas de violência, quando diante de histórias ou lesões suspeitas, como traumatismos cranianos, fraturas e contusões.

Sobre a autoria da violência, Mouden e colaboradores, em 1998, alertaram que os médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e demais profissionais de saúde quando estão diante de um caso de violência infantil, devem estar cientes de que a pessoa que conduz a criança até o local onde será prestado o atendimento pode ser o agressor. Assim, toda a equipe de saúde deve ser imparcial, empática e concentrada no melhor atendimento para a criança.

Conforme Hashim e Al-Ani (2013), o abuso de crianças é um problema sério, e um diagnóstico incorreto traz consequências terríveis para o paciente, sua família e o prestador de cuidados de saúde.

Para Cocco, Silva e Jahn (2010), o número reduzido de crianças consideradas vítima de violência, em muitos casos, atrela-se à abordagem dos profissionais, baseada na investigação de sinais e sintomas evidentes e visíveis das agressões. A postura profissional que busca somente sinais visíveis pode ser uma das razões atribuídas aos baixos índices de identificação e encaminhamento dos casos de violência.

Qualquer profissional que se defronte com um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente deve estar ciente de que está diante de uma situação complexa, com risco de morte, que deixa quase sempre sequelas psíquicas e físicas graves, e que afeta todos os membros de um núcleo familiar de forma e intensidade diferentes, com potencial de afetar também gerações futuras dessa mesma família (CARDOSO et al., 2013).

Além disso, chama-se a atenção para os sinais não evidentes, expressos pelas crianças, como comportamento retraído na mesa de exame, divergência entre a versão da história contada pela criança e a versão dos pais. Os profissionais precisam saber detectar os sinais invisíveis, pois a violência sexual, por exemplo, muitas vezes, não deixa sinais visíveis. Cabe ao profissional ter um olhar crítico e sensível para analisar cada situação, sendo indispensável a abordagem multidisciplinar (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

De acordo com Cardoso e colaboradores (2013), em nossa cultura, permeada pelo abuso de autoridade, em que castigos são relativamente comuns, como “forma de educação”, muitos casos de vitimização de crianças e adolescentes podem passar despercebidos. Por isso, é dever do médico pediatra estar sempre atento para suspeitar dessa situação clínica.

Em estudo que analisou 2.802 laudos de crianças menores de 12 anos com suspeita de abuso sexual, examinadas no IML Nina Rodrigues, em Salvador, entre os anos de 2005 e 2010, Silva e colaboradores (2013) encontraram 31 casos em que, na conclusão do laudo, o perito médico legista identificou a presença de alteração anatômica como causa da queixa que motivou a perícia. Desses casos, 27 (87%) foram encaminhados para a delegacia pelo médico que prestou assistência à criança. Para os autores, esses dados reforçam a necessidade de os médicos que atendem a crianças estarem capacitados para distinguir entre sinais de violência sexual e variações anatômicas anogenitais (SILVA et al., 2013).

Para Alcântara-Jones, Silva e Rocha (2013), as limitações do exame necroscópico para a confirmação de abuso sexual reforçam a necessidade de que seja aprimorada a habilidade dos profissionais de saúde para que as informações coletadas em entrevista com os familiares sejam utilizadas na definição do diagnóstico.

No que diz respeito à odontologia, existem dois desafios em relação à violência familiar: a magnitude do fenômeno e a aparente falta de envolvimento dos profissionais. A violência familiar é um fenômeno que apresenta números crescentes, mesmo sendo difícil de medir (MOUDEN et al., 1998).

No ano de 2013, Hashim e Al-Ani revelaram que o papel da equipe odontológica na proteção da criança tem recebido destaque na literatura científica. Os cirurgiões-dentistas provavelmente estão na posição mais favorável para reconhecer uma situação de violência contra a criança, pois, 50 a 75% dos casos têm como sequelas lesões na região da face, boca e pescoço. O contato mais próximo e por um maior número de vezes permite a esse profissional observar não somente a condição física como também a condição psicológica da criança e o seu ambiente familiar. Muitas vezes, o agressor evita retornar ao mesmo serviço de saúde para obter tratamento para uma criança que foi vítima de violência, porém ele não parece evitar o retorno ao mesmo consultório odontológico.

Assim, o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a suspeitar que lesões orofaciais em seus pacientes pediátricos resultem de agressão física, sendo seu dever detectar tais abusos numa fase precoce, para evitar maiores danos à criança (SUBRAMANIAN et al., 2005). E, conseqüentemente, como os odontopediatras acompanham seus pacientes desde a primeira infância, esses profissionais podem ser os primeiros a identificar não somente sinais

e sintomas físicos, como também manifestações emocionais decorrentes do abuso (CAVALCANTI et al., 2009). Ao contrário da violência física, os sinais e sintomas da violência sexual não são facilmente observados, e, por essa razão, os cirurgiões-dentistas devem estar cientes de que o abuso sexual perpetrado contra crianças é uma realidade, mantendo-se alertas para os sinais que podem estar presentes na cavidade oral (MOUDEN et al., 1998).

Ainda em 1999, Deslandes argumentou que os registros e as notificações dos casos de violência doméstica contra crianças mostraram-se absolutamente precários, nas instituições que atendem às vítimas, pois os profissionais de saúde, para os quais o ato de notificar é obrigado por legislação específica, demonstram uma grande relutância em assumir uma notificação de maus-tratos. Ao longo dos anos, alguns estudos propuseram, como solução para reverter essa situação, a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se, por um lado, o profissional tem o dever de notificar, por outro, a instituição tem o dever de garantir essa conduta, protegendo o profissional e compartilhando a responsabilidade pelo caso, por meio do estabelecimento de uma rotina institucional com vistas à notificação de todos os casos de violência contra a criança.

4.8.2 O papel do cidadão, da sociedade civil e das políticas de governo

Em relação aos maus-tratos na infância, existem, pelo menos, duas responsabilidades impostas a todas as pessoas que assistem a crianças: a de descobri-los e de denunciá-los. Assim, considerando a importância epidemiológica e biopsicossocial desse tipo de violência, é fundamental reconhecer o perfil dos casos, com vistas a reforçar a garantia de proteção (COSTA et al., 2008; THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Citando Pinheiro e Adorno (1993) e Deslandes (1999), na ausência de proteção social efetiva, essas crianças são submetidas a restrições e constrangimentos que comprometem o direito à vida, desumanizando-as, embrutecendo-as e instituindo a violência como única linguagem possível. A maioria dos casos de violência reincidirá com igual ou superior gravidade se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica, principalmente quando se trata de violência infantil.

Para Muza (1994) e, mais recentemente, para Cardoso e colaboradores (2013), a violência doméstica exige intervenções múltiplas, envolvendo medidas protetoras de todas as instâncias. O sistema policial e jurídico deve garantir segurança às vítimas, responsabilizar os agressores e estabelecer procedimento para que as outras instituições que compõem o sistema social fiquem responsáveis pelas intervenções.

De modo semelhante, Mock e outros (2008) argumentam que programas promotores de relações seguras, sustentáveis e carinhosas entre crianças e seus pais ou cuidadores podem substancialmente reduzir a violência contra as crianças.

4.8.3 Situação atual

Até agora, tanto os países desenvolvidos quanto aqueles em desenvolvimento têm concentrado seus esforços nas ações secundárias e terciárias relativas à violência. Essa prioridade é compreensível, já que apoiar as vítimas e punir os agressores são ações especiais, embora a resposta abrangente à violência inclua a adoção de ações compatíveis com a reação primária, que consiste em promover a não violência, reduzir as agressões e mudar as circunstâncias e as condições que favorecem sua explosão (DAHLBERG; KRUG, 2007).

No entanto, em consonância com Franzin e colaboradores (2013), em muitas sociedades, apenas uma pequena parcela das crianças vítimas de violência recebem o tratamento adequado. Por outro lado, Mouden e outros (1998) alertam que as crianças que sofrem violência sexual temem ser responsabilizadas, punidas e rejeitadas pelos amigos ou não acreditadas.

No Brasil, a violência contra a criança é motivo de preocupação para as instituições governamentais e não governamentais, pois promove a elevada morbidade e mortalidade da população e altos custos para o Sistema Único de Saúde (FRANZIN et al., 2013).

Entretanto, o sistema jurídico penal, responsável pelo julgamento e posterior punição do autor da violência, geralmente é lento e, muitas vezes, os processos jurídicos são realizados após anos de um suposto evento. Além disso, o processo só irá prosseguir se houver um infrator identificado e provas suficientes para processá-lo. Paralelamente, o nível de prova exigido vai além de uma dúvida razoável, e a maioria dos casos de violência infantil nunca chega ao sistema penal, pela fragilidade na obtenção das provas (MOUDEN et al., 1998).

4.8.4 Ações e estratégias conjuntas em favor do enfrentamento

Segundo a *World Health Organization* (2006), corroborada por Cardoso e colaboradores (2013), o senso comum frequentemente associa o problema da violência com a segurança e os sistemas de justiça. Só mais recentemente, com o desenvolvimento progressivo e engajamento de profissionais que trabalham com a saúde pública, tem havido um crescente reconhecimento de que a abordagem da violência deve ser realizada de forma interdisciplinar. A violência contra a criança exige intervenções múltiplas, envolvendo medidas protetoras de todas as instâncias. O sistema policial e jurídico deve garantir segurança às vítimas,

responsabilizar os agressores e estabelecer procedimento para que as outras instituições que compõem o sistema social fiquem responsáveis pelas intervenções.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a criança precisa conhecer seus direitos legais, de modo que possa exigí-los, sendo, dessa forma, corresponsável pelo cumprimento da legislação. Em contrapartida, programas que promovam relações seguras, sustentáveis e carinhosas entre as crianças e seus pais ou cuidadores podem substancialmente reduzir os casos de violência (MOCK et al., 2008).

De acordo com o relato de Veloso e colaboradores (2013), para que haja o efetivo controle da violência contra a criança, é necessário incentivar a formação de redes de cuidado e proteção das vítimas, garantindo atendimento integral, promoção da saúde e cultura da paz, por meio dos mecanismos de identificação dos agressores. Contudo há poucos dados disponíveis sobre a atuação dos sistemas de proteção nos países subdesenvolvidos (CHILD et al., 2014).

Benbenishty e outros (2014) apontam que muitos países estão buscando medidas nacionais na tentativa de coibir a violência e reduzir suas consequências para a vítima e para a sociedade, sensibilizados com a violência que atinge crianças em todos os continentes. Assim, muitos hospitais, em vários países do mundo, como Israel, Estados Unidos, Brasil, Hong Kong, Áustria e Turquia, contam como uma Equipe de Proteção à Criança (EPC). Porém, muitas vezes, a existência de lesões mais graves não permite um maior aprofundamento no caso por parte da EPC, e o relato dos pais pode ofuscar o quadro clínico e iludir os profissionais.

A instituição de leis que proíbam a violência física, associada a programas educativos intensos, estimuladores do diálogo, parecem ser estratégias importantes para coibir a violência doméstica dentro da família (FRANZIN et al., 2013).

De acordo com a percepção de Minayo e Souza (1999), o desenvolvimento social, a educação formal, a melhoria das condições de vida da população, a instituição da justiça, do exército e da polícia foram os principais fatores responsáveis pela redução da violência fatal em alguns países do continente europeu.

Na Rússia, um vasto conjunto de leis vem sendo aprovado nos últimos dezessete anos, com a finalidade de garantir os direitos básicos das crianças, embora o tratamento abusivo em relação às crianças não tenha sido visto como prioridade social. Nesse país, existe um esforço conjunto da polícia, de assistentes sociais, sociólogos, psicólogos, educadores, profissionais de saúde e sociedade civil no intuito de combater a violência contra a criança, mas ainda persistem lacunas no sistema e a necessidade de leis específicas que proíbam esse tipo de

prática e puna duramente os autores dos maus-tratos (IARSKAIA-SMIRNOVA; ROMANOV; ANTONOVA, 2008).

Já em Israel, o Ministério da Saúde determinou que equipes de proteção à criança estejam presentes em todos os hospitais, realizando investigações preliminares de suspeitas de violência infantil, abordando parâmetros físicos, comportamentais e psicossociais. E, na suspeita de maus-tratos, a equipe encaminha o caso para a polícia (BENBENISHTY et al., 2014).

Child e colaboradores (2014) mostram que, em Uganda, a Constituição do país e o capítulo 59 da Lei da Criança estabeleceram as obrigações do governo para garantir a proteção das crianças mais vulneráveis. Naquele país, todas as delegacias de polícia são obrigadas a ter uma unidade de proteção à criança e à família, com agentes especializados para lidar com as queixas apresentadas pelas próprias vítimas.

Já Reading e colaboradores (2009) lembram que o documento final da Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU estabeleceu que os direitos da criança de usufruir da prestação de serviços, de participação na sociedade, além de ter assegurado cuidado e proteção em seu benefício, deveriam ser implementados como um pacote, em vez de tratados seletivamente. A maior força de uma abordagem baseada na referida Convenção é que ela fornece um instrumento legal para a aplicação da política, responsabilidade e justiça social, não consistindo em um código moral, embora seu texto tenha como base fundamentos éticos e morais.

No Brasil, a articulação entre as diferentes áreas do conhecimento visa ao cumprimento dos princípios assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), quanto às políticas e programas. Uma das principais ações do ECA foi a instituição do Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação de maus-tratos denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção: proteção da criança, afastamento da vítima do autor da agressão e tratamentos (MARTINS; MELLO-JORGE, 2009; SOUZA et al., 2014). Porém, para Ramos e Silva (2011), a integração entre os Conselhos e os serviços de saúde ainda é precária, pois os profissionais de saúde acreditam que essa Instituição não vem cumprindo o seu papel nessa rede de proteção à criança vítima de violência, quando situações lhe são encaminhadas. Por outro lado, a atuação dos Conselhos Tutelares revela-se insatisfatória, uma vez que esses órgãos contam com infraestrutura precária, falta de pessoal qualificado para o cumprimento da missão de conselheiro, grande demanda de trabalho e dificuldades nos serviços de apoio para a execução das medidas que devem ser aplicadas (ARPINI et al., 2008).

Ademais, Campos e colaboradores (2005) advertem que a integração entre os setores de saúde e Segurança Pública é fundamental para que vítimas de violência sexual recebam atendimento na área de saúde o mais precocemente possível, focalizando na prevenção das possíveis sequelas que ameaçam a integridade física e emocional.

Entre os recursos disponíveis para o enfrentamento da violência e em prol da proteção dos direitos humanos está a utilização da informação, com o fortalecimento dos movimentos sociais em defesa da vida. Assim, a ação governamental desempenha importante papel no sentido de sistematizar e garantir o acesso às informações sobre temas importantes e de interesse para a sociedade (BRASIL, 2008).

No sentido de melhorar a qualidade da informação, sempre que possível, os sistemas de vigilância devem ser complementados por inquéritos de base populacional, ação especialmente importante em situações em que não há forte sistema de proteção à criança, ou a maioria dos casos não é conhecida pelas autoridades (WHO, 2013).

Nesse intuito, é preciso investir tecnicamente para que o sistema de registro das notificações possibilite o processo de avaliação continuada e o monitoramento da rede de proteção, o que só se efetivará se houver investimentos em recursos humanos, equipamentos e meios para ação (BRASIL, 2002, 2002b).

Para Gomes e outros (2010), somente através da indignação de cada indivíduo em nossa sociedade e do enfrentamento de paradigmas como os de que os pais têm o direito de impor a força física para educar seus filhos – pois nem sempre eles tiveram a oportunidade de aprender a melhor forma de cuidar –, a sociedade estará pronta para o enfrentamento da violência física contra a criança. Esses pais precisam ser conscientizados e informados sobre o desenvolvimento da criança, suas necessidades e direitos.

Entende-se que o rompimento do ciclo da violência implica a desconstrução da rede que se organizou ao redor da criança ou adolescente que é vítima. Portanto, o ponto inicial para enfrentar a violência contra a infância passa por romper os pactos de silêncio (ARPINI et al., 2008).

Segundo Ferreira e colaboradores (2015), na violência infantil, a prevenção visa a proteger a criança de outras exposições e da perpetuação para a violência juvenil. Dessa forma, um dos recursos utilizados para prevenir recidivas consiste na retirada da criança do convívio familiar, garantindo proteção em outra família, mesmo que temporariamente. Ainda para esses autores, na maioria das vezes, os casos de violência infantil são identificados por autoridades escolares e policiais que realizam a denúncia.

Thomazine, Oliveira e Vieira (2009) ponderam que é importante chamar o poder público à sua responsabilidade por meio dos registros dos maus-tratos, pois somente assim, com a comprovação epidemiológica da sua magnitude, os profissionais de saúde e a sociedade poderão exigir mais efetivamente o suporte adequado para uma melhor intervenção e prevenção dos casos de violência.

Por outro lado, é preciso criar mecanismos sociais e exigir a atuação dos já existentes para que a “notificação” dos casos de violência pelo setor saúde não seja traduzida como “denúncia”, no sentido repressivo e policialesco do termo. Na prática, a notificação deve significar uma garantia de que a criança e sua família poderão contar com o apoio de instituições preparadas e profissionais competentes.

De acordo com Eisele e Campos (2005) e Martins (2010), a denúncia é o caminho mais recomendado e deve ser o de escolha, não apenas para não se incorrer em ilícito penal, por ter conhecimento de um crime e não o comunicar à autoridade competente, como também, e principalmente, para evitar o agravamento da situação. Assim, a sensibilização da população e o funcionamento do disque-denúncia em tempo integral, bem como um maior comprometimento das autoridades na reavaliação do funcionamento dos conselhos tutelares, para diminuir os subregistros e fortalecer a rede de proteção, são ações essenciais no controle e monitoramento dos maus-tratos infantis (COSTA et al., 2008).

Segundo Martins (2010), estudos alertam para o fato de que, além da falta de notificação por parte da sociedade e dos profissionais, os poucos serviços e iniciativas existentes no país para identificação e atendimento das vítimas não contam com uma rede de informação interligada que torne possível retratar o comportamento da violência na população.

A sociedade tem a obrigação de proteger as crianças das situações de maus-tratos, e os gestores públicos precisam de respostas para questões fundamentais sobre o tamanho do problema, sua gravidade e evolução, suas causas e consequências, além dos custos para a sociedade e para o Estado. De acordo com os argumentos da *World Health Organization* (2013), essas questões parecem ser, relativamente, de fácil resolução, em pleno século 21, embora as dificuldades surjam da falta de disponibilidade de dados confiáveis e válidos para cada região.

5 METODOLOGIA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

As instituições responsáveis pelo gerenciamento dos sistemas de informação – Diretoria de Informação em Saúde da Superintendência de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIS /SUVISA/SESAB, gestão do SIM e SINAN), Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DICON/SUREGS/SESAB, gestão do SIH/SUS) e Coordenação de Estatística Policial da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia (CDEP/SSP-BA) – elaboraram declaração de anuência autorizando o acesso dos pesquisadores aos respectivos bancos de dados. Da mesma forma, os pesquisadores envolvidos na pesquisa e os membros da equipe técnica de apoio, no que diz respeito à captação, análise e relacionamento dos dados, elaboraram um documento no qual assumiram o compromisso de preservar a privacidade dos indivíduos cujos dados seriam coletados e de utilizar as informações produzidas exclusivamente para a execução deste trabalho.

Desse modo, em atenção às orientações contidas nas Resoluções CNS nº 196/1996 e CNS nº 466/2012, que versam sobre as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto que originou a presente pesquisa foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e aprovado conforme consta em parecer final com CAAE nº. 0111.0.059.000-11 (Anexo C). Assegura-se que a coleta de dados desta pesquisa foi iniciada após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UEFS.

5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo da série histórica de registros da violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, residentes no Estado da Bahia, ocorridos no período compreendido entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014, a partir dos dados coletados em três sistemas de informação cuja gestão é de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além dos dados armazenados no Sistema de

Gerenciamento Estatístico (SGE), monitorado pela Coordenação de Estatísticas Policiais (CDEP) da Polícia Civil da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia.

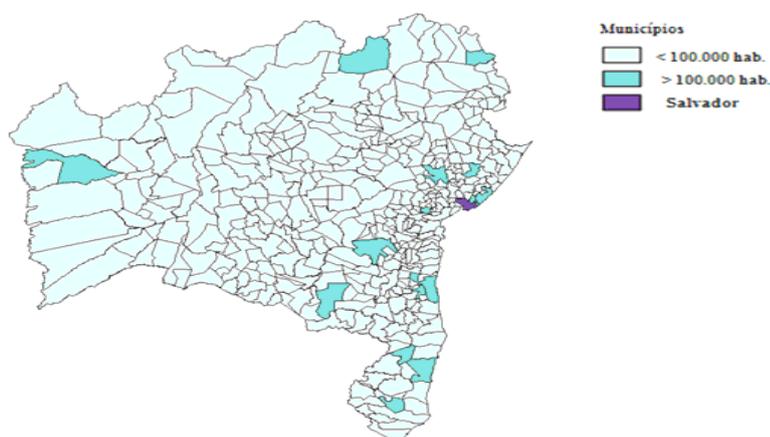
5.3 CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

A Bahia é uma das 27 unidades federativas do Brasil, e sua população estimada para o ano de 2014 foi de 15.126.371 habitantes. Situada no sul da Região Nordeste, faz limites com outros oito estados brasileiros, e, em termos de extensão territorial, é o quinto estado, representando 6,6% do território nacional, com área de 567.295 km², distribuídos entre os seus 417 municípios.

Entre os estados nordestinos, a Bahia possui a maior extensão territorial (36,3%), a maior população, o maior Produto Interno Bruto (PIB) e o maior número de municípios. Entretanto, apesar de ser a oitava maior economia do Brasil, com o PIB superior a R\$ 150 bilhões, o valor do PIB *per capita* é em torno de R\$ 11 mil. Isso gera um quadro de distribuição de renda desordenado, o que se reflete no seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que, no ano de 2010, foi o sexto menor do país (0,66). Além disso, dados oficiais revelam que o PIB da Bahia está concentrado em cinco municípios (42,6%), quatro dos quais estão situados na Região Metropolitana de Salvador (RMS).

Na Bahia, o mais desenvolvido e populoso município, Salvador, capital do Estado, concentra 24,3% do PIB da Bahia, cuja população, de aproximadamente três milhões de habitantes no ano de 2013, correspondia a cerca de 20% da população total do Estado (BAHIA, 2013).

Figura 2 – Mapa dos municípios do Estado da Bahia, segundo porte populacional



Fonte: Ministério do Planejamento/IBGE/Ministério da Saúde/DATASUS (2014).

5.4 DEFINIÇÃO TEMPORAL DO ESTUDO

A possibilidade de inserir um Módulo de Violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como via de universalização da vigilância contínua, justificou-se pela cobertura nacional e consolidação da notificação do SINAN pelos profissionais do SUS, facilitando, dessa forma, a expansão do Sistema VIVA e garantindo a sustentabilidade da notificação de violências. Assim, o processo de implantação do Módulo de Violência no SINAN foi programado para ocorrer de um modo gradual e por adesão, considerando a estrutura da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) em cada Secretaria de Saúde, até tornar-se universal para todo o território nacional, tendo como base a parceria existente entre as secretarias estaduais e municipais de saúde. No Estado da Bahia, a implantação do módulo correspondente às violências no SINAN ocorreu no ano de 2008, sob a responsabilidade da Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIS/SESAB). Vale destacar que, com vistas à definição do período do estudo dos sistemas de informação, objetos desse trabalho, realizou-se uma análise preliminar do banco de dados do SINAN com referência às datas de ocorrência das notificações de violência praticada contra crianças, levantando-se registros de casos ocorridos a partir do ano de 2007. Contudo, como o número de notificações referentes a esse ano era muito baixo (3 casos), optou-se por analisar os casos ocorridos a partir de 2008. Assim, como um dos objetivos do estudo foi analisar os registros de violência nos quatro sistemas, o período correspondente às ocorrências das violências teria de ser semelhante nas referidas fontes de informações. Dessa forma, nesta pesquisa, analisaram-se os dados do SIM, SIH/SUS, SINAN e SGE, cujos casos de violência perpetrada contra crianças de 0 a 11 anos aconteceram entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014. Destaque-se que, no período de interesse do estudo, os quatro sistemas funcionaram dentro da normalidade esperada e foram regularmente monitorados pelos respectivos gestores, não sofrendo intercorrências que pudessem prejudicar, de alguma forma, a coleta e (ou) os resultados da pesquisa.

5.5 UNIVERSO ESTUDADO

No Brasil, o documento legal mais completo e internacionalmente reconhecido é a Lei 8.069/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por estabelecer

absoluta prioridade aos direitos da criança e do adolescente como primazia de proteção, precedência de atendimento, preferência nas políticas públicas, privilegiada destinação de recursos, assim como a obrigatoriedade, para os profissionais de saúde e educação, especificamente, em notificar casos de violência contra esses grupos (ISHIDA, 2003). De acordo com o ECA, considera-se criança todo indivíduo com idade entre 0 e 12 anos incompletos, enquanto os adolescentes são aqueles com idades entre 12 e 18 anos incompletos.

Como este trabalho visou levantar os registros de violências praticadas contra crianças, armazenados nos bancos de dados dos quatro sistemas de informação já citados, foram analisados todos os registros de indivíduos com idades entre 0 e 11 anos, dos gêneros masculino e feminino, vítimas da violência e residentes nos municípios do Estado da Bahia.

Por outro lado, visando à divulgação de dados mais condizentes com aqueles apresentados pela comunidade científica nacional e internacional, cujas argumentações embasaram a fundamentação e discussão desta pesquisa, buscou-se agrupar as idades das crianças vitimadas pela violência em quatro faixas etárias (Quadro 1), as quais foram utilizadas nas análises dos dados do SIM, SIH/SUS e SINAN.

Entretanto, no estudo dos dados policiais do SGE, considerou-se a faixa etária de 0 a 11 anos, devido à metodologia de coleta de dados utilizada pela Coordenação de Estatística Policial (CDEP/SSP-BA), que não possibilita a fragmentação em faixas mais estreitas.

Quadro 1 – Faixas etárias consideradas no estudo

| Idade da criança | Faixa etária |
|--|-------------------------------|
| Do nascimento até 11 meses e 29 dias | 0 – 1 ano (menores de um ano) |
| 1 ano completo a 4 anos 11 meses e 29 dias | 1 – 4 anos |
| 5 anos completos a 9 anos 11 meses e 29 dias | 5 – 9 anos |
| 10 anos completos a 11 anos 11 meses e 29 dias | 10 – 11 anos |

5.6 CÁLCULO DAS POPULAÇÕES

Nesta pesquisa, para o cálculo de alguns indicadores referentes aos resultados verificados na análise dos bancos de dados do SINAN, SIM, SIH/SUS e SGE, foi necessária a utilização da população anual de indivíduos na faixa etária de 0 a 11 anos, do período de 2008

a 2014. Assim, a fonte de informação utilizada para os cálculos das populações dos anos de 2008 a 2012 foi o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com dados disponibilizados pelo site do Ministério da Saúde/DATASUS. Ressalta-se que as estimativas das populações totais dos anos 2013 e 2014 foram divulgadas para o Tribunal de Contas da União e para o Fundo de Participação dos Municípios por meio da Resolução nº 10 de 28/08/2013 e nº 02 de 26/08/2014 do Ministério do Planejamento/IBGE. Assim, baseando-se nessas estimativas divulgadas, bem como nos índices do Censo Demográfico de 2010, o Setor de Demografia da Coordenação de Análise e Divulgação da Diretoria de Informação em Saúde (DIS /SESAB) calculou a estimativa populacional para as idades de 0 a 11 anos e respectiva distribuição por sexo, referentes aos anos de 2013 e 2014 (**Anexo D**).

5.7 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO

A análise dos dados referentes aos registros dos casos de violências contra crianças com idades entre 0 e 11 anos, ocorridos no Estado da Bahia, foi realizada em 5 etapas, descritas a seguir.

5.7.1 1ª Etapa: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A gestão do SIM na Bahia é de responsabilidade da Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (DIS/SESAB). Os dados de mortalidade que compuseram o presente estudo fazem parte do banco estadual do SIM e foram disponibilizados pela DIS/SESAB no mês de fevereiro de 2015. Porém, vale ressaltar que, nos bancos de dados municipais e estadual, os dados do SIM referentes aos dois últimos anos são considerados preliminares, pois esses níveis hierárquicos podem, a qualquer momento, incluir ou excluir registros, visto que, do ponto de vista epidemiológico, todas as informações são importantes para a análise da situação de saúde do município e, conseqüentemente, do Estado.

Em relação às categorias relacionadas na décima edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), foram analisados os registros do SIM nos quais a categoria T74 (Síndromes de maus-tratos) do Capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas) e (ou) uma das categorias referentes ao agrupamento X85 a Y09 (Agressões) do Capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade), incluindo-se as respectivas subcategorias, foram citadas em um dos campos referentes à causa da morte da criança (**Anexo E**). O Quadro 2 mostra os

agrupamentos que foram realizados com base nas afinidades identificadas entre as descrições de cada categoria. Vale esclarecer que os códigos da categoria T74 não foram compilados com outros equivalentes, pois, na CID-10, essa categoria corresponde às Síndromes de maus-tratos.

Quadro 2 – Agrupamentos das categorias da CID-10, segundo a descrição e tipo de violência, utilizadas na análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

| Agrupamentos (CID 10) | Descrição | Tipo de violência |
|------------------------------|--|--------------------------|
| T74.0 | Maus-tratos por negligência ou abandono | Negligência ou abandono |
| T74.1 | Sevícias físicas | Física |
| T74.2 | Abuso sexual | Sexual |
| T74.3 | Abuso psicológico | Psicológica |
| T7.8 | Outras síndromes de maus-tratos | Não especificada |
| X85 – X 90 | Agressão por meio de drogas, medicamentos, substâncias biológicas, substâncias corrosivas, gases, produtos químicos, substâncias nocivas | Física |
| X91 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação | Física |
| X92 | Agressão por meio de afogamento e submersão | Física |
| X93 – X 95 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo | Física |
| X96 – X 98 | Agressão por meio de material explosivo, vapores, fumaça, fogo, substância quente | Física |
| X99 – Y00 | Agressão por meio de objeto cortante, penetrante ou contundente | Física |
| Y01 – Y03 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado, colocação da vítima diante de um objeto em movimento, impacto de veículo automotor | Física |
| Y04 | Agressão física | Física |
| Y05 | Agressão sexual | Sexual |
| Y06 | Negligência e abandono | Negligência e abandono |
| Y07 - Y09 | Outras síndromes de maus-tratos ou agressões por outros meios | Não especificada |

Fonte: OMS (2000).

Critérios de inclusão considerados na coleta de dados referentes ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM):

- 1) Declaração de Óbito de crianças com idades entre 0 e 11 anos completos.
- 2) Óbitos ocorridos no período compreendido entre 01/01/2008 e 31/12/2014.
- 3) Óbitos de crianças residentes no Estado da Bahia.
- 4) Declaração de Óbito cujos campos idade, sexo, município de residência, data do óbito, local do óbito, causa básica de morte e (ou) causa secundária e (ou) causa complementar estavam preenchidos com opção distinta daquelas indicadoras de ausência do dado (campos não preenchidos ou preenchidos com a opção “ignorado”).
- 5) Declaração de Óbito cujo campo correspondente à causa básica de morte estava preenchido com código referente a uma das subcategorias pertencentes à categoria T74 (Síndromes de maus-tratos) do Capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) da CID-10 e (ou) ao agrupamento X85 a Y09 (Agressões) do Capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade).

Não houve critérios de exclusão considerados na coleta de dados referentes ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), visto que a tabulação dos dados do SIH/SUS, disponibilizados pela Diretoria de Informação em Saúde – DIS/SESAB para a realização desse estudo contemplou apenas os critérios de inclusão estabelecidos.

As variáveis analisadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Blocos e respectivos campos das declarações de óbitos das crianças com idades entre 0 e 11 anos, vitimadas pela violência, analisados nesse estudo

| Bloco | Especificação | Campo | Definição |
|-------|---------------|-------|--------------------|
| I | Identificação | 2 | Data do óbito |
| | | 5 | Nome do falecido |
| | | 7 | Nome da mãe |
| | | 8 | Data de nascimento |
| | | 9 | Idade |
| | | 10 | Sexo |
| | | 11 | Raça ou cor |

Quadro 3 (Cont.) – Blocos e respectivos campos das declarações de óbitos das crianças com idades entre 0 e 11 anos, vitimadas pela violência, analisados nesse estudo

| Bloco | Especificação | Campo | Definição |
|-------|-----------------------------|-------|------------------------------|
| II | Residência | 18 | Município de residência |
| III | Ocorrência | 20 | Local de ocorrência do óbito |
| | | 25 | Município de ocorrência |
| V | Condições e causas do óbito | 40 | Causa da morte |

Fonte: BRASIL (2001a).

Para efeito de análise das variáveis do SIM, o estudo considerou como dados inválidos aqueles preenchidos com opção indicadora de ausência do dado (campos não preenchidos ou preenchidos com a opção 9 - “Ignorado”).

- Definição de frequências e indicadores.

Na análise dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram levantadas as frequências simples e relativas das variáveis sexo, faixa etária, raça ou cor, município de residência, ano de ocorrência, município de ocorrência, local de ocorrência, causa da morte, meio de agressão, bem como a distribuição dos casos de óbitos de crianças de 0 a 11 anos de idade segundo ano de ocorrência do óbito e sexo (masculino e feminino) e por faixa etária e sexo.

Com relação aos registros inválidos – opção “Ignorado” e (ou) sem registro –, foram calculadas as frequências simples e relativas em cada variável nas quais esse tipo de registro esteve presente, e, devido à importância do ponto de vista epidemiológico, os resultados referentes aos dados inválidos identificados nas variáveis foram apresentados separadamente.

Além disso, calculou-se a taxa anual de mortalidade das crianças vítimas de violência. Para o cálculo dessa taxa, colocou-se, no numerador, o número de casos de violência ocorridos em cada ano e, no denominador, a população sob risco (crianças de 0 a 11 anos) do referido ano * 100.000 crianças de 0 a 11 anos de idade.

5.7.2 2ª Etapa: Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

A gestão do SIH/SUS na Bahia é de responsabilidade da Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (DICON/SESAB). Os dados de

internações que compuseram o presente estudo fazem parte do banco estadual do SIH/SUS e foram disponibilizados pela DICON/SESAB no mês de março de 2015.

Em relação às categorias relacionadas na décima edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), foram analisados os registros do SIH/SUS nos quais a categoria T74 (Síndromes de maus-tratos) do Capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) e (ou) uma das categorias referentes ao agrupamento X85 a Y09 (Agressões) do Capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade), incluindo-se as respectivas subcategorias, e foram citadas no ID-10 principal e (ou) secundário e (ou) causas associadas, referentes ao diagnóstico da criança internada (Anexo E).

O Quadro 4 mostra os agrupamentos que foram realizados baseando-se nas afinidades identificadas entre as descrições de cada categoria. É válido esclarecer que os códigos da categoria T74 não foram agrupados com outros equivalentes, pois, na CID-10, essa categoria corresponde às Síndromes de maus-tratos.

Quadro 4 – Agrupamentos das categorias da CID-10, segundo a descrição e tipo de violência, utilizados na análise dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

| Agrupamentos – CID 10 | Descrição | Tipo de violência |
|------------------------------|--|--------------------------|
| T74.0 | Maus-tratos por negligência ou abandono | Negligência ou abandono |
| T74.1 | Sevícias físicas | Física |
| T74.2 | Abuso sexual | Sexual |
| T74.3 | Abuso psicológico | Psicológica |
| T7.8 | Outras síndromes de maus-tratos | Não especificada |
| X85 – X 90 | Agressão por meio de drogas, medicamentos, substâncias biológicas, substâncias corrosivas, gases, produtos químicos, substâncias nocivas | Física |
| X91 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação | Física |
| X92 | Agressão por meio de afogamento e submersão | Física |
| X93 – X 95 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo | Física |
| X96 – X 98 | Agressão por meio de material explosivo, vapores, fumaça, fogo, substância quente | Física |

Quadro 4 (Cont.) – Agrupamentos das categorias da CID-10, segundo a descrição e tipo de violência, utilizados na análise dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

| Agrupamentos – CID 10 | Descrição | Tipo de violência |
|------------------------------|---|--------------------------|
| X99 – Y00 | Agressão por meio de objeto cortante, penetrante ou contundente | Física |
| Y01 – Y03 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado, colocação da vítima diante de um objeto em movimento, impacto de veículo automotor | Física |
| Y04 | Agressão física | Física |
| Y05 | Agressão sexual | Sexual |
| Y06 | Negligência ou abandono | Negligência ou abandono |
| Y07 - Y09 | Outras síndromes de maus-tratos, agressões por outros meios | Não especificada |

Fonte: OMS (2000).

Critérios de inclusão considerados na coleta de dados referente ao SIH/SUS:

- 1) Autorização de Internação hospitalar de crianças com idades entre 0 e 11 anos completos.
- 2) Internação hospitalar ocorrida no período compreendido entre 01/01/2008 e 31/12/2014.
- 3) Internação hospitalar ocorrida no Estado da Bahia.
- 4) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) cujos campos idade, sexo, município de residência, data da internação, local da internação, CID-10 Principal e (ou) CID-10 Secundário estavam preenchidos com opção distinta daquelas indicadoras de ausência do dado (campos não preenchidos ou preenchidos com a opção: “Ignorado”).
- 5) Autorização de internação Hospitalar (AIH) cujo campo correspondente ao CID-10 Principal, e (ou) CID-10 Secundário e (ou) CID-10 Causas Associadas estava preenchido com código correspondente à categoria T74 do Capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) da CID-10 e (ou) ao agrupamento X85 a Y09 (Agressões) do Capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade).

Não houve critérios de exclusão considerados na coleta de dados referentes ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS, visto que a tabulação dos dados do SIH/SUS, disponibilizada pela DICON/SUREGS/SESAB) para a realização deste estudo contemplou apenas os critérios de inclusão estabelecidos.

- *Variáveis analisadas no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.*

A AIH, instrumento de registro digital utilizado por gestores e prestadores de serviços do SUS, contém as informações presentes no Laudo de Solicitação de Autorização Hospitalar, complementadas pelas informações referentes ao período de internação do indivíduo. No Quadro 5, observam-se os grupos e respectivas variáveis, analisados nos registros hospitalares de crianças vítimas de violência.

Quadro 5 – Grupos e respectivas variáveis analisadas nos registros das internações de crianças de 0 a 11 anos residentes no Estado da Bahia, vitimadas pela violência

| Grupos | Variáveis |
|---------------------------------------|---|
| Perfil das vítimas | Idade Sexo Raça ou cor Município de residência |
| Caracterização das internações | Município de internação Categorias da CID-10 principal |
| Tipologia da violência | Categorias da CID-10 principal Categorias da CID-10 secundário Causas associadas (CID-10) |
| Provável autor da agressão | Meio da agressão |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2014c).

Para efeito de análise das variáveis do SIH/SUS, o estudo considerou como dados inválidos aqueles preenchidos com opção indicadora de ausência do dado (campos não preenchidos ou preenchidos com a opção: “Ignorado”).

- *Definição de frequências e indicadores*

Na análise dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), foram levantadas as frequências simples e relativas das variáveis: sexo, faixa

etária, raça ou cor, município de residência, município de internação e dados inválidos, bem como a distribuição das internações de crianças de 0 a 11 anos de idade segundo município de residência da criança, ano da internação e sexo (masculino e feminino) e por faixa etária e sexo. Adicionalmente, o estudo determinou a distribuição das internações por diagnóstico principal segundo agrupamento da categoria da CID-10 e faixa etária, além da distribuição do diagnóstico secundário e (ou) causas associadas, de acordo com o tipo de violência e o sexo da criança e com o meio utilizado pelo autor da agressão e tipologia da violência.

Além disso, calculou-se a taxa anual de internações de crianças de 0 a 11 anos, residentes na Bahia, vítimas de violência. Para o cálculo dessa taxa, colocou-se, no numerador, o número de internações por violência ocorridos em cada ano no estado e municípios e, no denominador, a referida população sob risco (crianças de 0 a 11 anos) do ano analisado * 100.000 crianças de 0 a 11 anos de idade.

5.7.3 3ª Etapa: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

A gestão do SINAN, na Bahia, é de responsabilidade da Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (DIS/SESAB). As notificações compulsórias de casos de violência que compuseram o presente estudo fazem parte do banco estadual do SINAN e foram disponibilizados pela DIS no mês de fevereiro de 2015. Porém, vale ressaltar que os bancos de dados municipais e estadual desse sistema de informação são considerados dinâmicos, pois esses níveis hierárquicos podem, a qualquer momento, incluir ou excluir registros, visto que, do ponto de vista epidemiológico, todas as informações são importantes para a análise da situação de saúde dos municípios, dos Estados e, conseqüentemente, do país, devendo ser computados mesmo quando inseridos com atraso.

Para o registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN, utiliza-se o código genérico Y09 – agressões por meio não especificado – da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10, visto que a ficha de notificação de violências é única para diversos tipos e naturezas de violência.

Dessa forma, no SINAN, a análise das notificações de violências não é feita segundo a categoria da CID-10, mas sim por tipologia da violência, a saber: intrafamiliar ou doméstica, extrafamiliar ou comunitária, autoprovocada, institucional e segundo a natureza da violência: física, psicológica ou moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira ou econômica, negligência ou abandono, trabalho infantil, intervenção legal, outros tipos.

No primeiro modelo padrão da Ficha de Notificação e Investigação de violência, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, o agravo era identificado como Violência

Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (Anexo F). Porém, em outubro 2014, a Secretaria de Vigilância em Saúde (MS) liberou outra versão do Sistema (SINAN 5.0), apresentando algumas alterações na ficha de registro de dados que passou a ser denominada Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada em substituição ao título anteriormente utilizado (Anexo G). Devido ao período proposto por este estudo, foram analisados registros de notificações de violência para as quais os profissionais de saúde utilizaram os dois modelos de instrumentos. Dessa forma, campos que, a princípio, seriam utilizados como variáveis a serem analisadas neste estudo, por serem considerados importantes para a elaboração do perfil da violência contra crianças, tais como: 57 (natureza da lesão), 58 (parte do corpo atingida), 68 (classificação final) e 69 (evolução do caso) foram excluídos na versão atual da ficha de notificação. No que diz respeito ao campo 69 (evolução do caso), decidiu-se por mantê-lo no estudo pela sua relevância do ponto de vista epidemiológico, visto que ele está diretamente relacionado com as consequências da violência para a vida da criança em curto, médio e longo prazo.

Assim, para possibilitar a análise da variável “evolução do caso”, exclusivamente na tabulação desses dados foi acrescentado, na seleção, o campo 3 (Data da notificação) e especificada a data limite de 30/09/2014, já que o segundo modelo do instrumento de notificação foi disponibilizado para uso dos profissionais de saúde do Estado da Bahia a partir de outubro de 2014.

- Variáveis analisadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

O modelo da Ficha Individual de Notificação de Agravos (FIN), apresentado pela Secretaria de Vigilância à Saúde (MS) em 2008, era composto de 71 campos, enquanto o modelo utilizado atualmente possui 66 campos. Com o intuito de realizar uma melhor análise dos dados, os vinte e nove campos que compuseram o rol de variáveis investigadas nesta pesquisa foram divididos em cinco grupos, relacionados no Quadro 3.

Salienta-se que os campos 7 (Data da ocorrência) e 50/52 (A lesão foi autoprovocada?) foram usados para a definição do banco de dados analisado neste estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, respectivamente. Os demais campos que compuseram as variáveis do estudo (Quadro 3) foram analisados e contemplados nos resultados apresentados.

Com referência ao campo 64 (encaminhamento da pessoa atendida para outros setores) – Ficha (FIN) de 2008, ou campo 63 (Encaminhamento), Ficha (FIN) de 2014 –, no

instrumento de notificação anteriormente preconizado, uma das opções para encaminhamento da vítima era o Instituto Médico-legal (IML).

Porém, na ficha atual, essa opção foi excluída, corrigindo um equívoco existente, pois, de acordo com a legislação brasileira, os encaminhamentos de pessoas para a realização de exames perícias no IML somente podem ser solicitados por delegados de polícia ou por algumas autoridades do judiciário, não existindo, portanto, a possibilidade de fluxo via estabelecimento de saúde. Por esse motivo, este estudo não considerou os resultados referentes a essa opção de encaminhamento.

No Quadro 6, a seguir, observam-se os grupos de variáveis analisados nos registros de casos de violência contra crianças de 0 a 11 anos residentes no Estado da Bahia, segundo a descrição das variáveis e códigos correspondentes nos dois modelos de Ficha Individual de Notificação, utilizados pelos profissionais de saúde para notificação dos casos entre os anos 2008 e 2014.

Quadro 6 – Grupos e respectivas variáveis analisadas nas notificações de casos de violências praticadas contra crianças de 0 a 11 anos residentes no Estado da Bahia

| Grupos | Variáveis | | |
|---|--------------------------|-----------------|-----------------|
| | Descrição | Código FIN 2008 | Código FIN 2014 |
| Perfil das vítimas | Nome do paciente | 8 | 8 |
| | Data de nascimento | 9 | 9 |
| | Idade | 10 | 10 |
| | Sexo | 11 | 11 |
| | Mun. Residência | 18 | 18 |
| | Raça ou cor | 13 | 13 |
| | Nome da mãe | 16 | 16 |
| Caracterização dos casos notificados | Data da ocorrência | 7 | 7 |
| | Data da notificação | 3 | 3 |
| | Mun. Ocorrência | 37 | 39 |
| | Local de ocorrência | 48 | 50 |
| | Lesão autoprovocada? | 50 | 52 |
| Tipologia da violência | Física | 51 | 54 |
| | Sexual | 51 | 54 |
| | Psicológica | 51 | 54 |
| | Negligência ou abandono | 51 | 54 |
| | Tortura | 51 | 54 |
| | Trabalho infantil | 51 | 54 |
| | Tráfico de seres humanos | 51 | 54 |
| | Financeira ou econômica | 51 | 54 |
| | Intervenção legal | 51 | 54 |

Quadro 6 (Cont.) – Grupos e respectivas variáveis analisadas nas notificações de casos de violências praticadas contra crianças de 0 a 11 anos residentes no Estado da Bahia

| Grupos | Variáveis | | |
|----------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| | Descrição | Código FIN 2008 | Código FIN 2014 |
| Provável autor da agressão | Meio da agressão | 52 | 55 |
| | Vínculo com a pessoa | 60 | 59 |
| | Sexo do provável autor | 61 | 60 |
| | Suspeita de uso de álcool | 62 | 61 |
| Encaminhamentos | Para a rede de saúde | 63 | 63 |
| | Para outros setores | 64 | 63 |

Fonte: Ficha Individual de Notificação de Violência do SINAN (Anexos F, G).

Com vistas a garantir a qualidade das informações resultantes deste estudo e facilitar o seu entendimento pela comunidade científica, pela sociedade e pelos governos, quando da publicação ou divulgação desses resultados, tornou-se necessário o agrupamento de algumas opções disponibilizadas pelos campos 3 (Idade) e 64 (encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Ficha de 2008) ou campo 63 (Encaminhamento – Ficha de 2014).

