

Factores asociados a las denuncias de violencia infantil en Brasil

Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)¹
Regina Tomie Ivata Bernal (<https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>)²
Alanna Gomes da Silva (<https://orcid.org/0000-0003-2587-5658>)¹
Naíza Nayla Bandeira de Sá (<https://orcid.org/0000-0002-1267-1624>)²
Luís Antônio Batista Tonaco (<https://orcid.org/0000-0001-9660-2900>)²
Sther Luna Abras dos Santos (<https://orcid.org/0009-0001-4524-0687>)¹
Georgia de Albuquerque (<https://orcid.org/0009-0007-2605-6773>)³

Resumen El objetivo es describir las características de la violencia cometida contra los niños y analizar los factores asociados.: Estudio transversal, con datos del SINAN de 2022. Se realizó análisis de correspondencias para identificar variables asociadas a la violencia contra niños de 0 a 9 años. Se denunciaron 38.899 casos de violencia, siendo las más frecuentes contra niñas de 0 a 1 año (30,1%), de 2 a 5 años (39,4%) y de 6 a 9 años (30,5%). La violencia ocurrió principalmente en el hogar (88,3%), los agresores fueron: madre (51,7%), padre (40%), padrastro (6,2%). Entre las víctimas de 0 a 1 año, la ocurrencia más frecuente fue en el hogar, cometida por la madre o el padre. El tipo de violencia fue por negligencia. Niños de entre 2 y 5 años sufrieron violencia sexual, cometida por conocidos, en el hogar. Los niños de 6 a 9 años fueron sometidos a violencia física y psicológica, cometida por su padrastro o conocidos, con amenazas y fuerza corporal, uso de objetos punzantes/contundentes, y los lugares de ocurrencia fueron escuela y vía pública. Las principales víctimas de la violencia fueron niñas de 2 a 5 años, el principal agresor fue la madre y hubo variaciones en los tipos de violencia según grupos de edad, incluyendo negligencia, violencia sexual, física y psicológica.

Palabras clave Violencia, Niños, Abuso infantil, Vigilancia, Sistemas de información en salud

¹ Escola de Enfermagem.
Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. Av. Prof.
Alfredo Balena 190, 5º
andar, Santa Efigênia.
30130-100 Belo Horizonte
MG Brasil.
dcmalta@uol.com.br

² Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem,
Escola de Enfermagem,
Universidade Federal
de Minas Gerais. Belo
Horizonte MG Brasil.

³ Secretaria de Vigilância
em saúde e Ambiente,
Ministério da Saúde. Brasília
DF Brasil.

Introducción

La violencia es un fenómeno complejo que re-trata e influye en la dinámica de una sociedad y genera una gran presión sobre los sistemas de salud, justicia y servicios sociales. La violencia es un fenómeno multicausal que ocurre a nivel de las relaciones sociales y está presente en todas las regiones del mundo y en diferentes grupos sociales¹.

Se estima que, anualmente, más de mil millones de niños padecen algún tipo de enfermedad en el mundo y se presenta principalmente en niños y adolescentes de 2 a 17 años². En 2020, el 58% de los niños en América Latina y el 61% en América del Norte sufrieron abuso físico, sexual o emocional^{3,4}. En Brasil, datos del Ministerio de Salud revelan que, entre 2015 y 2021, se denunciaron más de 200 mil casos de violencia sexual contra niños y adolescentes, el 41,2% de los cuales fueron niños⁵. Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Foro Brasileño de Seguridad Pública identificó 34.918 muertes violentas intencionales en el grupo de edad de 0 a 19 años de 2016 a 2020, lo que representa un promedio de 7 mil muertes anuales⁶.

La violencia contra los niños puede manifestarse de diferentes maneras, ya sea mediante negligencia, abandono, maltrato, agresión física, psicológica y sexual, y puede verse agravada por el subregistro y la situación vulnerable de las víctimas^{2,7}. Si bien la notificación de violencia contra niños está en la lista nacional de notificación obligatoria de problemas de salud pública en Brasil⁸, estudios realizados en diferentes regiones del país aún muestran subregistro^{9,10}, lo que puede explicarse por el hecho de que la violencia es multicausal, por la falta de capacitación de los profesionales de la salud para denunciar la violencia, la falta de establecimiento de una red integral de atención en salud y la falta de garantía de los derechos de los niños víctimas de violencia, entre otros aspectos⁹.

