

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⁽¹¹⁾. 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⁽⁸⁾; 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⁽¹⁵⁾; 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 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 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%

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 violências 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/laceração; 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

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 (15,4)	23 (4,0)	16 (3,3)	14 (17,3)	2 (12,5)	9 (14,1)	1 (33,3)	-	2 (8,3)	8 (16)
1	45 (4,0)	10 (1,7)	27 (5,5)	5 (6,2)	-	3 (4,7)	-	-	2 (8,3)	4 (8)
2	57 (5,0)	25 (4,4)	35 (7,1)	3 (3,7)	1 (6,3)	4 (6,3)	-	-	1 (4,2)	5 (10)
3	47 (4,2)	28 (4,9)	27 (5,5)	6 (7,4)	1 (6,3)	3 (4,7)	1 (33,3)	2 (25)	1 (4,2)	2 (4)
4	69 (6,1)	31 (5,4)	27 (5,5)	4 (4,9)	1 (6,3)	4 (6,3)	-	-	1 (4,2)	3 (6)
5	61 (5,4)	34 (5,9)	37 (7,5)	3 (3,7)	1 (6,3)	2 (3,1)	-	1 (12,5)	3 (12,5)	3 (6)
6	59 (5,2)	47 (8,2)	43 (8,8)	7 (8,6)	3 (18,8)	3 (4,7)	-	-	2 (8,3)	4 (8)
7	83 (7,3)	70 (12,2)	50 (10,2)	7 (8,6)	1 (6,3)	5 (7,8)	-	1 (12,5)	1 (4,2)	4 (8)
8	87 (7,7)	49 (8,6)	38 (7,7)	4 (4,9)	-	8 (12,5)	-	-	-	6 (12)
9	86 (7,6)	57 (10,0)	34 (6,9)	7 (8,6)	1 (6,3)	6 (9,4)	-	-	3 (12,5)	3 (6)
10	96 (8,5)	61 (10,7)	46 (9,4)	8 (9,9)	-	7 (10,9)	-	-	4 (16,7)	4 (8)
11	130 (11,5)	68 (11,9)	49 (10,0)	6 (7,4)	2 (12,5)	9 (14,1)	-	1 (12,5)	-	-
12	137 (12,1)	69 (12,0)	62 (12,6)	7 (8,6)	3 (18,8)	1 (1,6)	1 (33,3)	3 (37,5)	4 (16,7)	4 (8)
Total	1.131 (100)	572 (100)	491 (100)	81 (100)	16 (100)	64 (100)	3 (100)	8 (100)	24 (100)	50 (100)

Fonte: SINAN/DIS/SUVISA/SESAB. Dados atualizados em 31/05/2012.

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	Outras	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.

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 trienal	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

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

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 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 conseqüentemente 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 conseqüências 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

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 conseqüência 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

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).

10. 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, nov.2008. 60p.
11. WORLD Health Organization. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action on generating evidence**. Geneva: World Health Organization; 2006. 42p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf> Acesso em: 14 jul. 2012.
12. UNITED State Department of Justice. **Burn Injuries in Child Abuse**. Washington D.C.; 2nd ed. 2001. 22p. Disponível em: <<https://www.ncjrs.gov/pdffiles/91190-6.pdf>>.
13. FINKELHOR, D. et al. Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. **Pediatrics**. Illinois, v.124, p.1411-1423, 2009. DOI: 10.1542/peds.2009-0467. Acesso em: 15 jul. 2012.
14. DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2006, v.11, suppl., p. 1163-1178. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>>.
15. BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Org. Luis Flavio Gomes. 3 ed. Rev., atual., ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais 2001. 320p.
16. MASCARENHAS, M. D. M. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.347-357, 2010. DOI 10.1590/S0102-311
17. CONSELHO Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Brasília, 2009. 28p.
18. CONSELHO Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Rio de Janeiro, 2012. 20p.
19. 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: 10.1590/1413-81232007000500010.
20. CAMPOS, M. A. M. R. et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde Soc.** [online]. 2005, v.14, n.1, p. 101-109. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000100011>>.
21. BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.267-270, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X1996000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 aug. 2012.
22. NASCIMENTO, E. M. R.; MOTA, E.; COSTA, M.C.N. Costs of adolescent admission to units of the hospital network integrated into the SUS – Salvador, Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p.137-145, 2003.
23. LUNA, G. L. M. ; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.15, n. 2 , p.481-91, 2010.
24. 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. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 109-121, 1999.
25. PIRES, A. L. D; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. **Arq. Cienc. Saúde**, Ribeirão Preto, v.12, n. 1, p. 42, 2005.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência Faz mal à Saúde**. Brasília, 2006. 298p.
27. 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, 2003. Doi: 10.1590/S0101-8108200300400003.
28. GAWRYSZEWSKI, V.P. et al Morbidity and mortality from external causes in Brazil, 2000. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 995-1003, jul./ago. 2004.
29. SANTOS, C. F. L. et al. Violência doméstica, abuso infantil. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001.
30. SANTOS, M. A. F.; RAMIRES, J. C. L. Prevenção de acidentes e violências e promoção da saúde no Brasil. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 6, n. 10, p 35-47, jun. 2010.
31. MOORE, E. E. et al. The prevalence of childhood sexual abuse and adolescent unwanted sexual contact among boys and girls living in Victoria. **Child Abuse & Neglect**, Aurora, CO, v. 34, n. 5, p. 379-385, May 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez10.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.chiabu.2010.01.004>. Acesso em: 6 jun. 2012.
32. MORRIS, I. et al. Physical and sexual abuse of children in the West Midlands. **Child Abuse & Neglect**, Aurora, CO, v. 21, n. 3, p. 285-293, March 1997. Disponível: [http://dx.doi.org.ez10.periodicos.capes.gov.br/10.1016/S0145-2134\(96\)00172-X](http://dx.doi.org.ez10.periodicos.capes.gov.br/10.1016/S0145-2134(96)00172-X). Acesso em: 10 jul. 2012.
33. MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. M. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, p.325-337, 2009.
34. MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, p.660-665, 2010.
35. BRITO, A. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.143-149. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100021>>.