Por conseguinte, com os mesmos propósitos, também foram agrupados os resultados registrados com a opção 9/99 (Ignorado) e (ou) sem o registro de pelo menos uma das opções disponibilizadas no campo, que, neste estudo, foram denominados de dados inválidos e podem ser observados no Quadro 7.

Quadro 7 – Agrupamentos realizados nas opções dos campos 3 (Idade) e 63/64 (Encaminhamento) dos dois modelos de Ficha Individual de Notificação disponibilizados pelo SINAN

| Campo 3 – Idade | |
|------------------------------|--|
| Agrupamentos | Opções do campo* |
| < 1 ano | Códigos 1001 a 3011 |
| 1 – 4 anos | Códigos 4001 a 4004 |
| 5 – 9 anos | Códigos 4005 a 4009 |
| 10 – 11 anos | Códigos 4010 a 4011 |
| Campo 63/64 – Encaminhamento | |
| Agrupamentos | Opções do campo |
| Rede da Saúde | Rede da Saúde (unidades de saúde, hospitais) |
| Conselho Tutelar | Conselho Tutelar |
| Delegacias | Delegacia de Atendimento ao Idoso |
| | Delegacia de Atendimento à Mulher |

Quadro 7 (Cont.) – Agrupamentos realizados nas opções dos campos 3 (Idade) e 63/64 (Encaminhamento) dos dois modelos de Ficha Individual de Notificação disponibilizados pelo SINAN

| Agrupamentos | Opções do campo |
|---|--|
| Delegacias | Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente Outras delegacias |
| Instituições de proteção e defesa da criança e do adolescente | Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS) Rede de Educação (escolas, creches) Rede de Atendimento à Mulher Centro de Referência dos Direitos Humanos |
| Justiça | Justiça da Infância e da Juventude Ministério Público Defensoria Pública |
| Todos os campos | |
| Agrupamentos | Opções do campo |
| Dados inválidos | 9 ou 99 – Ignorado Ausência de registro (“em branco”) |

Fonte: BRASIL (2007).

Crerios de inclus3o considerados na coleta de dados referentes ao SINAN:

- 1) Notificac3o de viol4ncia perpetrada contra crianca com idade entre 0 e 11 anos completos.
- 2) Munic3pio de ocorr4ncia pertencente ao Estado da Bahia.
- 3) Data da ocorr4ncia da viol4ncia pertencente ao per3odo entre 01/01/2008 e 31/12/2014.
- 4) Notificac3o de viol4ncia cujos campos Data da ocorr4ncia, Idade, Munic3pio de resid4ncia e de ocorr4ncia estavam preenchidos com op3o3o distinta daquelas indicadoras de aus4ncia do dado (campos com op3o3o n3o registrada ou preenchidos com a op3o3o: “Ignorado”).

Critérios de exclusão considerados na coleta de dados referente ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN:

- 1) Registros de notificação de violências no banco de dados do SINAN nos quais o campo 51 da ficha de notificação disponibilizada em 2008, ou o campo 52 do modelo de ficha atual (“A Lesão foi autoprovocada?”), estava preenchido com a opção 1 (“Sim”) ou opção 9 (Ignorado).
- 2) Duplicidades de notificações de violência registradas no SINAN.

- Definição de frequências e indicadores

Em relação ao perfil das vítimas, foram calculadas as frequências simples e relativas das variáveis sexo, faixa etária, raça ou cor, ano de ocorrência, evolução do caso, município de residência, município e local de ocorrência, tipos de violência, sexo do provável autor, vínculo ou grau de parentesco do autor com a vítima, meio de agressão utilizado e uso de álcool pelo agressor. Com relação aos registros inválidos – opção “Ignorado” e (ou) sem registro – foram calculadas as frequências simples e relativas em cada variável nas quais esse tipo de registro esteve presente, e, devido ao grande número de dados inválidos identificados na quase totalidade das variáveis, os respectivos resultados foram apresentados separadamente.

Quanto aos encaminhamentos dos casos de violência pelos profissionais de saúde a outros estabelecimentos da rede de saúde ou para estabelecimentos de outros setores, também foram calculadas as frequências simples e relativas de acordo com as variáveis: setor saúde, delegacia, instituição jurídica, instituição de acolhimento e Conselho Tutelar.

Adicionalmente, o estudo determinou a distribuição dos tipos de violência mais notificados, segundo sexo e faixa etária das crianças.

Para o cálculo dessa taxa anual de notificações, colocou-se, no numerador, o número de notificações de casos de violência contra crianças ocorridos em cada ano, considerando o Estado e seus municípios, e, no denominador, a referida população anual sob risco (crianças de 0 a 11 anos) * 100.000.

Com o intuito de medir a força de associação entre o tipo de violência e o sexo da criança, calculou-se o Risco Relativo (RR).

5.7.4 4ª Etapa: Sistema de Gerenciamento Estatístico – SGE

O Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE) da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia disponibiliza os dados das ocorrências policiais de acordo com faixas etárias,

nas quais as crianças correspondem ao grupo de indivíduos menores de 12 anos de idade (em observância ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), tipos de crimes e porte populacional dos municípios. Até o ano de 2011, apenas os dados referentes à Salvador, capital do Estado, e demais municípios cuja população era superior a 100 mil habitantes eram disponibilizados individualmente, enquanto as informações policiais referentes aos municípios com população inferior a 100 mil habitantes eram condensadas em um grupo.

A partir do ano de 2012, houve uma mudança na forma de coleta desses dados, e os estados passaram a coletar as informações policiais por município, independentemente do perfil em relação ao desenvolvimento ou porte populacional, para atender às premissas do Pacto pela Vida e prevendo um maior detalhamento dos registros no Estado, e, conseqüentemente, melhoria na qualidade das informações policiais.

Assim, com vistas a unificar a metodologia, considerando-se o período de 2008 a 2014, os resultados deste estudo fazem referência aos dados relativos ao Estado, ao município de Salvador, ao grupo de municípios cuja população era inferior a 100 mil habitantes, bem como ao grupo de municípios com mais de 100 mil habitantes (Tabela 1).

Vale salientar que, nos anos de 2008 a 2010, apenas 15 municípios do Estado da Bahia possuíam mais de 100 mil habitantes (Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador, Simões Filho, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista). Já entre 2011 e 2013, além dos municípios citados, Eunápolis foi adicionado ao grupo e, no ano 2014, eram 17 municípios, com a incorporação de Santo Antônio de Jesus (Anexo D).

Tabela 1 – Número e proporção de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos da capital do Estado da Bahia (Salvador), em relação à população do Estado e ao agrupamento de municípios de acordo com o porte populacional - Bahia - Brasil, 2008 – 2014

| Ano | Perfil do município | População | % |
|------|---------------------------|-----------|-------------|
| 2008 | Bahia | 3.274.543 | 100 |
| | Salvador | 558.771 | 17,1 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 1.195.790 | 100 |
| | Salvador | 558.771 | 46,7 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 2.078.753 | 100 |
| | Salvador | 558.771 | 26,9 |
| 2009 | Bahia | 3.276.194 | 100 |
| | Salvador | 560.606 | 17,1 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 1.199.699 | 100 |
| | Salvador | 560.606 | 46,7 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 2.076.495 | 100 |
| | Salvador | 560.606 | 27,0 |

Tabela 1 (Cont.)– Número e proporção de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos da capital do Estado da Bahia (Salvador), em relação à população do Estado e ao agrupamento de municípios de acordo com o porte populacional - Bahia - Brasil, 2008 – 2014

| Ano | Perfil do município | População | % |
|------|---------------------------|-----------|-------------|
| 2010 | Bahia | 2.793.419 | 100 |
| | Salvador | 429.028 | 15,4 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 981.637 | 100 |
| | Salvador | 429.028 | 43,7 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 1.811.782 | 100 |
| | Salvador | 429.028 | 23,7 |
| 2011 | Bahia | 2.792.065 | 100 |
| | Salvador | 427.762 | 15,3 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 1.005.422 | 100 |
| | Salvador | 427.762 | 42,5 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 1.786.643 | 100 |
| | Salvador | 427.762 | 23,9 |
| 2012 | Bahia | 2.807.542 | 100 |
| | Salvador | 430.517 | 15,3 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 1.015.403 | 100 |
| | Salvador | 430.517 | 42,4 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 1.792.139 | 100 |
| | Salvador | 430.517 | 24,0 |
| 2013 | Bahia | 2.979.622 | 100 |
| | Salvador | 457.944 | 15,4 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 1.081.413 | 100 |
| | Salvador | 457.944 | 42,3 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 1.898.209 | 100 |
| | Salvador | 457.944 | 24,1 |
| 2014 | Bahia | 3.288.508 | 100 |
| | Salvador | 507.154 | 15,4 |
| | Mun. > 100 mil habitantes | 1.215.804 | 100 |
| | Salvador | 507.154 | 41,7 |
| | Mun. < 100 mil habitantes | 2.072.704 | 100 |
| | Salvador | 507.154 | 24,5 |

Fonte: MS/DATASUS (população 2008-2012)/ GT de Demografia/DIS/SUVISA/SESAB (estimativa populacional para grupo de indivíduos de 0 a 11 anos, 2013 e 2014).

Critérios de inclusão considerados na coleta de dados do SGE:

- 1) Registros policiais de casos de violência praticada contra crianças residentes no Estado da Bahia com idades entre 0 e 11 anos de idade.
- 2) Data da ocorrência da violência pertencente ao período entre 01/01/2008 e 31/12/2014.

- 3) Registros de ocorrências policiais de violências contra crianças cujos dados referentes à idade da criança, data da ocorrência do registro, data da ocorrência da violência e município de ocorrência do registro estavam preenchidos com opção distinta daquelas indicadoras de ausência do dado (campos não preenchidos ou preenchidos com a opção: “ignorado”).

Critérios de exclusão considerados na coleta de dados do SGE:

Foram excluídas as ocorrências referentes aos crimes que, pelas características, não puderam ser enquadrados na definição de violência segundo o Ministério da Saúde, respaldado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (BRASIL, 2006, 2008, 2009, 2010a; WHO, 2002, 2006). Desse modo, esta pesquisa não considerou os registros referentes às lesões corporais acidentais e mortes acidentais ocorridas no trânsito.

- Variáveis analisadas no Sistema de Gerenciamento Estatístico – SGE

Na Bahia, como nos demais estados, a categorização das ocorrências realizada pelos policiais civis nas delegacias, segue as tipificações criminais utilizadas comumente no universo jurídico. Assim, é necessário adequar a categorização utilizada no meio jurídico às terminologias utilizadas no setor de saúde, conforme conceituações definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referendadas pelo Ministério da Saúde (CARVALHO et al., 2009).

No intuito de adequar a categorização utilizada no meio jurídico-policial às terminologias adotadas pelo setor de saúde, essas categorias foram agrupadas de acordo com as equivalências encontradas. Como os crimes de furto e roubo, também registrados no SGE, não possuíam equivalência direta com as terminologias usadas no setor de saúde, buscou-se caracterizá-los de acordo com a legislação pertinente. Por conseguinte, o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2015) define e tipifica os crimes de furto e roubo nos artigos 155 e 157, respectivamente, a saber:

Furto ou Furto simples – subtração, para si ou para outrem, do bem segurado sem nenhum tipo de ameaça, violência física ou que não evidencie vestígios de destruição ou rompimento de obstáculo.

Furto qualificado – quando ocorre destruição ou rompimento de obstáculo para a subtração da coisa.

Furto a transeunte – furto à pessoa transitando ou de passagem por algum lugar.

Roubo simples – subtração de coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

Roubo qualificado – se o roubo resultar em lesão corporal de natureza grave.

Roubo a transeunte – roubo à pessoa transitando ou de passagem por algum lugar.

Assim, os crimes de furto (e variações) compuseram o grupo da violência psicológica, posto que, em sua definição, não há menção ao emprego de nenhum tipo de contato que possa ter resultado em violência física e (ou) sexual. Porém o fato de ter sido vítima do furto acarreta consequências psicológicas de maior ou menor grau para a criança. Por outro lado, o roubo é caracterizado pelo Código Penal como uma ação acompanhada de violência contra a vítima, motivo pelo qual as modalidades de roubos registradas pelo SGE foram compiladas no grupo da violência física.

O Quadro 8 mostra os tipos de crimes presentes nos registros de ocorrências policiais envolvendo crianças como vítimas, registrados no banco de dados do SGE, e o agrupamento realizado, considerando os objetivos deste estudo. Dessa forma, este estudo analisou os registros de violência contra crianças em relação à tipologia e ao local de ocorrência.

Quadro 8 - Enquadramento dos registros policiais de crimes praticados contra crianças de 0 a 11 anos, de acordo com os tipos de violência descritos pelo Ministério da Saúde

| Grupo | Crime segundo registro policial |
|--------------------------------|--|
| Violência física | Homicídio doloso, lesão corporal dolosa e tentativa de homicídio, roubo simples, roubo qualificado, roubo a transeunte, maus-tratos. |
| Violência sexual | Estupro, estupro de vulnerável, tentativa de estupro, tentativa de estupro de vulnerável, produzir, reproduzir ou dirigir fotografias ou filmes pornográficos, submeter criança à prostituição ou à exploração sexual. |
| Violência psicológica | Ameaça, calúnia, constrangimento legal, difamação, injúria, furto simples, furto qualificado, furto a transeunte, extorsão mediante sequestro. |
| Negligência ou abandono | Abandono intelectual |

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA; BRASIL (2006a).

- Definição de frequências e indicadores

Na análise dos dados do Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE) foram levantadas as frequências simples e relativa da variável ano de ocorrência do registro policial e tipo de violência praticada contra a criança de 0 a 11 anos, além da distribuição dos registros segundo porte populacional do município e tipo de violência, segundo agrupamento descrito no Quadro 8.

Além disso, calcularam-se as taxas anuais de registros policiais referentes aos casos de violência praticada contra crianças na Bahia. Para o cálculo dessa taxa, colocou-se, no numerador, o número de registros policiais ocorridos em cada ano e, no denominador, a população sob risco (crianças de 0 a 11 anos) do referido ano * 100.000.

5.7.5 5ª Etapa: Comparação entre o SIM, SIH/SUS, SINAN e SGE

Os resultados das análises realizadas em cada sistema de informação foram comparados, considerando-se a faixa etária de 0 a 11 anos e o período de 2008 a 2014. Nessa etapa do estudo, foram calculadas e analisadas as frequências anuais de vitimização por violência, a proporção de casos em cada ano e a taxa de violência por ano e no período de 2008 a 2014.

Além disso, também foram calculadas e analisadas as frequências, proporções de casos e taxas referentes aos principais tipos de violência que vitimaram as crianças no período de 2008 a 2014.

Com referência ao SGE, como os registros nesse banco de dados utiliza a categorização jurídico-policial da violência, foram realizadas adaptações dessas terminologias de acordo com os tipos de violência definidos pela OMS/MS, indicadas anteriormente no Quadro 8.

- Definição de frequências e indicadores.

Na análise comparativa entre os resultados dos bancos do SIM, SIH/SUS, SINAN e SGE, foram levantadas as frequências simples e relativa das variáveis ano de ocorrência e tipo de violência para o Estado da Bahia. Além disso, calcularam-se as taxas anuais de mortalidade (SIM), de internações (SIH/SUS), de notificações (SINAN) e de registros policiais (SGE) das crianças de 0 a 11 anos vitimadas pela violência, residentes na Bahia. Para o cálculo individual das taxas, colocou-se, no numerador, o número de casos de violência registrados anualmente em cada um dos quatro sistemas e, no denominador, a população anual sob risco (crianças de 0 a 11 anos) * 100.000.

Em seguida, para o cálculo das taxas de ocorrência dos tipos de violência em cada sistema, o numerador foi substituído pelo número de casos de cada tipo de violência registrados por sistema, enquanto o denominador permaneceu inalterado.

5.8 METODOLOGIA ESTATÍSTICA

No procedimento de análise dos dados, foi empregada a planilha eletrônica Excel 2007, e o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS v. 20. O programa Excel foi utilizado para montagem dos bancos de dados dos três sistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN). Quanto ao Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE), é válido salientar que os dados utilizados nesta pesquisa foram cedidos pela Coordenação de Estatística Policial (CDEP) em arquivo não editável (pdf.); contudo, com o intuito de calcular as frequências e taxas, procedeu-se à sua digitação em planilha Excel.

Na análise dos bancos de dados do SIM, SIH/SUS e SINAN, inicialmente, levantou-se a frequência absoluta e relativa das variáveis e, depois, se efetuou o cruzamento das variáveis. Quando necessário, procedeu-se à recodificação e (ou) categorização das variáveis contínuas e das variáveis categóricas com mais de duas categorias. Nos bancos de dados do SIM e SIH/SUS, foi efetuado o agrupamento das causas que levaram ao óbito e os tipos de violência que geraram o internamento hospitalar, de acordo com as categorias da CID-10. O programa SPSS foi utilizado também na construção dos indicadores (taxa de mortalidade, taxa de internamento hospitalar e taxa de ocorrência de violência contra crianças). Os indicadores foram calculados tomando-se como numerador, nos dados do SIM, os óbitos, no SIH/SUS, os internamentos hospitalares, e, no SINAN, as notificações de violência contra crianças de 0 a 11 anos de idade; e, no denominador, para todos os indicadores, as populações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos.

Com o uso do SPSS v. 20, também foi calculado, para os dados do SINAN, o Risco Relativo (RR) como medida de força de associação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com vistas a assegurar uma melhor qualidade das informações sobre o tema investigado, os resultados e a discussão serão apresentados de acordo com as etapas descritas na metodologia do estudo.

6.1 1ª ETAPA: ANÁLISE DO SIM

Considerando-se os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a utilização e análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram examinados 208 registros de óbitos de crianças com idades entre 0 e 11 anos, residentes no Estado da Bahia, que ocorreram em decorrência da violência, no período entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014. Esses registros corresponderam a 0,8% dos 25.812 óbitos por todas as causas, observados na mesma faixa etária e período do estudo.

- *Perfil das vítimas*

Os óbitos de crianças vitimadas pela violência têm recebido cada vez mais atenção nas últimas três décadas, mas, ainda assim, há uma escassez de informações relacionadas aos fatores familiares que podem estar associados à violência fatal em crianças (DOUGLAS, 2013).

Segundo dados da *World Health Organization* (2006), o risco de maus-tratos fatais é duas a três vezes maior em países subdesenvolvidos, quando comparados aos países mais ricos e com melhor distribuição de renda. Apesar de o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) disponibilizar alguns dados que podem contribuir para a caracterização dos falecidos quanto ao perfil socioeconômico, a exemplo de endereço, escolaridade e ocupação, as crianças que foram vítimas de violência fatal, cujos registros de óbito foram analisados no presente estudo, não foram investigadas de acordo com variáveis dessa natureza.

Em algumas regiões do mundo, mesmo com todo o espaço que as mulheres vêm conquistando nas sociedades, a desigualdade de gênero e a discriminação colocam as meninas em risco aumentado de morte decorrente de maus-tratos, aliado às atitudes de negligência que são mais direcionadas a esse grupo. Todavia, no presente estudo, a distribuição dos óbitos de acordo com os sexos das crianças mostrou que todos os registros estavam contemplados com informações sobre essa variável, indicando que 124 crianças, representando a maioria, pertenciam ao sexo masculino (59,7%) e 84 ao sexo feminino (40,3%). Da mesma forma, quando o sexo das crianças foi confrontado com o ano de ocorrência do óbito, a maior

frequência continuou sendo dos meninos, com exceção dos anos de 2010 e 2014, nos quais os óbitos de meninas foram mais frequentes (Tabela 2). Assim, esses achados corroboram os resultados de um estudo americano intitulado *Research conducted at Centers for Disease Control and Prevention has provided new information about life sciences in children* (HIGH BEAM, 2010), apontando que, em 600 óbitos fatais relacionados com a violência infantil, 59% das vítimas pertenciam ao sexo masculino. Partilhando da mesma opinião, Douglas (2013) defende que, quando se trata de violência infantil fatal, a maioria das vítimas é representada por crianças do sexo masculino, enquanto a *World Health Organization* (2013) revelou que, nos países da Europa, 61% dos óbitos dessa natureza vitimam os meninos. Por conseguinte, com o propósito de verificar a razão entre os óbitos das crianças do sexo masculino e as do sexo feminino, os dados deste estudo revelaram a ocorrência de 1,5 óbitos de menino para cada óbito de menina, diferindo dos resultados mostrados por Lee e Lathrop (2010), que apontaram uma relação de 2,2:1, confirmando o predomínio dos meninos, quando se trata de óbitos de crianças por violência.

Tabela 2 – Número e proporção de óbitos de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo ano de ocorrência e sexo - Bahia, Brasil, 2008 a 2014

| Ano | Sexo | | | | Total | |
|--------------|-----------|------|----------|------|-------|-----|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 2008 | 15 | 62,5 | 9 | 37,5 | 24 | 100 |
| 2009 | 26 | 68,4 | 12 | 31,6 | 38 | 100 |
| 2010 | 20 | 48,8 | 21 | 51,2 | 41 | 100 |
| 2011 | 23 | 63,9 | 13 | 36,1 | 36 | 100 |
| 2012 | 15 | 65,2 | 8 | 34,8 | 23 | 100 |
| 2013 | 18 | 65,3 | 10 | 34,7 | 28 | 100 |
| 2014 | 7 | 38,9 | 11 | 61,1 | 18 | 100 |
| Total | 124 | 59,6 | 84 | 40,4 | 208 | 100 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

Segundo Parks e colaboradores (2014), o *National Violent Death Reporting System* (NVDRS) apontou que, nos Estados Unidos, no ano de 2003, o homicídio foi a terceira principal causa da morte de crianças de 1 a 4 anos de idade e a quarta entre 5 e 9 anos, salientando-se que o referido sistema americano agrupa os dados das declarações de óbito cujas causas de morte são preenchidas com as categorias X85 a Y09 da CID-10, que também

serviram de referência para categorizar as diversas modalidades de violência fatal investigadas no presente estudo.

Quanto à idade das crianças que foram a óbito vitimadas por violência, este estudo demonstrou que os 208 registros analisados apresentavam informações sobre essa questão, revelando que 41 crianças (19,7%) eram menores de 1 ano, 49 tinham entre 1 e 4 anos de idade (23,6%), 68 de 5 a 9 anos (32,7%) e 50 entre 10 e 11 anos (24%). Dessa forma, os 90 óbitos de crianças menores de 5 anos corresponderam a 43,3% do total de homicídios por maus-tratos em crianças, aqui retratados, diferentemente do mencionado por Klevens e Leeb (2010), para os quais os óbitos desse grupo etário respondeu por 80% do total de óbitos de crianças por violência, e por Lee e Lathrop (2010), que afirmaram ser o grupo de menores de um ano o de maior frequência de homicídios entre crianças.

Quando as informações sobre as idades das crianças foram relacionadas com a variável sexo, esta pesquisa indicou que o sexo masculino predominou entre os grupos, com exceção das crianças entre 1 e 4 anos, cuja maioria era do sexo feminino (Tabela 3). Assim, esses achados discordam de Paim e colaboradores (1999), que não observaram diferença entre os gêneros no grupo de 0 a 4 anos, em pesquisa sobre a distribuição da mortalidade no município de Salvador, capital da Bahia, realizada no ano de 1991, como também da argumentação do Ministério da Saúde (2006), segundo o qual não havia diferenciação quanto ao sexo das crianças vítimas de violência fatal.

Tabela 3 – Número e proporção de óbitos de crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008 a 2014

| Faixa etária (anos) | Sexo | | | | Total | |
|---------------------|-----------|------|----------|------|-------|-----|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| <1 | 27 | 65,9 | 14 | 34,1 | 41 | 100 |
| 1 - 4 | 22 | 44,9 | 27 | 55,1 | 49 | 100 |
| 5 - 9 | 37 | 54,4 | 31 | 45,6 | 68 | 100 |
| 10 - 11 | 38 | 76,0 | 12 | 24,0 | 50 | 100 |
| Total | 124 | 59,6 | 84 | 40,4 | 208 | 100 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

Dados da *World Health Organization* (2002) indicam que as menores taxas de mortalidade de crianças em consequência de atos de violência eram observadas na Europa Mediterrânea e Oriental, além do Pacífico Ocidental. A Tabela 4 apresenta a taxa de

mortalidade anual no Estado da Bahia, indicando que, nos anos 2008 e 2009, as crianças de 10 e 11 anos apresentaram o maior risco de óbito por violência, com taxas de 1,9/100 mil habitantes e 2,5/100 mil habitantes, respectivamente. Entretanto, as maiores taxas, em 2010 (4,4/100 mil habitantes), 2011(3,8/100 mil habitantes), 2012 (2,4/100 mil habitantes), 2013 (2,7/100 mil habitantes) e 2014 (1,8/100 mil habitantes) indicaram o maior risco de óbito por violência entre crianças menores de 1 ano de idade. Segundo Mascarenhas (2010), o Brasil registrou 310 homicídios de crianças menores de 10 anos no ano de 2006, revelando, nesse período, uma taxa de mortalidade de 2,3 por 100 mil habitantes em menores de um ano. Comparando-se as duas pesquisas, pôde-se observar que as taxas de mortalidade por violência entre as crianças menores de 1 ano, reveladas no presente estudo, apontaram valores maiores a partir do ano de 2010. Além disso, os resultados deste estudo reforçaram a informação da *World Health Organization* (2006), segundo a qual os bebês estão em maior risco de maus-tratos fatais, como resultado de sua dependência, vulnerabilidade e relativa invisibilidade social. De modo semelhante, os resultados desta pesquisa, referentes aos sete anos analisados, ratificam os relatos da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, disponibilizados por Assis e outros (2012), de acordo com os quais o risco de morte é duas a três vezes maior para crianças com menos de um ano, quando comparado ao observado entre as crianças de 1 a 4 anos.

Tabela 4 – Número e taxa de mortalidade/100 mil habitantes por violência em crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | n | Taxa |
| <1 | 4 | 1,4 | 5 | 1,8 | 9 | 4,4 | 8 | 3,8 | 5 | 2,4 | 6 | 2,7 | 4 | 1,8 |
| 1 - 4 | 5 | 0,4 | 6 | 0,5 | 11 | 1,3 | 7 | 0,8 | 3 | 0,3 | 11 | 1,2 | 6 | 0,7 |
| 5 - 9 | 5 | 0,4 | 14 | 1,0 | 11 | 0,9 | 13 | 1,1 | 11 | 0,9 | 7 | 0,5 | 7 | 0,5 |
| 10-11 | 10 | 1,9 | 13 | 2,5 | 10 | 1,8 | 8 | 1,5 | 4 | 0,8 | 4 | 0,7 | 1 | 0,2 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

Foi constatado, no presente estudo, que a taxa de mortalidade por violência foi de 3,7/100 mil habitantes entre os meninos, e de 2,6/100 mil habitantes entre as meninas, destacando-se a taxa de 8,6/100 mil habitantes, observada entre os meninos menores de um ano de idade (Tabela 5). Assim, além de demonstrar que o maior risco para a violência fatal

na população infantil da Bahia foi verificado entre as crianças do sexo masculino menores de um ano, este estudo revelou diferenças entre os seus resultados e as taxas mundiais de 2,2/100 mil habitantes para os meninos e 1,8/100 mil habitantes para as meninas, divulgados pela Organização Mundial da Saúde (MARTINS, 2010).

Tabela 5 - Número e taxa de mortalidade/100 mil habitantes por violência em crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2010

| Faixa etária (anos) | Sexo | | | | Total | |
|------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | n | Taxa | n | Taxa | n | Taxa |
| <1 | 12 | 8,6 | 6 | 4,5 | 18 | 6,6 |
| 1 - 4 | 9 | 1,6 | 13 | 2,4 | 22 | 2,0 |
| 5 - 9 | 16 | 2,3 | 14 | 2,1 | 30 | 2,2 |
| 0 - 11 | 24 | 9,1 | 9 | 3,5 | 33 | 6,4 |
| Total | 61 | 3,7 | 42 | 2,6 | 103 | 3,7 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

Nesta pesquisa, a presença de dados inválidos prejudicou a análise no tocante à cor da pele das crianças (referida no SIM como raça ou cor) em 14 registros de óbitos (6,7%). No entanto, nos 194 registros que possibilitaram essa análise (93,3%), identificaram-se 21 crianças classificadas como brancas (10,8%), 23 como negras (11,9%) e 150 como pardas (77,3%). Ademais, não foram registrados óbitos de crianças cuja cor da pele era amarela ou indígena. Quanto a esse aspecto, vale salientar que a miscigenação racial, presença marcante na população do Estado da Bahia, principalmente em Salvador, município de residência da maioria das crianças cujos registros de óbitos foram investigados nesse estudo (Tabela 5), justifica essa maior proporção de crianças pardas identificadas, em oposição ao observado em estudo americano intitulado *Research conducted at Centers for Disease Control and Prevention has provided new information about life sciences in children* (HIGH BEAM, 2010) segundo o qual 42% das crianças vítimas de violência fatal eram brancas e 38% negras, mostrando uma definição mais precisa em relação aos padrões raciais.

- Caracterização dos óbitos registrados

As informações sobre os municípios de residência das crianças, assim como de ocorrência dos óbitos, estavam presentes na totalidade dos registros analisados. Ressalta-se que os municípios de residência da criança e de ocorrência dos óbitos coincidiram em 181

registros (87%). Além disso, em duas situações, referentes ao ano de 2008, os óbitos ocorreram em municípios de outros estados (Sergipe e Pernambuco).

As informações disponibilizadas na Tabela 6 mostram que as maiores taxas anuais de mortalidade de crianças por violência, no Estado da Bahia, foram observadas nos anos 2010 (1,5/100 mil hab.) e 2011 (1,3/100 mil hab.), enquanto as menores taxas corresponderam aos anos de 2008 (0,7/100 mil hab.) e 2014 (0,6/100 mil hab.).

Tabela 6 - Número e taxa de mortalidade/100 mil habitantes por violência em crianças de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | n | Taxa |
| | 24 | 0,7 | 38 | 1,2 | 41 | 1,5 | 36 | 1,3 | 23 | 0,8 | 28 | 0,9 | 18 | 0,6 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

Em relação ao porte populacional dos municípios baianos que apresentaram óbitos de crianças em decorrência da violência, o presente estudo mostrou que 22 municípios apresentaram dois ou três óbitos nos sete anos investigados no estudo, excetuando-se a capital do Estado, revelando que 14 deles (63,6%) eram municípios de médio ou grande porte populacional, considerando-se a população total do município (Anexo D; Figura 2). O destaque foi o município de Vitória da Conquista, que registrou três óbitos em dois anos consecutivos, 2010 e 2011. Ademais, os resultados apontaram que 120 municípios (28,8%) apresentaram 1 caso anual de violência no período de 2008 a 2014, ressaltando-se que, em média, 70,5% deles possuíam população total menor que 100 mil habitantes, entre os quais evidenciaram-se municípios com menos de 10 mil habitantes, como Almadina, Barro Preto, Macurerê e São José da Vitória. Desse modo, esta pesquisa ratificou o movimento de “interiorização” da violência, comentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

A princípio, partindo-se da análise dos dados, poderia ser considerado que as taxas de mortalidade de crianças no Estado da Bahia, como consequência da violência, revelaram-se baixas no período estudado. No entanto, esses resultados não representam motivo para entusiasmo, pois, concordando com os argumentos de Rovi, Chen e Johnson (2004) e Kleves e Leeb (2010), as estimativas mundiais sobre a mortalidade de crianças em consequência da violência não traduzem a realidade, pois, muitas vezes, a violência não é associada ao óbito,

principalmente quando as vítimas são crianças, e, conseqüentemente, mesmo havendo a suspeita, a violência é subnotificada. Segundo dados da *World Health Organization* (2006, 2013), para cada óbito de criança por violência existem centenas ou milhares de casos não fatais que permanecem desconhecidos ou camuflados sob outras motivações e, por conseguinte, fadados à reincidência. Complementando, ressalta-se que óbitos de crianças não devem ser admitidos como eventos que naturalmente fazem parte da dinâmica dos ciclos de vida, especialmente, quando as causas que levaram aos óbitos poderiam ter sido evitadas, a exemplo daqueles motivados pela violência.

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos, o presente estudo observou que, em 94 registros (45,2%), os dados não se apresentaram válidos; mas a análise dos 114 registros restantes (54,8%) mostrou que 59 desses óbitos (51,8%) ocorreram na residência da criança, 35 (30,7%) em via pública, 10 (8,8%) em uma fazenda, 5 (4,4%) em escola ou outra instituição e 5(4,3%) dos registros revelaram que os óbitos aconteceram em área de esporte, lazer ou comércio. Mesmo diante do elevado número de registros que não dispunham de informações sobre o local de ocorrência do óbito, correspondendo a quase metade do total (94/45, 2%), a residência da criança foi citada como o principal local de ocorrência, corroborando a pesquisa de Lee e Lathrop (2010), pois esses autores revelaram que, no México, 89% dos óbitos de crianças decorrentes da violência ocorreram na residência da criança, 6,7% ocorreram em um hospital e 2,2% em uma instituição de acolhimento. Todavia, apesar de o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) não fornecer dados referentes à autoria dos homicídios, Douglas (2013) alerta que, em 75% dos casos, os pais biológicos estão envolvidos e, em 52,5% dos casos, a culpa é exclusiva da mãe biológica. Esse mesmo autor acrescenta que a relação entre pais e filhos pode ser a chave para a compreensão dos maus-tratos fatais contra crianças, embora essa relação permaneça inexplorada e mereça muita atenção.

Sobre a fonte que informou as ocorrências dos óbitos, em 73 registros (35,1%) essa informação não estava presente, enquanto os outros 135 registros (64,9%) revelaram que 122 óbitos (90,4%) foram informados por meio do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), 10 óbitos (7,4%) por um familiar ou outra pessoa sem vínculo de parentesco e 3 óbitos (2,2%) foram informados por um hospital.

De acordo com a legislação penal brasileira, o corpo de todo indivíduo que foi vítima de morte violenta ou suspeita deve ser submetido ao exame de necropsia, pois, nesses casos, visa-se a atender aos interesses da justiça. Dessa forma, os corpos das 208 crianças cujos registros de óbitos foram analisados nesta pesquisa deveriam ter sido submetidos ao exame de

necropsia, uma vez que as causas de morte estavam relacionadas com atos violentos. Porém, ao contrário do esperado, apenas 168 registros (80,8%) indicaram a realização do referido exame. Por outro lado, nos 40 registros que não indicaram a realização da necropsia, 18 apontaram o Boletim de Ocorrência Policial (B. O.) como fonte de informação do óbito e, portanto, deveriam ter sido encaminhados ao IML pela autoridade policial, ou, no caso de esses encaminhamentos terem sido realizados, as respectivas informações não foram registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Vale salientar que os institutos médico-legais são órgãos vinculados à Secretaria de Segurança Pública, e, na Bahia, a ausência de IML em um determinado município não inviabiliza a realização do exame de necropsia nas situações determinadas pela legislação, visto que os municípios que não dispõem desse órgão são subordinados a outros municípios com melhor estrutura, cujos Institutos Médico-legais são capazes de absorver essa demanda externa.

Proescholdbell e Harmon (2010) afirmam que, na Carolina do Norte, os homicídios foram a segunda causa da morte entre crianças no ano de 2009, enquanto Parkkari e outros (2013) revelam que, na Finlândia, a frequência de lesões fatais na infância é uma das mais elevadas da Europa Ocidental, informando que, entre 1970 e 2010, uma das principais categorias de mortes de crianças por lesões intencionais foram os suicídios e os homicídios, sendo que esses últimos ocorreram em 12% dos casos de lesões intencionais no grupo de 1 a 14 anos de idade. Quanto aos tipos dos óbitos analisados, o presente estudo demonstrou que, em 26 casos (12,5%), não havia informações válidas, porém, em 182 registros (87,5%), essa informação estava presente, indicando que 156 desses óbitos (85,7%) configuravam homicídios e 26 (14,3%) foram classificados como acidentes. Essa proporção de casos registrados como acidentes, mesmo representando a minoria dos registros, deve servir de alerta para os profissionais médicos quando do preenchimento das declarações de óbito de crianças, pois, já que o recorte do banco de dados do SIM, utilizado nesse estudo, continha apenas os registros dos óbitos cujas causas de morte estavam relacionadas com situações de violências (categorias da CID – 10 de X85 a Y09 – agressões e T74 – maus-tratos), os 208 óbitos analisados deveriam ter sido classificados como homicídios, visto que todos aconteceram em decorrência de lesões intencionais.

- Tipologia da violência

No Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), os óbitos decorrentes da violência não são classificados de acordo com sua tipologia. Todavia, neste estudo, buscou-se realizar esse enquadramento, baseando-se nos tipos de violências definidos pelo Ministério da

Saúde (BRASIL, 2001, 2002, 2006, 2008, 2009, 2010a, 2014d). Desse modo, do total de óbitos, constatou-se que 172 crianças (82,7%) foram vítimas de violência física, 4 (1,9%) sofreram violência sexual e, em 32 registros de óbitos (15,4%), o tipo de violência revelado na descrição da causa da morte das crianças não estava especificado (Tabela 7). Dessa forma, este estudo mostrou uma realidade diferente daquela apontada por Douglas (2013), segundo o qual 33,8% das crianças que morreram no ano de 2009, nos Estados Unidos, em consequência de maus-tratos, foram vítimas de negligência, enquanto uma menor proporção delas, 23,2%, foi a óbito em decorrência da violência física. Porém os dois estudos concordam quando identificaram a violência sexual como o tipo de violência que causou o menor número de óbitos.

Entretanto, a Síndrome da Morte Súbita Infantil, uma das manifestações fatais da violência física citada pela literatura, requer estudos mais aprofundados, visto que a constatação desse diagnóstico se tornou uma barreira para a investigação sensata e cuidadosa dos óbitos registrados com essa causa da morte (MEADOW, 1999). Sobre essa questão, o presente estudo não identificou associações entre as categorias da CID-10 de interesse (X85 a Y09 e T74) e o código R95 da CID-10, que se refere à Síndrome da Morte Súbita Infantil, já que existia a possibilidade de essa situação acontecer, uma vez que a primeira parte do campo 40 da Declaração de Óbito (Causas da morte) possui quatro linhas a serem preenchidas pelas causas que levaram ao óbito, de acordo com a sequência lógica que deve ser obedecida pelo profissional médico no momento do preenchimento do referido campo, existindo ainda uma segunda parte, na qual devem ser registradas outras condições significativas que contribuíram para a morte, mas não foram citadas na parte anterior (BRASIL, 2008).

Tabela 7 – Tipologia da violência de acordo com a codificação das causas de morte de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014

| CID - 10 | Causa da morte | | Tipo de violência |
|-----------|----------------|------|-------------------|
| | n | % | |
| T74.1 | 1 | 0,5 | Física |
| X90 | 5 | 2,4 | |
| X91 | 9 | 4,3 | |
| X92 | 8 | 3,8 | |
| X93 – X95 | 97 | 46,6 | |
| X97 | 4 | 1,9 | |
| X99 – Y00 | 45 | 21,6 | |
| Y01 | 1 | 0,5 | |
| Y04 | 2 | 1,0 | |

Tabela 7 (Cont.) – Tipologia da violência de acordo com a codificação das causas de morte de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014

| CID - 10 | n | % | Tipo de violência |
|------------------|----------|----------|--------------------------|
| Subtotal | 172 | 82,7 | |
| Y05 | 4 | 1,9 | Sexual |
| Subtotal | 4 | 1,9 | |
| Y07 – Y09 | 32 | 15,4 | Não especificada |
| Subtotal | 32 | 15,4 | |
| Total | 208 | 100,0 | |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

Sobre as causas de morte das crianças e os respectivos meios de agressão utilizados pelos perpetradores da violência, esta pesquisa observou que 188 registros (90,4%) apresentavam informações sobre essa variável.

Desse modo, a distribuição das causas de morte de acordo com as categorias da CID-10, que faziam referência a situações de violência, revelaram que 97 crianças (46,6%) tiveram como causa da morte agressão por meio de disparo de arma de fogo, 45 crianças (21,6%) foram agredidas com o uso de objeto contundente, penetrante ou cortante, 12 (5,8%) foram vítimas de outras síndromes de maus-tratos, 9 (4,3%) foram estranguladas ou sufocadas, 8 delas (3,8%) foram vítimas de afogamento e submersão, 17 registros (8,2%) indicaram outras causas de morte menos predominantes, enquanto 20 crianças (9,6%) sofreram agressão por meio não especificado. Sobre esse aspecto, destaca-se que a categoria T74 da CID-10, cujas subcategorias especificam as síndromes de maus-tratos perpetrados contra crianças, foi referida em apenas um dos 208 registros investigados (Tabela 8).

Com esses resultados, o presente estudo reforça uma pesquisa do Ministério da Saúde que demonstra serem as armas de fogo, no Brasil, as responsáveis por 72,1% dos homicídios de crianças e adolescentes no ano 2000 (BRASIL, 2006), além de corroborar o estudo de Costa, Ludermitz e Silva (2009), que, em análise dos óbitos de adolescentes decorrentes da violência entre os anos de 1998 e 2004, ocorridos em Recife, capital do Estado de Pernambuco, também apontam as armas de fogo como o meio de agressão mais utilizado pelos autores dos homicídios. Para aqueles estudiosos, os homicídios estariam relacionados ao incremento do uso de armas de fogo, considerando Recife uma das capitais mais violentas do Brasil.

Tabela 8 – Número e proporção das causas de morte de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, relacionadas com violência, por codificação e descrição segundo a CID-10 - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Causa da morte | | | |
|------------------|--|-----|-------|
| CID - 10 | CID - 10 | n | % |
| T74.1 | Síndromes de maus-tratos (sevícias físicas) | 1 | 0,5 |
| X90 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas | 5 | 2,4 |
| X91 | Agressão por meio de estrangulamento e sufocação | 9 | 4,3 |
| X92 | Agressão por meio de afogamento e submersão | 8 | 3,8 |
| X93 – X95 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo | 97 | 46,6 |
| X97 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas | 4 | 1,9 |
| X99 – Y00 | Agressão por meio de objeto cortante, penetrante ou contundente | 45 | 21,6 |
| Y01 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado | 1 | 0,5 |
| Y04 | Agressão por meio de força corporal | 2 | 1,0 |
| Y05 | Agressão sexual por meio de força física | 4 | 1,9 |
| Y07 – Y08 | Outras síndromes de maus-tratos, agressão por outros meios especificados | 12 | 5,8 |
| Y09 | Agressão por outros meios não especificados | 20 | 9,6 |
| Total | | 208 | 100,0 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

- *Qualidade da informação*

Das fontes de informação sobre a violência praticada contra a criança, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é considerado o mais completo, fidedigno e que melhor retrata a realidade do problema (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004). Porém a *World Health Organization* (2006) indica uma deficiência na qualidade da informação produzida pelos países em desenvolvimento, em especial, no que tange às estatísticas de mortalidade. E, sendo o profissional médico o responsável pelo preenchimento da Declaração de Óbito, sua conscientização a respeito da importância do preenchimento adequado desse documento passa pela formação acadêmica e tem como um dos entraves o receio de envolvimento futuro com autoridades policiais ou judiciais. Corroborando essa preocupação com a qualidade das informações sobre a mortalidade de crianças vitimadas por atos de violência, este estudo constatou a presença de dados inválidos em 5 (45,5%) das doze variáveis analisadas nos registros de óbitos do SIM, destacando-se que, nos 208 registros analisados, as maiores proporções de dados inválidos corresponderam às variáveis local de ocorrência do óbito (94/45,2%) e fonte de informação (73/35,1%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Número e proporção de dados inválidos nos registros de óbitos de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo grupos de variáveis - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Grupos de variáveis | Dados inválidos | |
|----------------------------------|------------------------|------------|
| Perfil da vítima | Idade | 0 |
| | Sexo | 0 |
| | Mun. Residência | 0 |
| | Raça ou cor | 14 (6,7%) |
| | Necropsia | 32 (15,4%) |
| Caracterização dos óbitos | Ano de ocorrência | 0 |
| | Mun. de ocorrência | 0 |
| Caracterização dos óbitos | Local de ocorrência | 94 (45,2%) |
| | Fonte de informação | 73 (35,1%) |
| | Circunstância do óbito | 26 (15,4%) |
| Tipologia da violência | Causa da morte | 0 |
| | Meio da agressão | 0 |

Fonte: SIM/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 18/02/2015.

6.2 2ª ETAPA: ANÁLISE DO SIH/SUS

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a análise dos dados do SIH/SUS, o presente estudo examinou 5.962 registros de internações de crianças com idades entre 0 e 11 anos residentes no Estado da Bahia, ocorridas entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014, em consequência de atos de violência. Comparando-se essa frequência de registros com a totalidade das internações do SUS por todas as causas, considerando o mesmo período e faixa etária do presente estudo, constatou-se que as internações decorrentes da violência representaram 0,5% das 1,8 milhões internações realizadas pelo SUS no Estado da Bahia. No ano de 2004, Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge divulgaram que as causas externas – acidentes e violências – representaram 5,2% do total das internações realizadas no país no ano 2000, acrescentando que, a despeito de algumas limitações, o SIH permitia ter um desenho quase completo da morbidade mais grave, enquanto Mascarenhas e colaboradores (2010) apontam que as hospitalizações de crianças menores de 10 anos, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), corresponderam a 2,4% do total de internações por causa externas.

- Perfil das vítimas

No presente estudo, a distribuição das internações com relação ao sexo das crianças internadas demonstrou que todos os 5.962 registros foram contemplados com opções

assinaladas para essa variável, revelando que 3.793 crianças (63,6%) pertenciam ao sexo masculino, enquanto 2.169 crianças (36,4%) eram do sexo feminino. Da mesma forma, quando o estudo buscou relacionar os sexos das crianças com o ano de internação, observou-se que o sexo masculino foi predominante em todos os anos analisados (Tabela 10). Assim, os achados desta pesquisa corroboram os estudos de Araújo (2005), que, analisando os registros de crianças de 0 a 11 anos de idade, vítimas de violência, internadas no Hospital de Clínicas de Uberlândia (Minas Gerais), entre os anos 1993 e 2003, observa que a maioria delas (55,4%) pertencia ao sexo masculino.

Tabela 10 – Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo ano de ocorrência e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Sexo | | | | Total | |
|--------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 2008 | 394 | 6,6 | 150 | 2,5 | 544 | 9,1 |
| 2009 | 270 | 4,5 | 117 | 2,0 | 387 | 6,5 |
| 2010 | 474 | 8,0 | 205 | 3,4 | 679 | 11,4 |
| 2011 | 1069 | 17,9 | 679 | 11,4 | 1748 | 29,3 |
| 2012 | 1039 | 17,4 | 663 | 11,1 | 1702 | 28,5 |
| 2013 | 316 | 5,3 | 232 | 3,9 | 548 | 9,2 |
| 2014 | 231 | 3,9 | 123 | 2,1 | 354 | 5,9 |
| Total | 3.793 | 63,6 | 2.169 | 36,4 | 5.962 | 100,0 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB

Dados processados em 25/03/2015.