En general, la violencia contra los niños es perpetrada por personas cercanas a ellos, como padres, cuidadores, familiares, además de la violencia perpetrada en la escuela, como el bullying¹¹ o en la comunidad, por vecinos y extraños⁷. La violencia en la infancia provoca un trauma que puede persistir hasta la edad adulta, además de provocar daños físicos y mentales^{7,12}. Las lesiones físicas incluyen fracturas, laceraciones y traumatismos craneoencefálicos, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados como resultado de violencia sexual, así

como diversos trastornos del dolor. Los impactos en la salud mental incluyen depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias psicoactivas y conductas suicidas¹³⁻¹⁶. Además, la exposición a la violencia temprana puede predisponer a enfermedades como la enfermedad coronaria y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)¹⁷.

La violencia contra la niñez impacta las oportunidades y afecta a las generaciones futuras, las familias y la comunidad. Los niños expuestos a la violencia tienen mayor riesgo de abandonar la escuela, peor desempeño laboral, así como mayor riesgo de ser perpetradores de violencia, manteniéndose el ciclo de violencia⁷. La violencia está asociada a factores ambientales, psicológicos, sociales y biológicos, además de estar sujeta a influencias políticas, económicas y culturales¹. Así, la violencia es un problema de la sociedad que la produjo y puede afectar, en mayor o menor medida, las distintas etapas de la vida y las más variadas relaciones interpersonales¹⁸. La violencia también está influenciada por factores familiares como familias disfuncionales y desestructuradas, vínculos emocionales frágiles, consumo de drogas, problemas mentales y antecedentes de exposición a la violencia familiar¹⁹.

Las Naciones Unidas reconocen la importancia de poner fin a todas las formas de violencia contra los niños. Por ello, incluyó la meta 16.2 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) *“poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños”*²⁰. La OMS destaca que eliminar la violencia contra los niños debe ser una prioridad de los países, mediante políticas públicas y notificación de casos⁷.

La violencia cometida contra los niños debe ser monitoreada continuamente, dada su gravedad, la vulnerabilidad de los niños, así como la imposibilidad de reaccionar y denunciarla. El Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) es un sistema de gran relevancia que permite monitorear estos hechos, permitiendo a los equipos de salud realizar medidas de notificación para establecer la protección de las víctimas. Aunque necesarios, los estudios nacionales sobre el tema aún son escasos. Por lo que se espera que este estudio pueda dar visibilidad al problema y orientar políticas públicas para eliminar todas las formas de violencia contra la niñez y avanzar hacia el logro de las metas de la Agenda 2030 de protección infantil.

En este contexto, los objetivos del estudio son describir las características de la violencia cometida contra los niños y analizar los facto-

res asociados a las características de víctimas y agresores.

Métodos

Se trata de un estudio transversal que utilizó datos secundarios del SINAN de 2022. El SINAN tiene como objetivo registrar y procesar datos de enfermedades de declaración obligatoria en todo el territorio nacional, brindando información para el análisis del perfil de morbilidad y contribuyendo así, para la toma de decisiones a nivel municipal, estatal, y federal.

Los casos de violencia contra niños son denunciados en SINAN Net por profesionales de la salud o responsables de establecimientos de salud, en servicios públicos o privados, mediante el llenado del Formulario de Notificación Individual (FNI). Las Secretarías Municipales de Salud son responsables de recolectar los formularios y digitalizar y consolidar los datos. A continuación, los datos se remiten hacia arriba y se concentran en el Ministerio de Salud, que los pone a disposición del público en el sitio web de DataSUS. Cabe señalar que debido a que las notificaciones se realizan en servicios de salud, como hospitales y unidades de salud, estas se restringen a casos que requirieron atención de un profesional de la salud o que llegaron a servicios de salud públicos o privados²¹. Para este estudio se seleccionaron notificaciones de violencia interpersonal contra niños de edades comprendidas entre 0 y 9 años.

Del FNI se seleccionaron las siguientes variables: sexo (masculino y femenino), grupo de edad (0-1, 2-5 y 6-9 años); lugar de ocurrencia (domicilio, escuela y vía pública); tipo de violencia (física, psicológica y negligencia); medios de agresión (fuerza corporal/paliza, objeto punzante/contundente/caliente y amenaza); probable agresor (padre, madre, padrastro y conocido), sexo del agresor (masculino, femenino y ambos); consumo de alcohol por parte del probable agresor (sí o no).

Se estimó la prevalencia de las variables y se utilizó el análisis de correspondencia (AC) para comprobar posibles asociaciones, lo que permite tratar una gran cantidad de variables cualitativas, compuestas por una gran cantidad de categorías^{11,22,23}. La AC constituye una fase exploratoria de los datos y hace uso de tablas de contingencia, también llamadas tablas cruzadas, para verificar la dependencia entre sus variables de filas y columnas, utilizando la prueba de chi-cuadrado como medida de asociación.

En este estudio, las categorías de variables que incluyen edad y sexo conforman la variable demográfica y las categorías de variables relacionadas con las notificaciones conforman la variable violencia. De esta forma, la tabla se compone de dos variables cualitativas: demográfica y de violencia. La columna contiene características demográficas (grupo de edad y sexo) y la fila contiene características relacionadas con la violencia, totalizando 23 categorías de violencia y cinco categorías demográficas.

Para verificar la dependencia entre las filas y columnas, la técnica utiliza la prueba de independencia chi-cuadrado como medida de asociación, siendo H_0 la independencia entre las dos variables y H_1 la dependencia entre ellas. Si se rechaza la hipótesis H_0 , significa que las categorías de variables se pueden reducir a nuevas dimensiones. La elección del número de dimensiones depende del porcentaje de variación explicado por cada dimensión. La AC resume la estructura de variabilidad de los datos en términos de dimensiones, cuyo número es menor que el número de variables; es equivalente al análisis factorial, pero los resultados se presentan gráficamente, en el que las distancias más pequeñas entre las categorías de fila y columna representan las asociaciones más fuertes, mientras que las distancias más grandes representan disociaciones^{11,22,23}. El análisis se realizó utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 25.0. Este estudio utilizó datos que provenían de bases de datos secundarias de dominio público y, por lo tanto, no hubo necesidad de aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación.

Resultados

En 2022 se denunciaron 38.899 casos de violencia contra niños, de los cuales 21.462 casos ocurrieron entre niñas y 17.437 entre niños. Las denuncias de violencia contra niños de 0 a 1 año se presentaron en un 30,1%, de 2 a 5 años fue un 39,4% y de 6 a 9 años fue un 30,5%. El hogar fue el lugar de ocurrencia más frecuente (88,3%), seguido de la vía pública (6,9%) y la escuela (4,7%). El tipo de violencia más común fue la negligencia (50,7%), seguida de la violencia física (23%) y psicológica (14,5%). Los medios de agresión fueron fuerza corporal/paliza (21,1%), amenaza (7,7%), objeto caliente (3,4%), objeto contundente (2,5%) y objeto punzante (1,65%). Los agresores fueron el padre (40%), la madre (51,7%), el padrastro (6,2%) y algún conocido

(8,5%). El sexo del probable agresor fue masculino (37,4%), femenino (28,5%) y ambos (28,5%). El consumo de alcohol fue reportado por los agresores en el 10,6% de los casos reportados (Tabla 1).

En el análisis de correspondencia, dos dimensiones fueron suficientes para explicar el 98,9% de la variabilidad de los datos, siendo la primera el 90,5% y la segunda el 8,4% (valor $p < 0,01$) (Tabla 2). Los aportes absolutos de las variables de la Dimensión 1 que más destacan son: agresor con 24,1%, acoso y violación con 16,5%

y sexo del agresor con 13,8%. Para la Dimensión 2, las variables que destacan son: tipo de violencia (51,0%) y medio de agresión (16,0%) (Tabla 3).

De la observación de la proximidad de las variables en el gráfico de análisis de correspondencias se desprenden las siguientes asociaciones: en las víctimas de 0 a 1 año, la violencia ocurrió en el hogar, fue practicada por la madre o el padre, el tipo de violencia más frecuente fue la negligencia y el medio de agresión fue un objeto caliente. Entre las víctimas de 2 a 5 años,

Tabla 1. Variables sociodemográficas y características de la violencia cometida contra la niñez. SINAN, 2022.