Com relação à idade das crianças internadas em consequência de atos de violência, o estudo observou que, em todos os 5.962 registros essa informação estava presente, apontando que 968 crianças internadas eram menores de um ano de idade (16,2%), 1.849 tinham entre 1 e 4 anos (31%), 2.225 entre 5 e 9 anos (37,3%) e 920 tinham entre 10 e 11 anos de idade (15,4%). Comparando-se essas informações com a pesquisa de Araújo (2005), observa-se uma maior participação de crianças com idades entre 0 e 4 anos entre as internações verificadas no presente estudo, visto que a outra pesquisa apontou uma proporção de 32,8% de crianças internadas menores de 5 anos de idade. Porém, enquanto as crianças de 5 a 11 anos corresponderam a 52,7% das internações analisadas neste estudo, Araújo (2005) constatou que 67,3% das crianças internadas em Uberlândia pertenciam à faixa de 6 a 11 anos de idade. Além disso, quando as informações sobre as idades das crianças foram confrontadas

com o sexo, esta pesquisa indicou que as crianças do sexo masculino predominaram em todas as faixas etárias estudadas, destacando-se uma maior participação dos meninos entre as crianças de 10 a 11 anos (69,5%), enquanto o menor número deles foi verificado na faixa etária de 1 a 4 anos de idade (57,3%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Faixa etária (anos) | Sexo | | | | Total | |
|---------------------|-----------|------|----------|------|-------|-----|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| <1 | 609 | 62,9 | 359 | 37,1 | 968 | 100 |
| 1 – 4 | 1.059 | 57,3 | 790 | 42,7 | 1.849 | 100 |
| 5 – 9 | 1.486 | 66,8 | 739 | 33,2 | 2.225 | 100 |
| 10 – 11 | 639 | 69,5 | 281 | 30,5 | 920 | 100 |
| Total | 3.793 | 63,6 | 2.169 | 36,4 | 5.962 | 100 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

De modo semelhante, as informações referentes aos municípios de residência das crianças internadas estavam presentes em todos os 5.962 registros analisados, permitindo apontar que 299 dos 417 municípios do Estado (71,7%) possuíam, pelo menos, uma criança de 0 a 11 anos internada em decorrência da violência interpessoal no período entre 2008 e 2014. Ademais, como é demonstrado na Tabela 12, a maior proporção de crianças internadas, 4.475(75,1%), residia em apenas dez municípios do Estado, ressaltando-se a participação de Salvador 3.166 (53,1%) e Eunápolis 617 (10,3%) como os municípios baianos de residência da maioria das crianças internadas em decorrência da violência.

Tabela 12 – Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo município de residência e internação - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Município de residência | n | % | Município de internação | n | % |
|-------------------------|-------|------|-------------------------|-------|------|
| Salvador | 3.166 | 53,1 | Salvador | 3.803 | 63,8 |
| Eunápolis | 617 | 10,3 | Eunápolis | 837 | 14,0 |
| Lauro de Freitas | 209 | 3,5 | Itabuna | 228 | 3,8 |
| Simões Filho | 112 | 1,9 | Lauro de Freitas | 206 | 3,5 |
| Itabela | 90 | 1,5 | Paramirim | 166 | 2,8 |
| Itabuna | 83 | 1,4 | Juazeiro | 149 | 2,5 |
| Camaçari | 55 | 0,9 | Feira de Santana | 117 | 2,0 |

Tabela 12 (Cont.) – Número e proporção de internações de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos por violência, segundo município de residência e internação - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Município de residência | n | % | Município de internação | n | % |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------|
| Juazeiro | 52 | 0,9 | Guanambi | 63 | 1,1 |
| Paramirim | 49 | 0,8 | Alagoinhas | 62 | 1,0 |
| Alagoinhas | 42 | 0,7 | Barra | 27 | 0,5 |
| Subtotal | 4.475 | 75,1 | Subtotal | 5.658 | 94,9 |
| Outros | 1.487 | 24,9 | Outros | 304 | 5,1 |
| Total | 5.962 | 100,0 | Total | 5.962 | 100,0 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

No que diz respeito à investigação das internações registradas quanto ao fenótipo cor de pele, das 5.962 crianças internadas (referidas no campo raça ou cor do SIH/SUS), o estudo constatou que, em 4.948 registros (83%), esses dados estavam inválidos, inviabilizando a pesquisa sobre essa variável nesse Sistema de Informação. Considerando-se que os dados disponibilizados pelo SIH, referentes às demais variáveis analisadas neste estudo, apresentaram uma proporção satisfatória de opções válidas nos 5.962 registros, a ausência de dados referentes à cor ou raça das crianças internadas não inviabiliza o cumprimento do principal objetivo do Sistema, que consiste em armazenar informações que serão essenciais para que o governo execute os pagamentos das internações realizadas nos hospitais públicos ou conveniados com o SUS aos municípios de internação.

- Caracterização das internações

Neste estudo, as informações referentes aos municípios de internação das crianças vitimadas pela violência estavam presentes em todos os registros analisados, permitindo apontar que 90 (21,6%) dos 417 municípios da Bahia concentraram todas as internações de criança de 0 a 11 anos em decorrência da violência interpessoal, ocorridas no Estado entre 2008 e 2014, ou melhor, apenas 1.794 crianças (30,1%) foram internadas nos próprios municípios de residência. A Tabela 12 mostra os dez municípios que responderam por 94,9% das internações; porém os municípios que apresentaram as maiores proporções de crianças internadas foram Salvador 3.803(63,8%) e Eunápolis 837 (14,0%), coincidindo com as informações sobre os municípios onde residia a maioria dessas crianças. Vale salientar que Salvador, por ser a capital do Estado, centraliza o maior número de leitos pediátricos disponibilizados pelo SUS (14,3%), apresentando uma taxa de 11,7 leitos para cada 10 mil

crianças de 0 a 11 anos, ao passo que Eunápolis, município de pequeno porte, representando a nona posição na classificação dos municípios do Estado por oferta de leitos infantis em hospitais públicos, possuía, no período estudado, 0,9% dos leitos pediátricos do Estado, com taxa de 14,4 leitos para cada 10 mil habitantes. Dessa forma, sabendo-se que mais de 91% da população infantil do Estado da Bahia recorre exclusivamente à rede pública de saúde quando necessita de assistência ambulatorial ou hospitalar (BRASIL, 2015d), os achados do presente estudo refletem a precariedade da atenção e do cuidado à criança que necessita de atendimento, principalmente no que diz respeito à atenção hospitalar, posto que, quando uma criança vitimada pela violência carece de cuidados hospitalares, isso geralmente indica que as lesões provocadas foram de maior gravidade, inclusive, em inúmeros casos, com risco de morte. Assim, com vistas a garantir a saúde e a vida dessas crianças, é imprescindível que elas sejam hospitalizadas com a maior brevidade, o que irá acontecer se o município de internamento for, preferencialmente, o mesmo de residência da criança.

Sobre as taxas anuais de internações de crianças em decorrência da violência, o estudo indicou que, na Bahia, os maiores valores foram observados nos anos 2011 (62,6/100 mil hab.) e 2012 (60,6/100 mil hab.). Todavia a taxa do ano de 2009 (11,8/100 mil hab.) não ratifica o resultado encontrado por Mascarenhas e colaboradores (2010), uma vez que esses autores apontaram uma taxa de internação de crianças menores de 10 anos de 6,1/100 mil habitantes no ano de 2009, considerando as internações por todas as causas externas, diferentemente do presente estudo que revelou taxas de 11,8/100 mil habitantes entre as crianças de 0 a 11 anos e 11,1/100 mil habitantes entre as menores de 10 anos, ressaltando que a análise foi direcionada apenas às vítimas da violência interpessoal, não se avaliando, portanto, as crianças internadas por outros tipos de causas externas. Entre os municípios do Estado, Eunápolis apresentou as maiores taxas nos quatro primeiros anos do período analisado: 2008 (645,7/100 mil hab.), 2009 (603,4/100 mil hab.), 2010 (809,1/100 mil hab.) e 2011 (587,9/100 mil hab.). Todavia, nos anos subsequentes, os maiores valores foram exibidos por Terra Nova em 2012 (308,9/100 mil hab.), Rio do Pires em 2013 (150,1/100 mil hab.) e Paramirim em 2014 (278,1/100 mil hab.), ressaltando-se que esses três últimos são considerados municípios de pequeno porte, com população inferior a 22 mil habitantes. Por outro lado, apesar de o município de Salvador ter concentrado a maior frequência de internações do Estado no período entre os anos 2008 e 2014, somente do ano de 2010 em diante a capital apresentou as maiores frequências anuais, demonstrando que houve um incremento no número de leitos pediátricos disponibilizados pelo SUS a partir desse ano (Tabela 13).

Tabela 13 - Número e taxa de internação/100 mil habitantes por violência em crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, na capital do Estado e nos três municípios de residência que apresentaram as maiores taxas anuais - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Mun. residência | n | Taxa |
|------|------------------|--------------|-------------|
| 2008 | Bahia | 544 | 16,6 |
| | Salvador | 82 | 14,7 |
| | Eunápolis | 153 | 645,7 |
| | Itagimirim | 7 | 445,0 |
| | Guaratinga | 20 | 376,9 |
| 2009 | Bahia | 387 | 11,8 |
| | Salvador | 38 | 7,0 |
| | Eunápolis | 144 | 603,4 |
| | Itagimirim | 6 | 389,9 |
| | Itapebi | 8 | 246,9 |
| 2010 | Bahia | 679 | 24,3 |
| | Salvador | 255 | 59,4 |
| | Eunápolis | 175 | 809,1 |
| | Itapebi | 11 | 428,0 |
| | Paramirim | 13 | 378,8 |
| 2011 | Bahia | 1.748 | 62,6 |
| | Salvador | 1.199 | 280,3 |
| | Eunápolis | 128 | 587,9 |
| | Itapebi | 10 | 397,0 |
| | Itabela | 26 | 374,0 |
| 2012 | Bahia | 1.702 | 60,6 |
| | Salvador | 1.251 | 290,6 |
| | Terra Nova | 8 | 308,9 |
| | Ichu | 3 | 271,5 |
| | Apuarema | 4 | 253,0 |
| 2013 | Bahia | 548 | 18,4 |
| | Salvador | 272 | 59,4 |
| 2013 | Rio do Pires | 3 | 150,1 |
| | Lauro de Freitas | 51 | 148,7 |
| | Caturama | 2 | 115,5 |
| 2014 | Bahia | 354 | 11,8 |
| | Salvador | 106 | 20,9 |
| | Paramirim | 11 | 278,1 |
| | Lauro de Freitas | 87 | 226,6 |
| | Macarani | 9 | 219,8 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

A Tabela 14 evidencia que, no Estado da Bahia, as crianças menores de 1 ano e de 1 a 4 anos apresentaram o maior risco de internação por violência no ano de 2011, cujas taxas anuais corresponderam a 162,1/100 mil habitantes e 70,5/100 mil habitantes, respectivamente. Entretanto, nos grupos de 5 a 9 anos e de 10 a 11 anos o maior risco foi observado no ano de 2012, com taxas anuais muito próximas, sendo de 49,3/100 mil habitantes no primeiro grupo e de 47,9/100 mil habitantes no segundo.

Tabela 14 - Número e taxa de internação/100 mil habitantes por violência em crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo faixa etária - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|------|------|------|
| | n | Taxa | N | Taxa | n | Taxa | n | Taxa | n | Taxa | n | Taxa | n | Taxa |
| <1 | 40 | 14,4 | 33 | 12,1 | 90 | 43,8 | 324 | 154,5 | 342 | 162,1 | 77 | 34,4 | 62 | 27,5 |
| 1 - 4 | 115 | 10,3 | 91 | 8,2 | 171 | 20,0 | 581 | 67,8 | 607 | 70,5 | 172 | 18,8 | 112 | 12,2 |
| 5 - 9 | 271 | 19,9 | 183 | 13,3 | 300 | 25,2 | 590 | 49,3 | 552 | 45,9 | 211 | 16,5 | 118 | 9,2 |
| 10-11 | 118 | 22,7 | 80 | 15,5 | 118 | 21,7 | 253 | 47,9 | 201 | 37,8 | 88 | 15,6 | 62 | 10,9 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB

Dados processados em 25/03/2015.

Com relação ao CID-10 principal, referente ao diagnóstico que gerou a internação da criança, a Tabela 15 mostra os registros do SIH/SUS analisados, apontando que uma parte das crianças recebeu diagnósticos que, a princípio, indicaram que as situações de violência de que elas foram vítimas não haviam sido identificadas pelos profissionais que prestaram os primeiros atendimentos e, conseqüentemente, solicitaram as internações hospitalares. Desse modo, o estudo observou que, nos 5.962 registros analisados, 1.931 autorizações para internações hospitalares (32,4%) faziam referência a doenças infecciosas e parasitárias (311/5,2%), patologias dos aparelhos circulatório, respiratório ou digestivo (1.168/19,6%) e a outras doenças ou condições não associadas a casos de maus-tratos (453/7,6%). Sobre esse aspecto, os estudos de Mathias e outros e Benbenishty e colaboradores, ambos publicados no ano de 2014, enfatizam que, em muitas situações, a motivação da internação não está associada às lesões decorrentes da violência e, nesses casos, a violência infantil será identificada posteriormente pelos profissionais da equipe que prestarão assistência às crianças durante o período de hospitalização. Por conseguinte, esse comentário reforça a necessidade de uma equipe multiprofissional preparada para a detecção de casos de violência entre as

internações, posto que o estado emocional e o comportamento de uma criança podem levantar suspeitas de maus-tratos.

Dessa forma, os achados do presente estudo reforçam Toon e outros (2011), Cardoso e colaboradores (2013), *World Health Organization* (2013) e Robert e colaboradores (2014), que são unânimes em afirmar que os profissionais que cuidam da criança no hospital deveriam reconhecer quando se trata de um ato intencional, devendo estar cientes de que estão diante de uma situação complexa, com risco de morte, que deixa quase sempre sequelas psíquicas e físicas graves, afetando todos os membros de um núcleo familiar de formas e intensidades diferentes, com potencial de atingir também gerações futuras dessa mesma família.

De acordo com a *World Health Organization* (2013), várias abordagens estão sendo propostas nos países da Europa com o intuito de melhorar a codificação dos casos de maus-tratos, incluindo protocolos com foco em lesões de alto risco, enquanto Benbenishty e colaboradores (2014) contribuem informando que o Ministério da Saúde de alguns países, como Israel, determinou que equipes de proteção às crianças (EPC) estivessem presentes em todos os hospitais do país, realizando investigações preliminares nos casos suspeitos de violência infantil.

Concordando com os argumentos de Minayo e Deslandes (2009), o presente estudo reforça a necessidade de melhor qualificação dos dados sobre causas externas nos registros de morbidade e de capacitação dos profissionais responsáveis por esses registros nas unidades hospitalares. Em contrapartida, com referência às 4.030 internações (67,6%) cujas categorias referidas no campo da CID-10 principal eram compatíveis com quadros de violência (T74 ou X85 a Y09), os resultados do presente estudo indicam que 2.362 crianças (39,6%) sofreram traumatismos em outras regiões do corpo, 539 (9,0%) foram vítimas de traumatismos na cabeça ou pescoço, 278 (4,7%) doenças da pele ou tecido subcutâneo, 245 (4,1%) queimaduras, ou corrosões, ou geladuras, enquanto 136(3,4%) foram internadas devido à presença de doenças do aparelho geniturinário. Além disso, o estudo mostrou que 453 (4,8%) do total de 5.962 crianças foram internadas devido a complicações ou sequelas de causas externas, as quais não foram computadas como vítimas de violência, uma vez que o grupo de causas externas engloba tanto as lesões intencionais quanto as acidentais.

Assim, com esses resultados, o presente estudo demonstrou que a maior parte das lesões por maus-tratos ocorreu em regiões do corpo diversas da cabeça e pescoço, contrariando os achados de Martins (2010), cujo estudo observou que 60% das lesões causadas pela violência perpetrada contra crianças eram sediadas no rosto e no crânio.

Contudo, constatando que os traumatismos de cabeça e pescoço corresponderam ao segundo tipo de trauma mais predominante, esse estudo corrobora a opinião de Subramanian e colaboradores (2005) e Santos e outros (2010), que evidenciam a importância da participação de cirurgiões-dentistas nas equipes de proteção às crianças das unidades hospitalares, visto que esses profissionais poderiam detectar precocemente situações suspeitas de maus-tratos, pela identificação de lesões na cabeça e pescoço, durante o atendimento odontológico.

Tabela 15 - Número e proporção dos agrupamentos da CID-10 principal presentes nos registros de internações hospitalares de crianças de 0 a 11 anos de idade - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Agrupamento CID-10 | Especificação | n | % |
|---------------------------|--|----------|----------|
| A00 – B96 | Doenças infecciosas, parasitárias | 311 | 5,2 |
| I00 – K93 | Doenças aparelho circulatório, respiratório, digestivo | 1.168 | 19,6 |
| L01 – L99 | Doenças da pele, tecidos subcutâneos | 278 | 4,7 |
| N00 – N99 | Doenças do aparelho geniturinário | 136 | 2,3 |
| S00 – S19 | Traumatismo de cabeça, pescoço | 539 | 9,0 |
| S20 – T14 | Traumatismo outras regiões do corpo | 2.362 | 39,6 |
| T20 – T35 | Queimaduras, corrosões, geladuras | 245 | 4,1 |
| T36 – T65 | Intoxicação por drogas, medicamentos, outras substâncias | 181 | 3,0 |
| T79 – T98 | Complicações, sequelas de causas externas | 289 | 4,8 |
| Outros | Doenças não relacionadas com situações de violência | 453 | 7,6 |
| Total | | 5.962 | 100 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

Quando, nesta pesquisa, buscou-se relacionar as categorias registradas no campo referente à CID-10 principal, que culminaram nos internamentos, com as faixas etárias das crianças hospitalizadas, os achados referentes aos diagnósticos que indicaram maior afinidade com situações de violência revelaram que as lesões de pele e tecidos subcutâneos foram mais frequentes entre as crianças de 1 a 4 anos de idade (135/48,6%).

No entanto, com relação às 539 crianças que sofreram traumatismos de cabeça e pescoço, o estudo observou que 365 delas (67,7%) foram internadas devido a traumatismo craniano (categoria S06). Além disso, destaca-se que dessas 539 crianças que foram vítimas de traumatismos de cabeça e pescoço, 62 (11,5%) eram menores de um ano de idade, 181 (33,6%) pertenciam à faixa etária de 1 a 4 anos, enquanto 217 (40,3%) tinham entre 5 e 9 anos e 79 (14,7%) ente 10 e 11 anos. Dessa forma, ao revelar que a maioria das crianças que sofreu traumatismo de cabeça e pescoço pertencia à faixa etária de 5 a 9 anos, os resultados deste

estudo diferiram do que afirma a *World Health Organization* (2002), segundo a qual as crianças menores de dois anos são as maiores vítimas desse tipo de lesão traumática.

No que concerne aos registros de 2.362 crianças que sofreram traumatismos em outras regiões do corpo, esta pesquisa verificou que 1.317 dessas crianças (55,8%) receberam o diagnóstico de fraturas nos ombros e braços (categoria S42) ou antebraços (categoria S52) ou punhos e mãos (categoria S62), enquanto 340 delas (14,4%) sofreram fraturas no fêmur (categoria S72) ou nas pernas (categoria S82). Assim, esses resultados atestaram situação diversa daquela relatada por Brasil (2006), que identificou a cabeça e o abdome como as regiões do corpo mais passíveis de ocorrência de lesões provocadas pela violência infantil.

Por outro lado, com referência às 245 internações de crianças devido a queimaduras intencionais (categorias T20 a T31) identificadas neste estudo, observou-se que 150 dessas crianças (61,2%) pertenciam ao grupo de 0 a 4 anos de idade, reforçando os resultados divulgados pelo estudo de Toon e colaboradores (2011), segundo os quais as crianças menores de 5 anos de idade são as mais susceptíveis a esse tipo de lesão, acrescentando ainda que as queimaduras podiam acarretar sequelas graves, até a morte da criança, sendo essas lesões responsáveis por uma maior permanência de internação dos pacientes e custo elevado dos tratamentos. Além disso, o estudo mostrou que as 289 internações em razão de complicações e sequelas de causas externas foram mais comuns entre as crianças menores de um ano (91, 31,5%), condição justificada pelo caráter de maior fragilidade que esse grupo apresenta quando comparado às crianças de mais idade (Tabela 16).

Tabela 16 – Número e proporção dos agrupamentos da CID-10 principal presentes nos registros de internações hospitalares por violência de crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo agrupamento das categorias (CID-10) e faixa etária - Bahia-Brasil, 2008–2014

| Agrupamento CID-10 | Especificação | Faixa etária (anos) | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------|------|-------|------|-------|------|---------|------|-------|-----|
| | | <1 | | 1 - 4 | | 5 - 9 | | 10 - 11 | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A00 – B96 | Doenças infecciosas, parasitárias | 72 | 23,2 | 140 | 45,0 | 69 | 22,2 | 30 | 9,6 | 311 | 100 |
| I00 – K93 | Doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo | 407 | 34,8 | 473 | 40,5 | 220 | 18,8 | 68 | 5,8 | 1.168 | 100 |
| L01 – L99 | Doenças da pele, tecidos subcutâneos | 38 | 13,7 | 135 | 48,6 | 75 | 27,0 | 30 | 10,8 | 278 | 100 |
| N00 – N99 | Doenças do aparelho geniturinário | 52 | 38,2 | 42 | 30,9 | 29 | 21,3 | 13 | 9,6 | 136 | 100 |
| S00 – S19 | Traumatismo de cabeça e pescoço | 62 | 11,5 | 181 | 33,6 | 217 | 40,3 | 79 | 14,7 | 539 | 100 |

Tabela 16 (Cont.) – Número e proporção dos agrupamentos da CID-10 principal presentes nos registros de internações hospitalares por violência de crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo agrupamento das categorias (CID-10) e faixa etária - Bahia-Brasil, 2008–2014

| Agrupamento Cid-10 | Especificações | n | % |
|-------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| S20 – T14 | Traumatismo em outras regiões do corpo | 143 | 6,1 | 454 | 19,2 | 1224 | 51,8 | 541 | 22,9 | 2362 | 100 |
| T20 – T35 | Queimaduras, corrosões, Geladuras | 16 | 6,5 | 134 | 54,7 | 70 | 28,6 | 25 | 10,2 | 245 | 100 |
| T36 – T65 | Intoxicação por drogas, medicamentos, outras substâncias | 10 | 5,5 | 70 | 38,7 | 73 | 40,3 | 28 | 15,5 | 181 | 100 |
| T79 – T98 | Complicações, sequelas de causas externas | 91 | 31,5 | 77 | 26,6 | 82 | 28,4 | 39 | 13,5 | 289 | 100 |
| Outros | Doenças não relacionadas com situações de violência | 77 | 17,0 | 143 | 31,6 | 166 | 36,6 | 67 | 14,8 | 453 | 100 |
| Total | | 968 | 100 | 1.849 | 100 | 2.225 | 100 | 920 | 100 | 5.962 | 100 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

- Tipologia da violência

A análise dos dados referentes às categorias registradas no campo destinado ao CID-10 secundário e (ou) causas associadas das 5.962 autorizações para internações hospitalares das crianças vitimadas pela violência mostrou que 2.201 crianças internadas sofreram violência física (36,9%), cujos registros no SIH/SUS acusaram a presença das categorias pertencentes aos grupos X85 a X91 e X93 a Y04, 17 crianças sofreram violência sexual (0,3%), registrada com a categoria Y05, e uma criança foi vítima de negligência ou abandono (0,0002%), categoria Y06. Por outro lado, a maioria dos registros de internações das crianças (3.743/62,8%) pertencia ao agrupamento Y07 a Y09, cujas categorias representam os casos de violência sem tipologia especificada (Tabela 17).

Desse modo, esses resultados fortalecem a alegação de Mathias e colaboradores (2014) que destacam a possibilidade de subregistros dos diagnósticos secundários ou das causas externas de internações, que, inadvertidamente, poderiam ter sido classificados como eventos de intenções indeterminadas ou causas não externas, dificultando a verificação do real perfil das hospitalizações de crianças, além de mascarar os casos de violência contra esse grupo etário. Todavia, não demonstram semelhanças com a pesquisa realizada por Rovi, Chen e Johnson (2004), cujos resultados apontam que, em apenas 4,6% dos registros de internações

hospitalares em decorrência da violência, o tipo de violência que vitimou a criança não estava especificado.

Salienta-se que os registros de violência perpetrada contra crianças, pela abrangência e complexidade que o problema representa, requerem informações com o maior detalhamento possível e que possibilitem a caracterização do perfil dessa manifestação de violência, imprescindível para as ações de monitoramento e controle, principalmente por parte do governo. Além disso, por menor que seja o tempo de permanência da criança no hospital, esse ambiente proporciona um contato mais intenso da equipe de saúde com a criança, gerando condições ideais para o estreitamento dessas relações e possibilitando a coleta de informações mais completas sobre o que realmente aconteceu, por meio da escuta da versão da história narrada pela criança.

Como a violência física foi citada como o segundo tipo mais frequente, os resultados desta pesquisa não corroboram o estudo americano realizado por Rovi, Chen e Johnson (2004), segundo o qual essa modalidade de violência foi responsável pelo maior número de vítimas entre as crianças internadas no ano 1999 (38,8%) naquele país, tampouco a pesquisa de Araújo (2005), realizada em hospital do município de Uberlândia (Minas Gerais), segundo o qual 100% das crianças de 0 a 11 anos investigadas tinham sido vítimas de violência psicológica, 83,3% sofreu negligência ou abandono, mais da metade foi vítima de violência sexual (51,6%) e apenas uma minoria sofreu violência física (23,5%). Com referência à distribuição dos casos de violência em relação aos sexos das crianças vitimadas, os resultados apresentados pelo presente estudo mostram que, do total de crianças que foram vítimas da violência física (2.201), 1.570 crianças (71,3%) eram meninos enquanto 631 crianças (28,7%) eram meninas. Porém, quanto às 17 crianças hospitalizadas em consequência de violência sexual, 15 delas (88,2%) pertenciam ao sexo feminino e apenas 2 (11,8%) eram do sexo masculino (Tabela 19). Com esses achados, o presente estudo ratificou a literatura internacional, citada pela *World Health Organization* (2002, 2013), apontando que, em geral, os meninos são mais susceptíveis a sofrer violência física, enquanto as meninas são as maiores vítimas da violência sexual contra crianças. Além disso, este estudo apresentou um caso de negligência ou abandono que vitimou uma criança do sexo feminino. Ainda sobre esse aspecto, a presente pesquisa apontou que as meninas internadas em decorrência da violência sexual foram sete vezes mais vitimadas do que os meninos, reforçando os achados de Day e colaboradores (2013) e da *World Health Organization* (2006), que mostraram dados indicando que a violência sexual é, no mínimo, duas vezes mais presente entre as crianças do

sexo feminino, salientando-se que essa divergência na proporção entre os sexos estaria relacionada às diferenças culturais existentes entre os países.

Vale ressaltar que, apesar de o estudo revelar que 136 crianças (2,3%) foram internadas em consequência de doenças do aparelho geniturinário, apenas 17 delas foram identificadas como vítimas de violência sexual. Essas evidências ratificam a pesquisa de Mouden e colaboradores (1998) e da *World Health Organization* (2002), segundo a qual, na maioria das vezes, as crianças que eram vítimas da violência sexual apresentavam exames ginecológicos sem anormalidades, e, nesse caso, a história da criança se constituía no componente mais importante para a detecção dessa manifestação da violência. Por outro lado, Alcântara-Jones, Silva e Rocha (2013) alertam que, quando, na entrevista com a criança ou seus familiares, não há informação de abuso sexual, a interpretação de achados anormais na região anogenital exige cautela, porque, na literatura, há vários relatos de alterações anogenitais de diversas etiologias que podem ser confundidas com violência sexual em crianças, entre as quais a presença de sangramentos, equimoses, escoriações e úlceras na região anogenital.

Tabela 17 - Número e proporção dos diagnósticos secundários e (ou) complementares de crianças de 0 a 11 anos de idade, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da violência, segundo agrupamento das categorias (CID-10), tipo de violência e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Agrupamento CID-10 | Tipo de violência | Sexo | | | |
|-----------------------|-------------------------|-----------|-------|----------|------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | n | % | n | % |
| X85 - X90 | Física | 55 | 55,6 | 44 | 44,4 |
| X91 | Física | 1 | 100 | 0 | 0,0 |
| X93 - X95 | Física | 138 | 75,8 | 44 | 24,2 |
| X96 - X98 | Física | 90 | 63,4 | 52 | 36,6 |
| X99 – Y00 | Física | 1.115 | 72,6 | 421 | 27,4 |
| Y01 – Y03 | Física | 106 | 67,9, | 50 | 32,1 |
| Y04 | Física | 65 | 76,5 | 20 | 23,5 |
| Y06 | Negligência ou abandono | 0 | 0,0 | 1 | 100 |
| Y07 – Y09 | Não especificada | 2.221 | 59,3 | 1.522 | 40,7 |
| Total | | 3.793 | 100 | 2.169 | 100 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

- *Provável autor da agressão*

Os registros do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) não dispõem de dados que possibilitem a obtenção de informações acerca da autoria dos atos violentos, mesmo quando o CID-10 principal ou secundário ou das causas

associadas, presente nos registros, atesta que aquelas crianças foram vítimas de algum tipo de agressão. Entretanto, esse sistema possibilita a identificação dos meios de agressão utilizados pelos autores dos episódios de violência que vitimaram as crianças internadas, por meio da análise dos códigos da CID-10 presentes nos registros. Com base nesse tipo de análise realizada nos 5.962 registros de internações, o presente estudo mostrou que 1.536 agressores (25,8%) utilizaram algum objeto contundente, cortante ou penetrante, 182 deles (3,1%) fizeram uso de uma arma de fogo, 156 (2,6%) projetaram a criança de um lugar elevado ou colocaram a criança diante de um objeto em movimento ou de veículo automotor, 142 (2,4%) utilizaram explosivo, fogo ou substância quente para praticar a violência e 102 (1,7%) fizeram uso da força corporal.

Todavia, em 3.743 (62,8%) das internações analisadas, não foi possível identificar o meio utilizado pelo autor da violência, já que os registros não especificaram os tipos de violência que vitimaram esse grupo de crianças (Tabela 18).

Vale salientar que essa elevada proporção de casos de violência contra crianças cujos registros hospitalares se encontravam incompletos e (ou) inconsistentes, não traduzem uma realidade específica da Bahia ou do Brasil, posto que relatos da *World Health Organization* (2013) apontaram que os bancos de registros hospitalares da maioria dos países da Europa também apresentavam essas mesmas características, com exceção do Reino Unido, Suíça, Finlândia e Dinamarca, que divulgavam periodicamente altas taxas de violência física praticada contra as crianças, refletindo maior vulnerabilidade desses países a esse tipo de maus-tratos.

Tabela 18 – Número e proporção dos diagnósticos secundários e (ou) complementares de crianças de 0 a 11 anos de idade, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da violência, segundo agrupamento das categorias (CID-10), meio utilizado na agressão e tipologia da violência - Bahia-Brasil, 2008–2014

| Agrupamento CID-10 | Meio da agressão | Tipo de violência | n | % |
|--------------------|---|-------------------|-------|------|
| X85 – X90 | Drogas, medicamentos, substâncias biológicas, substâncias corrosivas, gases, produtos químicos, substâncias nocivas | Física | 99 | 1,7 |
| X91 | Estrangulamento e sufocação | Física | 1 | 0,0 |
| X93 – X95 | Disparo de arma de fogo | Física | 182 | 3,1 |
| X96 – X98 | Material explosivo, vapores, fumaça, fogo, substância quente | Física | 142 | 2,4 |
| X99 – Y00 | Objeto contundente, cortante ou penetrante | Física | 1.536 | 25,8 |

Tabela 18 (Cont.) – Número e proporção dos diagnósticos secundários e (ou) complementares de crianças de 0 a 11 anos de idade, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da violência, segundo agrupamento das categorias (CID-10), meio utilizado na agressão e tipologia da violência - Bahia-Brasil, 2008–2014

| Agrupamento CID-10 | Meio da agressão | Tipo de violência | n | % |
|---------------------------|--|--------------------------|----------|----------|
| Y01 – Y03 | Projeção de um lugar elevado; colocação da vítima diante de um objeto em movimento, impacto de veículo | Física | 156 | 2,6 |
| Y04 | Força corporal | Física | 85 | 1,4 |
| Y05 | Força corporal | Sexual | 17 | 0,3 |
| Y06 | Negligência e abandono | Negligência/ Abandono | 1 | 0,0 |
| Y07 – Y09 | Não especificado | Não Especificada | 3.743 | 62,8 |
| Total | | | 5.962 | 100 |

Fonte: SIH/SUS/DICON/SUREGS/SESAB
Dados processados em 25/03/2015.

6.3 3ª ETAPA: ANÁLISE DO SINAN

Em observância aos critérios de inclusão e exclusão de dados já estabelecidos para a análise dos dados do sistema, o presente estudo examinou 3.981 casos de violência praticada contra crianças com idades entre 0 e 11 anos de idade, residentes no Estado da Bahia, ocorridos entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Vale salientar que os registros referentes ao período entre janeiro de 2008 e 30 de setembro de 2014 faziam referência aos casos notificados pelos profissionais de saúde com a utilização do primeiro modelo de ficha individual de notificação, enquanto, no período subsequente, 01 de outubro a 31 de dezembro de 2014, foi adotado o modelo de ficha apresentado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (MS) no mês de outubro de 2014.

- Perfil das vítimas

Segundo a *World Health Organization* (2002), apenas uma pequena parte dos casos de maus-tratos é denunciada às autoridades, mesmo em países como Estados Unidos e Brasil, onde a legislação tornou isso obrigatório. Além disso, Minayo e Souza (1997, 1999) ponderam que a morbidade por violência é difícil de ser mensurada, pela escassez de dados e pela pouca visibilidade atribuída a determinados tipos de agravos. Nesse aspecto, enquanto a

literatura internacional não revela o perfil epidemiológico da violência que vitima crianças, no que se refere à frequência do agravo quanto ao sexo das vítimas, Franzin e outros (2013) apontam que os estudos nacionais são controversos quanto a isso, considerando que essa estatística depende do local de origem dos dados. Dessa forma, no presente estudo, a distribuição dos 3.981 casos em relação ao sexo das crianças, considerando-se todos os tipos de violência, revelou que as meninas foram as vítimas mais frequentes (2.207/55,4%), concordando com os achados de Barros (2005), Barreto, Araújo e Martins Júnior (2012) e Martins e colaboradores (2013). Todavia, dois estudos realizados no município de Feira de Santana (Bahia), o primeiro por Costa e outros (2007) e o segundo por Souza e colaboradores (2014), não encontraram diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino. Em contrapartida, os estudos de Araújo (2005), Mascarenhas (2010), e Apostólico e colaboradores (2012) demonstram que as crianças do sexo masculino foram as maiores vítimas da violência, resultados não corroborados pelos achados da presente pesquisa.

Da mesma forma, não existe uma concordância em relação à idade de maior vulnerabilidade à violência contra crianças, porém, é universal o reconhecimento de que a violência contra crianças está crescendo de forma assustadora em todo o mundo, sendo que a faixa etária de 0 a 4 anos é quase cinco vezes mais exposta à violência do que a de crianças de 5 a 14 anos (WHO, 2002, 2006). Em 2011, um estudo nacional realizado por Ramos e Silva indica que 12% das crianças menores de 14 anos são vítimas de algum tipo de violência doméstica, enquanto Costa e colaboradores (2007) e Rocha e Moraes (2011) mostram que o grupo de crianças de 0 a 11 anos foi mais atingido pela violência do que o de adolescentes, reforçando a importância da realização de estudos sobre o perfil da violência no grupo infantil. Nesse intuito, o presente estudo apontou que as faixas etárias com a maior proporção de casos de violência foram as de 5 a 9 anos (1.582, 39,7%) e de 1 a 4 anos (977, 24,5%). Por outro lado, os resultados mostram que 580 crianças menores de 1 ano de idade (14,6%) foram vitimadas, representando a faixa de idade menos atingida. Resultados semelhantes, considerando a faixa de 5 a 9 anos como de maior frequência, também foram apontados nos estudos nacionais realizados por Martins e Mello-Jorge (2009) e Apostólico e colaboradores (2012). No entanto, Assis e colaboradores (2012) mencionam que, nos Estados Unidos, a faixa etária de 5 a 9 anos é a segunda mais atingida pelas diversas manifestações da violência. Porém outros estudos revelam faixas etárias diferentes, considerando o mesmo grupo de 0 a 11 anos, como o de Araújo (2005) que indica maioria (67,2%) entre as crianças de 6 a 11 anos, o de Habigzang e colaboradores (2006) e Rates e outros (2014) que evidenciam, igualmente, as idades entre 6 e 9 anos, e o de Veloso e colaboradores (2013), que, igualmente,

analisando notificações de violência do SINAN, verificam que a maioria dos casos atingiu crianças com idades entre 0 e 9 anos. Em relação à vitimização de crianças no Estado da Bahia, Costa e outros (2007) indicam maior número de registros entre as idades de 2 a 9 anos, enquanto Barreto, Araújo e Martins Júnior (2012) mostram que as crianças menores de 1 ano foram as maiores vítimas da violência (Tabela 19).

Tabela 19 – Número e proporção de notificações de violência contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo faixa etária e sexo - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Faixa etária | Sexo | | | | | |
|--------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | Feminino | | Masculino | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| < 1 ano | 334 | 8,4 | 246 | 6,2 | 580 | 14,6 |
| 1 – 4 anos | 567 | 14,2 | 410 | 10,3 | 977 | 24,5 |
| 5 – 9 anos | 841 | 21,1 | 741 | 18,6 | 1582 | 39,7 |
| 10 – 11 anos | 465 | 11,7 | 377 | 9,5 | 842 | 21,2 |
| Total | 2207 | 55,4 | 1774 | 44,6 | 3981 | 100,0 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

Segundo estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), não há diferença na incidência da violência relacionada à etnia. Nesta pesquisa, as informações sobre a cor de pele (identificada no SINAN como raça ou cor) das crianças vítimas de violência foram prejudicadas pelo elevado número de registros nos quais esse campo não apresentava informações válidas (1.473 / 37%). Sendo assim, nos 2.508(63%) registros que puderam ser analisados quanto a esse aspecto, observou-se que a maioria das crianças foi classificada como parda (1633, 65,1%), 311 como brancas (12,5%), 483 como pretas (19,5%), 12 amarelas (0,5%) e 37 indígenas (1,5%). Diferentemente, em estudo que abrangeu 36 municípios brasileiros além do Distrito Federal, Mascarenhas (2010) identifica a predominância da cor preta entre as crianças vitimadas, e Rates e outros (2014) mostram uma frequência de casos discretamente maior entre as crianças brancas, enquanto Costa e colaboradores (2007) apontam ausência de informações sobre a etnia das crianças vitimadas em 70,3% dos registros, impossibilitando a análise dessa variável naquele estudo.

Um aspecto que deve ser abordado, relacionado à gravidade da lesão, diz respeito à evolução da criança que sofreu a violência. Estima-se que, para cada notificação de violência contra criança, ocorrem dez a vinte que não são notificadas, incluindo-se, nesse rol,

principalmente os casos de menor gravidade ou que não deixam marcas visíveis. Nesses casos, ou a criança não é encaminhada à rede de saúde, ou, mesmo estando em um estabelecimento de saúde, não é identificada como vítima de violência pelos profissionais que prestaram a assistência. Ratificando os resultados da pesquisa realizada por Mascarenhas (2010), neste estudo, a maior parte das 3.787 crianças notificadas pelos profissionais como vítimas de violência, cujos campos do instrumento de notificação estavam preenchidos com dados válidos acerca da evolução do caso, evoluiu com alta (71,0%), mostrando que, mesmo entre os casos notificados, predominaram as consequências menos graves decorrentes dos atos violentos, enquanto 43 crianças (1,1%) fugiram do estabelecimento de saúde, impossibilitando o monitoramento sobre o desfecho final desses casos. Porém a evolução com óbito por violência é um resultado preocupante para toda a sociedade, mesmo tendo ocorrido em menor proporção (1,1%), posto que, segundo dados da *World Health Organization* (2013), apontam que, para cada óbito de criança decorrente da violência, existem de 150 a 2.400 casos de maus-tratos não fatais.

- Caracterização dos casos notificados

O estudo revelou um aumento na proporção dos municípios notificantes no Estado da Bahia, sendo que 11 municípios notificaram casos de violência no ano de 2008 (2,6%), 73 municípios no ano de 2010 (17,5%) e 133 municípios em 2014 (31,9%) (Tabela 20). Em relação ao ano de 2010, Assis e colaboradores (2012) divulgaram que 11% dos municípios baianos notificaram casos de violência contra crianças com idades entre 0 e 9 anos. Essa discrepância, observada entre aqueles achados e os apontados pelo presente estudo, provavelmente decorre da diferença entre as faixas etárias de interesse e da fonte utilizada em cada pesquisa, já que, enquanto este estudo utilizou o banco de dados do SINAN, referente aos registros das notificações realizadas por todos os estabelecimentos de saúde, o trabalho de Assis e colaboradores baseou-se nos dados disponibilizados pelo Sistema VIVA-Contínuo, que armazenou apenas os registros oriundos de unidades de emergência. Porém, apesar desse incremento, considerando-se que o Estado possui 417 municípios, a realidade alcançada nos últimos dois anos ainda está aquém da situação ideal, posto que, pela relevância da violência, mundialmente reconhecida, e pelas sequelas produzidas, principalmente no grupo infantil, é imprescindível que a totalidade dos municípios esteja empenhada, possibilitando a caracterização desse problema no âmbito local ou regional, de modo que as decisões e implementação das ações de combate ocorram de acordo com a realidade de cada município. Porém essa situação não é especialmente encontrada na Bahia, visto que, segundo comentário

de Assis e colaboradores, no ano de 2012, a prática de notificar casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças não era uniforme no Brasil, e os registros dos casos notificados apresentavam fragilidades.

Tabela 20 – Número e proporção de municípios que notificaram casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Notificações | % |
|------|--------------|------|
| 2008 | 11 | 2,6 |
| 2009 | 59 | 14,1 |
| 2010 | 73 | 17,5 |
| 2011 | 87 | 20,9 |
| 2012 | 102 | 24,5 |
| 2013 | 129 | 30,9 |
| 2014 | 133 | 31,9 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

De acordo com a *World Health Organization* (2013), a incidência anual da violência infantil nos países europeus é alta, a exemplo da Espanha, que, em 2001, apresentou uma taxa de vitimização de 72 casos por 100 mil crianças. Rovi, Chen e Johnson (2004) revelaram que a taxa de incidência de violência entre crianças, nos Estados Unidos, no ano de 1995, foi de 1.180 casos em cada 100 mil crianças. Já com relação aos registros analisados, verificaram-se taxas de incidência bem mais modestas para o Estado da Bahia, apesar da tendência de crescimento observada entre os anos 2008 (0,6/100 mil hab.) e 2009 (10,6/100 mil hab.). Contudo, comparando-se os anos de 2010 (23,6/100 mil hab.), 2011 (23,9/100 mil hab.) e 2012 (22,9/100 mil hab.), observou-se que as taxas permaneceram praticamente estáveis, e o ano de 2014 (26,1/100 mil hab.), divergindo do esperado, apresentou a taxa de incidência menor do que aquela exibida no ano de 2013 (28,9/100 mil hab.). Ponderando-se sobre essas incoerências, em primeiro lugar, vale salientar que, na Bahia, apesar da implantação do módulo referente à violência do SINAN, que propiciou a notificação desse agravo pelos profissionais de saúde, no ano de 2008, a obrigatoriedade da notificação foi definida no âmbito federal, inicialmente pela Portaria GM/MS nº 2.472 /2010, que instituiu a imprescindibilidade apenas para as unidades sentinela, e, mais adiante, pela Portaria GM/MS nº 104/2011, que universalizou a obrigatoriedade da notificação nos estabelecimentos de saúde de todo o território nacional.

Porém, mesmo existindo uma imposição legal a favor da notificação da violência, as taxas, entre 2010 e 2012, período imediatamente posterior às publicações das portarias,

demonstraram que aquela nova realidade ainda não tinha causado mudanças efetivas nos padrões da notificação. Em segundo lugar, sobre o ano de 2014 ter apresentado a taxa de incidência menor, quando comparado ao ano anterior, considerou-se que, pelo caráter dinâmico do banco de dados do SINAN, nas esferas municipal e estadual, permitindo a inclusão de registros em momento posterior ao período de notificação do caso pelos estabelecimentos que prestaram atendimento às vítimas, provavelmente novos registros referentes ao ano de 2014 foram inseridos no Sistema após o dia 05/02/2015, data da última atualização do banco de dados analisado no presente estudo.

Com relação aos municípios baianos que revelaram as maiores taxas de incidência anual de casos de violência contra crianças na faixa etária investigada, destacaram-se os municípios de Planaltino (1067/100 mil hab.), em 2011, Arataca (779,5/100 mil hab.), em 2010, Tanquinho (722,7/100 mil hab.) também em 2011 e Serrolândia (432,4/100 mil hab.), em 2014.

Por outro lado, o município de Salvador, apesar de apontar as maiores frequências de casos notificados nos anos analisados, apresentou taxas anuais modestas, com exceção do ano de 2013 (53,9/100 mil hab.), quando se destacou exibindo a segunda maior taxa do Estado naquele ano (Tabela 21).

Sobre a caracterização desses quatro municípios, constatou-se que um dos elementos em comum entre eles diz respeito ao porte populacional, visto que são municípios pequenos, cuja população não ultrapassa os 15 mil habitantes (Anexo D). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), no passado, a violência era observada principalmente nas capitais, regiões metropolitanas e grandes municípios. Porém, na atualidade, as modificações verificadas na sua dinâmica se refletem no processo de “interiorização”, quando se constata o avanço da violência também no interior do país, mais precisamente nas pequenas cidades.