Variables	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total	21.462	100,0	17.437	100,0	38.899	100,0
Edad						
0-1	6.006	28,0	5.722	32,8	11.728	30,1
2-5	8.682	40,5	6.631	38,0	15.313	39,4
6-9	6.774	31,6	5.084	29,2	11.858	30,5
Lugar de ocurrencia						
Domicilio	19.191	89,4	15.171	87,0	34.362	88,3
Escuela	1.009	4,7	835	4,8	1.844	4,7
Vía pública	1.262	5,9	1.431	8,2	2.693	6,9
Comercio	478	2,2	642	3,6	1.120	2,8
Tipo de Violencia						
Física	4.572	21,3	4.361	25,0	8.933	23,0
Psicológica	3.419	15,9	2.234	12,8	5.653	14,5
Negligencia	9.114	42,5	10.591	60,7	19.705	50,7
Sexual (acoso y violación)	8.058	36,7	2.299	12,7	10.357	25,9
Medios de agresión:						
Fuerza corporal/paliza	4.686	21,8	3.519	20,2	8.205	21,1
Objeto contundente	473	2,2	485	2,8	958	2,5
Objeto punzante	265	1,2	351	2,0	616	1,6
Objeto caliente	558	2,6	774	4,4	1.332	3,4
Amenaza	1.999	9,3	999	5,7	2.998	7,7
Vínculo de parentesco						
Padre	7.812	36,4	7.750	44,4	15.562	40,0
Madre	9.388	43,7	10.728	61,5	20.116	51,7
Padrastro	1.594	7,4	808	4,6	2.402	6,2
Conocido	2.142	10,0	1.183	6,8	3.325	8,5
Sexo del probable agresor						
Masculino	9.387	43,7	5.147	29,5	14.534	37,4
Femenino	5.571	26,0	5.519	31,7	11.090	28,5
Ambos	5.130	23,9	5.949	34,1	11.079	28,5
El probable autor del ataque era sospechoso de consumir alcohol						
Sí	2.406	11,2	1700	9,7	4.106	10,6
No	11.474	53,5	10.245	58,8	21.719	55,8

* Los totales suman 100%, y cuando no suman, el resto corresponde a "sin información".

Fuente: Autores.

Tabla 2. Medidas estadísticas resultantes del análisis de correspondencias. SINAN, 2022.

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Varianza explicada	
					%	% acumulada
1	0,254	0,065			90,5	90,5
2	0,077	0,006			8,4	98,9
3	0,028	0,001			1,1	100,0
Total		0,071	30531,058	,000 ^a	100,0	100,0

Nota: a = 84 grados de libertad.

Fuente: Autores.

Tabla 3. Características relacionadas con la agresión entre niños de 0 a 9 años y las variables demográficas que componen cada dimensión. SINAN, 2022.

Visión general de puntos de columna ^a										
Variables	Descripción	Masa	Coordenadas del gráfico biplot		Inercia	Contribuciones				
			1 ^a	2 ^b		Absoluta		Relativa		Total
						2 ^b	1 ^a	2 ^b	1 ^a	
	Fila: Violencia									
1Com	Comercio	0,005	-0,804	-0,017	0,001	0,013	0,000	0,977	0,000	0,977
1Esc	Escuela	0,009	0,519	-0,291	0,001	0,009	0,009	0,627	0,060	0,686
1Res	Domicilio	0,161	-0,058	0,065	0,000	0,002	0,009	0,657	0,251	0,908
1Viap	Vía pública	0,013	0,031	-0,525	0,000	0,000	0,045	0,009	0,779	0,788
2Fis	Física	0,049	0,085	-0,490	0,001	0,001	0,153	0,090	0,907	0,997
2Neg	Negligencia	0,129	-0,566	0,086	0,011	0,163	0,012	0,993	0,007	1,000
2Psi	Psicológica	0,030	0,574	-0,551	0,003	0,039	0,118	0,776	0,216	0,992
2Sex	Sexual	0,061	0,818	0,549	0,012	0,161	0,239	0,880	0,120	1,000
3Ame	Amenaza	0,016	0,744	-0,612	0,003	0,034	0,077	0,785	0,162	0,947
3Cor	Objeto punzante	0,003	-0,323	-0,626	0,000	0,001	0,017	0,466	0,531	0,997
3For	Fuerza corporal/paliza	0,045	0,307	-0,324	0,001	0,017	0,061	0,748	0,252	1,000
3Obj	Objeto contundente	0,005	0,061	-0,561	0,000	0,000	0,021	0,033	0,869	0,902
3Que	Objeto caliente	0,007	-0,725	-0,054	0,001	0,014	0,000	0,996	0,002	0,998
4Assed	Acoso	0,019	0,964	0,328	0,005	0,070	0,027	0,965	0,034	0,999
4Estup	Violación	0,037	0,803	0,499	0,007	0,095	0,121	0,895	0,105	1,000
6Conh	Desconocido	0,019	0,713	-0,445	0,003	0,038	0,049	0,893	0,106	0,999
6Desc	Conocido	0,008	0,325	0,269	0,000	0,003	0,007	0,824	0,171	0,995
6Mae	Madre	0,127	-0,527	0,037	0,009	0,139	0,002	0,998	0,001	1,000
6Pad	Padrastro	0,012	0,777	-0,347	0,002	0,029	0,019	0,943	0,057	1,000
6Pai	Padre	0,089	-0,299	0,065	0,002	0,031	0,005	0,935	0,013	0,949
7Fem	Femenino	0,075	-0,422	0,067	0,003	0,053	0,004	0,977	0,007	0,985
7Masc	Masculino	0,081	0,520	-0,069	0,006	0,086	0,005	0,992	0,005	0,997
Total activo	1,000			0,071	1,000	1,000				
	Columna: Demográfico									
0a1	0-1	0,148	-0,865	0,083	0,028	0,437	0,013	0,990	0,003	0,993
2a5	2-5	0,196	0,137	0,285	0,002	0,014	0,206	0,377	0,498	0,875
6a9	6-9	0,156	0,651	-0,437	0,019	0,260	0,385	0,878	0,120	0,998
Fem	Femenino	0,279	0,342	0,220	0,009	0,128	0,175	0,877	0,111	0,988
Masc	Masculino	0,221	-0,429	-0,277	0,012	0,161	0,221	0,877	0,111	0,988
Total activo	1,000			0,071	1,000	1,000				