Tabela 21 – Número e taxa/100 mil habitantes de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, notificados no Estado da Bahia, na capital e nos três municípios de ocorrência que apresentaram os maiores valores para as taxas anuais - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Mun. de residência | n | Taxa |
|------|--------------------|------------|-------------|
| 2008 | Bahia | 21 | 0,6 |
| | Salvador | 2 | 0,4 |
| | Antônio Gonçalves | 1 | 35,9 |
| | Pau Brasil | 1 | 32,4 |
| | Itagibá | 1 | 26,9 |
| 2009 | Bahia | 348 | 10,6 |
| | Salvador | 141 | 25,2 |
| | Arataca | 3 | 109,5 |
| | Piripá | 3 | 91,2 |

Tabela 21 (Cont.) – Número e taxa/100 mil habitantes de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, notificados no Estado da Bahia, na capital e nos três municípios de ocorrência que apresentaram os maiores valores para as taxas anuais - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Mun. de residência | n | Taxa |
|-------------|--------------------|------------|-------------|
| 2009 | Feira de Santana | 102 | 81,6 |
| 2010 | Bahia | 658 | 23,6 |
| | Salvador | 127 | 29,6 |
| | Arataca | 21 | 779,5 |
| | Pau Brasil | 3 | 108,9 |
| | Ribeira do Amparo | 3 | 94,0 |
| 2011 | Bahia | 668 | 23,9 |
| | Salvador | 144 | 33,7 |
| | Planaltino | 18 | 1067 |
| | Tanquinho | 11 | 722,7 |
| | Eunápolis | 85 | 390,4 |
| 2012 | Bahia | 643 | 22,9 |
| | Salvador | 136 | 31,6 |
| | Glória | 20 | 67,8 |
| | Tanquinho | 10 | 65,6 |
| | Arataca | 9 | 33,9 |
| 2013 | Bahia | 860 | 28,9 |
| | Salvador | 247 | 53,9 |
| | Tanquinho | 10 | 61,9 |
| | Arataca | 10 | 32,8 |
| | Varzedo | 4 | 22,9 |
| 2014 | Bahia | 783 | 26,1 |
| | Salvador | 304 | 59,9 |
| | Serrolândia | 12 | 432,4 |
| | Piripá | 4 | 177,5 |
| | Glória | 6 | 173,7 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

Com referência à possibilidade de uma análise comparativa entre as taxas de notificação de violência entre municípios ou entre estados, Rates e colaboradores (2015) indicam tratar-se de uma abordagem ainda prematura, visto que a maior frequência de notificações em uma determinada região se deve, muito provavelmente, ao maior grau de comprometimento dos gestores e profissionais envolvidos, e não por representar uma região mais violenta em comparação com as demais.

Apesar de 987 dos 3.981 registros (24,8%) não exibirem informações válidas sobre a zona de ocorrência dos atos de violência que vitimaram as crianças, os outros 2.994 casos de violência notificados (75,2%) forneceram informações úteis a esse respeito, revelando que 2.523 deles (84,3%) ocorreram na zona urbana, 443 (14,8%) na zona rural e 28 (0,9%) na periurbana, ratificando o estudo de Barreto, Araújo e Martins Júnior (2012) que confirmam a zona urbana como preferencial para a ocorrência dos casos de violência contra crianças

(73,6%), em detrimento da zona rural (11,6%). Essa realidade pode ser explicada pela melhor oferta de unidades de saúde na zona urbana, oportunizando um maior número de atendimentos e notificações por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência, ou pelo fato de a maioria das crianças residirem na zona urbana.

Os dados referentes ao local de ocorrência da violência apontaram que 951 registros (23,9%) não dispunham de informações válidas; contudo, os 3.029 casos (76,1%) que puderam ser analisados explicitaram que 2.289 crianças (75,6%) foram vítimas de violência na própria residência, corroborando os achados de Habigzang e colaboradores (2006), Costa e outros (2007), Martins e Mello-Jorge (2009), Mascarenhas (2010), Martins e outros (2013), Souza e colaboradores (2014), Veloso e colaboradores (2015), segundo os quais os casos de violência praticada contra crianças acontecem predominantemente nas residências das vítimas.

Além disso, o estudo indicou que 303 crianças (10%) foram agredidas em vias públicas, 97 (3,2%), em uma escola ou em outra instituição, enquanto 341 registros (11,2%) mostraram uma diversidade de locais nos quais a violência ocorreu, ressaltando-se a residência do agressor, matagal, hospital e igreja.

Desse modo, esta pesquisa ratifica os argumentos de Iarskaia-Smirnova, Romanov e Antonova (2008), que consideram que o lugar mais seguro para uma criança deveria ser a sua própria casa, ao lado da sua família, embora os estudos sobre essa modalidade de violência coloquem essa hipótese em dúvida.

Hoje, observa-se que, nos domicílios, a proteção que deveria ser proporcionada pela família tem sido negligenciada, já que, por um lado, a criança não revela a violência ou sua autoria e, por outro, existe a conveniência dos adultos em manter relacionamentos familiares conflituosos (MARTINS et al., 2013).

A Tabela 22 apresenta a taxa anual de notificação de violência praticada contra crianças para cada grupo etário, revelando que as menores de 1 ano apresentaram o maior risco de notificação como vítima de situação de violência no ano de 2014, com taxa anual de 70,6/100 mil habitantes, enquanto as crianças maiores de 1 ano evidenciaram maior risco no ano de 2013, cujas taxas apresentadas foram de 23,2/100 habitantes para as crianças de 1 a 4 anos, 26,7/100 habitantes para 5 a 9 anos e 31,4/100 habitantes para o grupo de 10 e 11 anos de idade.

Tabela 22 - Taxa anual/100 mil habitantes de notificação de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo faixa etária - Bahia, Brasil, 2008 - 2014

| Ano | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Faixa etária | n | Taxa |
| <1 | 0 | 0,0 | 46 | 16,8 | 55 | 26,8 | 95 | 45,3 | 95 | 45,0 | 130 | 58,1 | 159 | 70,6 |
| 1 - 4 | 3 | 0,3 | 83 | 7,5 | 167 | 19,5 | 167 | 19,5 | 160 | 18,6 | 212 | 23,2 | 185 | 20,1 |
| 5 - 9 | 8 | 0,6 | 152 | 11,1 | 279 | 23,4 | 268 | 22,4 | 262 | 21,8 | 341 | 26,7 | 272 | 21,2 |
| 10 - 11 | 10 | 1,9 | 67 | 12,9 | 157 | 28,9 | 138 | 26,1 | 126 | 23,7 | 177 | 31,4 | 167 | 29,5 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

A triste realidade mundial, no que diz respeito à violência perpetrada contra crianças, revela que, em todos os continentes, a reincidência dos episódios constitui uma situação bastante comum. Sobre esse aspecto, Deslandes (1999) advertiu que a maioria dos casos de violência reincidirá com igual ou superior gravidade se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica, principalmente quando se trata de violência infantil. Sobre esse aspecto, a presente pesquisa identificou que, da totalidade das notificações analisadas, apenas 2.227 (55,9%) disponibilizavam informações sobre reincidência das violências, revelando que 901 dessas crianças (40,5%) já haviam sido vítimas de atos violentos mais de uma vez. Assim, reforçando informações levantadas por estudo realizado na Espanha (OMS, 2013), segundo o qual, naquele país, 30% das crianças vítimas de maus-tratos já haviam sido vitimadas em outras oportunidades, os resultados do presente estudo possibilitam a argumentação de que a proporção de reincidências dos casos de violência infantil, na Bahia, é bem maior do que aquela apresentada na Europa, considerando-se que os dados levantados fizeram referência a pouco mais da metade das notificações registradas.

- Tipologia da violência

De acordo com o SINAN, existem nove tipos de violência que podem se manifestar individual ou associadamente. Porém, neste estudo, os dados levantados sobre o tipo de violência que vitimou cada uma das 3.981 crianças não estavam presentes em alguns registros. Desse modo, as 3.362 notificações que continham informações sobre a violência física indicaram que 1.921 crianças (57,1%) foram vítimas dessa modalidade, 1.350 (39,5%) de 3.414 crianças sofreram violência sexual, 1.088 (34,3%) de 3.174 crianças foram vitimadas pela violência psicológica, enquanto 768 (23,8%) de 3.227 crianças foram negligenciadas ou

submetidas a situações de abandono. Por outro lado, os tipos encontrados com menor frequência foram a tortura (3,8% de 3.068 registros), o trabalho infantil (1,5% de 3.097 registros), a violência financeira ou econômica (0,7% de 3.097 registros), o tráfico de seres humanos (0,1% de 3.117 registros) e a violência decorrente de intervenção legal (0,3% de 3.082 registros).

Segundo relata a *World Health Organization* (2002), a frequência do abuso físico não fatal varia de acordo com os países: na Comunidade Europeia, estatísticas apontam que 22,9% daquelas crianças sofriam abuso físico, sendo que, na Romênia, 4,6% das crianças sofriam violência física com sequelas graves, e 50% dos pais aplicavam castigo corporal nos filhos rotineiramente. Já Iarskaia-Smirnova, Romanov e Antonova (2008) mostram que, na Rússia, a punição física fazia parte da educação dos filhos. Outros estudos internacionais realizados no Egito (WHO, 2006), Estados Unidos (ASSIS et al., 2012), México (MARTINS et al., 2013) e Israel (BENBENISHTY et al., 2014), além de estudos nacionais realizados por Mascarenhas (2010), Rocha e Moraes (2011), Barros (2005), Brito e outros (2005), Barreto, Araújo e Martins Júnior (2012) também apontam a violência física como o tipo predominante quando as vítimas pertenciam ao grupo de crianças.

Além da violência física, pela maior perceptibilidade das marcas e sequelas que pode produzir nas crianças, existe especial preocupação mundial com relação à violência sexual. No Brasil, por exemplo, ela corresponde ao único tipo de violência cuja comunicação do caso à Secretaria de Saúde do município de ocorrência deve ser imediata, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271/2014 (BRASIL, 2014b). Tal medida deve ser tomada para que as ações emergenciais em relação ao acolhimento da vítima e às medidas profiláticas contra as doenças sexualmente transmitidas, além de outras infecções, sejam realizadas em tempo hábil, na tentativa de minimizar os prejuízos à saúde da vítima. Arpini e outros (2008) revelam que somente 6% dos casos de violência sexual contra crianças são denunciados e, quando o caso ocorre no interior das famílias, esse percentual diminui para 2% dos casos.

Entretanto, os resultados deste estudo, apontando a negligência como o quarto tipo de violência predominante contra crianças (23,8%), discordam de dados do Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS (BRASIL, 2015b), segundo os quais, no Brasil, entre os anos de 2008 e 2014, a negligência foi o tipo mais frequente de violência perpetrada contra crianças (46,0%), além da pesquisa de Rovi, Chen e Johnson (2004) segundo a qual a negligência foi a segunda modalidade de violência mais praticada contra a criança nos Estados Unidos.

Assim, mesmo com a detecção de dados inválidos relacionados aos nove tipos de violência analisados no presente estudo, com conseqüente perda de valiosas informações sobre essa variável, os dados considerados válidos somaram 5.329 atos de violência entre as 3981 crianças, expondo que uma parte dessas crianças foi vítima de mais de uma forma de violência (Tabela 23).

Tabela 23 – Número e proporção de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo tipologia da violência - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Tipo de violência | Registros | | | | | |
|--------------------------------|-----------|------|--------|------|--------------------|-----|
| | Sim | | Não | | Total de registros | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Física | 1.921 | 57,1 | 1.441 | 42,9 | 3.362 | 100 |
| Sexual | 1.350 | 39,5 | 2.064 | 60,5 | 3.414 | 100 |
| Psicológica | 1.088 | 34,3 | 2.086 | 65,7 | 3.174 | 100 |
| Negligência ou abandono | 768 | 23,8 | 2.459 | 76,2 | 3.227 | 100 |
| Tortura | 118 | 3,8 | 2.950 | 96,2 | 3.068 | 100 |
| Trabalho Infantil | 48 | 1,5 | 3.049 | 98,5 | 3.097 | 100 |
| Financeira, econômica | 23 | 0,7 | 3.074 | 99,3 | 3.097 | 100 |
| Tráfico | 3 | 0,1 | 3.114 | 99,9 | 3.117 | 100 |
| Intervenção legal | 10 | 0,3 | 3.072 | 99,7 | 3.082 | 100 |
| Total | 5.329 | 18,6 | 23.309 | 81,4 | 28.638 | 100 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

Quando, neste estudo, as quatro formas mais comuns de violência foram relacionadas com o sexo das crianças vitimadas, observou-se que a maioria dos episódios de violência física foi perpetrada contra as crianças do sexo masculino (1.016/65,1%), enquanto as crianças do sexo feminino foram as vítimas mais frequentes da violência sexual (1.007/52,3%), da violência psicológica (630/36,6%) e da negligência ou abandono (387/25,6%). Dessa forma, o estudo mostrou que o risco de os meninos sofrerem violência física é 1,3 vezes maior do que as meninas, enquanto as meninas correm 2,3 vezes mais risco de serem vítimas da violência sexual, quando comparadas aos meninos. Ratificando essas informações, estudos indicam que os castigos corporais são mais severamente aplicados nos meninos porque eles apresentam comportamento mais indisciplinado do que as meninas e esses castigos têm o intuito de prepará-los para a vida adulta (WHO, 2002, 2006). Com referência à violência física, Al-Habsi e outros (2009) relatam que, na Grã-Bretanha, uma em cada mil crianças com menos de quatro anos de idade sofre violência física grave, ao passo

que uma pesquisa americana realizada em 1999, citada por Rovi, Chen e Johnson (2004), mostra que 38,8% das crianças violentadas foram vítimas de violência física, das quais 21,1% foi vítima da síndrome do bebê sacudido.

De acordo com dados da *World Health Organization* (2013), entre as vítimas de todas as modalidades de violência ocorridas na Europa, 13,4% das meninas e 5,7% dos meninos sofreram violência sexual, confirmando a predominância da violência sexual entre as crianças do sexo feminino.

Para Eisele e Campos (2005), a violência sexual ocorre com os dois sexos, admitindo-se que as meninas seriam as maiores vítimas. Day e outros (2003) informam que, de acordo com dados de estudos internacionais, as meninas são duas vezes mais vitimadas do que os meninos. Entretanto, mostrando resultados que se opuseram à maioria das pesquisas, Martins (2010) divulgou que, na Costa Rica, anualmente, 13% dos meninos e 3,2% das meninas são vítimas da violência sexual.

Os achados do presente estudo sobre a proporção dos casos de negligência em relação às demais modalidades de violência divergem do que é apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), segundo o qual, em alguns países, a negligência constitui a maior proporção de maus-tratos contra crianças, embora a extensão dessa modalidade, como também da violência psicológica, seja desconhecida em todo o mundo (Tabela 24).

Tabela 24 – Número, proporção e risco relativo de notificações de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0–11 anos, segundo sexo e tipos mais frequentes de violência - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Tipo de violência | Sexo | | | | Total | RR |
|-------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Física | 1.016 | 65,1 | 905 | 50,2 | 1.921 | 1,30 |
| Sexual | 343 | 23,1 | 1.007 | 52,3 | 1.350 | 2,26 |
| Psicológica | 458 | 31,5 | 630 | 36,6 | 1.088 | 1,16 |
| Negligência | 387 | 22,3 | 381 | 25,6 | 768 | 1,15 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

O estudo buscou verificar que tipo de violência predominou em cada faixa etária, revelando que, nos quatro grupos de idade, a violência física prevaleceu, enquanto a violência sexual apresentou a segunda maior frequência entre as crianças de 1 a 4 anos (44,3%), de 5 a 9 anos (44%) e de 10-11 anos (39,5%), e a negligência ou abandono exibiu essa mesma posição entre os menores de 1 ano de idade (36,8%). Além disso, comparando-se os quatro

grupos, observou-se que 40,1 % das crianças de 5 a 9 anos foram vítimas de violência psicológica, representando o grupo de crianças mais atingido por essa modalidade. Assim, posicionando a violência física como a predominante em todos os grupos de idade estudados, esta pesquisa ratifica estudos realizados na China, que apontaram a faixa de 3 a 6 anos, na Índia, que apontaram a faixa 6 a 11, e nos Estados Unidos, indicando o grupo de 6 a 12 anos. Essa mesma abrangência da violência física também foi demonstrada por Assis e colaboradores (2012), enquanto, para Rates e outros (2014), o maior número de casos ocorre entre 6 e 9 anos e, de acordo com Mascarenhas (2010), as faixas mais vitimadas são a de crianças menores de um ano e a de maiores de 7 anos de idade. A presente pesquisa também confirma dados da *World Health Organization* (2002) que indicam as crianças pequenas como as vítimas mais frequentes de violência sexual em relação àquelas de idades intermediárias. Discordando de resultados do presente estudo, a pesquisa realizada por Terra e Santos (2006) apontou que a violência sexual foi prevalente entre as meninas de 9 a 12 anos; já para Araújo (2005), a negligência prevaleceu entre as crianças de 0 e 5 anos, e a violência psicológica foi mais comum entre as vítimas de 6 a 11 anos. Assim como o estudo de Rovi, Chen e Johnson (2004) e Costa e colaboradores (2007), a presente pesquisa constatou que a negligência por omissão de cuidados foi mais frequente entre as crianças menores de 1 ano de idade (Tabela 25).

Tabela 25 - Número e proporção de registros de casos de violência praticada contra crianças com idades entre 0 e 11 anos, segundo tipo de violência e faixa etária - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Tipo de violência | Faixa etária | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------|------|-------|------------|------|-------|------------|------|-------|--------------|------|-------|
| | < 1 ano | | | 1 – 4 anos | | | 5 – 9 anos | | | 10 – 11 anos | | |
| | n | % | Total | n | % | Total | n | % | Total | n | % | Total |
| Física | 364 | 73,2 | 497 | 397 | 49,1 | 808 | 719 | 54,3 | 1327 | 441 | 60,4 | 730 |
| Sexual | 64 | 15,3 | 418 | 375 | 44,3 | 847 | 614 | 44,0 | 1347 | 297 | 39,5 | 752 |
| Psicológica | 87 | 21,4 | 406 | 207 | 27,1 | 763 | 522 | 40,1 | 1301 | 272 | 38,6 | 704 |
| Negligência ou abandono | 168 | 36,8 | 457 | 248 | 30,8 | 804 | 252 | 19,6 | 1289 | 100 | 14,8 | 677 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

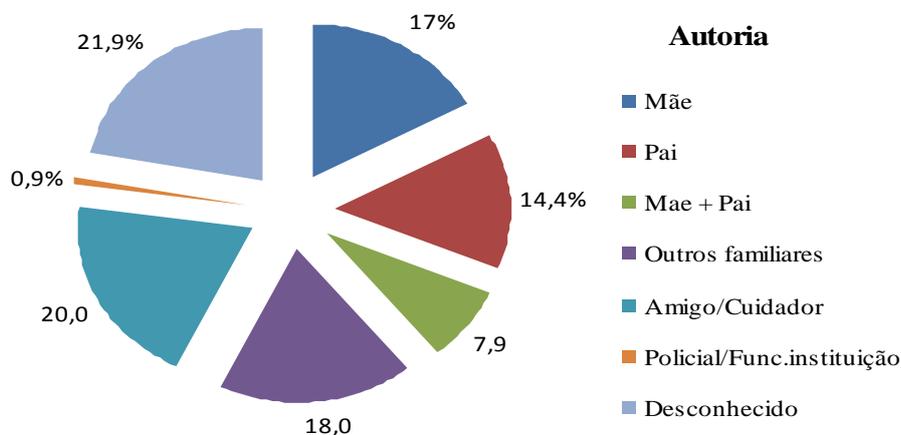
- Provável autor da agressão

A literatura nacional e internacional revela que o autor principal dos atos de violência contra crianças é alguém de seu círculo de convivência e, em grande parte dos casos, um dos

pais ou ambos estão envolvidos. Martins e colaboradores (2013) demonstram que, no México, quando o autor da violência sexual é um dos membros da família da criança, eles optam pelo silêncio, no intuito de salvaguardar a honra familiar. Analisando-se os dados referentes ao suposto autor da agressão, este estudo apontou que, em 937 (23,5%) das 3.981 notificações verificadas, não foi possível conhecer o sexo do agressor, pela inexistência de dados válidos. Todavia, nos outros 3.044 registros (76,5%) que possibilitaram essa análise, pôde-se perceber que 2.034 autores da agressão (66,8%) pertenciam ao sexo masculino, 735 (24,1%) ao sexo feminino e 275 (9,1%) a ambos os sexos, considerando-se, nesses casos, as situações nas quais existiu mais de uma autoria da violência. Dessa forma, a predominância do sexo masculino corrobora os estudos de Brasil (2002) e Mascarenhas (2010), diferindo de Veloso e colaboradores (2015) que encontraram, em 60,7% dos casos registrados no SINAN, predominância do sexo feminino entre os autores das agressões.

Ainda com vistas a conhecer o perfil dos autores das agressões, os dados válidos possibilitaram a constatação de que, em 1.416 (39,6%) dos 3.609 casos notificados que relataram o vínculo ou grau de parentesco da criança com a autoria da violência, pelo menos um dos pais biológicos esteve envolvido com a autoria da violência e, em 2.818 situações verificadas (78,1%), o autor foi alguém que a criança já conhecia, em oposição a 21,9% dos atos de violência perpetrados por desconhecidos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Proporção de registros de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo vínculo ou grau de parentesco do autor com a vítima - Bahia, Brasil, 2008–2014



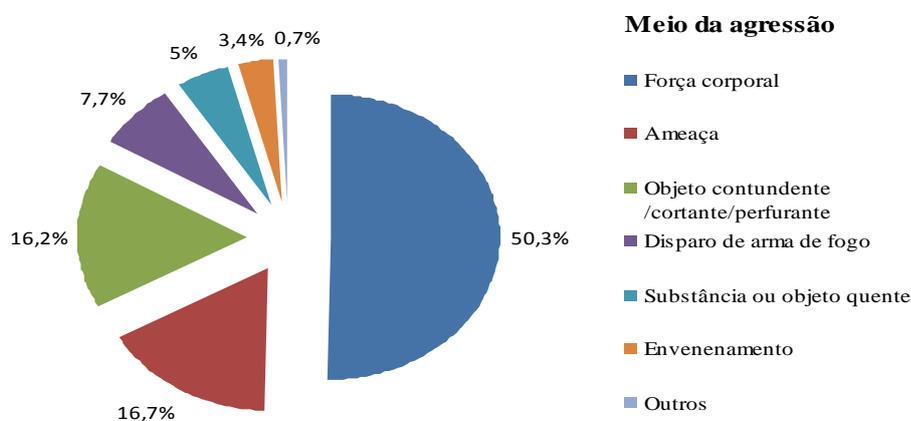
Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

Assim, esta pesquisa reforça os estudos internacionais citados pela *World Health Organization* (2006, 2013), além dos trabalhos nacionais divulgados por Terra e Santos (2006), Brasil (2008), Martins e outros (2013), Franzin e colaboradores (2013), Rates e colaboradores (2014), que indicam os pais biológicos como os principais autores das agressões. De modo semelhante, os estudos baianos realizados por Costa e colaboradores (2007) e Souza e outros (2014) também são reforçados pelos resultados desta pesquisa.

Porém Apostólico e colaboradores (2012) mostram dois estudos cujos resultados apontaram uma relativa diferença com relação à maioria dos demais: o primeiro, referente ao ano de 2004, revela o padrasto como principal agressor, e o segundo, do ano de 2007, que identifica os tios como autores predominantes. Sobre esse aspecto, Franzin e colaboradores (2013) acrescentam que, quando se trata de violência sexual, o principal autor, além de ser do sexo masculino – pai, padrasto, tio, avô, padrinho, vizinho –, mantém com a criança uma relação de dependência, afeto e confiança.

Considerando-se os 2.410 registros válidos (60,5%) para a variável que determinou os meios de agressão utilizados pelos supostos autores da violência, este estudo identificou que, em 1.212, dessas notificações (50,3%), os agressores utilizaram a força corporal para praticar a violência, 402 (16,7%) ameaçaram as vítimas, 391 (16,2%) utilizaram algum objeto contundente, cortante ou perfurante como meio de agressão, 185 (7,7%) fizeram uso ou ameaçaram com uma arma de fogo, 121 (5%) atingiram a criança com substância ou objeto quente e 18 (3,4%) envenenaram as vítimas (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Proporção de registros de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo meio utilizado pelo autor da agressão - Bahia, Brasil, 2008–2014



Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

Em consulta à literatura que embasou esta pesquisa, observou-se que o meio utilizado pelo agressor para praticar o ato de violência não era uma informação comumente relatada pelos autores, embora Souza e colaboradores (2014), utilizando como fonte de informações o banco de dados do Sistema VIVA - Contínuo, para análise das notificações de casos de violência contra crianças no município de Feira de Santana (Bahia), afirmam que a força corporal foi o meio de agressão utilizado por 40% dos agressores, seguida da ameaça (32,8%) e do uso de arma de fogo (14%), achados que, apesar de não revelarem as mesmas proporções, refletem a mesma ordem das frequências apresentadas no presente estudo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006) nenhum fator, por si só, pode explicar os motivos pelos quais alguns indivíduos apresentam comportamentos violentos em relação às crianças. A literatura indica que os fatores associados ao risco de crianças se tornarem vítimas da violência podem ser de ordem individual, comunitária ou social. Em relação aos fatores sociais, Reading e colaboradores (2003) defendem que esse tipo de violência acontece em todas as sociedades, embora evidências recentes sugiram ser mais comum em países desenvolvidos e em desenvolvimento, posição contra-argumentada por outros autores, que apontam ser a violência infantil também comum nos países mais ricos.

Por outro lado, Day e colaboradores (2003), apoiados por Iarskaia-Smirnova, Romanov e Antonova (2008), opinam que, em famílias onde as crianças vivem com apenas um dos pais, ou naquelas com composição especial – presença de padrasto ou madrasta –, a violência contra as crianças é mais frequente. O uso do álcool pelo agressor é um dos fatores de risco individuais apontados pela literatura. No presente estudo, os resultados sobre a possibilidade do uso de álcool pelos autores das agressões indicaram: 506 (28,3%) do total de 1.791 agressores usaram álcool antes de praticar a violência, porém, ressalta-se que esse número de registros se refere a apenas 45% das notificações, as quais apresentavam dados válidos para essa variável, ou seja, em mais da metade das notificações se identificou, nesse campo, a opção “Ignorado”, ou não havia opção registrada.

Dessa forma, no estudo da violência praticada contra crianças baianas, o número de casos nos quais o autor da agressão fez uso de álcool pode ser maior do que os resultados apresentados.

Ademais, apesar da incompletude dos dados referentes ao uso de álcool pelos autores das agressões, identificada no presente estudo, seus resultados corroboram a pesquisa de Franzin e colaboradores (2013), segundo os quais 20% dos agressores das crianças utilizavam álcool.

- *Encaminhamentos*

Em relação aos maus-tratos na infância, existem pelo menos duas responsabilidades impostas a todas as pessoas que assistem a crianças: a de descobri-los e de denunciá-los (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009, p. 832).

Para Cocco, Silva e Jahn (2010), o número reduzido de crianças vítimas de violência, em muitos casos, atrela-se à abordagem dos profissionais baseada na investigação de sinais e sintomas evidentes e visíveis das agressões. Porém a postura profissional que busca somente sinais visíveis pode ser uma das razões atribuídas aos baixos índices de identificação e encaminhamento dos casos de violência. Em contrapartida, as lesões decorrentes da violência contra a criança podem apresentar várias escalas de gravidade, variando de lesões leves até outras mais severas, podendo, inclusive, ocasionar o óbito da criança. Como consequência dessas lesões, a criança pode necessitar de atendimento em outros estabelecimentos de saúde, como unidades especializadas nesse tipo de demanda ou hospitais. Analisando-se os dados do presente estudo, com referência aos encaminhamentos dos casos pelos profissionais que prestaram o atendimento à criança, observou-se que, dos 3.981 registros, 2.890 (72,6%) apresentaram informações válidas sobre os encaminhamentos à rede de saúde, sendo que 1.195 dessas crianças (41,3%) foram referenciadas para unidades especializadas, 1.066 (36,9%) para a rede hospitalar, enquanto, em 629 casos (21,8%), os encaminhamentos não foram necessários.

Assis e colaboradores (2012) advertem que o encaminhamento da vítima pelo profissional de saúde para outros setores vinculados à rede de atenção e proteção social favorece a integralidade e a humanização no atendimento. Porém os estudos apontam que a média de encaminhamentos para outros setores é muito baixa. Além disso, esses profissionais têm mais facilidade de encaminhar as crianças para os hospitais ou outros estabelecimentos de saúde do que para o Conselho Tutelar, não somente pela baixa resolutividade das questões no âmbito desses conselhos, como também por receio dos profissionais em relação à família e ao futuro da criança depois que a denúncia é efetivada.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), referendado pelas portarias do Ministério da Saúde nº 1.271/2014 e nº 104/2011, impõe aos profissionais de saúde não somente as notificações dos casos de violência, como agravos de notificação compulsória, como também a denúncia desses casos para as autoridades competentes. Porém, de acordo com Arpini e colaboradores (2008), observa-se a existência de barreiras no processo de notificação. Do mesmo modo, são pouco expressivos os registros de denúncias pelos profissionais de saúde. Sobre essa questão, os dados analisados neste estudo corroboram os

relatos da literatura nacional sobre o tema, apontando que apenas uma pequena proporção dos casos de violência foi denunciada para as autoridades ou para instituições que prestam serviço de acolhimento e proteção às crianças vitimadas pelas várias formas de violência.

Com referência aos encaminhamentos para delegacias da Polícia Civil, apenas 623 (15,6%) dos 3.981 registros apontavam esse tipo de encaminhamento, destacando-se a participação da Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, presente em alguns municípios do Estado da Bahia. Já os casos denunciados à Justiça (englobando os encaminhamentos à Justiça da Infância e da Juventude, ao Ministério Público e à Defensoria Pública) foram apontados em 258 registros com dados válidos para essa variável, correspondendo a 6,5% das 3.981 notificações registradas. Os resultados ainda mostram que 1.257 (31,6%) do total de registros foram contemplados com dados válidos acerca dos encaminhamentos que tiveram como destino as instituições de acolhimento e proteção, ao passo que 1.732 de 2.847 registros com dados válidos referiram encaminhamentos aos Conselhos Tutelares (60,8%).

Pesquisas revelam que a precária infraestrutura dos Conselhos Tutelares de vários municípios brasileiros e a falta de pessoal qualificado para o cumprimento da missão de conselheiro tem desestimulado e dificultado o vínculo mais próximo e necessário entre eles e os serviços de saúde (BRASIL, 2006). No cenário internacional, Al-Habsi e colaboradores (2009) relatam estudo realizado em Londres, mostrando que apenas 6% dos cirurgiões-dentistas que já haviam atendido a crianças com suspeita de terem sido vítimas de violência denunciaram os casos às autoridades.

- Qualidade da informação

Segundo Lima e colaboradores (2009), a garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação, tomada de decisão e programação das ações de saúde.

Dessa forma, a subnotificação de registros, auxiliada pela inconsistência e incompletude dos dados nos registros dos casos de violência contra crianças, são elementos que interferem negativamente na qualidade das informações sobre o fenômeno da violência. Na avaliação dos campos, nos dois modelos da Ficha Individual de Notificação de Violência do SINAN, que compuseram esta pesquisa, detectou-se, a presença de dados inválidos em 23 (95,8%) das 24 variáveis analisadas nessa etapa do estudo, excetuando-se as variáveis idade, sexo, município de residência e data da ocorrência, citadas nos critérios de inclusão. Assim, foram destacadas as maiores proporções de dados inválidos nas variáveis referentes aos

encaminhamentos para a Justiça (3.723/93,5%), para delegacias (3.358/84,4%) e para instituição de acolhimento e proteção (2.724/68,4%).

Dessa forma, os resultados do presente estudo ratificam a ponderação de Abath e outros (2014), segundo os quais, os campos referentes à raça ou cor da criança, possível autor da violência, local de ocorrência da violência e encaminhamentos, componentes da Ficha Individual de Notificação e Investigação do SINAN, geralmente apresentavam elevado grau de ausência de registros (Tabela 26).

Tabela 26 – Número e proporção de dados inválidos nos registros de casos de violência praticada contra crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, segundo grupo de variáveis - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Grupo de variáveis | Dados inválidos | |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Vítima | Idade | 0 |
| | Sexo | 0 |
| | Mun. Residência | 0 |
| | Raça ou cor | 1.502 (37,7%) |
| | Evolução | 923 (26,2%) |
| Caso de violência | Data de ocorrência | 0 |
| | Mun. de notificação | 0 |
| | Zona | 987 (24,8%) |
| | Local | 952 (23,9%) |
| | Outras vezes | 1.554 (40,5%) |
| Tipologia da violência | Física | 619 (15,5%) |
| | Sexual | 567 (14,2%) |
| | Psicológica | 807 (20,3%) |
| | Negligência | 754 (18,9%) |
| | Tortura | 913 (22,9%) |
| | Trabalho Infantil | 884 (22,2%) |
| | Tráfico | 864 (21,7%) |
| | Financeira ou econômica | 884 (22,2%) |
| | Legal | 899 (22,6%) |
| Provável autor da agressão | Meio da agressão | 1.571 (39,5%) |
| | Vínculo com a vítima | 372 (9,3%) |
| | Sexo | 937 (23,5%) |
| | Uso de álcool | 2.191 (55,0%) |
| Encaminhamentos | Setor saúde | 1.091 (27,4%) |
| | Delegacia | 3.358 (84,4%) |
| | Instituição jurídica | 3.723 (93,5%) |
| | Instituição acolhimento | 2.724 (68,4%) |
| | Conselho Tutelar | 1.115 (39,2%) |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB
Dados processados em 05/02/2015.

6.4 4ª ETAPA: ANÁLISE DO SGE

Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a análise dos dados, o presente estudo examinou 16.466 registros de casos de violência praticada contra crianças com idades entre 0 e 11 anos, residentes no Estado da Bahia, ocorridos entre 1º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014, armazenados no Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE).

O SGE armazena todos os registros policiais realizados pelas delegacias de Polícia Civil do Estado da Bahia, e o seu objetivo é produzir estatísticas policiais sobre os diversos tipos de crimes perpetrados contra indivíduos de todas as faixas etárias, com vistas ao direcionamento das ações policiais no Estado, não existindo, portanto, o interesse epidemiológico verificado na concepção e atualização da maioria dos sistemas de informação utilizados no setor de saúde. Por esse motivo, a análise dos dados desse Sistema não possibilitou o estudo de variáveis referentes ao perfil das crianças vítimas de violência – idade detalhada, sexo e raça ou cor –, bem como não disponibilizou dados que proporcionassem o estudo referente à provável autoria da agressão.

- Caracterização dos casos registrados

A análise dos dados evidenciou taxas muito próximas entre os anos de 2008 (65,8/100 mil hab.) e 2009 (66,2/100 mil hab.), alcançando 72,1/100 mil habitantes em 2010 e voltando para o mesmo patamar dos primeiros anos em 2011 (66,5/100 mil hab.). Porém as taxas anuais do Estado retomaram crescimento nos anos subsequentes, atingindo 113,3/100 mil habitantes em 2012 e 117,3/100 mil habitantes em 2013, reduzindo-se para 53,2/100 mil habitantes em 2014. Sabendo-se que o Programa Pacto pela Vida, instituído pelo Governo Estadual no segundo semestre de 2011, intentava apresentar uma nova política pública de segurança, construída de forma pactuada com a sociedade, articulada e integrada com diversos segmentos do poder público, as suas ações podem justificar esse aumento no número de registro nos anos 2012 e 2013, considerando que a sociedade e os órgãos de proteção estiveram mais imbuídos em formular as denúncias dos casos de violência com vistas a auxiliar a polícia no combate a esse tipo de crime, inclusive na identificação do agressor (BAHIA, 2011). Além disso, para atender às premissas do Pacto pela Vida, a sistemática de coleta dos dados estatísticos nas delegacias passou por transformações, prevendo-se um maior detalhamento dos registros no Estado, e, conseqüentemente, melhoria na qualidade das informações policiais. Quanto à redução da taxa anual apresentada em 2014, vale ressaltar

que, em alguns municípios baianos, problemas na rede de computadores constituem uma realidade, situação que impõe a elaboração manual dos boletins de ocorrência e das planilhas que condensam as respectivas informações, e, conseqüentemente, essas planilhas são encaminhadas à Coordenação de Estatística Policial (CDEP) nesse formato para serem digitadas e incluídas no SGE, ocasionando atrasos tanto no repasse dos dados pelas delegacias como na sua inclusão no Sistema informatizado. Dessa forma, é provável que novos registros referentes ao ano de 2014 tenham sido inseridos no Sistema após o dia 24/04/2015, data da disponibilização dos dados para a execução desta pesquisa (Tabela 27).

Tabela 27 - Número e taxa/100 mil habitantes de ocorrências policiais de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, registradas nas delegacias de Polícia Civil do Estado da Bahia, segundo ano de ocorrência - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | n | Taxa |
|--------------|----------|-------------|
| 2008 | 2.155 | 65,8 |
| 2009 | 2.169 | 66,2 |
| 2010 | 2.015 | 72,1 |
| 2011 | 1.857 | 66,5 |
| 2012 | 3.181 | 113,3 |
| 2013 | 3.496 | 117,3 |
| 2014 | 1.593 | 53,2 |
| Total | 16.466 | 589,7 |

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008-2013 disponibilizados em 02/02/2015, e ao ano 2014, em 24/04/2015.

Na Tabela 28, observa-se que Salvador apresentou as maiores taxas de registros policiais de violência contra crianças de 0 a 11 anos, em todos os anos do período estudado, enquanto os municípios com população menor do que 100 mil habitantes revelaram as menores taxas. Na capital do Estado, a taxa anual passou de 136,9/100 mil habitantes no ano de 2008 para 124,1/100 mil habitantes em 2011, enquanto, no ano subsequente, a taxa aumentou para 170,4/100 mil habitantes, alcançando 198,9/100 mil habitantes em 2013, e reduzindo consideravelmente para 77,5/100 mil habitantes em 2014. Além disso, os achados desta pesquisa mostram que o risco de uma criança sofrer violência e residir em Salvador foi maior quando comparado aos dois grupos de municípios, em todos os anos estudados. Em relação aos municípios de menor porte populacional, o risco foi maior no ano de 2008, 2,9 vezes, e o menor ocorreu no ano de 2011, 1,9 vezes. Quando se compara a taxa verificada em Salvador à dos municípios com mais de 100 mil habitantes, o risco diminuiu de 1,4, nos dois primeiros anos da série, para 1,2, nos últimos anos. Já nos municípios com população maior do que 100 mil habitantes, as taxas mostraram-se superiores a 90 casos/100 mil habitantes de

2008 a 2011, evoluindo a 146,1/100 mil habitantes em 2012, atingindo 160,3/100 mil habitantes em 2013, decrescendo para 65,8/100 mil habitantes em 2014. Sobre as taxas para o Estado da Bahia, o estudo mostrou uma tendência crescente entre os anos de 2008 e 2010, variando de 65,8/100 mil habitantes para 72,1/100 mil habitantes, diminuindo para 66,5/100 mil habitantes em 2011 e retomando crescimento de 2012 a 2013, quando alcançou 117,3/100 mil habitantes. Contudo os municípios de menor porte populacional foram aqueles que registraram as menores taxas entre 2008 e 2014, variando de 38,3/100 mil habitantes em 2014 a 94,7/100 mil habitantes em 2012.

Tabela 28 - Número e taxa/100 mil habitantes de registros policiais de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo porte populacional de municípios - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Município de registro | n | Taxa | RR |
|------|-----------------------|--------------|--------------|-----|
| 2008 | Bahia | 2.155 | 65,8 | |
| | Salvador (capital) | 765 | 136,9 | |
| | < 100 mil habitantes | 988 | 47,5 | 2,9 |
| | > 100 mil habitantes | 1.167 | 97,6 | 1,4 |
| 2009 | Bahia | 2.169 | 66,2 | |
| | Salvador (capital) | 698 | 124,5 | |
| | < 100 mil habitantes | 1.082 | 52,1 | 2,4 |
| | > 100 mil habitantes | 1.087 | 90,6 | 1,4 |
| 2010 | Bahia | 2.015 | 72,1 | |
| | Salvador (capital) | 525 | 122,4 | |
| | < 100 mil habitantes | 1.107 | 61,1 | 2,0 |
| | > 100 mil habitantes | 908 | 92,4 | 1,3 |
| 2011 | Bahia | 1.857 | 66,5 | |
| | Salvador (capital) | 531 | 124,1 | |
| | < 100 mil habitantes | 918 | 51,4 | 2,4 |
| | > 100 mil habitantes | 939 | 93,4 | 1,3 |
| 2012 | Bahia | 3.181 | 113,3 | |
| | Salvador (capital) | 768 | 178,4 | |
| | < 100 mil habitantes | 1.698 | 94,7 | 1,9 |
| | > 100 mil habitantes | 1.483 | 146,1 | 1,2 |
| 2013 | Bahia | 3.496 | 117,3 | |
| | Salvador (capital) | 911 | 198,9 | |
| | < 100 mil habitantes | 1.762 | 92,8 | 2,1 |
| | > 100 mil habitantes | 1.734 | 160,3 | 1,2 |
| 2014 | Bahia | 1.593 | 48,4 | |
| | Salvador (capital) | 393 | 77,5 | |
| | < 100 mil habitantes | 793 | 38,3 | 2,0 |
| | > 100 mil habitantes | 800 | 65,8 | 1,2 |

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008 – 2013 disponibilizados em 02/02/2015 e ano 2014 em 24/04/2015

- *Tipologia da violência*

Quanto aos quatro tipos de violência definidos pelo Ministério da Saúde e OMS, esta pesquisa revelou que, no Estado da Bahia, a maior parte dos registros policiais de casos de violência contra crianças de 0 a 11 anos faz referência à violência física nos sete anos analisados (7.836/47,6%), com proporções muito próximas, variando entre 1.575 (45,1%) em 2013 e 796 (50,0%) em 2014. Em segunda posição, foram observados os registros de violência sexual (5.697/34,6%), cujas proporções apontam variações maiores, oscilando entre 880 (27,7%) em 2012 e 864 (39,8%) em 2009. Já as proporções de registros de casos de violência psicológica variaram entre 304 (14,0%) em 2009 e 705 (20,2%) em 2013. Entretanto, com relação aos casos de negligência ou abandono, os anos de 2008, 2009, 2010 e 2011 não apresentaram registros, provavelmente porque, nesse período, o SGE não classificava situações que pudessem ser enquadradas de acordo com esse tipo de violência, uma vez que a opção “abandono intelectual” foi incorporada ao Sistema a partir do ano de 2012. Quanto aos casos de negligência ou abandono, o SGE mostrou que, nos últimos três anos da análise, as maiores frequências desse tipo de violência foram verificadas nos anos 2012 (23/0,7%) e 2013 (45/1,3%). Quando o tipo de violência que predominou nos dois grupos de municípios foi observado, a pesquisa demonstrou que ambos apresentaram a mesma tendência observada no Estado da Bahia, embora o município de Salvador, apesar de fazer parte do grupo de municípios cujas populações são superiores a 100 mil habitantes, apresentou comportamento diferenciado em relação ao grupo, pois, o estudo apontou que, nos anos de 2008 a 2011, o tipo predominante, na capital do Estado, foi a violência sexual e, nos anos de 2012 e 2014, as proporções dos registros de casos de violência psicológica superaram os registros de violência sexual (Tabela 29).

Tabela 29 - Número e proporção de registros policiais de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo tipo de violência e perfil do município de registro da ocorrência policial (de acordo com porte populacional) - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | Perfil do município | Tipo de violência | | | | | | | | | |
|------|---------------------|-------------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|--------------|------------|
| | | Física | | Sexual | | Psicológica | | Negligência | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 2008 | Mun. < 100 mil hab. | 504 | 51,0 | 375 | 38,0 | 109 | 11,0 | 0 | 0 | 988 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 517 | 44,3 | 441 | 37,8 | 209 | 17,9 | 0 | 0 | 1.167 | 100 |
| | Salvador | 299 | 39,1 | 300 | 39,2 | 166 | 21,7 | 0 | 0 | 765 | 100 |
| | Bahia | 1.021 | 47,4 | 816 | 37,9 | 318 | 14,8 | 0 | 0 | 2.155 | 100 |

Tabela 29 (Cont.) - Número e proporção de registros policiais de casos de violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos, segundo tipo de violência e perfil do município de registro da ocorrência policial (de acordo com porte populacional) - Bahia, Brasil, 2008–2014

| Perfil do município | | Tipo de violência | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|------------|
| | | Física | | Sexual | | Psicológica | | Negligência | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 2009 | Mun. < 100 mil hab. | 534 | 49,4 | 443 | 40,9 | 105 | 9,7 | 0 | 0 | 1.082 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 467 | 43,0 | 421 | 38,7 | 199 | 18,3 | 0 | 0 | 1.087 | 100 |
| | Salvador | 267 | 38,3 | 278 | 39,8 | 153 | 21,9 | 0 | 0 | 698 | 100 |
| | Bahia | 1.001 | 46,2 | 864 | 39,8 | 304 | 14,0 | 0 | 0 | 2.169 | 100 |
| 2010 | Mun. < 100 mil hab. | 536 | 48,4 | 435 | 39,3 | 136 | 12,3 | 0 | 0 | 1.107 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 378 | 41,6 | 344 | 37,9 | 186 | 20,5 | 0 | 0 | 908 | 100 |
| | Salvador | 191 | 36,4 | 202 | 38,5 | 132 | 25,1 | 0 | 0 | 525 | 100 |
| | Bahia | 914 | 45,4 | 779 | 38,7 | 322 | 16,0 | 0 | 0 | 2.015 | 100 |
| 2011 | Mun. < 100 mil hab. | 468 | 51,0 | 311 | 33,9 | 139 | 15,1 | 0 | 0 | 918 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 395 | 42,1 | 385 | 41,0 | 159 | 16,9 | 0 | 0 | 939 | 100 |
| | Salvador | 206 | 38,8 | 230 | 43,3 | 95 | 17,9 | 0 | 0 | 531 | 100 |
| | Bahia | 863 | 46,5 | 696 | 37,5 | 298 | 16,0 | 0 | 0 | 1.857 | 100 |
| 2012 | Mun. < 100 mil hab. | 926 | 54,5 | 462 | 27,2 | 294 | 17,3 | 16 | 0,9 | 1.698 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 740 | 49,9 | 418 | 28,2 | 318 | 21,4 | 7 | 0,5 | 1.483 | 100 |
| | Salvador | 355 | 46,2 | 181 | 23,6 | 228 | 29,7 | 4 | 0,5 | 768 | 100 |
| | Bahia | 1.666 | 52,4 | 880 | 27,7 | 612 | 19,2 | 23 | 0,7 | 3.181 | 100 |
| 2013 | Mun. < 100 mil hab. | 823 | 46,7 | 585 | 33,2 | 318 | 18,0 | 36 | 2,0 | 1.762 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 752 | 43,4 | 586 | 33,8 | 387 | 22,3 | 9 | 0,5 | 1.734 | 100 |
| | Salvador | 383 | 42,0 | 270 | 29,6 | 256 | 28,1 | 2 | 0,2 | 911 | 100 |
| | Bahia | 1.575 | 45,1 | 1.171 | 33,5 | 705 | 20,2 | 45 | 1,3 | 3.496 | 100 |
| 2014 | Mun. < 100 mil hab. | 412 | 52,0 | 262 | 33,0 | 118 | 14,9 | 1 | 0,1 | 793 | 100 |
| | Mun. > 100 mil hab. | 384 | 48,0 | 229 | 28,6 | 187 | 23,4 | 0 | 0 | 800 | 100 |
| | Salvador | 183 | 46,6 | 97 | 24,7 | 113 | 28,8 | 0 | 0 | 393 | 100 |
| | Bahia | 796 | 50,0 | 491 | 30,8 | 305 | 19,1 | 1 | 0,1 | 1.593 | 100 |
| Total | | 7.836 | 47,6 | 5.697 | 34,6 | 2.864 | 17,4 | 69 | 0,4 | 16.466 | 100 |

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008-2013, disponibilizados em 02/02/2015 e ano 2014 em 24/04/2015.

6.5 5ª ETAPA: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SIM, SIH/SUS, SINAN E SGE

As análises dos quatro sistemas de informação investigados nesta pesquisa mostraram que, no Estado da Bahia, 2010 foi o ano que apresentou a maior proporção (19,7%) e taxa de óbitos de crianças de 0 a 11 anos de idade em decorrência da violência (1,5/100 mil hab.), embora a maior proporção (29,3%) e taxa de internação por violência (62,6/100 mil hab.) tenha sido observada no ano de 2011. Quanto às notificações de casos de violência registrados no SINAN, este estudo apontou que a maior proporção (21,6%) e taxa de notificação (28,9/100 mil hab.) foi apresentada no ano de 2013, bem como a maior proporção (21,2%) e taxa de registros policiais do Estado (117,3/100 mil hab.). Esses resultados demonstram que não houve uma concordância entre os anos que apresentaram as maiores taxas de vitimização registradas no SIM, SIH/SUS, SINAN e SGE. Entretanto, observou-se uma coincidência entre as maiores taxas de notificações de casos no SINAN e no SGE, no que se refere ao ano de ocorrência da violência. Além disso, é válido alertar que o SGE foi o sistema que indicou as maiores taxas de registros tanto anuais quanto do período compreendido entre 2008 e 2014. Desse modo, os resultados relacionados ao SGE reforçam a necessidade, apontada por Cardoso e outros (2013), segundo os quais o sistema policial deve garantir segurança às vítimas, responsabilizando os agressores e estabelecendo procedimentos para que as outras instituições que compõem o sistema social, como as do setor de saúde, fiquem responsáveis pelas intervenções.

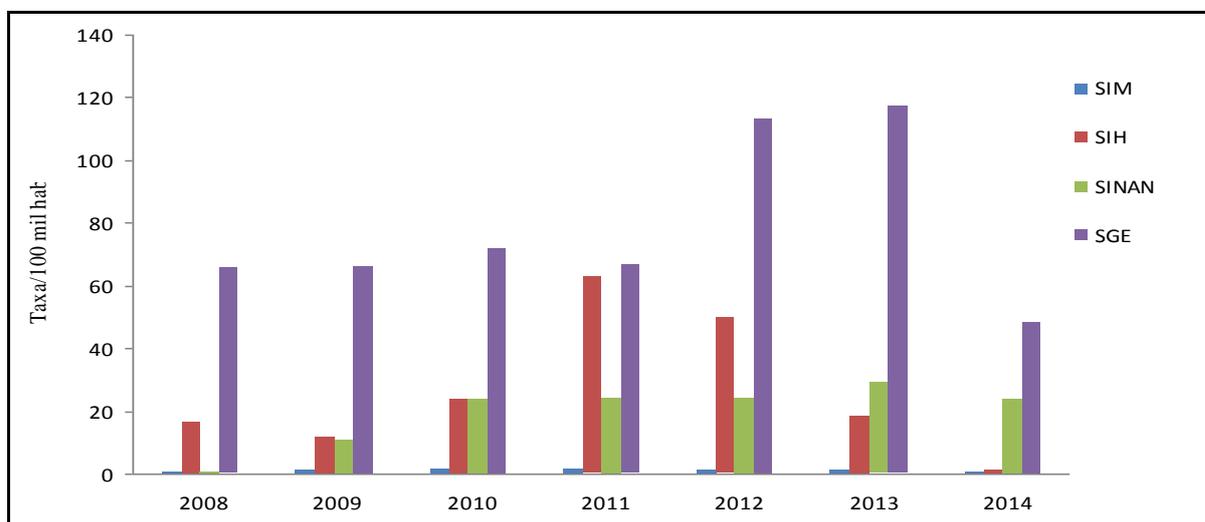
O estudo também apontou que as taxas de notificação de violência registradas no SINAN, não somente anuais como também em todo o período (2008-2014), foram inferiores aos registros de casos identificados no SIH e SGE. Enquanto a taxa de vitimização para o período apresentada pelo SINAN foi de 142,6/100 mil habitantes, o SIH/SUS apontou a taxa de 213,5/100 mil habitantes e o SGE 589,7/100 mil habitantes.

Sobre esse aspecto, embora pesquisas nacionais e internacionais apontem que os casos de violência contra crianças que geram como consequência internações e (ou) queixas policiais geralmente são aqueles de maior gravidade, este estudo apontou que a frequência anual de notificações no SINAN foi menor do que o número de registros do SIH/SUS e do SGE, mesmo a partir de janeiro de 2011, período da publicação da Portaria GM/MS nº 104/2011, que universaliza a obrigatoriedade das notificações dos casos de violência para todos os estabelecimentos de saúde do país (Gráfico 3).

Assim, esses resultados também retratam a realidade apontada no estudo de Woodman e colaboradores (2009), segundo o qual os profissionais de saúde que prestam

assistência às crianças vitimadas pela violência se dedicam mais ao tratamento das lesões e traumas físicos do que à necessidade e obrigação de notificação desses casos.

Gráfico 3 - Taxa de vitimização de crianças de 0 a 11 anos de idade (por 100 mil habitantes), segundo registros dos sistemas de informação e ano de ocorrência da violência - Bahia, Brasil, 2008–2014



Fonte: SIM, SIH, SINAN/SESAB; SGE/CDEP/SSP-BA

Em relação aos tipos de violência mais observados nos registros dos quatro sistemas de informação, a tabela 30 demonstra que a violência física foi o tipo mais observado entre os registros do SIM (172/82,7%), do SINAN (1.921/36,0%) e do SGE (7.839/47%). Entretanto, os resultados apontam que a maior proporção de internações (3.743/62,8%) apresentava, no campo referente ao CID-10 principal, secundário ou causas associadas, registros de categorias que, apesar de estarem relacionadas com situações de violência enfrentadas pelas crianças, não possibilitavam o respectivo enquadramento em um dos tipos definidos pela OMS ou pelo Ministério da Saúde. Essa mesma situação foi observada em relação aos resultados do SIM, apontando que 32 óbitos (15,4%) tiveram como causa da morte um tipo não determinado de violência. Concordando com Meadow (1999), este estudo alerta para o fato de que muitas mortes de crianças cujas causas foram indeterminadas podem encobrir situações de violência contra essas crianças. Ademais, salienta-se que a violência sexual representou a segunda maior taxa de vitimização entre os tipos de violência observados nos registros do SINAN (48,4) e do SGE (204,0).

Segundo Mouden e colaboradores (1998), ao contrário da violência física, os sinais e sintomas da violência sexual não são sempre visíveis para os profissionais e, em muitos casos, os sinais dessa modalidade de violência podem ser detectados pelo cirurgião-dentista no momento do exame da cavidade oral, visto que esse profissional compõe a equipe

multiprofissional de alguns hospitais do Estado da Bahia, embora, de acordo com Cairns, Mok e Welbury (2005), o cirurgião-dentista ainda é relutante em denunciar casos suspeitos de violência contra crianças. Quanto às ocorrências policiais de casos de violência sexual, Campos e colaboradores (2005) salientam que os registros das delegacias correspondem a cerca de 10 a 20% dos casos de violência sexual que realmente acontecem, acrescentando que, quanto a vítima é uma criança, esse percentual se reduz para 2% do total de casos, pois o agressor, na maioria das vezes, é alguém muito próximo da vítima, impedindo, conseqüentemente, a denúncia (Tabela 30).

Tabela 30 – Número, proporção e taxa/100 mil habitantes de vitimização de crianças de 0 a 11 anos de idade, segundo sistemas de informação e tipo de violência - Bahia, Brasil, 2008 a 2014

| Tipo de violência | Sistemas de Informação | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------|------|------|-------|------|-------|-------|------|------|-------|------|-------|
| | SIM | | | SIH | | | SINAN | | | SGE | | |
| | n | % | taxa | n | % | taxa | n | % | taxa | n | % | Taxa |
| Física | 172 | 82,7 | 6,2 | 2.201 | 36,9 | 78,8 | 1.921 | 36,0 | 68,8 | 7.839 | 47,6 | 280,7 |
| Sexual | 4 | 1,9 | 0,1 | 17 | 0,3 | 0,6 | 1.350 | 25,3 | 48,4 | 5.697 | 34,6 | 204,0 |
| Psicológica | - | - | - | - | - | - | 768 | 14,4 | 27,5 | 2.864 | 17,4 | 102,6 |
| Negligência Abandono | - | - | - | 1 | 0,0 | 0,0 | 1.088 | 20,4 | 39,0 | 69 | 0,4 | 2,5 |
| Outros | - | - | - | - | - | - | 202 | 3,8 | 7,2 | - | - | - |
| Não especificado | 32 | 15,4 | 1,1 | 3.743 | 62,8 | 134,1 | - | - | - | - | - | - |

Fonte: SIM, SIH, SINAN/SESAB; SGE/CDEP/SSP-BA.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou formular as seguintes conclusões:

1. Os quatro sistemas de informação analisados – SIM, SINAN, SIH/SUS, SGE –, mesmo de forma distinta, permitem caracterizar a violência praticada contra crianças de 0 a 11 anos de idade, residentes no Estado da Bahia.

a) Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Foram levantados 208 registros, dos quais a maioria era de crianças pardas, do sexo masculino, com idades entre 5 e 9 anos. Em relação ao local de ocorrência, a residência da vítima foi registrada como o ambiente preferencial do agressor; a violência física predominou entre os tipos de agressão. Apesar de o SIM não disponibilizar dados de identificação do autor da violência, o levantamento dos dados sobre o meio da agressão mostrou que a maior parte das crianças foi vítima de disparo de arma de fogo.

b) Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

Os 5.962 registros de internação evidenciaram que a maior parte das crianças pertencia ao sexo masculino, na faixa etária de 5 a 9 anos de idade e foi vítima de violência física. Os registros não possibilitaram a análise dos dados sobre raça ou cor das crianças internadas, bem como sobre o local de ocorrência da violência. Entretanto, a maior proporção de crianças hospitalizadas residia em apenas dez municípios da Bahia, ressaltando-se a participação de Salvador (53%).

O SIH/SUS não possibilitou a identificação da autoria da agressão, embora os dados válidos sobre o meio de agressão utilizado mostraram que a maioria das vítimas foi agredida por um objeto contundente, penetrante ou cortante.

c) Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Das 3.981 notificações, a maior parte pertencia a crianças do sexo feminino, com idades entre 5 e 9 anos, de cor parda. Sobre o local de ocorrência, a residência da vítima foi o ambiente preferencial, com predominância da zona urbana.

Dos nove tipos de violência passíveis de classificação de acordo com o SINAN, a violência física mostrou-se predominante entre os registros. Quanto à autoria, os dados indicaram que a maioria dos agressores era constituída de pessoas conhecidas e do sexo masculino. O meio de agressão mais utilizado para praticar a violência foi a força corporal.

d) Sistema de Gerenciamento Estatístico – SGE

Foram analisados 16.466 registros policiais de casos de violência contra crianças de 0 a 11 anos. Faixa etária, sexo, raça ou cor, autoria e meio da agressão não puderam ser levantados, em virtude do formato desses dados. Quanto ao tipo de violência, os registros indicaram que a maioria das crianças foi vítima da violência física.

Municípios de menor porte populacional exibiram as menores taxas. O risco de uma criança ser vitimada pela violência e residir em Salvador foi maior quando comparado ao risco das crianças residentes em municípios com população menor ou maior do que 100 mil habitantes, em todos os anos analisados.

2. A comparação entre os bancos estaduais dos quatro sistemas mostrou não haver similaridade entre os anos que revelaram as maiores taxas de violência, com exceção do SINAN e do SGE, quanto ao ano 2013. Na Bahia, a frequência de notificações de casos de violência no SINAN foi inferior ao quantitativo de internações e de registros policiais pelo mesmo agravo em todo o período. O SGE apresentou as maiores taxas anuais de registros de casos de violência entre os sistemas analisados. Enquanto a violência física predominou nos registros do SIM, SINAN e SGE, a violência não especificada – códigos Y07 a Y09 da CID-10 – foi a mais frequente nos registros do SIH/SUS.

3. O estudo identificou falhas na qualidade dos dados dos quatro sistemas analisados, traduzidas tanto na ausência de variáveis importantes para um estudo dessa natureza, quanto na incompletude e (ou) inconsistência dos registros.

O SINAN se destacou pelo volume de variáveis que disponibiliza para o estudo da violência, apresentando, porém, a maior proporção de variáveis com dados inválidos. Os dados referentes aos encaminhamentos dos casos para órgãos da justiça, delegacias ou instituições de acolhimento e o uso de álcool pelo autor da agressão foram os que mais comprometeram a qualidade das informações disponibilizadas por esse Sistema.

No SIM, o maior quantitativo de dados inválidos foi observado nas variáveis referentes ao local de ocorrência do óbito e à fonte de informação. Essa situação tem implicações jurídico-penais que recaem sobre os registros de óbitos derivados de atos de violência.

O SIH/SUS apresentou dados inválidos apenas quanto a raça ou cor, impossibilitando o levantamento dos dados sobre essa variável.

A inflexibilidade do banco de dados do SGE não permitiu a estratificação da faixa etária estudada, assim como a identificação do sexo e da raça ou cor das crianças cujos registros policiais foram analisados.

Os códigos da CID-10 utilizados pelos profissionais responsáveis pelo preenchimento da AIH ou da DO interferiram negativamente na qualidade da informação. Em 32 registros do SIM (15,4%) e 3.743 do SIH/SUS (62,8%), a codificação das causas da morte e das internações hospitalares, respectivamente, pertenciam ao agrupamento Y07 a Y09, categorias que não especificam o tipo de violência e, conseqüentemente, o meio utilizado pelo autor da agressão.

4. Com relação aos encaminhamentos dos casos pelos profissionais que prestaram os atendimentos às crianças vítimas de violência, o SINAN mostrou que a maioria das crianças foi encaminhada para unidades especializadas. Quanto aos encaminhamentos para outros setores, 1.732 crianças (60,8%) foram referenciadas para o Conselho Tutelar, 1.257 (31,6%) para instituições de proteção e acolhimento, 623 (15,6%) para delegacias e 258 (6,5%) para um dos órgãos da Justiça, a exemplo da Justiça da Infância e da Juventude.

5. O efetivo acompanhamento da morbidade e mortalidade da população infantil em decorrência da violência, por setores responsáveis pela vigilância, controle e tomada de decisões, no setor saúde do Estado da Bahia, depende de informações de qualidade, oriundas de fontes de coleta confiáveis e fidedignas. De forma semelhante, para que os órgãos de segurança pública possam assegurar à sociedade agilidade nas ações de monitoramento e combate aos crimes relacionados a casos de violência praticada contra a criança, torna-se indispensável a disponibilização de informações policiais completas e atualizadas.

8 PERSPECTIVAS FUTURAS

Em face das constatações realizadas nesta pesquisa, se o cenário exposto sobre a violência perpetrada contra crianças não for revertido com brevidade, as perspectivas futuras são demasiadamente sombrias, em virtude da escalada de variadas formas de violência que vitimam essa parcela da sociedade.

Faz-se necessário, nesse âmbito, um esforço conjunto da sociedade, de governantes e de profissionais que assistem a crianças em situação de violência, para que os casos não deixem de ser notificados (SINAN), ou corretamente registrados no momento do preenchimento das declarações de óbito (SIM), de acordo com as orientações padronizadas pelo setor de saúde. Situações de violência devem ser denunciadas nas instituições de proteção, acolhimento e cuidado à criança, especialmente no Conselho Tutelar, bem como nas delegacias. Adicionalmente, devem ser rotineiramente atualizadas as ferramentas utilizadas pelo setor público para uma coleta de dados capaz de gerar de inventários pormenorizados dos casos de violência praticada contra crianças.

Uma das formas de atingir esse intento é promover a interoperabilidade entre os sistemas públicos de informação, de modo a assegurar o rastreamento da passagem da criança pelas diversas instituições que lhe prestam atendimento. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.073/2011, instrumento legal que regulamentou o uso de padrões de interoperabilidade nos sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde deu o primeiro passo nesse sentido. Espera-se que os poderes públicos criem os mecanismos necessários para o cumprimento dessa Portaria com a brevidade que se impõe.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, jan./mar. 2014.

ADAMSBAUM, C. et al. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements: key points for imaging. **Pediatr. Radiol.**, Reston, v. 44, suppl. 4, p. 578-588, dec. 2014.

AGUIAR, C. (Coord.). **Guia de serviços de atenção a pessoas em situação de violência**. Salvador: Fórum Comunitário de Combate a Violência/Grupo de Trabalho Rede de Atenção, 2002. 48 p.

ALCÂNTARA-JONES, D. M.; SILVA, W. S.; ROCHA, M. L. Sepse confundida com abuso sexual: Relato de experiência. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 881-890, out/dez. 2013.

ALGERI, S. et al. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 57-60, abr. 2007.

AL-HABSI, S. A. et al. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? **Br. Dent. J.**, London, v. 206, n. 4 E7, p. 1-5, fev. 2009.

ALMEIDA, A. H. V. et al. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arqui. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 48, n.2, p. 102-115, abr./jun. 2012.

APOSTÓLICO, M. R. et al. Characteristics of violence against children In a Brazilian Capital. **Rev. LatinoAm. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 266-273, mar./apr. 2012.

ARAÚJO, A. **Violência contra crianças e adolescentes**: aspectos relativos aos atendimentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia e do Centro de Referência à Infância e Adolescência vitimizada, Uberlândia-MG. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

ARPINI, D. M. et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicol. Rev.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, set. 2012.

BAHIA. Decreto nº 10.186, de 20 de dezembro de 2006. Aprova o regimento da Secretaria de Segurança Pública. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Poder Executivo, Salvador, BA, 21 dez. 2006. p. 25. Disponível em: <<http://governo-a.jusbrasil.com.br/legislacao/76429/decreto-10186-06>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

BAHIA. Decreto nº 11.897, de 17 de dezembro de 2009. Institui o Observatório de Violências e Acidentes do Estado da Bahia. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Poder Executivo, Salvador, BA, 18 dez. 2009. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/observatorio/admin/db/userfiles/file/Legislacao/Dec11897_17_12_2009.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2015.

BAHIA. Lei nº 11.370, de 04 de fevereiro de 2009. Institui a Lei Orgânica da Polícia Civil do Estado da Bahia. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Poder Executivo, Salvador, BA, 05 fev. 2009a. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/231143/lei-11370-09>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BAHIA. Lei nº 12.357, de 26 de setembro de 2011. Institui o Sistema de Defesa Social, o Programa Pacto pela Vida. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Poder Executivo, Salvador, 23 set. 2011. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/ceosp/legislacao/estadual/Lei12357_Sistema_de_Defesa_Social_pacto_Pela_Vida.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Bahia em números - 2013**. Salvador: SEI, 2014. v. 13. 152 p.

BARRETO, C. S. L. A.; ARAÚJO, R. P. C.; MARTINS JÚNIOR, D. F. Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Bahia, Brasil, 2008-2012. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 1, n. 2, p. 140-148, maio/ago. 2012.

BARROS, N. V. **Violência Intrafamiliar contra crianças e adolescentes** – Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção Social. 2005. 266 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BASSANI, D. G. et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 133, p. 1-11, may 2009.

BCHIR, A. et al. Better health statistics are possible. **Lancet**, London, v. 367, n. 9506, p. 190-193, jan. 2006. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68011-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68011-2).

BEENA, V. T. et al. Bite Marks from the crime scene - An Overview. **Oral Maxillofac. Pathol. J. [OMPJ]**, Mumbai, v. 3, n. 1, p. 192-197, jan./jun. 2012.

BENBENISHTY, R. et al. Predicting the decisions of hospital based child protection teams to report to child protective services, police and community welfare services. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 11-24, jan. 2014.

BLANK, D.; LOPES NETO, A. A. Controle de acidentes e violências na infância e adolescência. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (Org.). **Semiologia e Atenção Primária à criança a e ao adolescente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 277-287.

BOERMA, J. T.; STANSFIELD, S. K. Health statistics now are we making the right investments? **Lancet**, London, v. 369, n. 9563, p. 779-786, mar. 2007.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, abr./jun. 1996.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 1975. Seção 1, p. 14785.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1976. Seção 1, p. 10731.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1990. Seção 1, p. 22256.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997. Dispõe sobre o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar quando o quadro que levou a internação do paciente for compatível com causas externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 nov. 1997. Seção 1. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aih/SAS_P142_97aih.doc>. Acesso em: 2 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM nº 737: Publicada no DOU nº 96, Seção 1e, de 16 de maio de 2001. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2001. 62 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM**. Brasília, DF: MS, 2001a. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: um passo a mais na cidadania em saúde. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 969, de 11 de dezembro de 2002. Aprovar e instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o novo modelo do formulário de Registro de Atendimento de Urgência e Emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2002a. Seção 1, p. 258.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar**: orientação para a prática em serviço. Brasília: MS, 2002b. (Cadernos de Atenção Básica, 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à Saúde**. Brasília: MS/SAS, 2006. 298 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Formação de Pessoal em Segurança Pública. **Análise das ocorrências registradas pelas polícias civis** (Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005). Brasília: Ministério da Justiça, 2006a. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 7-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão SUS. **Prevenção de Violências e Cultura da Paz**. v. 3. Brasília: OPAS, 2008. 60 p. (Painel de Indicadores dos SUS, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 2010. Seção 1, p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília: SAS, 2010a. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Revoga Portaria MS/GM nº 2472/2010 e atualiza "Lista SINAN", **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 set. 2011a. Seção 1, p. 63.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Protocolos de codificações especiais em mortalidade**. Brasília: SVS, 2013a. p. 29.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2014. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada**: orientações técnicas. Brasília: Portal da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em: 10 dez.. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jun. 2014b. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIH – Sistema de**

Informação Hospitalar do SUS: manual técnico Operacional do Sistema. Brasília: SAS, 2014c. 87 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. p. 760-769. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/arquivos/guia_vigilancia_saude_completo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.011, de 03 de outubro de 2014. Estabelece formas de suporte dos laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 out. 2014e. Seção 1, p. 68.

BRASIL. **Mini código Saraiva:** Penal, Constituição Federal e legislação complementar. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 74-77.

BRASIL. **Código Civil, Constituição Federal e legislação complementar:** mini obra coletiva de autoria da Editora Saraiva. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2015a. p. 17; 140.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. Informações de Saúde (Tabnet). **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - SINAN.** Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por causas externas:** Bahia. Brasília, 2015c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10ba.def>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANS Tabnet. **Beneficiários por UFs, Regiões metropolitanas e Capitais.** Brasília, 2015d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def> Brasília>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – a partir de 2008 - Notas Técnicas.** Brasília, 2015e. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/erdescr.htm#origem>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, jan./mar. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100021.

CAIRNS, A. M.; MOK, J. Y. Q.; WELBURY, R. R. The dental practitioner and child protection in Scotland. **Br. Dent. J.**, London, v. 199, n. 8, p. 517-520, oct. 2005.

CAMPOS, M. A. M. R. et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2005. DOI: 10.1590/S0104-12902005000100011.

CARDOSO, A. C. A. et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 354-362, set. 2013.

CARVALHO, A. C. R. et al. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 539-546, mar./abr. 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000200 022.

CAVALCANTI, A. L. et al. Dentist's role in recognizing child abuse: a case report. *Rev. Odonto Ciênc.*, **Porto Alegre**, v. 24, n. 4, p. 432-434, nov. 2009.

CHILD, J. C. et al. Responding to abuse: Children's experiences of child protection in a central district, Uganda. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 38, n. 2014, p. 1647-1658, oct. 2014.

COCCO, M.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 491-497, jul. 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i3.7939.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. 66 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção 1, p. 173.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO nº 42/2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Imprensa Nacional, Brasília, DF, 14 jun. 2012. Seção 1, p. 118.

CORONA, A. M.; NACACH, A. Z.; ROMERO, D. X. F. Muertes violentas en Tijuana, Baja California, México. **Salud pública Méx.**, Cuernavaca, v. 50, n. 2, p. 104-105, mar./apr. 2008.

COSTA, I. E. R.; LUDERMIR, A. B.; SILVA, I. A. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1781-1788, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000500019.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, set./out. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000500010.

COSTA, M. C. O. et al. Violência e abuso contra crianças e adolescentes, segundo os conselhos tutelares, o Programa Sentinela de Feira de Santana (BA) e o Centre Jeunesse de Montreal. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 15-22, jul. 2008.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, Supl., p. 1163-1178, 2007.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. DOI: 10.1590/S1413-8123199900010007.

DANIEL, V. M.; MACADAR, M. A.; PEREIRA, G. V. O sistema de informação sobre mortalidade e seu apoio à gestão e o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Gest. Sist. Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 148-173, jul./dez. 2013.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 25, suppl.1, p. 9-21, abr. 2003. DOI: 10.1590/S0101-81082003000400003.

DELANEZ, G. O. **A violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento da criança**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel) - Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2012_1/geovana_delanez.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 0, p. 1279-1290, nov. 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500017.

DOUGLAS, E. Case, Service and family characteristics of households that experience a child maltreatment fatality in the United States. **Child Abuse Review**, London, v. 22, n. 5, p. 311-326, sep. 2013. DOI: 10.1002/car.2236.

EISELE, R. L.; CAMPOS, M. L. B. **Manual de Medicina Forense & Odontologia Legal**. Curitiba: Juruá, 2005. p. 239-251.

FARST, K. et al. Trends in hospitalization rates and severity of injuries from abuse in young children, 1997-2009. **Pediatrics**, Illinois, v. 131, n. 6, p. 1796-1802, jun. 2013. DOI: 10.1542/peds.2012-1464.

FERREIRA, C. L. L. et al. Demandas para atenção à saúde de crianças em situação de violência : Estudo de Revisão. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 53-59, jun. 2015.

FINKELHOR, D. et al. Violence, crime, and abuse exposure in a National Sample of Children and youth an update. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 167, n. 7, p. 614-621, jul. 2013.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 7. ed. São Paulo: FBSP, 2013. 131 p.

FRANZIN, L. C. S. et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 38, n. 10, p. 1706-1714, oct. 2014.

FRANZIN, L. C. S. et al. Violência e maus-tratos na infância e adolescência. **UNINGÁ Rev.**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 5-14, out./dez. 2013.

FRÍAS, S. M; ERVITE, J. Gendered experiences of sexual abuse of teenagers and children in Mexico. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 38, n. 4, p. 776-787, apr. 2014.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004. DOI: 10.1590/S0102-311x2004000400014.

GOMES, A. V. O. et al. A criança vítima de violência doméstica: limites e desafios para a prática de enfermagem. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 902-912, abr./jun. 2010.

HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Refl. Crít.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, jul. 2006. DOI: 10.1590/S0102-79722006000300006.

HASHIM, R.; AL-ANI, A. Child physical abuse: assessment of dental students' attitudes and knowledge in United Arab Emirates. **Eur. Arch. Paediatr. Dent.**, England, v. 14, n. 5, p. 301-305, oct. 2013.

HIGH BEAM. Research conducted at Centers for Disease Control and Prevention has provided new information about life sciences in children. **Health Med. Week**, Atlanta, v. 3, suppl., p. 2951, may 2010. Disponível em: <<http://www.highbeam.com/doc/1G1-225188615.html>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

HJERN, A.; BREMBERG, S. Social aetiology of violent deaths in Swedish children and youth. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 56, n. 9, p. 688-692, set. 2002.

HUTSON, H. R.; ANGLIN, D.; PRATTS JR, M. J. Adolescents and Children Injured or Killed in Drive-By Shootings in Los Angeles. **N Engl. J. Med.**, Boston, v. 330, n. 5, p. 324-327, feb. 1994. DOI: 10.1056/NEJM199402033300506.

IARSKAIA-SMIRNOVA, E. R.; ROMANOV, P. V.; ANTONOVA, E. P. Domestic violence against children; strategies of explanation and counteraction. Boston, MA. **Russian Educ. Soc.**, Oxford, v. 50, n. 11, p. 20-35, nov. 2008. DOI: 10.2753/RES1060-9393501102.

ISHIDA, V. K. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: doutrina e jurisprudência-comentários: Valter Kenji Ishida. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 491 p.

KAHN, K. et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. **Trop. Med. Int. Health, Oxford**, v. 4, n. 6, p. 433-441, jun. 1999.

KLEVENS, J.; LEEB, R. T. Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 34, n. 4, p. 262-266, apr. 2010.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-147, set. 2004.

LEE, C. K.; LATHROP, S. L. Child Abuse – related homicides in New Mexico: a 6-year retrospective review. **J. Forensic Sci.**, Colorado Springs, v. 55, n. 1, p. 100-103, jan. 2010.

LIMA, C. R. A. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001000002.

LISE, F.; MOTTA, M. G. C. Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. **Acta Scientiarum, Health Sci.**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 53-58, jan./jun. 2012.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, L. C; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, mar. 2010.

MALTA, D. C. et al. Acidentes de violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2247-2258, set. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000900007.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, jan./mar. 2010.

MARTINS, A.F. et al. Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 2, n. 4, p. 50-57, out./dez. 2013.

MARTINS, B. G. M.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 194-204, jun. 2005.

MARTINS, C. B.; MELLO-JORGE, M. H. P. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, out./dez. 2009.

MARTINS, C. B. G. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 660-665, jul./ago. 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 - 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 347-357, fev. 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000200013.

MATHIAS, T. A. F. et al. Confiabilidade dos diagnósticos de intervenções por causas externas financiadas pelo Sistema Único de Saúde em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4257-4265, out. 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141910.13692013.

McLAREN, H. J. (Un)-blaming mothers whose partners sexually abuse children: in view of heteronormative myths, pressures and authorities. **Child Fam. Soc. Work**, Malden, v. 18, n. 4, p. 383-510, nov. 2013.

MEADOW, R. Unnatural sudden infant death. **Arch. Dis. Child.**, London, v. 80, n. 1, p. 7-14, jan. 1999.

MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B.; CABRAL FILHO, J. E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1577-1581, nov./dez. 2002. Doi: 10.1590/S0102-311X2002000600011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-528, nov.1997.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, suppl. 0, p. 1259-1267, nov. 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, nov./dez. 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000500002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, jul. 1999. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000500002.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, suppl.1, p. 7-18, nov./dez. 1994. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000500002.

MOCK, C. et al. Child injuries and violence: the new challenge for child health. **Bull. World Health Organ.**, Geneva, v. 86, n. 6, 420 p., jun. 2008.

MOUDEN, L. D. et al. The Dentist's role in detecting and reporting abuse. *Quintessence Intern.*, Hanover Park, v. 29, n. 7, p. 452-468, jul. 1998.

MUKHERJEE, C. G.; MUKHERJEE, U. Maxillofacial Trauma in Children. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.*, Mumbai, v. 5, n. 3, p. 231-236, sep./dec. 2012. DOI : 10.5005/jp-journals-10005-1174.

MUSA, I. et al. Menace of childhood non-accidental traumatic brain injuries: a single report. *Afr. J. Paediatr. Surg.*, Nigeria, v. 2, n. 1, p. 23-28, jan./mar. 2015.

MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. *J. Pediatr.*, Porto Alegre, v. 70, n. 1, p. 56-60, jan./fev. 1994.

NUNES, M.; PAIM, J. S. Um estudo etno-epidemiológico da violência urbana na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: os atos de extermínio como objeto de análise. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 459-468, mar./abr. 2005.

OKABE, I.; FONSECA, R. M. G. S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 453-458, jun. 2009.

OLIVEIRA, T. et al. Characterization of morbidity from interpersonal violence in Brazilian children and adolescents. *Iranian J. Public Health*, Isfahan, v. 43, n. 9, p. 1184-1191, sep. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. 8. ed. v. 1. São Paulo: EdUSP, 2000. 1.191 p.

PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Mortes violentas em crianças e adolescentes de Salvador. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 6, n. 1, p. 59-67, jun. 1996.

PAIM, J. S. et al. Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ.*, Washington, v. 6, n. 5, p. 321-332, nov. 1999. DOI: 10.1590/S1020-4989199900100004.

PARKKARI, J. et al. Fatal childhood injuries in Finland, 1971-2010. *Inj. Prev.*, London, v. 19, n. 3, p. 171-176, jun. 2013. DOI: 10.1136/injuryprev-2012-040387.

PARKS, S. E. et al. Surveillance for violent deaths- National Violent Death reporting System, 16 states, 2010. **MMWR CDC Surveill. Summ.**, Atlanta, v. 63, n. 1, p. 1-33, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/violenceprevention/nvdrs/publications.html>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

PINHEIRO, P. S.; ADORNO, S. Violência contra crianças e adolescentes, violência social e estado de direito. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 106-117, jan./mar. 1993.

PONS-SALVADOR, G. et al. La evaluación del abuso sexual infantil: comparación entre informes periciales em función del diagnóstico de abuso. **Interv. Psicosoc.**, Madrid, v. 15, n. 3, p. 317-330, dez. 2006.

PROESCHOLDBELL, S.; HARMON, K. J. Epidemiology of injury and violence in North Carolina. **N. C. Med. J.**, Morrisville, v. 71, n. 6, p. 537-541, nov./dec. 2010.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência domestica contra a criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo - Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 136-146, jan./mar. 2011.

RATES, S. M. M. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665, mar. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.15242014.

READING, R. et al. Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. **Lancet**, London, v. 373, n. 9660, p. 332-343, jan. 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736 (08) 61709-2.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 109-121, jan. 1999. DOI: 10.1590/S1413-81231999001100009.

REZA, A.; MERCY, J. A.; KRUG, E. Epidemiology of violent deaths in the world. **Inj. Prev.**, London, v. 7, n. 2, p. 104-111, jun. 2001. DOI: 10.1136/ip.7.2.104.

ROBERTS, Y. H. et al. Health, emergency department use, and early identification of young children exposed to trauma. **J. Emerg. Med.**, New York, v. 46, n. 5, p. 719-724, may 2014. DOI: 10.1016/j.jemermed.2013.11.086.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, jul. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800028.

ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 81-90, jan./mar. 2010. DOI: 10.1590/S1414-32832010000100007.

ROVI, S.; CHEN, P. H.; JOHNSON, M. S. The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 94, n. 4, p. 586-590, apr. 2004.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do Profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000300021.

SANTOS, J. F. et al. Primary identification of an abused child in dental office: a case report. **J. Forensic Sci.**, Colorado Springs, v. 55, n. 1, p. 191-193, jan. 2010.

SANTOS, M. A. F.; RAMIRES, J. C. L. Prevenção de acidentes e violência e promoção da saúde no Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, v. 6, n. 10, p. 35-47, jun. 2010.

SANTOS, R. A. F.; SOUZA, J. G. F. Casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Belém: uma análise dos municípios a partir dos dados obtidos das notícias divulgadas pelos jornais Diário do Pará e O Liberal nos anos de 2008 e 2010. **Rev. Universo Extensão**, Belém, v. 1, n. 1, p. 1-9, maio 2014.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 167-183, jul./dez. 2006. DOI: 10.1590/S 0103-3312006000200003.

SHALEV, I. et al. Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. **Mol. Psychiatry**, New York, v. 18, n. 5, p. 576-581, may 2013.

SIDEBOTHAM, P.; ATKINS, B.; HUTTON, J. L. Changes in rates of violent child deaths in England and Wales between 1974 and 2008: an analysis of national mortality data. **Arch. Dis. Child.**, London, v. 97, n. 3, p. 193-199, mar. 2012.

SILVA, W. S. et al. Doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual em crianças – Estudo descritivo. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 49, n. 8, p. 325-329, ago. 2013.

SILVA, W. S.; BARROSO JÚNIOR, U. O. Abuso sexual contra a criança: desafios no campo da pesquisa, avanços do combate no Brasil e no mundo e o papel do pediatra. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 50, n. 8, p. 353-357, ago. 2014.

SIMÕES, E. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-531, maio/jun. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**: Orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2001. p. 11-12.

SOUZA, C. S. et al. Sistema de vigilância de acidentes e notificações /VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-784, mar. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014193.18432013.

SUBRAMANIAN, E. M. G. et al. Neglected child with substance abuse leading to child abuse: a case report. *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.*, **Mumbai**, v. 23, n. 2, p. 92-95, jun. 2005.

TEIXEIRA, M. G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-28, jan./mar. 1998.

TERRA, F. S.; SANTOS, L. E. S. A violência doméstica e a criança. **REME Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 271-276, jul./set. 2006.

THE LANCET. Stubling around in the dark. **Lancet**, London, v. 365, n. 9476, p. 1983-1988, jun. 2005. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66671-8.

THOMAZINE, A. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 830-840, out. 2009.

THORESEN, S. et al. Violence Against children, later victimization, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. **Eur. J. Psychotraumatol.** (Online), Järfalla, v. 2015, n. 6, p. 1-12, 2015.

TOMIMATSU, M. F. A. I. et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 413-420, maio/jun. 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000019.

TOON, M. H. et al. Children with burn injuries-assessment of trauma, neglect, violence and abuse. **J. Inj. Violence Res.**, Iran, v. 3, n. 2, p. 98-110, jul. 2011.

ULDUM, B. et al. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. **Int. J. Paediatr. Dentistry**, London, v. 20, n. 5, p. 361-365, sep. 2010.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Declaration of the Rights of the Child** - Resolution 1386 (XIV) of 20 November 1959. Geneve. p. 164-165. Disponível em: <<http://www.un.org/en/index.html>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

UNITED NATIONS. Department of Justice. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. **Burn Injuries in Child Abuse: Portable Guides to Investigating Child Abuse**, 2th. ed. Genebra: Office of Justice Programs, 2001. p. 1-13.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio 2013.

VELOSO, L. U. P. et al. Violence Profile in children 0-9 years of age treated in a public hospital. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 4, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA, 2012. 83 p. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_criançaphp>. Acesso em: 31. mar. 2015.

WOODMAN, J. et al. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. **Child care health dev.**, Malden, v. 36, n. 2, p. 153-164, mar. 2009. DOI:10.1111/j.1365-2214.2009.01025.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. 360 p. Disponível em: < http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/>. Acesso em: 20. mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing child maltreatment**: a guide to taking action on generating evidence. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: < http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/>. Acesso em: 20. mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. **European report on preventing child maltreatment**. Copenhagen: WHO, 2013. 114 p. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>>. Acesso em: 20. mar. 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE – Artigo original publicado

BARRETO, C. S. L. A.; ARAÚJO, R. P. C; MARTINS JÚNIOR, D. F. Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Bahia, Brasil – 2008-2012. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 11, n. 2, p. 140-148, maio/ago. 2012.

ARTIGO ORIGINAL

ISSN 1677-5090
© 2010 Revista de Ciências Médicas e Biológicas

Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Bahia, Brasil - 2008 a 2012

Epidemiological study of violence against children according to the records of the Information System for Notifiable Grievance - SINAN, Bahia, Brazil - 2008 to 2012

Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto¹, Roberto Paulo Correia de Araújo², Davi Felix Martins Júnior³
¹Doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – ICS/UFBA; ²Professor Assistente – Univ. Est. de Feira de Santana; ³Professor Titular de Bioquímica – ICS/UFBA

Resumo

Introdução: A violência é um dos maiores desafios enfrentados atualmente pelas autoridades de saúde em todo o mundo, pois atinge a humanidade sob diversas formas e em diferentes cenários. A constatação da violência contra a criança sensibilizou a sociedade e, por conseguinte, as autoridades de saúde do Estado da Bahia têm articulado ações em defesa da população infantil vitimada pela violência, amparadas pela legislação brasileira que assegura a proteção desses indivíduos. **Objetivo:** Verificar as informações sobre a violência contra crianças residentes na Bahia, disponíveis no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN da Secretaria Estadual da Saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo que buscou levantar e analisar a totalidade dos registros de violência contra crianças na faixa etária de 0 a 12 anos, notificados pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde do Estado da Bahia e posteriormente armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. **Resultados:** Os dados de 2.225 registros foram levantados e analisados revelando que as vítimas mais frequentes foram as crianças menores de 1 ano de idade, do sexo feminino, residentes na zona urbana, mais acometidas pela violência física, atingidas com maior frequência na cabeça ou face e a lesão corporal mais encontrada foi a contusão. **Conclusão:** O setor saúde constitui um dos caminhos para onde afluem as consequências dos atos violentos praticados contra a criança e as instituições de saúde têm um papel essencial na produção e difusão de informações para a prevenção da violência e promoção da saúde.

Palavras-chave: Violência. Criança. Epidemiologia. Notificação de doenças.

Abstract

Introduction: Violence is one of the greatest challenges currently faced by health authorities worldwide, since it affects humanity in different ways and in different scenarios. The finding of violence against children has sensitized the society and, therefore, the health authorities of the State of Bahia have articulated actions in order to defend the child population victimized by violence. The Brazilian laws also ensure the protection of those individuals. **Objective:** To verify the information regarding violence against children living in Bahia, available in the database of the Information System for Notifiable Grievance - SINAN - the state Department of Health. **Methodology:** This is a descriptive study that has sought to raise and analyze all records of violence against children aged 0 to 12 years old, which have been reported by the professionals of the health institutions from the State of Bahia and afterwards stored in the Information System for Notifiable Grievance – SINAN. **Results:** The data of 2,225 records have been collected and analyzed revealing that the most frequent victims were children under 1 year old, female, living in the city, mostly affected by physical violence, and frequently hit in the head or face. Finally, the most frequent injury was the contusion. **Conclusion:** The health sector is one of the ways where the consequences of violent acts committed against children flock to. Therefore, the health institutions have a key role in the production and dissemination of information regarding violence prevention and health promotion.

Keywords: Violence. Child. Epidemiology. Disease Notification.

INTRODUÇÃO

A violência é um dos graves problemas da sociedade contemporânea desencadeadora da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade em que a violência não tenha estado presente em algum momento da sua organização⁽¹⁾. De acordo com a literatura científica atual

é praticamente unânime a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não possui raízes biológicas, correspondendo a um fenômeno biopsicossocial que se desenvolve na vida em sociedade, em cuja configuração se relacionam problemas políticos, econômicos, morais, psicológicos, éticos, legais, de relações humanas e institucionais e do plano individual⁽²⁾.

Nesse contexto, a violência é um dos maiores desafios enfrentados atualmente pelas autoridades de saúde e segurança pública em todo o Brasil, pois atinge a humanidade de diversas formas e em diferentes cenários. Estima-se que, no mundo, mais de um milhão de pessoas perdem a vida em decorrência da violência

Recebido em 29/06/2012; revisado em 20/08/2012.

Correspondência / Correspondence: Secretaria do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia. Av. Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP 40.110-100. Salvador, Bahia, Brasil. Tel.: (55) (71) 3283-8959, Fax: (55) (71) 3283-8894. E-mail - ppgorgsistem@ufba.br

a cada ano, sem considerar os dados referentes às vítimas não fatais⁽³⁾.

A violência e os acidentes, ao lado das enfermidades crônicas e degenerativas, configuram, na atualidade, um novo perfil do quadro de problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Desde as décadas de 60 e 70 houve um grande esforço teórico, metodológico e político para se compreender a saúde como uma questão ampliada, sobretudo pela complexa transição epidemiológica⁽⁴⁾. No entanto, os gestores públicos continuam encontrando resistências em relação à sua inclusão na pauta do setor saúde. Porém, em sua origem e em suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e, acompanhando toda a experiência da humanidade, ela não representa, em si, uma questão de saúde pública; transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e para o seu enfrentamento e prevenção exige a formulação de políticas específicas em diversos setores, dentre os quais, saúde⁽⁵⁾.

Na sociedade ocidental mais particularmente no Brasil, a temática da violência passa a fazer parte dos debates políticos e sociais de forma mais incisiva, a partir de 1980. Na década de 90, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e a Organização Mundial da Saúde – OMS começaram a abordar a violência não mais como causas externas: em 2002, a OMS utilizou o termo “Violência e Saúde” em substituição do termo “causas externas” tradicionalmente utilizado para caracterizar o tema na Classificação Internacional das Doenças e Agravos – CID^(6,7,8,9,10). Em relação aos dados estatísticos sobre pessoas vitimadas pela violência, tornou-se obrigatória desde 1998 a atribuição de um código do

capítulo XX do CID 10 no campo correspondente ao diagnóstico secundário da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, nas internações pelo SUS⁽¹¹⁾.

A OMS define violência como o uso intencional de força ou poder, através de ameaça ou agressão real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação⁽¹²⁾. Nesse contexto, a violência contra a criança engloba todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocionais, que resulte em real ou potencial dano à saúde da criança, sua sobrevivência, seu desenvolvimento ou dignidade, no âmbito de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. Didaticamente, a literatura sobre o tema explora a prevalência, causas e consequências de quatro tipos de atos violentos contra a criança por parte dos cuidadores: o abuso físico, quando o ato causa dano físico ou tem o potencial de dano; abuso sexual quando o cuidador usa a criança para a gratificação sexual; abuso emocional ou psicológico quando os atos praticados pelo prestador de cuidados têm efeitos adversos sobre a saúde emocional e o desenvolvimento da criança, citando como exemplo a humilhação, ameaça, intimidação e tratamento hostil; por fim, a negligência, caracterizada pela omissão de um dos pais quando não atende as necessidades básicas da criança em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e segurança⁽¹²⁾. A diversidade da exposição das crianças

à violência não é bem conhecida e os médicos e os pesquisadores precisam conhecer o amplo espectro dos tipos de vitimização para que as crianças em situação de risco sejam identificadas precocemente, possibilitando o enfrentamento da situação por meio de medidas preventivas⁽¹³⁾.

Em 1996, a Assembleia Mundial da Saúde declarou a violência como um importante problema de Saúde Pública e, juntamente com a OMS, classificaram-na em três categorias, considerando as características daqueles que cometem o ato violento: violência auto-dirigida, violência interpessoal e violência coletiva. A violência autodirigida é caracterizada por comportamento suicida e atos de automutilação; o tipo interpessoal incorpora a violência entre membros da família, que ocorre geralmente no ambiente doméstico e a violência na comunidade que diz respeito à violência entre indivíduos sem relação pessoal que podem ou não se conhecerem, cuja ocorrência usualmente é extradomiciliar; a violência coletiva é cometida por grandes grupos com o fim de realizar um plano específico de ação social⁽¹⁴⁾.

No campo do Direito, a Constituição Federal de 1988 assegura a proteção da família e a assistência a cada um dos grupos que a integram, criando mecanismos para conter a violência no âmbito de suas relações; o artigo 129 do Código Penal Brasileiro (Lei nº 2848/1940) imputa as penalidades legais ao agente que comete o crime de lesão corporal, definindo-a como ofensa à integridade corporal ou a saúde de outrem⁽¹⁵⁾; o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990), incorporado à legislação brasileira vigente, representa uma conquista para toda a sociedade e, sobretudo, para

as crianças e adolescentes do país, respaldando as atitudes dos profissionais de saúde quanto a notificação das diversas formas de maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes sob seus cuidados profissionais⁽¹⁶⁾. A portaria do Ministério da Saúde nº 1968/2001, dispõe sobre a obrigatoriedade dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, comunicarem ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes⁽⁹⁾; o artigo 3º, inciso I do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2003) classifica os menores de 16 anos como absolutamente incapazes de exercerem pessoalmente os atos da vida civil⁽¹⁷⁾; Os códigos de ética profissional, em especial os que tratam da saúde, instituem como um dos deveres fundamentais dos profissionais, o zelo pela saúde e o respeito pelo ser humano^(17,18,19).