Nota: 1^a se refiere a la dimensión 1; 2^b se refiere a la dimensión 2.

Fuente: Autores.

el tipo más frecuente fue la violencia sexual, el acoso y la violación, cometidos por conocidos, el sexo de los agresores fue masculino y femenino y el lugar de ocurrencia fue en el hogar. Las víctimas con edades comprendidas entre 6 y 9 años sufrieron violencia física y psicológica, los agresores fueron el padrastro o algún conocido, los medios de agresión fueron amenazas y fuerza corporal, con el uso de objetos punzantes y contundentes y ocurrió en la escuela y vía pública (Figura 1).

Discusión

Según datos del SINAN, en 2022 se realizaron alrededor de 40 mil notificaciones de violencia contra niños de 0 a 9 años. Las principales víctimas fueron niñas de 2 a 5 años de edad, los agresores más frecuentes fueron las madres y el hogar fue el principal lugar de ocurrencia. En el análisis de correspondencia se identificaron tres situaciones: víctimas de 0 a 1 año (el tipo de violencia fue negligencia, ocurrida en el hogar, cometida por la madre y el padre y uso de

objeto caliente); de 2 a 5 años (violencia sexual por acoso y violación, cometida por conocidos y lugar de ocurrencia en el hogar); de 6 a 9 años (violencia física y psicológica, agresores fueron los padrastros y algún conocido, los medios de agresión fueron amenazas, fuerza física, uso de objetos punzantes y contundentes y ocurrió en la escuela y en la vía pública).

Edad y tipo de violencia

La (OMS) define la violencia contra los niños como cualquier tipo de violencia cometida contra personas menores de 18 años, que puede ser perpetrada por familiares, cuidadores, pares o extraños, y puede incluir violencia física, sexual y emocional, así como presenciar actos violentos. La violencia interpersonal es la más común en este grupo de edad y se puede clasificar en maltrato, que incluye abuso y negligencia; violencia juvenil, que incluye bullying, peleas físicas, agresiones físicas y sexuales graves, además de homicidios; y violencia entre parejas íntimas. Los niños pueden sufrir varios tipos de violencia simultáneamente y en diferentes etapas a lo largo