Os dados epidemiológicos acerca da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, sobretudo aqueles referentes à mortalidade, ainda são escassos, sendo difícil o acompanhamento da incidência desse fenômeno⁽²⁰⁾. Não obstante à escassa disponibilidade de dados nacionais, a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde aponta um alto grau de envolvimento dos grupos de crianças, adolescentes e jovens (na faixa etária de 0 a 24 anos de idade) como vítimas frequentes de diferentes tipos de acidentes e violências, embora as diversas formas de violência vitimizem mais diretamente os grupos de crianças e adolescentes, sobretudo quando se fala em violência intrafamiliar⁽⁹⁾.

Conceitualmente, o Sistema de Informação em Saúde – SIS pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos que acometem a população⁽²¹⁾. O Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde é composto por diferentes subsistemas que produzem dados referentes às atividades setoriais em saúde, gerando grandes e complexos bancos de dados nacionais. As bases de dados desses sistemas contribuem na medida em que fornecem dados de mortalidade, morbidade e mortalidade hospitalar dos internamentos, gestão do atendimento ambulatorial do SUS e notificação compulsória de agravos, incluindo a violência praticada contra crianças e adolescentes⁽²²⁾. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é utilizado para o acompanhamento dos agravos sob notificação, segundo critérios do Ministério da Saúde. Quando um serviço de saúde notifica um caso de violência contra uma criança ou adolescente, essa informação tem como destinatário a secretaria de saúde do município onde ocorreu o ato de violência, com cópia para o Conselho Tutelar. Para as autoridades do setor saúde, esses registros montam o perfil dos problemas referentes à violência que têm reflexo direto na saúde pública⁽²³⁾.

Se o registro da violência em adultos pode não estar correspondendo à realidade, especialmente em relação à violência não fatal, quando se trata de crianças, essa realidade é inegável, sendo a violência responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade^(9,10).

A agressão física contra a criança envolve o uso intencional da força física, por parte dos familiares, cuidadores, responsáveis ou pessoas próximas. Essa

cuidadores, responsáveis ou pessoas próximas. Essa utilização da força de forma não acidental tem o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima. Na maioria das vezes, esse tipo de violência deixa marcas, sendo, portanto, o de maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico. Essas marcas variam de rubefação até agressões que conduzem à morte⁽²⁴⁾. As lesões decorrentes da violência afetam indivíduos de todas as idades, mas, costumam causar maiores danos nos grupos mais vulneráveis da sociedade, como o de crianças e adolescentes. Segundo a OMS, estudos epidemiológicos e sociológicos apontam que frequentemente, as crianças são vítimas de violência desde o nascimento, mas, é na fase de adolescência que esta questão desponta como decisiva^(6,7,8).

As consequências da violência que diretamente atingem a saúde da criança podem ser imediatas, de médio e longo prazo. As imediatas são identificadas mais facilmente, pois tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósteo-articular. Em geral, os agravos traumato-ortopédicos decorrentes de abuso físico são traumatismos cranianos, luxações e fraturas; além disso, ocorrem também lesões de pele como escoriações e hematomas, não sendo raros os cortes, queimaduras e rompimento de órgãos⁽²⁵⁾.

Uma das manifestações mais graves da violência física contra a criança é a Síndrome do Bebê Sacudido (Shaken Baby Syndrome), caracterizada por lesões de gravidade variável, que ocorrem quando uma criança, geralmente lactente, é severa ou violentamente

sacudida, podendo causar cegueira ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da espinha, lesões cerebrais, culminando com a morte^(9,20). Outra síndrome identificada pela literatura médica é a Síndrome da Criança Espancada (The Battered-child Syndrome), traduzida como o sofrimento infligido à criança como forma de castigar e educar, frequentemente gerando fraturas múltiplas, com equimoses e hematomas generalizados, lesões cerebrais, paralisias, hemorragias oculares, fontanelas tensas, convulsões, deformações ósseas (dos dedos, das vértebras lombares), queimaduras de 1º a 3º grau e outros sinais de crueldade, com frequentes repercussões sobre o estado geral da criança e que constitui uma causa frequente de invalidez permanente e de morte^(19,26,27,28,29,30).

A OMS caracteriza o abuso sexual na infância como uma “urgência sanitária silenciosa” de importância internacional, cujas consequências negativas a longo prazo são extensas, incluindo um risco aumentado para o abuso de álcool e drogas, obesidade, violência, depressão e suicídio. No entanto, a prevalência real de abuso sexual na infância, considerando a população de todo o mundo, é incerta; para as meninas, as estimativas de prevalência variam de 11 a 32%, enquanto para os meninos ainda é menos conhecida, variando de 4 a 16%, de acordo com estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá⁽³¹⁾.

Em pesquisa realizada na Inglaterra com 1113 crianças vítimas de violência e 964 agressores, os pesquisadores observaram que a maioria dos agressores viviam na mesma residência da criança, a maior parte dos atos de violência sexual foram cometidos por homens, que agrediram com maior

cometidos por homens, que agrediram com maior frequência as meninas com idade entre 9 e 11 anos, a maioria dos casos de violência física ocorreu com crianças menores de 9 anos de idade, cuja autoria foi de mulheres, quando as vítimas apresentavam menor idade⁽³²⁾.

Estudiosos dedicados ao tema analisaram o perfil de 488 casos de violência física notificados nos conselhos tutelares e estabelecimentos de saúde da cidade de Londrina, Estado do Paraná, ocorridos no ano de 2006, observando que entre as vítimas da violência por força corporal, houve o predomínio de meninas com idade média de 6 anos, sendo o pai o agressor mais frequente, apontando ainda para a importância epidemiológica do estudo sobre a violência física contra a criança, pois permite o planejamento de estratégias de prevenção e acompanhamento das vítimas⁽³³⁾.

Um estudo bibliográfico acerca da violência contra crianças e adolescentes, analisou estudos nacionais e internacionais, publicados no período de 1990 a 2008, revelando que, mundialmente, em média 3500 crianças e adolescentes morrem anualmente em decorrência de maus tratos e para cada caso de óbito em menores de 15 anos, estima-se 150 casos de violência física⁽³⁴⁾.

Embora a consciência geral sobre a magnitude da problemática da violência contra a criança esteja aumentando, as lesões por queimadura não são muitas vezes reconhecidas, apesar dessas representarem 10% das lesões decorrentes da violência e de cerca de 10%

Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN,
Bahia, Brasil - 2008 a 2012

das internações hospitalares de crianças nas unidades de referência para queimados serem resultantes da violência infantil. Quando comparadas àquelas que sofrem queimaduras acidentais, as crianças vítimas da violência são significativamente mais jovens, somam maior tempo de internação e correm maior risco de morte como consequência do agravamento do quadro⁽¹²⁾.

Com base no contexto apresentado, corroborado pela escassez de publicações regionais e nacionais sobre a magnitude da violência do ponto de vista epidemiológico, o presente estudo se propõe a conhecer os casos de violência contra crianças, notificados no período entre julho de 2008 e maio de 2012 e registrados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico do Estado com relação à violência praticada contra a criança. A análise desses dados fornecerá subsídios para um melhor planejamento das ações em prol da prevenção e enfrentamento do problema pelas autoridades públicas de saúde tanto na esfera municipal quanto estadual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo no qual se buscou levantar e analisar os registros de violência contra crianças na faixa etária de 0 a 12 anos, notificados pelos profissionais responsáveis pelo acolhimento e atendimento dessas vítimas, nos diversos estabelecimentos de saúde do Estado da Bahia. Os dados dessas notificações são rotineiramente digitados e armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, sob a gestão da Diretoria de

Informação em Saúde - DIS que compõe a Secretaria de Saúde do Estado. O SINAN é responsável pela coleta, transmissão e disseminação dos dados gerados pelos sistemas de vigilância epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, criada para apoiar o processo de investigação e fornecer subsídios para a análise das informações de vigilância e monitoramento das doenças de notificação compulsória. Os dados coletados referiram o período de julho de 2008 a maio de 2012, visto que a implantação do módulo correspondente às violências no SINAN, para os estados e municípios brasileiros, ocorreu a partir do segundo semestre de 2008 e o último registro no banco de dados utilizado para o presente estudo datava de 31 de maio de 2012. A análise dos dados constou do levantamento de frequências simples e relativa dos casos de violência registrados no SINAN discriminados por faixa etária e sexo, tipologia da violência, natureza da lesão corporal e parte do corpo atingida. Para os anos de registro completo, no caso 2009 a 2011, foi calculada a taxa trienal de incidência de notificação de violências contra crianças. Esta foi calculada a partir da soma dos casos de violência para os três anos dividindo-se pela população do ano de 2010 que corresponde ao meio do período. Foi adotado o fator de multiplicação 100.000 habitantes.

O quadro abaixo mostra os campos da ficha individual de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências do SINAN, considerados para a

análise dos dados de morbidade por violência no referido grupo populacional.

| Código | Descrição | Critério |
|--------|-------------------------|---|
| 10 | Idade | 1- hora 2- dia 3- mês 4- ano |
| 11 | Sexo | M- masculino F- feminino |
| 46 | Zona | 1- urbana 2- rural 3- periurbana |
| 51 | Tipos de violência | Física; psicológica/moral; negligência/abandono; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; tortura; trabalho infantil; intervenção legal; outros |
| 57 | Natureza da lesão | 01 - Contusão; 02 - corte/perfuração/acerção; 03 - entorse/luxação; 04 - fratura; 05 - amputação; 06 - traumatismo dentário; 07 - traumatismo crânio-encefálico; 08 - politraumatismo; 09 - Intoxicação; 10 - Queimadura |
| 58 | Parte do corpo atingida | 01 - cabeça/face; 02 - pescoço; 03 - boca/dentes; 04 - coluna/medula; 05 - tórax/dorso; 06 - abdome; 07 - quadril/pelve; 08 - membros superiores; 09 - membros inferiores; 10 - órgãos genitais/ânus; 11 - múltiplos órgãos/regiões |

Os dados foram processados e analisados estatisticamente utilizando-se o programa Epi-Data versão 3.0.

Em atenção às orientações contidas na Resolução CNS nº 196/1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto que originou a presente pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia.

RESULTADOS

Foram analisados todos os registros de violência contra crianças de 0 a 12 anos de idade, notificados no Estado da Bahia e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, cuja data de notificação acusava o período compreendido entre 01

de julho de 2008 e 31 de maio de 2012.

Em relação ao campo correspondente ao sexo das crianças, os dados dos 2225 registros examinados revelaram que 1161 (52,1%) das vítimas eram do sexo feminino e 1064(47,9%) eram do sexo masculino.

A Tabela 1 demonstra que nos anos 2010, 2011 e nos cinco primeiros meses de 2012, as meninas foram as vítimas mais frequentes, enquanto que em 2009 a maior parte das crianças agredidas eram do sexo masculino. Porém, a análise dos dados do segundo semestre de 2008 não apresentou diferença entre o número de registros para cada sexo.

O número total de registros em 2009, 2010 e 2011 foi analisado na íntegra, pois nesses anos as datas das notificações representaram todos os meses, diferentemente do que ocorreu com os anos 2008 e 2012, cujos dados foram estudados parcialmente, já que fizeram referência apenas a um período do ano. Em decorrência dessa limitação foram comparados os totais das notificações realizadas em 2009, 2010, 2011, pelos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de crianças que foram expostas à violência, observando-se um incremento de registros na ordem de 91,2% de 2009 para 2010 e 19,7% de 2010 para 2011.

Quanto a idade das vítimas, os dados demonstraram que as crianças menores de 1 ano são as mais vulneráveis pois foram agredidas com maior frequência (12%), seguidas pelas crianças de 12 anos (11,7%) e 11 anos (10,3%). Em contraponto, nas crianças

Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto, Roberto Paulo Correia de Araújo e Davi Felix Martins Júnior

Tabela 1-Número de crianças de 0 a 12 anos de idade, vítimas de violência segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, por ano, sexo e idade detalhada, Bahia, julho de 2008 a maio de 2012.

| Idade em anos | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | Sub | | Total |
|---------------|------|---|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|------|-------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | |
| < 1 | - | - | 22 | 26 | 22 | 38 | 53 | 60 | 22 | 24 | 119 | 148 | 267 |
| 1 | - | - | 12 | 13 | 10 | 20 | 19 | 22 | 5 | 3 | 46 | 58 | 104 |
| 2 | 1 | - | 13 | 8 | 27 | 11 | 17 | 38 | 7 | 11 | 65 | 68 | 133 |
| 3 | - | 1 | 5 | 11 | 23 | 20 | 18 | 25 | 7 | 9 | 53 | 66 | 119 |
| 4 | - | - | 15 | 16 | 23 | 20 | 24 | 18 | 6 | 13 | 68 | 67 | 135 |
| 5 | 1 | - | 7 | 13 | 22 | 18 | 24 | 27 | 2 | 9 | 56 | 67 | 123 |
| 6 | - | - | 14 | 7 | 26 | 25 | 35 | 31 | 8 | 11 | 83 | 74 | 157 |
| 7 | - | - | 22 | 12 | 31 | 37 | 35 | 32 | 8 | 7 | 96 | 88 | 184 |
| 8 | - | 1 | 11 | 12 | 28 | 35 | 28 | 39 | 10 | 6 | 77 | 93 | 170 |
| 9 | - | - | 17 | 13 | 30 | 23 | 29 | 30 | 5 | 9 | 81 | 75 | 156 |
| 10 | 3 | 1 | 15 | 16 | 30 | 38 | 31 | 33 | 10 | 10 | 89 | 98 | 187 |
| 11 | - | 2 | 19 | 16 | 33 | 51 | 41 | 43 | 13 | 11 | 106 | 123 | 229 |
| 12 | - | - | 17 | 23 | 43 | 33 | 44 | 62 | 21 | 18 | 125 | 136 | 261 |
| Sub | 5 | 5 | 189 | 186 | 348 | 369 | 398 | 460 | 124 | 141 | 1064 | 1161 | 2225 |
| Total | 10 | | 375 | | 717 | | 858 | | 265 | | | | 2225 |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB. Dados atualizados em 31/05/2012.

Tabela 2 - Número absoluto e percentagem de crianças de 0 a 12 anos de idade, vítimas de violência segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, por tipologia da violência. Bahia, julho de 2008 a maio de 2012.

| Idade em anos | Física | Psicológica \ Moral | Sexual | Negligência | Financeira \ Econômica | Tortura | Tráfico de s. humanos | Intervenção Legal | Relacionado ao trabalho | Outras violências | n | n | n | n | n | n | n | n | n | n |
|---------------|--------|---------------------|--------|-------------|------------------------|---------|-----------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | | | | | | | | | | | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) |
| < 1 | 174 | 23 | 16 | 14 | 2 | 9 | 1 | - | 2 | 8 | (15,4) | (4,0) | (3,3) | (17,3) | (12,5) | (14,1) | (33,3) | | (8,3) | (16) |
| 1 | 45 | 10 | 27 | 5 | - | 3 | - | - | 2 | 4 | (4,0) | (1,7) | (5,5) | (6,2) | | (4,7) | | | (8,3) | (8) |
| 2 | 57 | 25 | 35 | 3 | 1 | 4 | - | - | 1 | 5 | (5,0) | (4,4) | (7,1) | (3,7) | (6,3) | (6,3) | | | (4,2) | (10) |
| 3 | 47 | 28 | 27 | 6 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | (4,2) | (4,9) | (5,5) | (7,4) | (6,3) | (4,7) | (33,3) | (25) | (4,2) | (4) |
| 4 | 69 | 31 | 27 | 4 | 1 | 4 | - | - | - | 3 | (6,1) | (5,4) | (5,5) | (4,9) | (6,3) | (6,3) | | | (4,2) | (6) |
| 5 | 61 | 34 | 37 | 3 | 1 | 2 | - | 1 | 3 | 3 | (5,4) | (5,9) | (7,5) | (3,7) | (6,3) | (3,1) | | (12,5) | (12,5) | (6) |
| 6 | 59 | 47 | 43 | 7 | 3 | 3 | - | - | 2 | 4 | (5,2) | (8,2) | (8,8) | (8,6) | (18,8) | (4,7) | | | (8,3) | (8) |
| 7 | 83 | 70 | 50 | 7 | 1 | 5 | - | 1 | 1 | 4 | (7,3) | (12,2) | (10,2) | (8,6) | (6,3) | (7,8) | | (12,5) | (4,2) | (8) |
| 8 | 87 | 49 | 38 | 4 | - | 8 | - | - | - | 6 | (7,7) | (8,6) | (7,7) | (4,9) | | (12,5) | | | | (12) |
| 9 | 86 | 57 | 34 | 7 | 1 | 6 | - | - | 3 | 3 | (7,6) | (10,0) | (6,9) | (8,6) | (6,3) | (9,4) | | | (12,5) | (6) |
| 10 | 96 | 61 | 46 | 8 | - | 7 | - | - | 4 | 4 | (8,5) | (10,7) | (9,4) | (9,9) | | (10,9) | | | (16,7) | (8) |
| 11 | 130 | 68 | 49 | 6 | 2 | 9 | - | 1 | - | - | (11,5) | (11,9) | (10,0) | (7,4) | (12,5) | (14,1) | | (12,5) | | |
| 12 | 137 | 69 | 62 | 7 | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | (12,1) | (12,0) | (12,6) | (8,6) | (18,8) | (1,6) | (33,3) | (37,5) | (16,7) | (8) |
| Total | 1.131 | 572 | 491 | 81 | 16 | 64 | 3 | 8 | 24 | 50 | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB. Dados atualizados em 31/05/2012.

+ **Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Bahia, Brasil - 2008 a 2012** +

Tabela 3 - Número de crianças de 0 a 12 anos de idade vítimas de violência, segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, por idade detalhada, natureza da lesão corporal e percentual de participação da natureza da lesão em relação ao total, Bahia, julho de 2008 a maio de 2012.

| Idade em anos | Contusão | Corte/perfuração/laceração | Entorse/Luxação | Fraturas | T.C.E. | Politraumatismo | Traumatismo dentário | Intoxicação | Queimaduras | Outros | Total |
|---------------|----------------|----------------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------------|----------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| < 1 | 33 | 67 | 4 | 4 | 10 | 13 | - | 7 | 6 | 18 | 162 |
| 1 | 8 | 8 | 5 | 3 | 3 | 5 | - | 3 | 12 | 14 | 61 |
| 2 | 10 | 17 | 2 | 3 | 3 | 1 | - | 3 | 8 | 12 | 59 |
| 3 | 6 | 16 | 1 | 6 | - | - | - | 3 | 5 | 11 | 48 |
| 4 | 15 | 25 | 3 | - | 1 | 6 | - | 2 | 8 | 12 | 72 |
| 5 | 8 | 18 | 2 | 2 | 3 | 1 | - | 2 | 7 | 18 | 61 |
| 6 | 15 | 24 | 2 | 3 | - | 1 | - | 4 | 5 | 13 | 67 |
| 7 | 18 | 42 | 2 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | 4 | 13 | 84 |
| 8 | 16 | 30 | 4 | 3 | 3 | 1 | - | 2 | 5 | 17 | 81 |
| 9 | 21 | 19 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 17 | 73 |
| 10 | 21 | 30 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 27 | 93 |
| 11 | 37 | 41 | 4 | 2 | 1 | 8 | - | 4 | 2 | 24 | 123 |
| 12 | 47 | 52 | 3 | 3 | 2 | 5 | 1 | 4 | 1 | 23 | 141 |
| Tot al | 255 (22,7%) | 389 (34,6%) | 36 (3,2%) | 34 (3,0%) | 34 (3,0%) | 48 (4,2%) | 3 (0,3%) | 38 (3,4%) | 69 (6,1%) | 219 (19,5%) | 1125 (100%) |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB. Dados atualizados em 31/05/2012.

de 1 ano foi a idade na qual foi observada a menor frequência de registros (4,7%).

A Tabela 2 evidencia que a violência física foi o tipo mais frequente, totalizando 1131 ocorrências, acompanhada da violência psicológica/moral (572), violência sexual (491), negligência/abandono (81), tortura (64), outros tipos de violência não especificados (50) e violência relacionada ao trabalho (24). Já a violência financeira/econômica, a violência por tráfico de seres humanos e por intervenção legal, juntas, totalizaram 25 registros, acrescentando-se que os dados examinados não revelaram situação de violência por trabalho infantil.

A depender do tipo de violência praticada contra a criança, essa poderá deixar marcas como resultado da ofensa à integridade física da vítima. A tabela 3 mostra que nos 2225 registros consultados, pouco mais da metade (50,6%) apresentavam o campo natureza da lesão corporal preenchido. Com relação a esse campo, as opções corte/perfuração/laceração, contusão e outros tipos de lesões foram as lesões corporais mais encontradas nos registros das crianças de 0 a 12 anos, totalizando 389 (34,6%), 225 (22,9%) e 219 (19,5%), respectivamente.

A Tabela 4 exhibe a frequência com que cada parte do corpo foi atingida em decorrência dos atos de violência contra as crianças de 0 a 12 anos de idade registradas no SINAN. Cabeça/face, pescoço, tórax,

abdome, membros superiores e inferiores, múltiplos órgãos/ regiões foram as partes mais atingidas no grupo de crianças menores de 1 ano, enquanto no grupo de 7 anos prevaleceu a área da boca/dentes; nas crianças de 5 anos a coluna/medula e os órgãos genitais/ânus foram as partes mais atingidas e entre as crianças de 9 anos de idade o quadril apareceu com mais frequência.

Ainda de acordo com os números da Tabela 4, agrupando-se as idades detalhadas para formarem um único intervalo entre 0 e 12 anos, a cabeça/face, os órgãos genitais/ânus e as lesões em múltiplos órgãos/ regiões correspondem às partes mais atingidas, totalizando 402(12,9%), 249 (22,5%) e 143 (12,9%) ocorrências, respectivamente.

Examinando os dados dos 2225 registros observou-se ainda que a maior parte dos atos de violência praticados contra as crianças de 0 a 12 anos registradas no SINAN ocorreram na zona urbana (73,6%) seguida da zona rural (11,6%); a zona periurbana representou 0,5% das ocorrências, enquanto 14,3% dos registros não citaram a zona de ocorrência da agressão.

Na Tabela 5 pode ser observada a taxa trienal de incidência de notificação de violências contra crianças para cada idade, revelando que no período de 2009 a 2011 o grupo que apresentou maior risco de notificar casos de violência foi o de crianças menores de 1 ano; a taxa trienal esteve alta para os menores de 1 ano, reduziu e apresentou-se estável de 1 a 10 anos, revelando uma elevação entre as crianças de 11 e 12 anos.

Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto, Roberto Paulo Correia de Araújo e Davi Felix Martins Júnior

Tabela 4 - Número absoluto e porcentagem de crianças de 0 a 12 anos de idade, vítimas de violência segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, por idade detalhada e parte do corpo atingida, Bahia, julho de 2008 a maio de 2012.

| Idade em anos | Cabeça/face | Pescoço | Boca/dentes | Coluna/medula | Tórax/dorso | Abdome | Quadril/pelve | Membros Superiores | Membros Inferiores | Órgãos genitais/ânus | Múltiplos órgãos/regiões |
|---------------|-------------|----------|-------------|---------------|-------------|-----------|---------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| < 1 | 72 (17,9) | 5 (29,4) | - | 1 (16,7) | 11 (20,0) | 13 (54,2) | 1 (8,3) | 15 (14,4) | 12 (15,6) | 15 (6,0) | 29 (20,0) |
| 1 | 12 (3,0) | - | - | - | 7 (12,7) | - | 2 (16,7) | 8 (7,7) | 4 (5,2) | 23 (9,2) | 8 (5,6) |
| 2 | 16 (4,0) | - | 1 (5,6) | - | 6 (10,9) | 4 (16,7) | - | 6 (5,8) | 4 (5,2) | 21 (8,4) | 8 (5,6) |
| 3 | 15 (3,7) | - | - | - | 3 (5,5) | 1 (4,2) | - | 3 (2,9) | 3 (3,9) | 16 (6,4) | 8 (5,6) |
| 4 | 30 (7,5) | - | 1 (5,6) | - | 5 (9,1) | 1 (4,2) | 1 (8,3) | 8 (7,7) | 5 (6,5) | 13 (5,2) | 5 (3,5) |
| 5 | 18 (4,5) | 2 (11,8) | 2 (11,1) | 2 (33,3) | 1 (1,8) | 1 (4,2) | - | 5 (4,8) | 3 (3,9) | 29 (11,6) | 6 (4,2) |
| 6 | 19 (4,7) | - | - | - | 2 (3,6) | 4 (16,7) | - | 6 (5,8) | 6 (7,8) | 21 (8,4) | 5 (3,5) |
| 7 | 32 (8,0) | - | 3 (16,7) | - | 5 (9,1) | 1 (4,2) | - | 4 (3,8) | 3 (3,9) | 26 (10,4) | 8 (5,6) |
| 8 | 31 (7,7) | 2 (11,8) | 2 (11,1) | 1 (16,7) | 3 (5,5) | - | 2 (8,3) | 10 (9,6) | 6 (7,8) | 17 (6,8) | 6 (4,2) |
| 9 | 28 (7,0) | 2 (11,8) | - | - | 2 (3,6) | - | 4 (33,3) | 6 (5,8) | 4 (5,2) | 14 (5,6) | 8 (5,6) |
| 10 | 29 (7,2) | 2 (11,8) | 1 (5,6) | 1 (16,7) | 4 (7,3) | 4 (16,7) | - | 11 (10,6) | 9 (11,7) | 21 (8,4) | 13 (9,1) |
| 11 | 45 (11,2) | - | 1 (5,6) | 1 (16,7) | 2 (3,6) | 2 (8,3) | 2 (8,3) | 9 (8,7) | 11 (14,3) | 10 (4,0) | 21 (14,7) |
| 12 | 55 (13,7) | 4 (23,5) | 7 (38,9) | - | 4 (7,3) | 3 (12,5) | - | 13 (12,5) | 7 (9,1) | 23 (9,2) | 18 (12,6) |
| Total | 402 (100) | 17 (100) | 18 (100) | 6 (100) | 55 (100) | 24 (100) | 12 (100) | 104 (100) | 77 (100) | 249 (100) | 143 (100) |

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB. Dados atualizados em 31/05/2012.

Tabela 5 - Taxa anual e trienal de notificação de violências em crianças na Bahia segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, por ano e idade detalhada, 2009 a 2011.

| Idade (anos) | < 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Taxa anual | 107,7 | 45,9 | 53,8 | 47,4 | 53,1 | 48,3 | 59,7 | 70,8 | 64,0 | 56,4 | 58,5 | 76,8 | 84,0 |
| trienal | | | | | | | | | | | | | |

DISCUSSÃO

Concordando com Finkelhor et. al., 2009⁽¹³⁾, a diversidade da exposição das crianças à violência não é bem conhecida e os médicos e pesquisadores precisam conhecer o amplo espectro dos tipos de vitimização para que as crianças em situação de risco sejam identificadas precocemente, possibilitando o enfrentamento da situação por meio de medidas preventivas. A análise dos resultados do presente estudo mostra que no Estado da Bahia no período de julho de 2008 a maio de 2012 foram realizados 2225 registros de violência contra crianças de 0 a 12 anos no SINAN, revelando uma maior frequência de agressões contra crianças do sexo feminino (52,1%) corroborando com os achados de Martins, 2010⁽³⁴⁾; porém, a maior frequência de crianças menores de 1 ano não coincide com os achados da literatura que cita as idades entre 6

e 9 anos como as mais suscetíveis em relação à violência^(23, 33).

Segundo o Ministério da Saúde, a violência é um dos maiores desafios enfrentados atualmente pelas autoridades de saúde, principalmente devido ao crescente número de vítimas fatais e não fatais que faz a cada ano. Concordando com essa expectativa de crescimento, o presente estudo verificou um incremento no número de notificações, mesmo quando considerou apenas os três anos que possibilitaram a análise de todos os meses^(7,8).

Na sociedade brasileira atual, o uso da punição física é ainda um instrumento bastante frequente na educação dos filhos. Os pais tendem a defender essa forma de disciplina que, em determinadas circunstâncias, pode favorecer a banalização e a cronicidade da violência física doméstica contra crianças

Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN,
Bahia, Brasil - 2008 a 2012

e adolescentes⁽³⁵⁾. Para Reichenheim, Hasselmann, Moraes, 1999⁽²⁴⁾, a agressão física contra a criança envolve o uso intencional da força física que tem o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima. Na maioria das vezes, esse tipo de violência deixa marcas, sendo, portanto, o de maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico. No presente estudo a violência física foi o tipo mais frequente (46,4%), concordando com os achados de Brito, 2005(58%)⁽³⁵⁾.

Nos dados analisados, os achados sobre as lesões corporais presentes nas crianças notificadas demonstram que as contusões, cortes/perfurações/lacerações, queimaduras e politraumatismos foram as lesões mais prevalentes, concordando parcialmente com Pires, 2005⁽²⁵⁾, segundo o qual, em geral, os agravos traumato-ortopédicos decorrentes de abuso físico são traumatismos cranianos, luxações e fraturas; além disso, ocorrem também lesões de pele como escoriações e hematomas, não sendo raros os cortes, queimaduras e rompimento de órgãos.

No que diz respeito à parte do corpo da criança mais atingida, os dados demonstram que a cabeça/face e os membros superiores e inferiores são os mais afetados, principalmente no grupo de crianças menores de 1 ano de idade. Concordando com a literatura, uma das manifestações mais graves da violência física contra a criança é a "Síndrome da Criança Espancada", forma perversa de castigar e educar a criança que atinge principalmente a região de cabeça/face, frequentemente gerando fraturas múltiplas, equimoses, lesões

de violência devem possuir formação geral e específica, voltada para a abordagem integral e interdisciplinar que transcenda a dimensão biológica do cuidar, comprometido com a notificação dos casos como um importante instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência que vitima as crianças e auxilia na punição dos autores e proteção das vítimas de acordo com o preconizado pela legislação vigente.

O presente estudo analisou 2225 registros de violência contra crianças de 0 a 12 anos residentes no Estado da Bahia, notificadas no período entre julho de 2008 e maio de 2012, cujos dados encontravam-se armazenados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, concluindo que as crianças menores de 1 ano e pertencentes ao sexo feminino são as mais atingidas pelos atos de violência; além disso, a maioria das crianças notificadas apresentaram contusões ou cortes/perfurações/lacerações como consequência da agressão e a parte do corpo mais atingida foi a cabeça/face. De acordo com o cálculo da taxa trienal de incidência de notificação, o grupo que apresentou maior risco de notificar casos de violência, nos anos 2009 a 2011, foi o de crianças menores de 1 ano de idade, seguido pelas crianças de 11 e 12 anos, sendo a violência física o tipo encontrado com mais frequência nos registros.

REFERÊNCIAS

cerebrais, fontanelas tensas, deformações ósseas e convulsões, podendo deixar sérias sequelas podendo causar até a morte da criança ^(19,26,27,28,29,30).

Ao analisar a zona de ocorrência dos atos de violência contra a criança, o presente estudo mostra que a maior parte dos casos aconteceu na zona urbana(73,6%), situação que pode ser explicada pelo maior oferta de serviços de saúde na zona urbana, quando comparada à zona rural, o que oportuniza um maior número de atendimentos e consequentemente de notificações por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência.

CONCLUSÕES

A violência contra a criança se transformou em um desafio para a saúde pública, pela magnitude das suas sequelas orgânicas e emocionais e pela relevância social que adquiriu ao longo dos anos. Os estudiosos que se dedicam ao tema são unânimes em afirmar que não há um modelo pronto para ser seguido em busca da resolução imediata dessa problemática que atinge uma grande parcela da população infantil em todo o mundo. Porém, é explícito que precisa existir uma ação conjunta com a participação do governo, da sociedade e da família para o planejamento e operacionalização de estratégias integrais de enfrentamento da violência contra a criança. O setor saúde por sua vez constitui o caminho para onde afluem as consequências dos atos violentos e as instituições de saúde têm um papel essencial na produção e difusão de informações para a prevenção da violência e promoção da saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção a crianças vítimas

1. MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, suppl.1, p. 1259-1267, 2006. Doi: 10.1590/S1413-81232006000500015.
2. MINAYO, M. C. S.; Social violence from a public health perspective. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, suppl. 1, p. 7-18, 1994.
3. DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, suppl., p.1279-1290, 2006. Doi: 10.1590/S1413-81232006000500017.
4. MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B.; CABRAL FILHO, J. E. Gastos Hospitalares com crianças Vítimas de Violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1577-1581, nov./dez. 2002. Doi: 10.1590/S0102-311X2002000600011.
5. MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Is it possible to prevent violence? Reflections in public health area. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.7-23, 1999. Doi: 10.1590/S1413-8123199900100002.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília; 2005. 340p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 01 Aug. 2012.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM m. 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília; 2001. 64p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde**. 2ª edição revista. Brasília, 2002. 48p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientação para a prática em serviço**. Brasília, 2002. 96p. (Série Cadernos de Atenção Básica 8).

ANEXOS

ANEXO A - Declaração de Óbito – DO padronizada distribuída pelo Ministério da Saúde

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I

1) Cidade Código 2) Registro 3) Data

4) Município 5) UF 6) Cadeia

II

7) Tipo de Óbito 1. Sim 2. Não

8) Outra Causa 9) RIC 10) Nacionalidade

11) Nome do falecido

12) Nome do pai 13) Nome da mãe

14) Data de nascimento 15) ICAD 16) Sexo 1. Mas 2. Fem 17) Raça/cor 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena

18) Estado civil 1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Desquitado 5. Não casado 6. Ignorado

19) Escolaridade (Em anos de ensino concluído) 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. De 12 a 15 6. Ignorado

20) Ocupação habitual e ramo de atividade (do falecido) Código

III

21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código

22) Bairro/Distrito Código 23) Município de residência Código

24) UF

IV

25) Local de ocorrência do óbito: 1. Hospital 2. Casa assist. social 3. Domicílio 4. Não hab. 5. Casa 6. Domic. 7. Ignorado

26) Estabelecimento Código

27) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida etc.) Número Estabelecimento CEP

28) Bairro/Cidade Código 29) Município de ocorrência Código 30) UF

V

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO

31) Mãe 32) Escolaridade (Em anos de estudo concluídos): 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. De 12 a 15 6. Ignorado

33) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código

34) Número de filhos vivos (incluindo os falecidos) Residência atual Residência anterior

35) Duração da gravidez (Em semanas) 1. Menos de 30 2. De 31 a 37 3. De 38 a 41 4. De 42 a 46 5. De 47 a 51 6. Ignorado

36) Tipo de Gravidez 1. Única 2. Gêmeos 3. Triplêtes 4. Ignorado

37) Tipo de parto 1. Natural 2. Cesáreo 3. Ignorado

38) Morte em relação ao parto 1. Antes 2. Durante 3. Depois 4. Ignorado

39) Fez ao mamar 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

40) Nome do Doutor de Nascimento (Vital)

VI

ÓBITOS EM MULHERES

41) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou parto? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

42) A morte ocorreu durante o parto? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

43) Assistência médica: Respondeu exames médicos durante a doença que ocasionou a morte? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

44) Diagnóstico confirmado por exame complementar? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

45) Úterus? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

46) Navegação? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

47) CAUSAS DA MORTE (escreva somente um diagnóstico principal)

48) **CAUSAS INTERMEDIÁRIAS** (escreva somente as causas que contribuíram para a morte)

49) **CAUSAS PRIMÁRIAS** (escreva somente as causas que produziram a morte)

50) **CAUSAS SECUNDÁRIAS** (escreva somente as causas que contribuíram para a morte)

51) **CAUSAS TERCIÁRIAS** (escreva somente as causas que contribuíram para a morte)

52) **CAUSAS QUATERNÁRIAS** (escreva somente as causas que contribuíram para a morte)

VII

53) Nome do médico 54) CRM 55) O médico que assina atendeu ao falecido? 1. Sim 2. Não 3. Não 4. Não 5. Não 6. Não

56) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 57) Data do atestado 58) Assinatura

59) **PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL** (informações de caráter exclusivamente epidemiológico):

60) Tipo 1. Assesinato 2. Suicídio 3. Homicídio 4. Queda 5. Ignorado

61) Acidente do trânsito 1. Sim 2. Não 3. Ignorado

62) Fonte de informação 1. Boletim de ocorrência 2. Inquérito 3. Testemunha 4. Outros 5. Ignorado

VIII

63) Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

64) SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANEXAR O EMBOÍTO

65) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código

IX

66) Localidade

67) Testemunhas

ANEXO B - Modelo de laudo para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar – AIH no Sistema Único de Saúde – SUS

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|-------------------|
|  SUS Sistema Único de Saúde | | Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | | | 2 - CNES | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | | | | 4 - CNES | | |
| Identificação do Paciente | | | | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | 9 - SEXO | 10 - RAÇA/COR | |
| | | | Mês: <input type="text" value="1"/> Dia: <input type="text" value="3"/> Ano: <input type="text" value="3"/> | | Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> | |
| 11 - NOME DA MÃE | | | | | 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | | |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | | | | | 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | | |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, LARANJEIROS) | | | | | | | |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | 17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO | | 18 - UF | 19 - CEP | |
| | | | | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 21 - CONDIÇÃO E OUTROS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO SICIAL | | 24 - CID 10 PRINCIPAL | | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | | | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| | | | | | | | |
| 29 - CLÍNICA | | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | 31 - DOCUMENTO () CNES () CPF | 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | |
| | | | | | | | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE | | | | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| | | | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | | | |
| 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO | | 37 - CPF DA SEGURADORA | | | 38 - Nº DO BILHETE | | 39 - SÉRIE |
| 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 40 - CPF EMPRESA | | | 41 - CNES DA EMPRESA | | 42 - CBO |
| 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | | | | |
| 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | | | | | |
| () EMPREGADO | | () EMPREGADOR | | () AUTÔNOMO | () DESEMPREGADO | () APOSENTADO | () NÃO SEQUERADO |
| | | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | 45 - CDD. CBO/O. EMPISOR | | 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| | | | | | | | |
| 47 - DOCUMENTO () CNES () CPF | | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | | |
| | | | | | | | |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| | | | | | | | |

ANEXO C - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS / Bahia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 13 de outubro de 2011
Of. CEP-UEFS nº 238/2011

Senhor(a) Pesquisador(a): Profª Christianne Sheila Leal Almeida Barreto

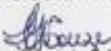
Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Estudo dos registros da violência praticada contra a criança no Estado da Bahia e o seu reflexo nas políticas públicas de saúde e segurança**”, registrado neste CEP sob protocolo nº 106/2011 (CAAE nº 0111.0.059.000-11), foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b.

Relembro que conforme instrui a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (13/10/2012) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Zannety Conceição S. N. Souza
VICE-COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa-UEFS

ANEXO D – Tabela 31 - População total e por faixa etária detalhada (0–11 anos), segundo município e ano. Bahia, Brasil, 2008–2014