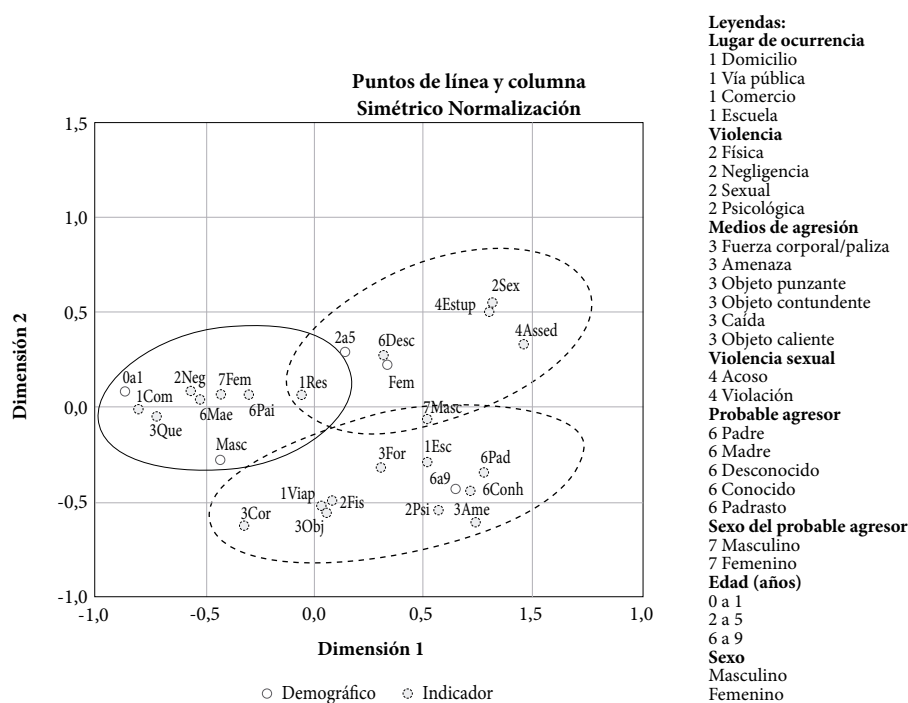


Figura 1. Análisis de correspondencias y variables asociadas a la violencia contra la niñez. SINAN, 2022.

Fuente: Autores.

de su vida y esta violencia puede resultar en daños físicos y psicológicos; daños al crecimiento, desarrollo y maduración de los niños²⁴.

El estudio demostró que la violencia cometida contra los niños varía según la edad. La evidencia muestra que los niños más pequeños son más propensos a sufrir negligencia²⁷. La negligencia incluye abandono, ausencia o cuidado físico y emocional insuficiente^{7,25}. La negligencia puede ocurrir como resultado de situaciones de vulnerabilidad, como la pobreza y el uso de bebidas alcohólicas y otras drogas por parte de padres y/o cuidadores^{25,26}. Es importante resaltar que, a pesar de las diversidades familiares, en 2022, el 87% de las familias monoparentales con hijos brasileñas estaban encabezadas por mujeres, y entre estas mujeres, el 60% eran negras²⁷. Esta realidad puede contribuir a la ocurrencia de situaciones de negligencia, especialmente cuando las mujeres no cuentan con una red de apoyo, situación agravada por la cultura patriarcal que asigna mayoritariamente a las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico²⁸.

La violencia sexual fue la más frecuente entre los niños de 2 a 5 años. La violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes es un problema sociocultural entendido desde diferentes dimensiones y expresado en las relaciones sociales de clase, género y raza/color y sus interseccionalidades. Se trata de un grave problema de salud pública que vulnera los derechos humanos²⁹. Según UNICEF y el Foro Brasileño de Seguridad Pública, la gran mayoría de las víctimas de violencia sexual son del sexo femenino (80% del total), de las cuales el 12% tenía entre 0 y 4 años, y el 22% tenía entre 5 y 9 años, totalizando el 34% que tenían entre 0 y 9 años. Entre 10 y 14 años hay el 47% de las víctimas, y entre 15 y 19, el 19%. En relación con los varones, los casos de violencia sexual se concentran especialmente entre los 3 y 9 años de edad. La mayoría de los casos de violencia sexual ocurren en el hogar de la víctima y el 86% de los perpetradores eran conocidos de las víctimas. En Brasil, en los últimos cuatro años, fueron violados más de 22 mil niños de 0 a 4 años, 40 mil de 5 a 9 años, 74 mil niños y adolescentes de 10 a 14 años y 29 mil adolescentes de 15 a 19 años⁶.