| Ano | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|----------------|-----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| | Município | Total | 0-11 | Total |
| Bahia | 14502575 | 3274543 | 14637364 | 3276194 | 14021432 | 2793419 | 14097534 | 2792065 | 14175341 | 2807542 | 15044137 | 2979622 | 15126371 | 3288508 |
| Abaíra | 8851 | 1304 | 8821 | 1288 | 8324 | 1216 | 8687 | 1275 | 8659 | 1268 | 9132 | 1336 | 9243 | 1354 |
| Abaré | 18362 | 4947 | 18831 | 5028 | 17072 | 4198 | 17380 | 4286 | 17685 | 4362 | 18989 | 4683 | 19290 | 5189 |
| Acajutiba | 15123 | 3792 | 15192 | 3793 | 14830 | 3372 | 14692 | 3396 | 14730 | 3402 | 15615 | 3606 | 15668 | 3968 |
| Adustina | 15354 | 3868 | 15448 | 3866 | 15706 | 3297 | 15810 | 3281 | 15914 | 3303 | 16929 | 3514 | 17044 | 3914 |
| Água Fria | 15284 | 3988 | 15328 | 3991 | 15726 | 3128 | 15809 | 3155 | 15884 | 3171 | 16871 | 3366 | 16959 | 3772 |
| Aiquara | 5361 | 1134 | 5361 | 1135 | 4602 | 926 | 4569 | 916 | 4536 | 911 | 4767 | 957 | 4790 | 1043 |
| Alagoinhas | 137202 | 28148 | 137810 | 27942 | 142160 | 25562 | 142870 | 25573 | 143460 | 25678 | 152570 | 27309 | 153560 | 30231 |
| Alcobaça | 20320 | 5201 | 20242 | 5145 | 21319 | 4945 | 21300 | 4924 | 21328 | 4927 | 23176 | 5355 | 23231 | 5890 |
| Almadina | 6742 | 1471 | 6621 | 1433 | 6360 | 1221 | 6242 | 1177 | 6130 | 1155 | 6327 | 1194 | 6234 | 1311 |
| Amargosa | 34918 | 7458 | 35278 | 7450 | 34340 | 6719 | 34602 | 6787 | 34845 | 6832 | 37081 | 7270 | 37557 | 8066 |
| A.Rodrigues | 24192 | 5636 | 24491 | 5645 | 25190 | 5169 | 25134 | 5067 | 25080 | 5056 | 26477 | 5338 | 26458 | 5860 |
| Am. Dourada | 16723 | 4367 | 16787 | 4333 | 15952 | 3837 | 15962 | 3854 | 15962 | 3854 | 16884 | 4076 | 16904 | 4478 |
| Anagé | 25823 | 5156 | 25262 | 4990 | 25500 | 4925 | 25049 | 4766 | 19889 | 3785 | 20698 | 3939 | 20388 | 4273 |
| Andaraí | 14554 | 4200 | 14609 | 4196 | 13948 | 3373 | 13951 | 3378 | 13942 | 3376 | 14738 | 3568 | 13716 | 3660 |
| Andorinha | 14359 | 3275 | 14201 | 3206 | 14417 | 2817 | 14310 | 2764 | 14209 | 2746 | 14936 | 2885 | 14862 | 3171 |
| Angical | 15157 | 3611 | 15191 | 3610 | 14073 | 2856 | 14032 | 2832 | 13992 | 2830 | 14762 | 2985 | 14742 | 3295 |
| Anguera | 9707 | 1925 | 9826 | 1932 | 10248 | 1834 | 10336 | 1834 | 10427 | 1852 | 11113 | 1973 | 11209 | 2178 |
| Antas | 17268 | 3312 | 17583 | 3326 | 17078 | 2850 | 17303 | 2871 | 17526 | 2905 | 18744 | 3107 | 18970 | 3468 |
| Ant. Cardoso | 12509 | 2912 | 12589 | 2917 | 11548 | 2369 | 11549 | 2352 | 11545 | 2352 | 12206 | 2486 | 12216 | 2740 |
| A.Gonçalves | 11107 | 2789 | 11240 | 2807 | 11019 | 2373 | 11124 | 2398 | 11229 | 2420 | 11973 | 2581 | 12083 | 2865 |
| Aporá | 18570 | 4865 | 18738 | 4882 | 17720 | 3903 | 17805 | 3947 | 17877 | 3962 | 18976 | 4207 | 19063 | 4657 |
| Apuarema | 7601 | 1831 | 7610 | 1826 | 7463 | 1579 | 7428 | 1584 | 7397 | 1581 | 7795 | 1666 | 7780 | 1823 |
| Araças | 12108 | 3235 | 12209 | 3260 | 11569 | 2662 | 11602 | 2648 | 11642 | 2657 | 12351 | 2818 | 12402 | 3096 |
| Aracatu | 14437 | 2919 | 14316 | 2876 | 13732 | 2516 | 13641 | 2490 | 13542 | 2471 | 14232 | 2597 | 14158 | 2830 |
| Araci | 54092 | 15900 | 54713 | 16007 | 51636 | 12831 | 51994 | 12770 | 52325 | 12851 | 55655 | 13670 | 56023 | 15204 |
| Aramari | 9858 | 2400 | 9911 | 2396 | 10039 | 1935 | 10111 | 1942 | 10483 | 2015 | 11157 | 2145 | 11237 | 2373 |
| Arataca | 10986 | 2775 | 10953 | 2740 | 10403 | 2694 | 10349 | 2669 | 10307 | 2658 | 11822 | 3048 | 11779 | 3331 |
| Aratuípe | 8788 | 2380 | 8822 | 2386 | 8590 | 1816 | 8616 | 1812 | 8632 | 1819 | 9146 | 1927 | 9104 | 2133 |
| Aurelino Leal | 14559 | 3808 | 14280 | 3737 | 13599 | 2971 | 13323 | 2913 | 13059 | 2854 | 13525 | 2956 | 13301 | 3213 |
| Baianópolis | 14019 | 3370 | 14195 | 3402 | 13863 | 2999 | 13919 | 3029 | 13420 | 2924 | 13892 | 3027 | 14126 | 3369 |
| Baixa Grande | 21704 | 5298 | 21814 | 5308 | 20069 | 4517 | 20046 | 4520 | 20031 | 4510 | 21174 | 4768 | 21186 | 5201 |
| Banzaê | 11166 | 2858 | 11157 | 2843 | 11811 | 2625 | 11827 | 2600 | 11840 | 2605 | 12534 | 2758 | 12560 | 3043 |
| Barra | 49705 | 15189 | 50226 | 15313 | 49342 | 13081 | 49736 | 13191 | 50134 | 13296 | 53361 | 14150 | 53786 | 15692 |
| B.da Estiva | 20918 | 4755 | 20537 | 4641 | 21190 | 4602 | 20974 | 4554 | 20767 | 4508 | 22409 | 4864 | 22566 | 5381 |
| B. do Choça | 32419 | 7014 | 31527 | 6776 | 34788 | 7760 | 35084 | 7797 | 35501 | 7890 | 35567 | 7902 | 35200 | 8586 |
| B. do Mendes | 14458 | 3426 | 14459 | 3420 | 13997 | 2943 | 13950 | 2927 | 13914 | 2926 | 14684 | 3088 | 14540 | 3354 |
| B.do Rocha | 6071 | 1418 | 5860 | 1366 | 6336 | 1330 | 6174 | 1301 | 6038 | 1275 | 6261 | 1323 | 6518 | 1496 |
| Barreiras | 135650 | 34218 | 137832 | 34516 | 137428 | 29172 | 139285 | 29355 | 141081 | 29735 | 150896 | 31803 | 152208 | 35049 |
| Barro Alto | 13990 | 3172 | 14172 | 3177 | 13626 | 2955 | 13766 | 2996 | 13914 | 3028 | 14855 | 3234 | 15230 | 3625 |
| Barro Preto | 6626 | 1497 | 6417 | 1431 | 6453 | 1214 | 6285 | 1177 | 6122 | 1147 | 6767 | 1269 | 6627 | 1382 |
| Barrocas | 13722 | 3247 | 13868 | 3267 | 14189 | 3063 | 14346 | 3055 | 14495 | 3087 | 15470 | 3294 | 15624 | 3616 |
| Belmonte | 22336 | 5754 | 22553 | 5775 | 21838 | 5140 | 21935 | 5190 | 22067 | 5224 | 23471 | 5556 | 23620 | 6107 |
| Belo Campo | 15427 | 3211 | 15185 | 3109 | 16026 | 3259 | 15915 | 3198 | 17625 | 3544 | 18539 | 3727 | 18459 | 4085 |
| Biritinga | 14307 | 3671 | 14260 | 3647 | 14833 | 3136 | 14851 | 3123 | 14866 | 3131 | 15737 | 3314 | 15769 | 3658 |
| Boa Nova | 15916 | 4086 | 15427 | 3948 | 15409 | 3176 | 15048 | 3091 | 14620 | 3002 | 15141 | 3109 | 14861 | 3367 |
| B. V do Tupim | 18323 | 4851 | 18298 | 4834 | 18000 | 4099 | 17944 | 4103 | 17898 | 4090 | 18888 | 4317 | 18677 | 4697 |
| B. J.da Lapa | 65148 | 15902 | 66192 | 16039 | 63508 | 14684 | 64121 | 14740 | 64740 | 14883 | 68282 | 15699 | 68922 | 17247 |
| B. J. da Serra | 10588 | 2591 | 10588 | 2573 | 10123 | 2116 | 10054 | 2087 | 10120 | 2099 | 10644 | 2207 | 10597 | 2402 |
| Boninal | 13738 | 3366 | 13857 | 3390 | 13695 | 2788 | 13796 | 2800 | 13893 | 2819 | 14742 | 2991 | 14490 | 3251 |
| Bonito | 14205 | 4452 | 14326 | 4454 | 14851 | 3786 | 14983 | 3809 | 15126 | 3848 | 16132 | 4106 | 16730 | 4701 |
| Boquira | 22502 | 5365 | 22521 | 5307 | 22042 | 4453 | 22031 | 4387 | 22025 | 4387 | 22389 | 4460 | 22409 | 4940 |
| Botuporã | 11186 | 2517 | 11048 | 2452 | 11162 | 2173 | 11050 | 2144 | 10950 | 2125 | 11162 | 2166 | 11089 | 2385 |
| Brejões | 12726 | 2875 | 12446 | 2799 | 14282 | 2842 | 14201 | 2829 | 14123 | 2812 | 14866 | 2960 | 15265 | 3343 |
| Brejoândia | 9703 | 1820 | 9791 | 1821 | 11127 | 2187 | 11164 | 2172 | 11247 | 2191 | 10545 | 2054 | 10624 | 2253 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| B.Macaúbas | 11083 | 2511 | 10949 | 2479 | 10718 | 2208 | 10596 | 2168 | 10479 | 2144 | 11301 | 2313 | 11158 | 2518 |
| Brumado | 64417 | 13054 | 64642 | 12965 | 64550 | 11497 | 64790 | 11457 | 64972 | 11489 | 68776 | 12162 | 69022 | 13434 |
| Buerarema | 20687 | 4670 | 20830 | 4688 | 18622 | 3605 | 18566 | 3543 | 18528 | 3543 | 19311 | 3693 | 19297 | 4085 |
| Buritama | 19349 | 5992 | 19492 | 6016 | 19589 | 4724 | 19729 | 4741 | 19853 | 4771 | 21115 | 5074 | 21418 | 5688 |
| Caatiba | 10023 | 1856 | 9450 | 1737 | 11448 | 2376 | 11016 | 2268 | 10576 | 2175 | 10828 | 2228 | 10486 | 2355 |
| C.Paraguaçu | 18302 | 5073 | 18569 | 5128 | 17327 | 4201 | 17457 | 4232 | 17582 | 4261 | 18713 | 4535 | 18850 | 5000 |
| Cachoeira | 33495 | 7764 | 33782 | 7774 | 32035 | 6086 | 32150 | 6083 | 32270 | 6105 | 34244 | 6480 | 34394 | 7198 |
| Caculé | 22282 | 4706 | 22557 | 4696 | 22231 | 3967 | 22396 | 3916 | 22577 | 3949 | 23232 | 4063 | 23392 | 4505 |
| Caém | 10417 | 2317 | 10187 | 2241 | 10376 | 2442 | 10188 | 2362 | 10013 | 2323 | 10429 | 2418 | 10282 | 2620 |
| Caetanos | 12389 | 2484 | 12307 | 2447 | 13666 | 2622 | 13727 | 2602 | 14926 | 2833 | 15842 | 3007 | 15913 | 3283 |
| Caetitê | 47774 | 10387 | 48007 | 10353 | 47524 | 8840 | 47647 | 8792 | 47774 | 8817 | 52166 | 9627 | 52353 | 10610 |
| Cafarnaum | 18119 | 4869 | 18314 | 4880 | 17212 | 3971 | 17305 | 4000 | 17398 | 4021 | 18489 | 4274 | 18595 | 4735 |
| Cairu | 14438 | 3978 | 14736 | 4034 | 15366 | 3424 | 15679 | 3483 | 15973 | 3549 | 17168 | 3816 | 17457 | 4222 |
| C. Grande | 13697 | 3502 | 13922 | 3544 | 12485 | 2906 | 12576 | 2931 | 12658 | 2946 | 13465 | 3133 | 13555 | 3419 |
| Camacan | 31133 | 7808 | 31113 | 7758 | 31468 | 7446 | 31505 | 7426 | 31535 | 7427 | 33068 | 7788 | 33135 | 8535 |
| Camaçari | 227955 | 53116 | 234558 | 54046 | 242984 | 49374 | 249206 | 50024 | 255238 | 51235 | 275575 | 55318 | 281413 | 61804 |
| Camamu | 32981 | 9667 | 32881 | 9603 | 35160 | 9159 | 35275 | 9213 | 35366 | 9239 | 37207 | 9721 | 36321 | 10420 |
| C. A. Lourdes | 27686 | 7203 | 27670 | 7161 | 28091 | 6494 | 28124 | 6478 | 28156 | 6479 | 29812 | 6860 | 29877 | 7564 |
| C.. Formoso | 67582 | 17290 | 68101 | 17298 | 66638 | 15174 | 66967 | 15210 | 67305 | 15284 | 71507 | 16239 | 71900 | 17940 |
| Canápolis | 11016 | 2858 | 11136 | 2877 | 9382 | 2095 | 9403 | 2105 | 9395 | 2106 | 10130 | 2271 | 10137 | 2510 |
| Canarana | 25557 | 6362 | 25935 | 6404 | 24055 | 5545 | 24252 | 5601 | 24430 | 5640 | 26006 | 6005 | 26200 | 6616 |
| Canavieiras | 36911 | 8567 | 37041 | 8566 | 32331 | 6884 | 32116 | 6799 | 31902 | 6754 | 33570 | 7105 | 33415 | 7769 |
| Candeal | 9157 | 2043 | 9050 | 2006 | 8895 | 1693 | 8806 | 1677 | 8720 | 1659 | 9143 | 1740 | 9075 | 1916 |
| Candeias | 81306 | 18298 | 81699 | 18257 | 83077 | 16047 | 83648 | 15906 | 84121 | 15997 | 89419 | 17005 | 88308 | 18510 |
| Candiba | 12766 | 2209 | 12821 | 2196 | 13205 | 2277 | 13271 | 2308 | 13329 | 2319 | 14527 | 2527 | 14599 | 2763 |
| Cândido Sales | 27327 | 5956 | 27180 | 5873 | 27916 | 5886 | 27747 | 5828 | 25711 | 5399 | 27057 | 5684 | 26952 | 6197 |
| Cansanção | 33920 | 8891 | 34093 | 8865 | 32923 | 7629 | 32982 | 7614 | 33054 | 7630 | 35029 | 8086 | 35135 | 8916 |
| Canudos | 15229 | 3839 | 15366 | 3847 | 15755 | 3681 | 15839 | 3677 | 15941 | 3702 | 16956 | 3938 | 17070 | 4341 |
| C.do A. Alegre | 12748 | 2590 | 12824 | 2573 | 11527 | 2066 | 11506 | 2059 | 11485 | 2048 | 12128 | 2164 | 12123 | 2367 |
| Capim Grosso | 26877 | 6208 | 27158 | 6221 | 26529 | 5679 | 26826 | 5671 | 27067 | 5725 | 28853 | 6103 | 29107 | 6702 |
| Caraíbas | 10659 | 1989 | 10495 | 1944 | 10225 | 1882 | 10048 | 1840 | 9879 | 1809 | 10292 | 1885 | 10150 | 2034 |
| Caravelas | 21945 | 5494 | 22115 | 5505 | 21437 | 4922 | 21515 | 4939 | 21612 | 4958 | 22328 | 5122 | 22442 | 5618 |
| C. da Silva | 8570 | 2660 | 8618 | 2661 | 8271 | 2244 | 8966 | 2219 | 9030 | 2235 | 9611 | 2378 | 9681 | 2658 |
| Carinhanha | 29988 | 8115 | 30240 | 8134 | 28378 | 6977 | 28451 | 6926 | 28519 | 6942 | 29768 | 7245 | 29864 | 7994 |
| Casa Nova | 65747 | 16771 | 66718 | 16938 | 64944 | 15194 | 65647 | 15279 | 66331 | 15439 | 70796 | 16479 | 71504 | 18118 |
| Castro Alves | 25052 | 5744 | 24978 | 5693 | 25419 | 4967 | 25483 | 4965 | 25555 | 4981 | 27097 | 5282 | 27194 | 5828 |
| Catolândia | 3972 | 863 | 4059 | 880 | 2609 | 522 | 2632 | 523 | 3215 | 645 | 3420 | 686 | 3644 | 807 |
| Catu | 50470 | 9947 | 50809 | 9916 | 51075 | 9228 | 51411 | 9204 | 51734 | 9264 | 55021 | 9852 | 55380 | 10870 |
| Caturama | 8749 | 1627 | 8713 | 1603 | 8847 | 1584 | 8830 | 1566 | 8817 | 1564 | 9760 | 1732 | 9762 | 1881 |
| Central | 17928 | 4400 | 18029 | 4400 | 17027 | 3760 | 17035 | 3736 | 17057 | 3745 | 18061 | 3964 | 18101 | 4364 |
| Chorrochó | 10952 | 2831 | 11022 | 2812 | 10734 | 2524 | 10765 | 2522 | 10794 | 2524 | 11444 | 2676 | 11484 | 2952 |
| Cícero Dantas | 31774 | 6621 | 31832 | 6586 | 32304 | 5909 | 32387 | 5925 | 32470 | 5942 | 34424 | 6300 | 34540 | 6967 |
| Cipó | 15634 | 3968 | 15758 | 3966 | 15764 | 3505 | 15821 | 3497 | 15884 | 3510 | 16860 | 3725 | 16938 | 4110 |
| Coaraci | 22812 | 4929 | 22274 | 4790 | 20964 | 4156 | 20442 | 4020 | 19937 | 3921 | 20620 | 4054 | 20183 | 4321 |
| Cocos | 17908 | 4081 | 17923 | 4039 | 18182 | 3881 | 18195 | 3854 | 18235 | 3859 | 19281 | 4081 | 19340 | 4481 |
| C. da Feira | 19891 | 4692 | 20117 | 4708 | 20408 | 4190 | 20612 | 4176 | 20826 | 4218 | 22226 | 4501 | 22448 | 4984 |
| C. do Almeida | 18076 | 3579 | 17974 | 3544 | 17895 | 3028 | 17796 | 3015 | 17705 | 2999 | 18644 | 3159 | 18583 | 3467 |
| C.do Coité | 63318 | 14576 | 62893 | 14624 | 62042 | 12903 | 62545 | 12879 | 63033 | 12984 | 67126 | 13830 | 67651 | 15261 |
| C. do Jacuípe | 28552 | 6114 | 28769 | 6107 | 30123 | 5904 | 30425 | 5891 | 30717 | 5946 | 32761 | 6342 | 33066 | 6978 |
| Conde | 22929 | 6741 | 23166 | 6782 | 23594 | 6092 | 23866 | 6083 | 24103 | 6144 | 25714 | 6554 | 25961 | 7286 |
| Condeúba | 17000 | 3916 | 17210 | 3926 | 16888 | 3350 | 16842 | 3317 | 17421 | 3434 | 18359 | 3619 | 18312 | 4001 |
| C. do Sincorá | 3924 | 740 | 3886 | 724 | 4663 | 905 | 4638 | 892 | 4613 | 884 | 4354 | 833 | 4340 | 916 |
| C. de Maria | 23797 | 5556 | 23774 | 5507 | 22431 | 4463 | 22273 | 4377 | 22149 | 4354 | 23314 | 4583 | 23228 | 5057 |
| Cordeiros | 8826 | 1896 | 8883 | 1896 | 8169 | 1446 | 8205 | 1449 | 8245 | 1455 | 8752 | 1544 | 8795 | 1725 |
| Coribe | 14931 | 3364 | 14895 | 3338 | 14301 | 2788 | 14258 | 2794 | 14210 | 2785 | 15024 | 2944 | 15000 | 3245 |
| C. João Sá | 18540 | 5084 | 18408 | 5027 | 17066 | 3929 | 16855 | 3859 | 16650 | 3810 | 17422 | 3986 | 17256 | 4364 |
| Coaraci | 32784 | 8069 | 32980 | 8072 | 31259 | 6473 | 31324 | 6500 | 31397 | 6516 | 32980 | 6843 | 33084 | 7578 |
| Cotegipe | 14127 | 3682 | 14191 | 3693 | 13638 | 2987 | 13625 | 2990 | 13614 | 2988 | 14390 | 3158 | 14396 | 3470 |
| Cravolândia | 5651 | 1265 | 5713 | 1279 | 5042 | 1079 | 5045 | 1070 | 5048 | 1070 | 5341 | 1134 | 5552 | 1284 |
| Crisópolis | 20179 | 5436 | 20279 | 5430 | 20056 | 4421 | 20124 | 4432 | 20199 | 4447 | 21435 | 4717 | 21529 | 5230 |
| Cristópolis | 14140 | 3155 | 14279 | 3169 | 13280 | 2665 | 13328 | 2688 | 13374 | 2697 | 14189 | 2862 | 14247 | 3174 |
| C.das Almas | 56766 | 11465 | 57098 | 11431 | 58584 | 10439 | 59045 | 10417 | 59470 | 10489 | 63299 | 11164 | 63761 | 12349 |
| Curaçá | 33929 | 8634 | 34421 | 8720 | 32165 | 7492 | 32403 | 7485 | 32631 | 7539 | 34725 | 8024 | 34974 | 8844 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Dário Meira | 12611 | 3348 | 12331 | 3267 | 12841 | 2895 | 12609 | 2813 | 12217 | 2725 | 12721 | 2838 | 12190 | 2993 |
| Dias d'Ávila | 56600 | 13257 | 57708 | 13384 | 66373 | 14567 | 68061 | 14800 | 69628 | 15141 | 75103 | 16332 | 76624 | 18155 |
| Dom Basílio | 11518 | 2277 | 11620 | 2272 | 11355 | 2096 | 11405 | 2075 | 11454 | 2080 | 12379 | 2250 | 12441 | 2459 |
| D.M. Costa | 3936 | 733 | 3951 | 733 | 3873 | 677 | 3884 | 663 | 3894 | 662 | 4127 | 702 | 4140 | 776 |
| E. Medrado | 8159 | 1482 | 8183 | 1480 | 7952 | 1412 | 7954 | 1396 | 7961 | 1396 | 8426 | 1476 | 8420 | 1613 |
| Encruzilhada | 21875 | 5061 | 20720 | 4752 | 23786 | 5521 | 23968 | 5512 | 22478 | 5169 | 21418 | 4925 | 20859 | 5265 |
| Entre Rios | 40276 | 10878 | 40524 | 10836 | 39883 | 9100 | 40029 | 9045 | 40180 | 9078 | 42640 | 9637 | 42828 | 10665 |
| Érico Cardoso | 10809 | 2470 | 10717 | 2433 | 10855 | 1888 | 10802 | 1892 | 10746 | 1884 | 11509 | 2018 | 11472 | 2220 |
| Esplanada | 32593 | 9281 | 33115 | 9368 | 33278 | 7984 | 33217 | 8025 | 33618 | 8123 | 35930 | 8682 | 36339 | 9683 |
| Euc. da Cunha | 58746 | 13949 | 59193 | 13971 | 56312 | 11817 | 56631 | 11804 | 56962 | 11872 | 60558 | 12620 | 60932 | 13990 |
| Eunápolis | 98194 | 23696 | 99553 | 23863 | 100246 | 21630 | 101432 | 21772 | 102628 | 22029 | 110803 | 23784 | 112032 | 26371 |
| Fátima | 19588 | 4554 | 19703 | 4541 | 17652 | 3446 | 17603 | 3370 | 17555 | 3364 | 18524 | 3549 | 18502 | 3946 |
| F. da Mata | 6537 | 1465 | 6562 | 1451 | 6179 | 1207 | 6181 | 1213 | 6177 | 1213 | 5908 | 1160 | 5911 | 1282 |
| F. de Santana | 584497 | 125245 | 591707 | 124930 | 556756 | 105286 | 562466 | 105773 | 568099 | 106833 | 606139 | 113985 | 612000 | 125933 |
| Filadélfia | 16319 | 3981 | 16215 | 3934 | 16749 | 3579 | 16706 | 3527 | 16672 | 3527 | 17603 | 3724 | 17593 | 4074 |
| Firmino Alves | 5804 | 1276 | 5864 | 1282 | 5385 | 1115 | 5401 | 1118 | 5417 | 1127 | 5744 | 1194 | 5766 | 1311 |
| Floresta Azul | 10489 | 2204 | 10364 | 2151 | 10660 | 2126 | 10605 | 2112 | 10657 | 2125 | 11392 | 2272 | 11352 | 2488 |
| F.do Rio Preto | 21827 | 6256 | 22171 | 6340 | 22534 | 5402 | 22854 | 5475 | 23169 | 5550 | 24799 | 5940 | 25074 | 6592 |
| Gandu | 31410 | 7353 | 31819 | 7397 | 30329 | 6480 | 30580 | 6560 | 30816 | 6610 | 32814 | 7037 | 33097 | 7740 |
| Gavião | 4537 | 782 | 4507 | 763 | 4561 | 791 | 4535 | 795 | 4510 | 786 | 4747 | 828 | 4729 | 905 |
| Gentio do | 11829 | 2924 | 11988 | 2961 | 10720 | 2195 | 10657 | 2222 | 10690 | 2226 | 11338 | 2361 | 11381 | 2614 |
| Glória | 14223 | 3251 | 14176 | 3226 | 15073 | 2964 | 15096 | 2940 | 15114 | 2951 | 16003 | 3124 | 16039 | 3454 |
| Gongogi | 6581 | 1610 | 6170 | 1511 | 8344 | 1748 | 8191 | 1683 | 8031 | 1649 | 8325 | 1710 | 8212 | 1849 |
| G.Mangabeira | 20539 | 4562 | 20668 | 4574 | 19826 | 4017 | 19873 | 3997 | 19926 | 4008 | 21125 | 4249 | 21198 | 4675 |
| Guajeru | 9216 | 1831 | 9330 | 1831 | 10383 | 1855 | 10039 | 1762 | 9182 | 1610 | 9388 | 1646 | 9087 | 1768 |
| Guanambi | 79190 | 15868 | 79886 | 15833 | 78801 | 14278 | 79394 | 14221 | 79936 | 14315 | 84645 | 15159 | 85237 | 16689 |
| Guaratinga | 23105 | 5307 | 22960 | 5258 | 22195 | 4900 | 22000 | 4807 | 21840 | 4772 | 22583 | 4935 | 22465 | 5385 |
| Heliópolis | 14575 | 3589 | 14713 | 3583 | 12444 | 2655 | 13145 | 2626 | 13099 | 2619 | 13812 | 2761 | 13786 | 3074 |
| Iaçu | 28616 | 7151 | 28602 | 7082 | 25735 | 5666 | 25524 | 5603 | 25319 | 5559 | 26591 | 5838 | 26382 | 6398 |
| Ibiassucê | 9372 | 1712 | 9008 | 1620 | 10077 | 1663 | 9831 | 1618 | 9607 | 1581 | 10866 | 1788 | 10679 | 1924 |
| Ibicaraí | 24989 | 5533 | 24569 | 5396 | 24241 | 4809 | 23910 | 4774 | 23560 | 4703 | 24595 | 4910 | 24303 | 5331 |
| Ibicoara | 16643 | 4005 | 16940 | 4041 | 17301 | 4254 | 17548 | 4298 | 17805 | 4360 | 19071 | 4671 | 19309 | 5130 |
| Ibicuí | 16353 | 3474 | 16464 | 3468 | 15786 | 3118 | 15830 | 3159 | 15650 | 3120 | 16582 | 3306 | 16640 | 3612 |
| Ibipeba | 17466 | 3868 | 17666 | 3882 | 17021 | 3507 | 17145 | 3543 | 17277 | 3569 | 18398 | 3801 | 18540 | 4169 |
| Ibipitanga | 14327 | 3224 | 14408 | 3207 | 14171 | 2700 | 14229 | 2692 | 14285 | 2701 | 15162 | 2866 | 15231 | 3187 |
| Ibiquera | 5229 | 1197 | 5300 | 1212 | 4865 | 1068 | 4870 | 1084 | 4874 | 1084 | 5158 | 1147 | 5149 | 1258 |
| Ibirapitanga | 24052 | 6935 | 24223 | 6989 | 22610 | 5784 | 22641 | 5792 | 22683 | 5804 | 24059 | 6155 | 24118 | 6786 |
| Ibirapuá | 7825 | 1584 | 7893 | 1580 | 7960 | 1616 | 8023 | 1642 | 8086 | 1656 | 8603 | 1762 | 8671 | 1937 |
| Ibirataia | 24582 | 5494 | 24544 | 5491 | 18946 | 3805 | 18443 | 3692 | 17959 | 3596 | 18546 | 3713 | 18348 | 4022 |
| Ibitiara | 16471 | 3604 | 16665 | 3615 | 15519 | 2825 | 15590 | 2843 | 15669 | 2859 | 16647 | 3038 | 16614 | 3360 |
| Ibititá | 19286 | 4251 | 19410 | 4218 | 17832 | 3729 | 17801 | 3706 | 17763 | 3705 | 18752 | 3911 | 18740 | 4260 |
| Ibotirama | 26228 | 6522 | 26419 | 6535 | 25422 | 5415 | 25522 | 5401 | 25617 | 5417 | 27285 | 5771 | 27405 | 6384 |
| Ichu | 6101 | 1330 | 6148 | 1328 | 5255 | 987 | 5269 | 982 | 5908 | 1105 | 6265 | 1171 | 6288 | 1291 |
| Igaporã | 14944 | 3028 | 14970 | 3019 | 15194 | 2779 | 15222 | 2762 | 15238 | 2769 | 16159 | 2937 | 16193 | 3224 |
| Igrapiúna | 13436 | 3945 | 13268 | 3880 | 13347 | 3404 | 13183 | 3347 | 13028 | 3307 | 13636 | 3459 | 14509 | 4071 |
| Iguaí | 29070 | 6430 | 29449 | 6485 | 25724 | 5416 | 25768 | 5426 | 26053 | 5488 | 27615 | 5819 | 27704 | 6385 |
| Ilhéus | 219710 | 49521 | 219266 | 49129 | 184231 | 36170 | 185801 | 36343 | 187315 | 36636 | 184616 | 36108 | 182350 | 39122 |
| Inhambupe | 36084 | 9845 | 36719 | 9943 | 36290 | 8279 | 36822 | 8367 | 37321 | 8479 | 39938 | 9073 | 40441 | 10122 |
| Ipecaetá | 15694 | 3887 | 15888 | 3915 | 15334 | 3032 | 15176 | 2936 | 15025 | 2906 | 15753 | 3047 | 15634 | 3355 |
| Ípiaú | 43749 | 9616 | 43723 | 9552 | 44430 | 8699 | 44465 | 8648 | 44538 | 8663 | 47178 | 9177 | 47388 | 10110 |
| Ipirá | 61439 | 14743 | 62197 | 14811 | 59352 | 12425 | 59169 | 12320 | 59001 | 12284 | 62253 | 12961 | 62172 | 14207 |
| Ipupiara | 9259 | 1796 | 9325 | 1799 | 9290 | 1685 | 9343 | 1677 | 9398 | 1686 | 9992 | 1792 | 10054 | 1975 |
| Irajuba | 7550 | 1905 | 7666 | 1928 | 7002 | 1530 | 7024 | 1538 | 7046 | 1548 | 7471 | 1641 | 7443 | 1792 |
| Iramaia | 15291 | 3407 | 15045 | 3321 | 11988 | 2566 | 11564 | 2473 | 11150 | 2383 | 11412 | 2438 | 10809 | 2549 |
| Iraquara | 23867 | 6603 | 24415 | 6739 | 22607 | 5264 | 22929 | 5300 | 23246 | 5373 | 24882 | 5750 | 24712 | 6287 |
| Irárá | 25771 | 5990 | 25811 | 5966 | 27492 | 5542 | 27643 | 5570 | 27814 | 5606 | 29579 | 5964 | 29770 | 6604 |
| Irecê | 65310 | 15100 | 66061 | 15108 | 66404 | 13757 | 66865 | 13863 | 67527 | 14001 | 72041 | 14937 | 72730 | 16526 |
| Itabela | 26636 | 7385 | 26704 | 7379 | 28399 | 6953 | 28593 | 6952 | 28790 | 7000 | 30636 | 7447 | 30852 | 8224 |
| Itaberaba | 61302 | 14335 | 61490 | 14300 | 61623 | 12978 | 61838 | 12919 | 62037 | 12961 | 65806 | 13748 | 66065 | 15088 |
| Itabuna | 212245 | 42405 | 213656 | 42250 | 204710 | 36350 | 205286 | 36288 | 205885 | 36394 | 218124 | 38557 | 218925 | 42427 |
| Itacaré | 26348 | 7256 | 27170 | 7445 | 24340 | 6119 | 24794 | 6180 | 25254 | 6295 | 26753 | 6668 | 27198 | 7400 |
| Itaeté | 14614 | 4183 | 14664 | 4186 | 14932 | 3479 | 14995 | 3468 | 15063 | 3485 | 15996 | 3701 | 16370 | 4180 |
| Itagi | 14217 | 3663 | 14162 | 3648 | 13053 | 2736 | 12926 | 2697 | 12805 | 2670 | 13433 | 2801 | 13448 | 3109 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Itagibá | 16659 | 3714 | 16590 | 3681 | 15210 | 3035 | 15053 | 3008 | 15088 | 3014 | 15829 | 3161 | 15871 | 3458 |
| Itagimirim | 7181 | 1573 | 7118 | 1539 | 7110 | 1541 | 7061 | 1516 | 7013 | 1508 | 7420 | 1595 | 7384 | 1735 |
| I. da Bahia | 13097 | 3606 | 13269 | 3614 | 13209 | 3184 | 13350 | 3192 | 13487 | 3223 | 14392 | 3441 | 14533 | 3814 |
| I. do Colônia | 7794 | 1973 | 7706 | 1929 | 7278 | 1756 | 7212 | 1751 | 7118 | 1728 | 7507 | 1820 | 7428 | 1952 |
| Itajuípe | 20695 | 4529 | 20490 | 4455 | 21094 | 4128 | 20978 | 4115 | 20878 | 4097 | 21884 | 4295 | 21817 | 4704 |
| Itamaraju | 67517 | 16023 | 67803 | 15967 | 63355 | 13607 | 63053 | 13530 | 63037 | 13519 | 67128 | 14396 | 67191 | 15778 |
| Itamarí | 8747 | 2079 | 8781 | 2078 | 7904 | 1725 | 7869 | 1742 | 7836 | 1740 | 8259 | 1834 | 8534 | 2081 |
| Itambé | 35106 | 7874 | 35512 | 7903 | 23106 | 4963 | 22828 | 4898 | 22650 | 4859 | 23723 | 5090 | 23520 | 5526 |
| Itanagra | 6841 | 1904 | 6884 | 1901 | 7591 | 1857 | 7594 | 1869 | 7590 | 1869 | 8023 | 1977 | 8029 | 2157 |
| Itanhém | 21188 | 4556 | 21154 | 4531 | 20199 | 3763 | 20114 | 3708 | 20015 | 3690 | 20735 | 3822 | 20671 | 4224 |
| Itaparica | 20641 | 4724 | 20796 | 4699 | 20760 | 4177 | 20862 | 4181 | 20994 | 4207 | 22329 | 4475 | 22476 | 4968 |
| Itapé | 11013 | 2033 | 10630 | 1937 | 10986 | 2225 | 10711 | 2170 | 10436 | 2116 | 10682 | 2165 | 10448 | 2308 |
| Itapebi | 11931 | 3240 | 12003 | 3240 | 10497 | 2570 | 10446 | 2519 | 10398 | 2506 | 10942 | 2639 | 10910 | 2892 |
| Itapetinga | 65904 | 14316 | 66665 | 14353 | 68314 | 13586 | 69067 | 13669 | 69903 | 13835 | 74652 | 14775 | 75440 | 16311 |
| Itapicuru | 32100 | 9041 | 32563 | 9102 | 32278 | 7763 | 32641 | 7821 | 33008 | 7910 | 35255 | 8448 | 35632 | 9420 |
| Itapitanga | 10385 | 2371 | 10376 | 2358 | 10207 | 2112 | 10194 | 2088 | 10181 | 2085 | 10799 | 2213 | 10799 | 2422 |
| Itaquara | 7761 | 1846 | 7743 | 1849 | 7678 | 1455 | 7715 | 1434 | 7751 | 1438 | 8231 | 1526 | 8480 | 1756 |
| Itarantim | 18254 | 3929 | 18375 | 3930 | 18548 | 3635 | 18664 | 3664 | 18651 | 3664 | 19837 | 3896 | 19968 | 4303 |
| Itatim | 15266 | 3636 | 15516 | 3667 | 14539 | 3142 | 13775 | 3001 | 13841 | 3015 | 14700 | 3203 | 14691 | 3483 |
| Itiruçu | 16538 | 3767 | 16827 | 3821 | 12693 | 2496 | 12640 | 2459 | 12589 | 2449 | 13267 | 2582 | 13336 | 2849 |
| Itúba | 36890 | 9739 | 36996 | 9719 | 36112 | 8283 | 36157 | 8242 | 36200 | 8251 | 38330 | 8736 | 38413 | 9651 |
| Itororó | 20841 | 4540 | 20930 | 4542 | 19911 | 3986 | 19928 | 3960 | 19942 | 3965 | 21106 | 4198 | 21143 | 4599 |
| Ituaçu | 18621 | 4240 | 18772 | 4246 | 18127 | 3523 | 18216 | 3543 | 18302 | 3558 | 19211 | 3734 | 19311 | 4133 |
| Ituberá | 24185 | 6596 | 24169 | 6568 | 26592 | 6053 | 26764 | 6143 | 26930 | 6181 | 28639 | 6573 | 28934 | 7247 |
| Iuiú | 11954 | 2992 | 12093 | 2998 | 10905 | 2426 | 10932 | 2414 | 10963 | 2416 | 11253 | 2480 | 11294 | 2735 |
| Jaborandi | 9032 | 2046 | 8895 | 2003 | 8976 | 1599 | 8849 | 1529 | 8728 | 1511 | 9417 | 1630 | 9318 | 1818 |
| Jacaraci | 14656 | 2752 | 14837 | 2755 | 13656 | 2209 | 13664 | 2174 | 14500 | 2311 | 15350 | 2445 | 15380 | 2701 |
| Jacobina | 78842 | 17401 | 79013 | 17286 | 79285 | 15793 | 79417 | 15742 | 79580 | 15773 | 84328 | 16714 | 84577 | 18416 |
| Jaguaquara | 48097 | 12202 | 48206 | 12156 | 51019 | 11357 | 51328 | 11379 | 51635 | 11447 | 54902 | 12170 | 55127 | 13419 |
| Jaguarari | 30222 | 6528 | 30484 | 6510 | 30342 | 6053 | 30560 | 6041 | 30769 | 6086 | 32740 | 6474 | 32969 | 7173 |
| Jaguaripe | 17074 | 4630 | 17435 | 4707 | 16467 | 3694 | 16701 | 3722 | 16927 | 3773 | 18114 | 4038 | 18432 | 4542 |
| Jandaíra | 10027 | 3092 | 10018 | 3076 | 10322 | 2672 | 10355 | 2646 | 10377 | 2650 | 10997 | 2809 | 11031 | 3102 |
| Jequié | 150351 | 32147 | 150541 | 31906 | 151921 | 28661 | 152138 | 28609 | 152372 | 28653 | 161391 | 30348 | 161150 | 33130 |
| Jeremoabo | 38924 | 9386 | 39302 | 9375 | 37661 | 8395 | 37926 | 8505 | 38163 | 8560 | 40587 | 9104 | 40851 | 10023 |
| Jiquiriçá | 13771 | 3090 | 13772 | 3071 | 14087 | 2953 | 14147 | 2896 | 14096 | 2889 | 14936 | 3060 | 14993 | 3363 |
| Jitaúna | 16816 | 3380 | 16365 | 3251 | 14115 | 2870 | 13691 | 2778 | 13280 | 2695 | 13667 | 2772 | 13636 | 3035 |
| João Dourado | 21726 | 5277 | 21990 | 5298 | 22359 | 5363 | 22812 | 5431 | 23066 | 5493 | 24633 | 5865 | 24894 | 6447 |
| Juazeiro | 237627 | 58101 | 243896 | 58946 | 197984 | 43665 | 199761 | 43965 | 201499 | 44348 | 214748 | 47265 | 216588 | 51982 |
| Jucuruçu | 10698 | 2720 | 10516 | 2675 | 9960 | 2203 | 10129 | 2178 | 9972 | 2145 | 10403 | 2237 | 10272 | 2435 |
| Jussara | 15229 | 3711 | 15204 | 3679 | 15053 | 3448 | 15028 | 3481 | 15004 | 3474 | 15848 | 3669 | 15844 | 3988 |
| Jussari | 6980 | 1547 | 6914 | 1525 | 6467 | 1380 | 6397 | 1358 | 6322 | 1342 | 6493 | 1378 | 6434 | 1503 |
| Jussiape | 8356 | 1152 | 8043 | 1091 | 7972 | 1201 | 7778 | 1151 | 7533 | 1115 | 7741 | 1146 | 7429 | 1210 |
| L. Coutinho | 3561 | 641 | 3502 | 635 | 3901 | 658 | 3865 | 639 | 3830 | 633 | 4017 | 662 | 4046 | 741 |
| Lagoa Real | 14359 | 3561 | 14510 | 3580 | 13934 | 2719 | 14063 | 2700 | 14187 | 2725 | 15542 | 2985 | 15676 | 3344 |
| Laje | 21957 | 5081 | 22180 | 5103 | 22206 | 4621 | 22444 | 4693 | 22679 | 4743 | 24207 | 5063 | 23682 | 5441 |
| Lajedão | 3585 | 720 | 3599 | 722 | 3733 | 725 | 3758 | 702 | 3782 | 713 | 3971 | 749 | 3997 | 828 |
| Lajedinho | 4461 | 1163 | 4468 | 1158 | 3930 | 838 | 3908 | 841 | 3881 | 836 | 4079 | 878 | 3993 | 942 |
| L. do Tabocal | 8923 | 2161 | 8999 | 2172 | 8305 | 1733 | 8326 | 1717 | 8346 | 1727 | 8847 | 1831 | 8810 | 2000 |
| Lamarão | 12682 | 2930 | 12995 | 2986 | 9027 | 2038 | 9413 | 2023 | 9271 | 1994 | 9673 | 2081 | 9554 | 2268 |
| Lapão | 26461 | 6556 | 26616 | 6544 | 25651 | 5762 | 25717 | 5755 | 25785 | 5776 | 27338 | 6124 | 27432 | 6707 |
| L. de Freitas | 153016 | 33122 | 156936 | 33501 | 163414 | 30656 | 167309 | 31129 | 171042 | 31822 | 184383 | 34305 | 188013 | 38390 |
| Lençóis | 10008 | 2776 | 10112 | 2786 | 10368 | 2449 | 10480 | 2450 | 10589 | 2474 | 11300 | 2641 | 11340 | 2906 |
| L. de Almeida | 13135 | 2515 | 13205 | 2505 | 12320 | 2268 | 12295 | 2251 | 12268 | 2239 | 12962 | 2365 | 12965 | 2580 |
| L.N. Senhora | 43994 | 9267 | 44568 | 9317 | 42705 | 7890 | 43110 | 7909 | 43514 | 7982 | 45236 | 8298 | 45647 | 9206 |
| L.E.Magalhães | 48977 | 14895 | 52054 | 15753 | 60179 | 14281 | 63290 | 15036 | 66371 | 15767 | 73061 | 17356 | 76420 | 19652 |
| Macaíjuba | 11522 | 2958 | 11517 | 2957 | 11229 | 2676 | 11215 | 2692 | 11201 | 2683 | 11835 | 2835 | 11836 | 3097 |
| Macarani | 16735 | 3915 | 16940 | 3929 | 17088 | 3465 | 17285 | 3448 | 17253 | 3443 | 18419 | 3676 | 18608 | 4095 |
| Macaúbas | 47991 | 11149 | 48633 | 11204 | 47067 | 9452 | 47490 | 9378 | 47915 | 9459 | 49436 | 9759 | 49861 | 10842 |
| Macururé | 7913 | 1975 | 7834 | 1938 | 8067 | 1789 | 8032 | 1810 | 7992 | 1804 | 8417 | 1901 | 8390 | 2064 |
| M.de Deus | 16354 | 3524 | 16783 | 3576 | 17384 | 3205 | 17786 | 3266 | 18183 | 3340 | 19600 | 3600 | 19985 | 4052 |
| Maetinga | 8432 | 1695 | 7884 | 1569 | 7031 | 1317 | 6554 | 1231 | 6048 | 1137 | 5972 | 1125 | 5561 | 1145 |
| Maiquínique | 8713 | 2016 | 8848 | 2026 | 8782 | 1833 | 8894 | 1853 | 9229 | 1925 | 9864 | 2057 | 9976 | 2277 |
| Mairi | 19752 | 4553 | 19700 | 4502 | 19335 | 3858 | 19243 | 3835 | 19163 | 3821 | 20194 | 4026 | 20144 | 4434 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Malhada | 16647 | 4528 | 16739 | 4527 | 16008 | 3956 | 16037 | 3962 | 16058 | 3968 | 17375 | 4294 | 17416 | 4723 |
| M.de Pedras | 7753 | 1775 | 7677 | 1745 | 8452 | 1572 | 8428 | 1532 | 8389 | 1531 | 8942 | 1631 | 8918 | 1801 |
| M.Vitorino | 14389 | 3480 | 14138 | 3407 | 14390 | 3040 | 14221 | 2956 | 13948 | 2901 | 14600 | 3037 | 14618 | 3360 |
| Mansidão | 12142 | 3378 | 12244 | 3404 | 12594 | 2897 | 12707 | 2912 | 12759 | 2925 | 13598 | 3117 | 13652 | 3425 |
| Maracás | 35617 | 7318 | 35990 | 7360 | 24615 | 4847 | 24822 | 4842 | 25024 | 4882 | 24491 | 4777 | 24156 | 5186 |
| Maragogipe | 43620 | 9673 | 43921 | 9681 | 42815 | 8371 | 42967 | 8297 | 43114 | 8326 | 45740 | 8835 | 45928 | 9722 |
| Marauá | 17386 | 4533 | 17270 | 4479 | 19097 | 4714 | 19158 | 4698 | 19212 | 4712 | 21016 | 5154 | 21098 | 5659 |
| M. Souza | 11043 | 3020 | 11061 | 3020 | 10508 | 2381 | 10473 | 2367 | 10447 | 2362 | 11026 | 2494 | 10962 | 2740 |
| Mascote | 16557 | 4232 | 16590 | 4232 | 14640 | 3534 | 14520 | 3467 | 14257 | 3405 | 15221 | 3634 | 15131 | 3982 |
| M. de S.João | 38962 | 8562 | 39585 | 8624 | 40210 | 8358 | 40866 | 8435 | 41527 | 8572 | 44538 | 9195 | 45194 | 10179 |
| Matina | 12976 | 3227 | 13245 | 3259 | 11134 | 2404 | 11246 | 2415 | 11342 | 2435 | 12114 | 2601 | 12217 | 2881 |
| Med.Netto | 22629 | 4635 | 22752 | 4603 | 21541 | 4191 | 21602 | 4170 | 21642 | 4171 | 23358 | 4502 | 23420 | 4973 |
| Mig.Calmon | 27850 | 6268 | 27724 | 6211 | 26466 | 5350 | 26329 | 5317 | 26188 | 5285 | 27569 | 5564 | 27627 | 6129 |
| Milagres | 12100 | 2965 | 12092 | 2948 | 10306 | 2124 | 11057 | 2250 | 10994 | 2236 | 11569 | 2353 | 11700 | 2617 |
| Mirangaba | 18436 | 4636 | 18849 | 4716 | 16323 | 3582 | 16445 | 3625 | 16606 | 3663 | 17714 | 3907 | 17881 | 4347 |
| Mirante | 8876 | 1443 | 8375 | 1357 | 10512 | 2120 | 10265 | 2041 | 9902 | 1966 | 10270 | 2040 | 10081 | 2198 |
| Monte Santo | 53577 | 13243 | 53429 | 13114 | 52360 | 11544 | 52178 | 11443 | 52023 | 11411 | 54884 | 12038 | 54807 | 13261 |
| Morpará | 8853 | 2018 | 8871 | 2023 | 8285 | 1735 | 8256 | 1724 | 8233 | 1715 | 8987 | 1871 | 8977 | 2052 |
| M. do Chapéu | 35009 | 9222 | 35031 | 9163 | 35207 | 8127 | 35208 | 8166 | 35251 | 8178 | 37326 | 8659 | 36641 | 9361 |
| Mortugaba | 14508 | 2825 | 14692 | 2841 | 12482 | 2143 | 12496 | 2124 | 11729 | 1997 | 12421 | 2115 | 12450 | 2338 |
| Mucugê | 14629 | 3002 | 14714 | 2986 | 10548 | 2284 | 10342 | 2208 | 10145 | 2162 | 10568 | 2252 | 10400 | 2410 |
| Mucuri | 34836 | 9059 | 35501 | 9148 | 36043 | 8279 | 36638 | 8358 | 37229 | 8494 | 39927 | 9110 | 40514 | 10170 |
| M. do Morro | 14006 | 4127 | 13879 | 4074 | 12270 | 3019 | 11992 | 2937 | 11743 | 2878 | 12191 | 2988 | 12398 | 3341 |
| M. Novo | 24895 | 6416 | 25245 | 6441 | 24419 | 5355 | 24635 | 5375 | 24867 | 5423 | 26518 | 5782 | 26935 | 6490 |
| M. Ferreira | 7214 | 1514 | 7236 | 1511 | 7310 | 1230 | 7346 | 1248 | 7374 | 1259 | 7825 | 1336 | 7860 | 1481 |
| M.de | 10547 | 3191 | 10691 | 3213 | 10272 | 2736 | 10354 | 2764 | 10433 | 2783 | 11465 | 3057 | 11552 | 3376 |
| Muritiba | 27866 | 5939 | 27755 | 5884 | 28897 | 5466 | 28922 | 5390 | 28944 | 5400 | 30635 | 5713 | 30691 | 6306 |
| Mutupe | 21935 | 4663 | 22066 | 4671 | 21466 | 4147 | 21530 | 4134 | 21608 | 4151 | 22928 | 4406 | 22742 | 4778 |
| Nazaré | 27350 | 5922 | 27427 | 5893 | 27269 | 5198 | 27366 | 5133 | 27454 | 5151 | 29122 | 5463 | 29297 | 6066 |
| Nilo Peçanha | 13092 | 3335 | 13274 | 3352 | 12530 | 2787 | 12632 | 2800 | 12729 | 2821 | 13555 | 3005 | 14119 | 3437 |
| Nordestina | 12599 | 3256 | 12670 | 3262 | 12398 | 2725 | 12415 | 2744 | 12458 | 2752 | 13216 | 2919 | 13270 | 3244 |
| Nova Canaã | 19866 | 4579 | 20311 | 4659 | 16727 | 3484 | 16731 | 3491 | 16070 | 3359 | 17013 | 3556 | 17048 | 3905 |
| Nova Fátima | 7930 | 1677 | 7964 | 1679 | 7602 | 1374 | 7616 | 1335 | 7630 | 1337 | 8083 | 1416 | 8105 | 1568 |
| Nova Ibiá | 7047 | 1560 | 7029 | 1544 | 6648 | 1427 | 6609 | 1400 | 6570 | 1396 | 6913 | 1466 | 7063 | 1632 |
| Nova Itarana | 7762 | 2126 | 7875 | 2148 | 7438 | 1725 | 7500 | 1740 | 7563 | 1755 | 8058 | 1871 | 8192 | 2093 |
| N. Redenção | 9262 | 2496 | 9318 | 2490 | 8034 | 1629 | 8044 | 1633 | 8053 | 1633 | 8527 | 1729 | 9453 | 2106 |
| N. Soure | 26666 | 6924 | 26874 | 6924 | 24132 | 5511 | 24202 | 5470 | 24265 | 5486 | 25725 | 5816 | 25813 | 6454 |
| Nova Viçosa | 36032 | 9318 | 36407 | 9327 | 38537 | 9023 | 39054 | 9162 | 39535 | 9274 | 42265 | 9915 | 42754 | 10980 |
| N. Horizonte | 10860 | 2156 | 11092 | 2183 | 10673 | 2074 | 10840 | 2098 | 11001 | 2129 | 11786 | 2280 | 12085 | 2546 |
| Novo Triunfo | 14666 | 3486 | 14763 | 3491 | 15057 | 3255 | 15059 | 3159 | 15067 | 3160 | 15943 | 3343 | 15969 | 3702 |
| Olindina | 24516 | 6282 | 24557 | 6244 | 24943 | 5583 | 25023 | 5562 | 25100 | 5578 | 26620 | 5915 | 26722 | 6531 |
| O. Brejinhos | 23436 | 5553 | 23596 | 5529 | 21839 | 4528 | 21822 | 4467 | 21813 | 4467 | 22738 | 4657 | 22756 | 5176 |
| Ouriçangas | 8081 | 1670 | 8131 | 1674 | 8287 | 1484 | 8307 | 1484 | 8316 | 1485 | 8804 | 1573 | 8822 | 1737 |
| Ouroândia | 16933 | 4489 | 17080 | 4513 | 16477 | 3937 | 16503 | 3957 | 16578 | 3976 | 17603 | 4222 | 17691 | 4636 |
| P. de M. Alto | 21896 | 4749 | 22061 | 4741 | 20779 | 3898 | 20836 | 3892 | 20894 | 3903 | 22260 | 4157 | 22340 | 4608 |
| Palmeiras | 8358 | 2097 | 8437 | 2103 | 8408 | 1922 | 8479 | 1931 | 8545 | 1950 | 9122 | 2083 | 9066 | 2266 |
| Paramirim | 20756 | 3925 | 20870 | 3896 | 20998 | 3432 | 21115 | 3465 | 21226 | 3482 | 21838 | 3582 | 21961 | 3956 |
| Paratinga | 29693 | 7566 | 29874 | 7590 | 29475 | 6644 | 29682 | 6652 | 29853 | 6693 | 32258 | 7232 | 32452 | 7981 |
| Paripiranga | 29459 | 6831 | 29727 | 6826 | 27782 | 5446 | 27870 | 5457 | 27958 | 5476 | 29654 | 5808 | 29769 | 6462 |
| Pau Brasil | 12418 | 3083 | 12342 | 3037 | 10853 | 2756 | 10684 | 2708 | 10479 | 2656 | 11166 | 2830 | 11031 | 3038 |
| Paulo Afonso | 105837 | 24027 | 106703 | 24006 | 108419 | 21810 | 109310 | 21921 | 110193 | 22096 | 117377 | 23537 | 118323 | 26018 |
| Pé de Serra | 14683 | 3432 | 14788 | 3427 | 13752 | 2743 | 13729 | 2747 | 13707 | 2737 | 14478 | 2891 | 14474 | 3187 |
| Pedrao | 7525 | 1788 | 7597 | 1802 | 6896 | 1384 | 6936 | 1383 | 6993 | 1393 | 7450 | 1485 | 7511 | 1640 |
| P. Alexandre | 17643 | 4830 | 17698 | 4807 | 16995 | 4217 | 17020 | 4185 | 17045 | 4189 | 18051 | 4435 | 18094 | 4873 |
| Piatã | 18532 | 4205 | 18470 | 4162 | 17985 | 3743 | 17417 | 3618 | 17257 | 3586 | 18421 | 3827 | 18584 | 4239 |
| P. Arcado | 34144 | 9502 | 34466 | 9563 | 32815 | 8103 | 33021 | 8196 | 33176 | 8235 | 35237 | 8748 | 35255 | 9586 |
| Pindaí | 15759 | 3179 | 15772 | 3136 | 15629 | 2789 | 15662 | 2782 | 15695 | 2788 | 16708 | 2968 | 16758 | 3265 |
| Pindobaçu | 20873 | 4940 | 20854 | 4886 | 20119 | 4472 | 20064 | 4470 | 20009 | 4459 | 21113 | 4705 | 21087 | 5123 |
| Pintadas | 10831 | 2653 | 10812 | 2629 | 10345 | 2002 | 10295 | 1975 | 10250 | 1969 | 10798 | 2075 | 10769 | 2301 |
| P.do Norte | 8975 | 2563 | 8818 | 2504 | 9835 | 2312 | 9816 | 2288 | 9833 | 2299 | 10415 | 2434 | 9777 | 2512 |
| Piripá | 13597 | 3384 | 13325 | 3289 | 12789 | 2166 | 12506 | 2070 | 12219 | 2020 | 12678 | 2096 | 12452 | 2254 |
| Piritiba | 25612 | 6097 | 26265 | 6215 | 22411 | 4824 | 22658 | 4909 | 22907 | 4962 | 24462 | 5300 | 24785 | 5884 |
| Planaltino | 8802 | 1990 | 8880 | 1991 | 8822 | 1687 | 8884 | 1687 | 8944 | 1699 | 9516 | 1806 | 9413 | 1968 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Planalto | 22127 | 5067 | 22151 | 5025 | 24497 | 5209 | 24694 | 5187 | 24627 | 5174 | 26225 | 5511 | 26436 | 6089 |
| Poçoões | 46224 | 10787 | 46390 | 10764 | 44760 | 9895 | 44723 | 9765 | 45903 | 10025 | 48576 | 10609 | 48655 | 11594 |
| Pojuca | 31687 | 6871 | 32225 | 6919 | 33064 | 6483 | 33595 | 6500 | 34106 | 6598 | 36551 | 7072 | 37061 | 7845 |
| P. Novo | 14974 | 3802 | 14734 | 3722 | 15741 | 3573 | 15632 | 3533 | 15524 | 3508 | 16321 | 3687 | 16242 | 4017 |
| P. Seguro | 120460 | 34104 | 122896 | 34506 | 126770 | 31035 | 129325 | 31300 | 131642 | 31862 | 141006 | 34128 | 143282 | 37872 |
| Potiraguá | 10123 | 2568 | 9656 | 2431 | 9829 | 2099 | 9444 | 2012 | 9360 | 1996 | 9574 | 2041 | 9263 | 2165 |
| Prado | 26082 | 7199 | 26016 | 7141 | 27612 | 6717 | 27661 | 6703 | 27693 | 6705 | 29095 | 7042 | 29158 | 7759 |
| Pres.Dutra | 14264 | 2955 | 14306 | 2920 | 13756 | 2761 | 13779 | 2745 | 13807 | 2750 | 14629 | 2914 | 14672 | 3201 |
| P.J. Quadros | 14039 | 3051 | 14212 | 3048 | 13657 | 2519 | 13484 | 2466 | 12854 | 2352 | 13442 | 2460 | 13307 | 2698 |
| P.T. Neves | 23817 | 6140 | 24249 | 6262 | 23857 | 5577 | 24187 | 5595 | 24517 | 5670 | 26238 | 6068 | 27187 | 6881 |
| Queimadas | 28368 | 7230 | 28729 | 7275 | 24583 | 5295 | 24602 | 5286 | 24602 | 5286 | 26023 | 5590 | 26054 | 6149 |
| Quijingue | 28001 | 7180 | 28143 | 7171 | 27243 | 5915 | 27294 | 5929 | 27357 | 5943 | 28996 | 6299 | 29088 | 6989 |
| Quixabeira | 9624 | 2325 | 9631 | 2314 | 9548 | 1902 | 9534 | 1906 | 9514 | 1895 | 10045 | 2000 | 10038 | 2199 |
| R. Jambeiro | 23893 | 5724 | 24004 | 5710 | 25555 | 5021 | 22896 | 5017 | 22916 | 5025 | 24258 | 5319 | 24305 | 5849 |
| Remanso | 39415 | 9215 | 39705 | 9197 | 39149 | 8570 | 39165 | 8578 | 39365 | 8625 | 41824 | 9164 | 42056 | 10078 |
| Retirolândia | 12446 | 2705 | 11798 | 2726 | 12059 | 2370 | 12170 | 2375 | 12281 | 2394 | 13092 | 2550 | 13209 | 2821 |
| R. das Neves | 23309 | 5818 | 23431 | 5819 | 21941 | 4703 | 21939 | 4679 | 21941 | 4679 | 23209 | 4949 | 23237 | 5465 |
| R. do Jacuípe | 33326 | 7026 | 33666 | 7057 | 33081 | 6123 | 33222 | 6050 | 33271 | 6056 | 35237 | 6415 | 35322 | 7074 |
| R. de Santana | 30444 | 6891 | 30602 | 6880 | 30651 | 6018 | 30840 | 6062 | 31027 | 6098 | 35586 | 6993 | 35819 | 7713 |
| R. do Amparo | 14566 | 3956 | 14621 | 3941 | 14267 | 3190 | 14305 | 3150 | 14333 | 3155 | 15186 | 3344 | 15229 | 3749 |
| R. do Pombal | 49024 | 12000 | 49263 | 11964 | 48271 | 9994 | 47701 | 9951 | 47877 | 9985 | 50805 | 10596 | 51026 | 11733 |
| R. do Largo | 14612 | 3397 | 14528 | 3338 | 8573 | 2024 | 8675 | 2011 | 10432 | 2420 | 9195 | 2134 | 8713 | 2208 |
| R.de Contas | 13823 | 2656 | 13816 | 2632 | 12979 | 1960 | 12948 | 1949 | 12891 | 1944 | 13592 | 2051 | 13653 | 2293 |
| R do Antônio | 14926 | 3096 | 15110 | 3089 | 14786 | 2745 | 14917 | 2744 | 15015 | 2761 | 15427 | 2837 | 15530 | 3155 |
| Rio do Pires | 11659 | 2158 | 11612 | 2130 | 11923 | 1995 | 11933 | 1984 | 11948 | 1987 | 12033 | 1999 | 12060 | 2220 |
| Rio Real | 37675 | 9750 | 38095 | 9765 | 37127 | 8321 | 37464 | 8360 | 37754 | 8425 | 40203 | 8971 | 40515 | 9950 |
| Rodelas | 7341 | 1968 | 7446 | 1994 | 7779 | 1897 | 7912 | 1906 | 8045 | 1934 | 8632 | 2074 | 8763 | 2297 |
| Ruy Barbosa | 30316 | 7372 | 30422 | 7378 | 29869 | 6608 | 29950 | 6503 | 30010 | 6518 | 31799 | 6907 | 31780 | 7568 |
| S.Margaridas | 13850 | 3166 | 14194 | 3215 | 13465 | 2802 | 13693 | 2873 | 13921 | 2921 | 14937 | 3133 | 15171 | 3476 |
| Salvador | 2948733 | 558771 | 2998056 | 560606 | 2676606 | 429028 | 2693606 | 427762 | 2710968 | 430517 | 2883682 | 457944 | 2902927 | 507154 |
| Santa Bárbara | 20242 | 4998 | 20461 | 5019 | 19064 | 4110 | 19180 | 4095 | 19292 | 4118 | 20509 | 4379 | 20635 | 4859 |
| Santa Brígida | 15781 | 4023 | 15652 | 3960 | 15059 | 3505 | 14876 | 3410 | 14698 | 3368 | 15381 | 3524 | 15237 | 3830 |
| S. C. Cabralia | 26051 | 6988 | 26250 | 6972 | 26198 | 6529 | 26447 | 6551 | 26623 | 6595 | 27854 | 6900 | 28045 | 7585 |
| S. C Vitória | 6502 | 1320 | 6443 | 1297 | 6673 | 1273 | 6630 | 1261 | 6481 | 1237 | 6808 | 1299 | 6778 | 1420 |
| Santa Inês | 10833 | 2550 | 10803 | 2538 | 10363 | 1947 | 10337 | 1921 | 10312 | 1911 | 10884 | 2017 | 11186 | 2307 |
| Santa Luzia | 15615 | 4197 | 15613 | 4174 | 13332 | 2991 | 13182 | 2954 | 13025 | 2917 | 13710 | 3071 | 13579 | 3340 |
| S. M. Vitória | 41745 | 9791 | 41758 | 9716 | 40316 | 8337 | 40236 | 8330 | 40165 | 8315 | 41824 | 8659 | 41809 | 9550 |
| S. R. Cássia | 27224 | 7075 | 27528 | 7141 | 26261 | 5766 | 26425 | 5792 | 26653 | 5841 | 28349 | 6211 | 28642 | 6909 |
| S. Teresinha | 10382 | 2370 | 10546 | 2389 | 9658 | 1880 | 9722 | 1895 | 9792 | 1910 | 10423 | 2033 | 10514 | 2271 |
| Santaluz | 35029 | 7876 | 35416 | 7894 | 33816 | 7186 | 34060 | 7149 | 34274 | 7195 | 36452 | 7654 | 36690 | 8436 |
| Santana | 26990 | 6051 | 27259 | 6039 | 24747 | 5065 | 24871 | 5025 | 24987 | 5048 | 26998 | 5453 | 27132 | 6016 |
| Santanópolis | 9558 | 2147 | 9643 | 2157 | 8781 | 1845 | 8806 | 1869 | 8835 | 1874 | 9370 | 1986 | 9407 | 2180 |
| Santo Amaro | 57675 | 12687 | 58387 | 12713 | 57811 | 10690 | 57891 | 10604 | 57978 | 10621 | 61407 | 11248 | 61559 | 12475 |
| S. A. de Jesus | 87776 | 18479 | 88768 | 18524 | 90949 | 16579 | 92049 | 16644 | 93077 | 16829 | 99407 | 17972 | 100550 | 19965 |
| Santo Estêvão | 46360 | 11597 | 46855 | 11665 | 47901 | 10034 | 48397 | 10068 | 48897 | 10170 | 52186 | 10855 | 52704 | 12061 |
| São Desidério | 26742 | 7100 | 27513 | 7243 | 27692 | 6542 | 28301 | 6664 | 28921 | 6812 | 31785 | 7488 | 32078 | 8296 |
| S. Domingos | 9130 | 1759 | 9730 | 1756 | 9221 | 1682 | 9247 | 1665 | 9266 | 1675 | 9820 | 1774 | 9849 | 1950 |
| São Felipe | 20902 | 4369 | 20952 | 4352 | 20305 | 3570 | 20317 | 3567 | 20329 | 3569 | 21513 | 3775 | 21548 | 4187 |
| São Félix | 15987 | 3420 | 16208 | 3440 | 14099 | 2401 | 14129 | 2389 | 14159 | 2399 | 15004 | 2542 | 15049 | 2838 |
| S. F.do Coribe | 13352 | 2989 | 13504 | 2986 | 13042 | 2976 | 13147 | 2983 | 13243 | 3004 | 15443 | 3503 | 15548 | 3832 |
| S. F. Conde | 31219 | 7709 | 31699 | 7764 | 33172 | 6950 | 33713 | 7003 | 34226 | 7111 | 36677 | 7621 | 38838 | 8919 |
| São Gabriel | 19050 | 4779 | 19099 | 4761 | 18419 | 4139 | 18429 | 4121 | 18430 | 4121 | 19495 | 4359 | 19519 | 4766 |
| S. G. Campos | 30401 | 7036 | 30724 | 7091 | 33289 | 6773 | 33766 | 6817 | 34232 | 6909 | 36641 | 7394 | 37111 | 8201 |
| S.J. da Vitória | 6270 | 1609 | 6270 | 1599 | 5715 | 1305 | 5662 | 1275 | 5609 | 1263 | 6202 | 1397 | 6158 | 1522 |
| S. J. Jacuípe | 10965 | 2426 | 11134 | 2448 | 10213 | 2190 | 10238 | 2194 | 10293 | 2206 | 10938 | 2345 | 11002 | 2583 |
| S. M Matas | 10623 | 2368 | 10675 | 2367 | 10414 | 2087 | 10445 | 2090 | 10474 | 2094 | 11105 | 2220 | 11963 | 2628 |
| S. S. do Passé | 41624 | 9509 | 41758 | 9485 | 42153 | 8121 | 42322 | 7980 | 42485 | 8013 | 45090 | 8505 | 45292 | 9404 |
| Sapeaçu | 17041 | 3616 | 17087 | 3618 | 16597 | 3179 | 16603 | 3166 | 16619 | 3175 | 17594 | 3360 | 17630 | 3699 |
| Sátiro Dias | 18779 | 4956 | 18919 | 4961 | 18588 | 4289 | 19010 | 4220 | 19054 | 4228 | 20195 | 4481 | 20259 | 4980 |
| Saubara | 11507 | 2374 | 11632 | 2382 | 11201 | 2112 | 11279 | 2117 | 11354 | 2133 | 12078 | 2271 | 12161 | 2503 |
| Saúde | 12284 | 2762 | 12355 | 2773 | 11847 | 2470 | 11884 | 2490 | 11921 | 2490 | 12644 | 2640 | 12693 | 2876 |
| Seabra | 41952 | 11076 | 42175 | 11070 | 41815 | 9304 | 41984 | 9317 | 42163 | 9354 | 44765 | 9932 | 44999 | 10976 |
| S. Laranjeiras | 11231 | 2607 | 11421 | 2631 | 10372 | 1896 | 10469 | 1896 | 10563 | 1914 | 11336 | 2053 | 11435 | 2298 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| S. do Bonfim | 75393 | 15826 | 76113 | 15746 | 74431 | 15067 | 74937 | 15054 | 75437 | 15153 | 80258 | 16122 | 80810 | 17798 |
| Sento Sé | 38181 | 10315 | 38735 | 10403 | 37431 | 9595 | 37806 | 9706 | 38174 | 9801 | 40720 | 10455 | 41102 | 11483 |
| S.do Ramalho | 31909 | 8738 | 31809 | 8676 | 31646 | 7590 | 31581 | 7561 | 31525 | 7546 | 33034 | 7907 | 33022 | 8704 |
| S. Dourada | 17887 | 4009 | 17858 | 3980 | 18112 | 3600 | 18036 | 3548 | 17963 | 3533 | 18467 | 3634 | 18428 | 3988 |
| S. Preta | 15971 | 3538 | 16168 | 3561 | 15401 | 2962 | 15194 | 2909 | 14993 | 2871 | 15672 | 3001 | 15507 | 3279 |
| Serrinha | 73655 | 17472 | 73859 | 17415 | 77285 | 15660 | 77309 | 15685 | 77211 | 15665 | 82157 | 16668 | 82733 | 18469 |
| Serrolândia | 12572 | 2444 | 12665 | 2435 | 12347 | 2398 | 12405 | 2357 | 12464 | 2370 | 13238 | 2517 | 13308 | 2775 |
| S. Filho | 114649 | 27883 | 116662 | 28088 | 118020 | 25279 | 119760 | 25346 | 121416 | 25695 | 129964 | 27506 | 131630 | 30547 |
| S. do Mato | 13064 | 3621 | 13187 | 3633 | 12051 | 3112 | 12107 | 3133 | 12161 | 3150 | 13188 | 3417 | 13256 | 3724 |
| S. do Quinto | 14122 | 3426 | 13811 | 3320 | 12603 | 2627 | 12256 | 2551 | 11930 | 2483 | 12317 | 2562 | 12034 | 2768 |
| Sobradinho | 21978 | 5304 | 22026 | 5269 | 21988 | 4914 | 22056 | 4949 | 22109 | 4961 | 23435 | 5259 | 23511 | 5785 |
| S. Soares | 18992 | 5309 | 19407 | 5388 | 15899 | 3819 | 15986 | 3797 | 16069 | 3818 | 17073 | 4056 | 17239 | 4515 |
| T.do B. Velho | 12620 | 3064 | 12608 | 3036 | 11428 | 2407 | 11432 | 2397 | 11433 | 2397 | 12990 | 2724 | 13008 | 2989 |
| Tanhaçu | 20142 | 4195 | 20134 | 4165 | 20022 | 3650 | 20007 | 3629 | 20001 | 3629 | 21246 | 3854 | 21264 | 4243 |
| Tanque Novo | 16338 | 3789 | 16466 | 3779 | 16133 | 3359 | 16228 | 3347 | 16323 | 3365 | 17493 | 3606 | 17601 | 3976 |
| Tanquinho | 7842 | 1755 | 7875 | 1757 | 8008 | 1522 | 8022 | 1522 | 8035 | 1525 | 8510 | 1616 | 8532 | 1779 |
| Taperoá | 19081 | 5343 | 19388 | 5416 | 18791 | 4554 | 18965 | 4596 | 19174 | 4647 | 20474 | 4962 | 20886 | 5551 |
| Tapiramutá | 17817 | 4984 | 17879 | 4977 | 16528 | 3905 | 16475 | 3924 | 16434 | 3913 | 17345 | 4130 | 17413 | 4544 |
| T.de Freitas | 123858 | 28406 | 125430 | 28488 | 138491 | 29020 | 140710 | 29354 | 143001 | 29831 | 153385 | 31996 | 155659 | 35430 |
| T. Sampaio | 8490 | 1841 | 8442 | 1825 | 7895 | 1496 | 7820 | 1485 | 7746 | 1467 | 8125 | 1540 | 8067 | 1673 |
| Teofilândia | 21382 | 5806 | 21461 | 5802 | 21484 | 4936 | 21533 | 4922 | 21581 | 4932 | 22873 | 5227 | 22944 | 5778 |
| Teolândia | 12798 | 3715 | 12810 | 3699 | 14850 | 3322 | 14941 | 3337 | 14113 | 3151 | 15016 | 3352 | 15079 | 3706 |
| Terra Nova | 12620 | 3135 | 12583 | 3103 | 12806 | 2578 | 12798 | 2590 | 12793 | 2590 | 13526 | 2738 | 13537 | 3028 |
| Tremedal | 18706 | 4006 | 18433 | 3906 | 17032 | 2952 | 16796 | 2881 | 17750 | 3045 | 18560 | 3185 | 18367 | 3496 |
| Tucano | 49972 | 11826 | 49827 | 11708 | 52391 | 11079 | 52579 | 11091 | 52734 | 11124 | 55923 | 11797 | 56131 | 13020 |
| Uauá | 25257 | 5391 | 25159 | 5317 | 24302 | 4778 | 24152 | 4746 | 24015 | 4716 | 25274 | 4963 | 25178 | 5443 |
| Ubaíra | 21368 | 4708 | 21428 | 4729 | 19759 | 3990 | 19728 | 3958 | 20714 | 4152 | 21897 | 4388 | 20770 | 4548 |
| Ubaitaba | 20678 | 4960 | 20333 | 4847 | 20697 | 4360 | 20449 | 4332 | 20214 | 4281 | 21183 | 4487 | 20993 | 4868 |
| Ubatã | 25952 | 6003 | 26355 | 6075 | 25015 | 5380 | 25295 | 5417 | 25575 | 5476 | 27312 | 5846 | 26787 | 6301 |
| Uibaí | 14160 | 2927 | 14203 | 2912 | 13655 | 2523 | 13634 | 2514 | 13642 | 2514 | 14436 | 2662 | 14460 | 2938 |
| Uburanas | 16834 | 4217 | 17096 | 4253 | 17010 | 3678 | 17220 | 3726 | 17432 | 3771 | 18635 | 4032 | 18851 | 4492 |
| Una | 25287 | 6164 | 24650 | 5966 | 24106 | 5461 | 23542 | 5324 | 22992 | 5200 | 22989 | 5200 | 22535 | 5584 |
| Urandi | 16282 | 3586 | 16289 | 3563 | 16499 | 3088 | 16480 | 3079 | 16493 | 3082 | 17239 | 3221 | 17270 | 3557 |
| Uruçuca | 22984 | 5169 | 23237 | 5192 | 19840 | 4209 | 19738 | 4198 | 19642 | 4179 | 22004 | 4682 | 21924 | 5097 |
| Utinga | 20132 | 6198 | 20448 | 6295 | 18193 | 4366 | 18272 | 4339 | 18367 | 4360 | 19516 | 4632 | 19490 | 5127 |
| Valença | 88542 | 20083 | 89597 | 20127 | 88729 | 18408 | 89510 | 18337 | 90319 | 18503 | 96287 | 19725 | 96507 | 21737 |
| Valente | 22489 | 4890 | 22295 | 4933 | 24579 | 4521 | 24958 | 4495 | 25342 | 4564 | 27162 | 4893 | 27545 | 5437 |
| V. da Roça | 15040 | 3565 | 15171 | 3574 | 13787 | 2748 | 13811 | 2721 | 13834 | 2728 | 14654 | 2889 | 14693 | 3218 |
| V. do Poço | 8908 | 1746 | 8992 | 1742 | 8664 | 1555 | 8711 | 1552 | 8759 | 1555 | 9309 | 1654 | 9364 | 1822 |
| V. Nova | 14357 | 3686 | 14365 | 3668 | 13127 | 2707 | 12991 | 2688 | 12910 | 2665 | 13581 | 2802 | 13524 | 3093 |
| Varzedo | 9386 | 1976 | 9451 | 1988 | 9121 | 1703 | 9047 | 1669 | 8987 | 1658 | 9449 | 1743 | 9405 | 1920 |
| Vera Cruz | 36843 | 8721 | 37539 | 8774 | 37587 | 7639 | 38168 | 7718 | 38748 | 7836 | 41524 | 8399 | 42103 | 9405 |
| Vereda | 7361 | 1761 | 7346 | 1743 | 6802 | 1377 | 6740 | 1378 | 6681 | 1365 | 6781 | 1385 | 6737 | 1526 |
| V Conquista | 313898 | 66576 | 318901 | 66839 | 306374 | 60569 | 310129 | 60908 | 315884 | 62039 | 336987 | 66184 | 340199 | 72899 |
| Wagner | 8830 | 2356 | 8807 | 2333 | 8983 | 1937 | 8984 | 1950 | 8985 | 1950 | 9504 | 2062 | 9720 | 2337 |
| Wanderley | 13300 | 2959 | 13252 | 2943 | 12485 | 2738 | 12420 | 2718 | 12356 | 2704 | 13089 | 2864 | 13047 | 3148 |
| W. Guimarães | 24740 | 6563 | 24802 | 6555 | 22181 | 5333 | 22047 | 5302 | 21910 | 5269 | 23046 | 5542 | 22621 | 5966 |
| Xique-Xique | 47251 | 13270 | 47470 | 13303 | 45562 | 10995 | 45599 | 10974 | 45660 | 10991 | 48100 | 11578 | 48210 | 12735 |

Fonte: IBGE/MS/SE/Datasus

Dados dos Censos Demográficos e Contagem Populacional obtidos do IBGE.

Dados dos anos intercensitários obtidos a partir de totais populacionais.

Os dados da população de 2011 e 2012 foram atualizados nas faixas etárias individualizadas de 0 a 19 anos em relação ao ano anterior.

ANEXO E - Quadro 9 - Sequência de códigos referentes às categorias T74 e X85 a Y09, de acordo com a descrição da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID – 10) – Fl. 1

| CID 10 | Descrição |
|---------------|--|
| T74 | Síndromes de maus-tratos |
| T74.0 | Abandono |
| T74.1 | Sevícias físicas |
| T74.2 | Abuso sexual |
| T74.3 | Abuso psicológico |
| T74.8 | Outras síndromes especificadas de maus-tratos |
| T74.9 | Síndrome não especificada de maus-tratos |
| X85 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas |
| X85.0 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - residência |
| X85.1 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - habitação coletiva |
| X85.2 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X85.3 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - área para a prática de esportes e atletismo |
| X85.4 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - rua e estrada |
| X85.5 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - áreas de comércio e de serviços |
| X85.6 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - áreas industriais e em construção |
| X85.7 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - fazenda |
| X85.8 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - outros locais especificados |
| X85.9 | Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - local não especificado |
| X86 | Agressão por meio de substâncias corrosivas |
| X86.0 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - residência |
| X86.1 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - habitação coletiva |
| X86.2 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X86.3 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - área para a prática de esportes e atletismo |
| X86.4 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - rua e estrada |
| X86.5 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - áreas de comércio e de serviços |
| X86.6 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - áreas industriais e em construção |
| X86.7 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - fazenda |
| X86.8 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - outros locais especificados |
| X86.9 | Agressão por meio de substâncias corrosivas - local não especificado |
| X87 | Agressão por pesticidas |
| X87.0 | Agressão por pesticidas - residência |
| X87.1 | Agressão por pesticidas - habitação coletiva |
| X87.2 | Agressão por pesticidas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |

ANEXO E - Quadro 9 – CID – 10 – Fl. 2

| CID 10 | Descrição |
|---------------|---|
| X87.3 | Agressão por pesticidas - área para a prática de esportes e atletismo |
| X87.4 | Agressão por pesticidas - rua e estrada |
| X87.5 | Agressão por pesticidas - áreas de comércio e de serviços |
| X87.6 | Agressão por pesticidas - áreas industriais e em construção |
| X87.7 | Agressão por pesticidas - fazenda |
| X87.8 | Agressão por pesticidas - outros locais especificados |
| X87.9 | Agressão por pesticidas - local não especificado |
| X88 | Agressão por meio de gases e vapores |
| X88.0 | Agressão por meio de gases e vapores - residência |
| X88.1 | Agressão por meio de gases e vapores - habitação coletiva |
| X88.2 | Agressão por meio de gases e vapores - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X88.3 | Agressão por meio de gases e vapores - área para a prática de esportes e atletismo |
| X88.4 | Agressão por meio de gases e vapores - rua e estrada |
| X88.5 | Agressão por meio de gases e vapores - áreas de comércio e de serviços |
| X88.6 | Agressão por meio de gases e vapores - áreas industriais e em construção |
| X88.7 | Agressão por meio de gases e vapores - fazenda |
| X88.8 | Agressão por meio de gases e vapores - outros locais especificados |
| X88.9 | Agressão por meio de gases e vapores - local não especificado |
| X89 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados |
| X89.0 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - residência |
| X89.1 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - habitação coletiva |
| X89.2 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X89.3 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - área para a prática de esportes e atletismo |
| X89.4 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - rua e estrada |
| X89.5 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - áreas de comércio e de serviços |
| X89.6 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - áreas industriais e em construção |
| X89.7 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - fazenda |
| X89.8 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - outros locais especificados |
| X89.9 | Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - local não especificado |
| X90 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados |
| X90.0 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - residência |
| X90.1 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - habitação coletiva |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 3

| CID 10 | Descrição |
|---------------|--|
| X90.2 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X90.3 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - área para a prática de esportes e atletismo |
| X90.4 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - rua e estrada |
| X90.5 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - áreas de comércio e de serviços |
| | |
| X90.6 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - áreas industriais e em construção |
| X90.7 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - fazenda |
| X90.8 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - outros locais especificados |
| X90.9 | Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - local não especificado |
| X91 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação |
| X91.0 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - residência |
| X91.1 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - habitação coletiva |
| X91.2 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X91.3 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - área para a prática de esportes e atletismo |
| X91.4 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - rua e estrada |
| X91.5 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - áreas de comércio e de serviços |
| X91.6 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - áreas industriais e em construção |
| X91.7 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - fazenda |
| X91.8 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - outros locais especificados |
| X91.9 | Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - local não especificado |
| X92 | Agressão por meio de afogamento e submersão |
| X92.0 | Agressão por meio de afogamento e submersão - residência |
| X92.1 | Agressão por meio de afogamento e submersão - habitação coletiva |
| X92.2 | Agressão por meio de afogamento e submersão - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X92.3 | Agressão por meio de afogamento e submersão - área para a prática de esportes e atletismo |
| X92.4 | Agressão por meio de afogamento e submersão - rua e estrada |
| X92.5 | Agressão por meio de afogamento e submersão - áreas de comércio e de serviços |
| X92.6 | Agressão por meio de afogamento e submersão - áreas industriais e em construção |
| X92.7 | Agressão por meio de afogamento e submersão - fazenda |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 4

| CID 10 | Descrição |
|---------------|---|
| X92.8 | Agressão por meio de afogamento e submersão - outros locais especificados |
| X92.9 | Agressão por meio de afogamento e submersão - local não especificado |
| X93 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão |
| X93.0 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - residência |
| X93.1 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - habitação coletiva |
| X93.2 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X93.3 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - área para a prática de esportes e atletismo |
| X93.4 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - rua e estrada |
| X93.5 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - áreas de comércio e de serviços |
| X93.6 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - áreas industriais e em Construção |
| X93.7 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - fazenda |
| X93.8 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - outros locais especificados |
| X93.9 | Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - local não especificado |
| X94 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre |
| X94.0 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - residência |
| X94.1 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - habitação coletiva |
| X94.2 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X94.3 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - área para a prática de esportes e atletismo |
| X94.4 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - rua e estrada |
| X94.5 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - áreas de comércio e de serviços |
| X94.6 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - áreas industriais e em construção |
| X94.7 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - fazenda |
| X94.8 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - outros locais especificados |
| X94.9 | Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - local não especificado |
| X95 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada |
| X95.0 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - residência |
| X95.1 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - habitação coletiva |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 5

| CID10 | Descrição |
|-------|--|
| X95.2 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X95.3 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - área para a prática de esportes e atletismo |
| X95.4 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada |
| X95.5 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - áreas de comércio e de serviços |
| X95.6 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - áreas industriais e em construção |
| X95.7 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - fazenda |
| X95.8 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - outros locais especificados |
| X95.9 | Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - local não especificado |
| X96 | Agressão por meio de material explosivo |
| X96.0 | Agressão por meio de material explosivo - residência |
| X96.1 | Agressão por meio de material explosivo - habitação coletiva |
| X96.2 | Agressão por meio de material explosivo - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X96.3 | Agressão por meio de material explosivo - área para a prática de esportes e atletismo |
| X96.4 | Agressão por meio de material explosivo - rua e estrada |
| X96.5 | Agressão por meio de material explosivo - áreas de comércio e de serviços |
| X96.6 | Agressão por meio de material explosivo - áreas industriais e em construção |
| X96.7 | Agressão por meio de material explosivo - fazenda |
| X96.8 | Agressão por meio de material explosivo - outros locais especificados |
| X96.9 | Agressão por meio de material explosivo - local não especificado |
| X97 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas |
| X97.0 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - residência |
| X97.1 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - habitação coletiva |
| X97.2 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X97.3 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - área para a prática de esportes e atletismo |
| X97.4 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - rua e estrada |
| X97.5 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - áreas de comércio e de serviços |
| X97.6 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - áreas industriais e em construção |
| X97.7 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - fazenda |
| X97.8 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - outros locais especificados |
| X97.9 | Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - local não especificado |
| X98 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes |
| X98.0 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - residência |
| X98.1 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - habitação coletiva |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 6

| CID10 | Descrição |
|--------------|--|
| X982 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X98.3 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - área para a prática de esportes e atletismo |
| X98.4 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - rua e estrada |
| X98.5 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - áreas de comércio e de serviços |
| X98.6 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - áreas industriais e em construção |
| X98.7 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - fazenda |
| X98.8 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - outros locais especificados |
| X98.9 | Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - local não especificado |
| X99 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante |
| X99.0 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - residência |
| X99.1 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - habitação coletiva |
| X99.2 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| X99.3 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - área para a prática de esportes e atletismo |
| X99.4 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - rua e estrada |
| X99.5 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - áreas de comércio e de serviços |
| X99.6 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - áreas industriais e em construção |
| X99.7 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - fazenda |
| X99.8 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - outros locais especificados |
| X99.9 | Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - local não especificado |
| Y00 | Agressão por meio de um objeto contundente |
| Y00.0 | Agressão por meio de um objeto contundente - residência |
| Y00.1 | Agressão por meio de um objeto contundente - habitação coletiva |
| Y00.2 | Agressão por meio de um objeto contundente - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y00.3 | Agressão por meio de um objeto contundente - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y00.4 | Agressão por meio de um objeto contundente - rua e estrada |
| Y00.5 | Agressão por meio de um objeto contundente - áreas de comércio e de serviços |
| Y00.6 | Agressão por meio de um objeto contundente - áreas industriais e em construção |
| Y00.7 | Agressão por meio de um objeto contundente - fazenda |
| Y00.8 | Agressão por meio de um objeto contundente - outros locais especificados |
| Y00.9 | Agressão por meio de um objeto contundente - local não especificado |
| Y01 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado |
| Y01.0 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - residência |
| Y01.1 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - habitação coletiva |
| Y01.2 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 7

| CID10 | Descrição |
|--------------|---|
| Y01.3 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y01.4 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - rua e estrada |
| Y01.5 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - áreas de comércio e de serviços |
| Y01.6 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - áreas industriais e em construção |
| Y01.7 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - fazenda |
| Y01.8 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - outros locais especificados |
| Y01.9 | Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - local não especificado |
| Y02 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento |
| Y02.0 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - residência |
| Y02.1 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - habitação coletiva |
| Y02.2 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y02.3 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y02.4 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - rua e estrada |
| Y02.5 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - áreas de comércio e de serviços |
| Y02.6 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - áreas industriais e em construção |
| Y02.7 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - fazenda |
| Y02.8 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - outros locais especificados |
| Y02.9 | Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - local não especificado |
| Y03 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor |
| Y03.0 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - residência |
| Y03.1 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - habitação coletiva |
| Y03.2 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y03.3 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y03.4 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - rua e estrada |
| Y03.5 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - áreas de comércio e de serviços |
| Y03.6 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - áreas industriais e em construção |
| Y03.7 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - fazenda |
| Y03.8 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - outros locais especificados |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 8

| CID 10 | Descrição |
|--------|--|
| Y03.9 | Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - local não especificado |
| Y04 | Agressão por meio de força corporal |
| Y04.0 | Agressão por meio de força corporal - residência |
| Y04.1 | Agressão por meio de força corporal - habitação coletiva |
| Y04.2 | Agressão por meio de força corporal - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y04.3 | Agressão por meio de força corporal - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y04.4 | Agressão por meio de força corporal - rua e estrada |
| Y04.5 | Agressão por meio de força corporal - áreas de comércio e de serviços |
| Y04.6 | Agressão por meio de força corporal - áreas industriais e em construção |
| Y04.7 | Agressão por meio de força corporal - fazenda |
| Y04.8 | Agressão por meio de força corporal - outros locais especificados |
| Y04.9 | Agressão por meio de força corporal - local não especificado |
| Y05 | Agressão sexual por meio de força física |
| Y05.0 | Agressão sexual por meio de força física - residência |
| Y05.1 | Agressão sexual por meio de força física - habitação coletiva |
| Y05.2 | Agressão sexual por meio de força física - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y05.3 | Agressão sexual por meio de força física - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y05.4 | Agressão sexual por meio de força física - rua e estrada |
| Y05.5 | Agressão sexual por meio de força física - áreas de comércio e de serviços |
| Y05.6 | Agressão sexual por meio de força física - áreas industriais e em construção |
| Y05.7 | Agressão sexual por meio de força física - fazenda |
| Y05.8 | Agressão sexual por meio de força física - outros locais especificados |
| Y05.9 | Agressão sexual por meio de força física - local não especificado |
| Y06 | Negligência e abandono |
| Y06.0 | Negligência e abandono pelo esposo ou companheiro |
| Y06.1 | Negligência e abandono pelos pais |
| Y06.2 | Negligência e abandono por conhecido ou amigo |
| Y06.8 | Negligência e abandono por outra pessoa especificada |
| Y06.9 | Negligência e abandono por pessoa não especificada |
| Y07 | Outras síndromes de maus-tratos |
| Y07.0 | Outras síndromes de maus-tratos pelo esposo ou companheiro |
| Y07.1 | Outras síndromes de maus-tratos pelos pais |
| Y07.2 | Outras síndromes de maus-tratos por conhecido ou amigo |
| Y07.3 | Outras síndromes de maus-tratos por autoridades oficiais |
| Y07.8 | Outras síndromes de maus-tratos por outra pessoa especificada |
| Y07.9 | Outras síndromes de maus-tratos por pessoa não especificada |
| Y08 | Agressão por outros meios especificados |
| Y08.0 | Agressão por outros meios especificados - residência |
| Y08.1 | Agressão por outros meios especificados - habitação coletiva |
| Y08.2 | Agressão por outros meios especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y08.3 | Agressão por outros meios especificados - área para a prática de esportes e atletismo |

ANEXO E - Quadro 9 – CID 10 – Fl. 9

| CID 10 | Descrição |
|--------|--|
| Y08.4 | Agressão por outros meios especificados - rua e estrada |
| Y08.5 | Agressão por outros meios especificados - áreas de comércio e de serviços |
| Y08.6 | Agressão por outros meios especificados - áreas industriais e em construção |
| Y08.7 | Agressão por outros meios especificados - fazenda |
| Y08.8 | Agressão por outros meios especificados - outros locais especificados |
| Y08.9 | Agressão por outros meios especificados - local não especificado |
| Y09 | Agressão por meios não especificados |
| Y09.0 | Agressão por meios não especificados - residência |
| Y09.1 | Agressão por meios não especificados - habitação coletiva |
| Y09.2 | Agressão por meios não especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública |
| Y09.3 | Agressão por meios não especificados - área para a prática de esportes e atletismo |
| Y09.4 | Agressão por meios não especificados - rua e estrada |
| Y09.5 | Agressão por meios não especificados - áreas de comércio e de serviços |
| Y09.6 | Agressão por meios não especificados - áreas industriais e em construção |
| Y09.7 | Agressão por meios não especificados - fazenda |
| Y09.8 | Agressão por meios não especificados - outros locais especificados |
| Y09.9 | Agressão por meios não especificados - local não especificado |

Fonte: OMS (2000).

ANEXO F - Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências disponibilizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS do Ministério da Saúde no ano de 2008 - Fl. 1

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | 2 - Individual | |
| | 2 Agravado/enferma | VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS | Código (CID10) Y09 |
| | 3 Data da notificação | Código (IBGE) | |
| Dados Gerais | 4 UF | 5 Município de notificação | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) |
| | Código (CNES) | | 7 Data da ocorrência da violência |
| | 8 Nome do paciente | | |
| Notificação Individual | 10 (ou) idade | 11 Sexo | 12 Gestação |
| | 13 Raça/Cor | 14 Escolaridade | |
| | 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | |
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | 19 Distrito |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | 22 Número |
| | 23 Complemento (apto., casa, ...) | 24 Geo campo 1 | 25 Geo campo 2 |
| Dados Complementares | 26 Ponto de Referência | | |
| | 27 CEP | 28 (DDD) Telefone | 29 Zona |
| | 30 País (se residente fora do Brasil) | | |
| Dados da Pessoa Atribuída | 31 Ocupação | | |
| | 32 Situação conjugal / Estado civil | | 33 Relações sexuais |
| | 34 Possui algum tipo de deficiência/transtorno? | | |
| Dados da Ocorrência | 35 UF | 36 Município de ocorrência | 37 Distrito |
| | 38 Bairro | 39 Logradouro (rua, avenida,...) | 40 Número |
| | 41 Complemento (apto., casa, ...) | 42 Geo campo 3 | 43 Geo campo 4 |
| 44 Ponto de Referência | | 45 Zona | 46 Hora da ocorrência |
| 47 Local de ocorrência | | 48 Ocorreu outras vezes? | |
| 49 A lesão foi autoprovocada? | | 50 | |

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

ANEXO F - Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências disponibilizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS do Ministério da Saúde no ano de 2008 - Fl. 2

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|
| Tipologia da violência | 51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | 52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos | <input type="checkbox"/> Intervenção legal | <input type="checkbox"/> Força corporal/espionamento | <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante | <input type="checkbox"/> Arma de fogo |
| Violência Sexual | <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral | <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Enforcamento | <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente | <input type="checkbox"/> Ameaça |
| | <input type="checkbox"/> Tortura | <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono | <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | <input type="checkbox"/> Obj. contundente | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Outro |
| Violência Sexual | 53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | | 54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Assédio sexual | <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor | <input type="checkbox"/> Exploração sexual | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Anal | <input type="checkbox"/> Vaginal |
| Consequências da violência | 55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | | 56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Profilaxia DST | <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B | <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen | <input type="checkbox"/> Gravidez | <input type="checkbox"/> DST | <input type="checkbox"/> Transtorno mental |
| Lesão | <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV | <input type="checkbox"/> Coleta de sangue | <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal | <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental |
| | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> DST | <input type="checkbox"/> Transtorno mental | <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático | <input type="checkbox"/> Gravidez | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio |
| Lesão | 57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) | | | 58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) | | |
| | 01 - Contusão | 04 - Fratura | 07 - Traumatismo crânio-encefálico | 10 - Queimadura | 11 - Outros | |
| Lesão | 02 - Corte/perfuração/laceração | 05 - Amputação | 08 - Politraumatismo | 88 - Não se aplica | 89 - Ignorado | |
| | 03 - Entorse/luxação | 06 - Traumatismo dentário | 09 - Intoxicação | 88 - Não se aplica | 89 - Ignorado | |
| Isolado do provável autor da agressão | 59 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | | 60 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | |
| | 61 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | 62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| Evolução e encaminhamento | 63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | 64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) | <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM | <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher | <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude | <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente | <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social/CREAS-CRAS |
| Evolução e encaminhamento | <input type="checkbox"/> Casa Abrigo | <input type="checkbox"/> Outras delegacias | <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) | <input type="checkbox"/> Programa Sentinela | <input type="checkbox"/> Ministério Público | <input type="checkbox"/> Outros |
| | 65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | 66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | 67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX | |
| Evolução e encaminhamento | 68 Classificação final 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Provável <input type="checkbox"/> 8 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> | | 69 Evolução do caso 1 - Alta <input type="checkbox"/> 2 - Evisão / Fuga <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | 70 Se óbito por violência, data | |
| | | | | | 71 Data de encerramento | |
| Informações complementares e observações | | | | | | |
| Nome do acompanhante | | Vínculo/grau de parentesco | | (DDD) Telefone | | |
| Observações Adicionais: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TELEFONES ÚTEIS | | | | | | |
| Disque-Saúde 0800 61 1997 | | Central de Atendimento à Mulher 180 | | Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 | | |
| Município/Unidade de Saúde | | | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES | | |
| Nome | | Função | | Assinatura | | |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências | | Ruan NFF | | 010 | | |

ANEXO G - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada disponibilizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS do Ministério da Saúde no ano de 2014 - Fl. 1

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | Nº | | |
|---|--|---|---|--|---------------------------------------|--|
| FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | | | | | |
| DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. | | | | | | |
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | |
| | 2 Agravotempo | | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID-10) | |
| | | | Y88 | | 3 Data de notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de notificação | | | Código (IBGE) | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código (CNE/S) | | 7 Data de ocorrência da violência | |
| Notificação Individual | 8 Nome do paciente | | | | 9 Data de nascimento | |
| | 10 (ou) Idade | | 11 Sexo M = Masculino F = Feminino I = Ignorado | | 12 Constante | |
| | | | Difícil de lembrar 2-Ofendido 3-Ofensor 4-Ator de violência | | 13 Raça/Cor | |
| | 14 Escolaridade | | | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | | | | |
| Dados de Residência | 17 UF | | 18 Município de Residência | | Código (IBGE) | |
| | | | 19 Distrito | | | |
| | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto, casa, ...) | | 24 Geo campo 1 | |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 8 - Ignorado | | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| | Dados Complementares | | | | | |
| | Dados da Pessoa Notificada | 31 Nome Social | | | 32 Ocupação | |
| | | 33 Situação conjugal / Estado civil | | | | |
| | Dados da Ocorrência | 34 Orientação Sexual | | 35 Identidade de gênero: | | |
| 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/bissexual) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado | | 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homens Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado | | | | |
| 36 Possui algum tipo de deficiência/transorno? | | 37 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? | | 38 | | |
| 1-Sim 2-Não 8-Ignorado | | Física Mental Visual Auditiva Transorno mental Transorno de comportamento | | Outras deficiências/ Síndromes | | |
| 39 UF | | 40 Município de ocorrência | | Código (IBGE) | | |
| 41 Bairro | | 42 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | | |
| 43 Número | | 44 Complemento (apto, casa, ...) | | 45 Geo campo 3 | | |
| 46 Geo campo 4 | | 47 Ponto de Referência | | 48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 8 - Ignorado | | |
| 49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) | | 50 Local de ocorrência | | 51 Ocorreu outras vezes? | | |
| 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Estada 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústria/construção 09 - Outro 99 - Ignorado | | 52 A lesão foi autoprovocada? | | 1 - Sim 2 - Não 8 - Ignorado | | |

ANEXO G - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada – disponibilizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS do Ministério da Saúde no ano de 2014 – Fl. 2

| | | | |
|---|--|--|--|
| Violência | 63 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Canibalismo 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Delicência 09-Outros 10-Não se aplica 11-Ignorado | | |
| | 64 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 3- Ignorado | | |
| Violência por sexo | 65 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |
| Violência de provável autor da agressão | 67 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei | | |
| Violência de provável autor da agressão | 68 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 3- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| | 69 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 3- Ignorado | | |
| Violência de provável autor da agressão | 70 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 4- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| | 71 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | 72 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> | | |
| | 1-Criança 2-Adolescente 3-Jovem 4-Pessoa adulta 5-Pessoa idosa 6-Ignorado | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | 73 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 3-Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | 74 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 75 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 76 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX | | |
| | 1- Sim 2- Não 3- Ignorado 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | 77 Data de encerramento: _____ | | |
| | Informações complementares e observações | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____ | | |
| | Observações Adicionais: _____ | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | TELEFONES ÚTEIS | | |
| | Disque-Saúde 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 | | |
| Encaminhamento e encaminhamento | Município/Unidade de Saúde: _____ Cod. de Unit. de Saúde/CNES: _____ | | |
| | Nome: _____ Função: _____ Assinatura: _____ | | |
| Violência doméstica, sexual ou outra violência Sim SVS 28.03.2014 | | | |



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>