Niños de 6 a 9 años sufrieron violencia física y psicológica. La violencia física consiste en cualquier tipo de agresión física contra los niños o adolescentes con o sin el uso de objetos³⁰. Además del daño físico, puede perjudicar el desarrollo orgánico y cerebral de los jóvenes y ser

letal^{31,32}. El tipo psicológico se da mediante agresión verbal, chantaje, reglas excesivas, amenazas (incluidas amenazas de muerte), humillación, devaluación, estigmatización, descalificación, rechazo, aislamiento, exigencia de comportamientos éticos inadecuados o comportamientos más allá de las capacidades³⁰. Cabe señalar que el reconocimiento de la violencia psicológica depende sustancialmente del contexto en el que se inserta, ya que la detección del origen del hecho muchas veces puede verse dificultada por la omisión de casos, considerando que inicialmente este tipo de violencia no deja cualquier marca tan expresiva³³.

Agresores

El estudio mostró a miembros de la familia como el padre y la madre como los principales agresores de los niños, siendo la madre la agresora más frecuente. La violencia doméstica impide el desarrollo físico y psicológico de los niños, además de provocar numerosas consecuencias nocivas para la salud y el bienestar en la infancia, que se extienden a lo largo de toda la vida de los niños³⁴. La violencia contra los niños es un problema multifactorial y tiene sus raíces en un conjunto de factores interconectados, desde los individuales hasta los sociales. En este contexto, las normas de género se presentan como un elemento crucial para comprender y combatir este grave problema de salud pública³⁵.

Los estudios también han demostrado que la violencia contra los niños cometida dentro de la familia ocurre primero por la madre, seguida por el padre, el padrastro, el novio o la pareja de la madre. Los perpetradores de la violencia son quienes debían proteger, lo que complica aún más el problema y la vulnerabilidad de los niños^{26,36,37}.

La participación de las madres en estas prácticas se considera una consecuencia de la perpetuación del ciclo de violencia. Las mujeres que enfrentan violencia doméstica por parte de sus parejas muchas veces han sido víctimas de violencia en sus familias de origen, lo que contribuye a la propensión a reproducir estas prácticas con sus hijos³⁸. A esto se suman las vulnerabilidades sociales en las que vive la mayoría de familias encabezadas por mujeres²⁷. Comprender y abordar este ciclo de violencia es crucial para desarrollar intervenciones efectivas que apunten a interrumpir este patrón y promover entornos familiares más saludables y seguros.

Lugar de ocurrencia

La violencia se produjo en casi el 90% de los casos dentro de la propia residencia, especialmente entre niños de 0 a 5 años. Así, el lugar de protección y cuidado se convierte en el lugar de riesgo para los niños. Este aspecto se inscribe en el contexto de violencia estructural, resultante de las desigualdades sociales, la falta de empleo, el consumo de drogas, con la perpetuación de violaciones interpersonales entre familias disfuncionales³⁹. La violencia doméstica debe entenderse como de interés público, ya que viola los derechos de personas incapaces que necesitan que el Estado garantice derechos básicos.

La violencia contra niños de 6 a 9 años se produjo en escuelas y vías públicas. La violencia practicada en la escuela que ocurre repetidamente y en el contexto de una relación de desequilibrio de poder puede describirse como acoso escolar e incluye violencia física y verbal, intimidación y ciberacoso^{40,41}. La violencia contra los niños ocurre principalmente en el hogar y contra los adolescentes ocurre en la calle, especialmente entre los niños negros. Los lugares donde ocurre la violencia son eventos complementarios y simultáneos. Sin embargo, es fundamental comprenderlos en sus particularidades para implementar políticas públicas efectivas para prevenir la violencia⁶.

Es importante mencionar que debido a la Pandemia de COVID-19 hubo un subregistro de casos de violencia debido a las medidas restrictivas de circulación, los establecimientos públicos tuvieron cambios de horarios y días de atención, las escuelas operaron de manera virtual y como resultado niños y adolescentes dejaron de asistir a el espacio principal donde suelen tener contacto con adultos fuera del círculo familiar⁴².

La agenda 2030 establece el compromiso de eliminar todas las formas de violencia contra los niños²⁰. La OMS creó "INSPIRE3: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños", a saber: 1) implementar legislación y leyes que puedan prohibir formas de disciplina a través de la violencia, el acceso a armas y alcohol; 2) cambiar valores y normas sociales, como normalizar la violencia contra las niñas y fomentar la agresividad en los niños; 3) garantizar ambientes seguros, identificando puntos de violencia en los barrios y buscando alternativas para mejorarlos; 4) brindar apoyo a padres y cuidadores, especialmente apoyo a padres jóvenes; 5) fortalecer políticas para mejorar los ingresos familiares, como microcréditos, empo-

deramiento femenino; 6) mejorar los servicios de apoyo de emergencia y psicosocial; 7) invertir en educación para que los niños accedan y permanezcan en la escuela³.

Sin embargo, todavía queda un largo camino por recorrer para lograr este compromiso global y para avanzar hacia la consecución de estas propuestas se debe trabajar en la difusión de datos, asegurando que los gobiernos y la sociedad estén comprometidos con las políticas públicas para la protección y seguridad de los niños y las familias. Las políticas deben articular la red social de atención y protección, salud, educación, servicios de responsabilización y protección encaminados a reducir estos problemas y proteger la vida de estos niños, como lo establece el Estatuto del Niño y del Adolescente.

Entre las limitaciones del presente estudio se puede mencionar que el subregistro de violencia no permite estimar la prevalencia poblacional. Los datos pueden estar aún menos reportados, debido a la vulnerabilidad, el silencio y los intentos de padres y agresores de ocultar los hechos. Por otro lado, el uso de la información del SINAN refleja la organización de la vigilancia en salud y constituye una de las fortalezas del sistema de información brasileño. Aunque esta cifra aún no se denuncia, se registraron casi 40 mil notificaciones de violencia contra niños. Estos datos nos permiten establecer asociaciones entre variables y analizar los perfiles relacionados con agresores, tipos de violencia y otros aspectos.

Como potencialidades del estudio, se destaca que la notificación es el primer instrumento para garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes tras la ocurrencia o sospecha de violencia y la elección del análisis de correspondencia permitió emplear análisis multivariados y verificar simultáneamente varios factores asociados al desenlace "violencia contra los niños", además del uso del modelo gráfico que facilita la interpretación de la relación entre los decorados.

Conclusión

En 2022 se reportaron 38.899 casos de violencia contra niños de 0 a 9 años y las principales víctimas fueron las niñas, siendo las madres y los padres como agresores. El hogar fue el lugar de ocurrencia más frecuente en relación con los niños más pequeños y la escuela o vía pública para niños de 6 a 9 años.

Brasil viene registrando indicadores alarmantes en materia de violencia, convirtiéndola en un problema de salud pública y colectiva.

Para combatir esto, es necesario reajustar la organización tradicional de los servicios, siendo necesario una acción mucho más específica, interdisciplinaria, multidisciplinaria, intersectorial y comprometida, encaminada a la atención, prevención y protección integral, lo que también es un inmenso desafío por transponer. Además, se deben adoptar estrategias de prevención que aborden los orígenes de la violencia y también cambien los procesos que conducen al subregis-

tro de casos. Aún en el ámbito intrafamiliar, la atención integral debe ser estimulada e incentivada por políticas, programas y servicios públicos que permitan a las comunidades, padres y cuidadores garantizar la buena salud y nutrición de los niños, así como protegerlos de la violencia y las amenazas, juntamente con la mejora de los vínculos familiares y la crianza positiva. Ninguna violencia contra los niños es aceptable y todos los acontecimientos se pueden prevenir.

Colaboradores

DC Malta, participó en la concepción del artículo, revisión de la literatura, diseño del artículo, análisis e interpretación de datos, escribió la primera versión del manuscrito. RIT Bernal participó en el análisis estadístico, análisis de datos y diseño del artículo. AG Silva, NNB SÁ LAB Tonaco, SLA Santos y G Albuquerque participaron en el análisis e interpretación de los datos y su revisión crítica. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final.

Financiamiento

Fapemig Notiviva. Convocatoria Fapemig 011/2022 - Proceso n.: CDS - APQ-03788-22 PROYECTO: "NOTIVIVA: mejorando la vigilancia de la violencia en Brasil". Proyecto Global Burden of Disease, encuestas IA/2023, financiado por la Secretaría de Vigilancia de la Salud y el Medio Ambiente del Ministerio de Salud, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), subvención de productividad de DC Malta.

Referencias

- Minayo MCS, Franco S. Violence and Health. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* 2018; DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.32>
- Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016; 137(3): e20154079.
- World Health Organization (WHO). INSPIRE: seven strategies for ending violence against children [Internet]. 2016. [cited 2023 out 13]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=>
- World Health Organization (WHO). Global status report on preventing violence against children 2020 [Internet]. 2020. [cited 2023 out 13]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240006379>. 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico* 2024; 8.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: MS; 2021.
- World Health Organization (WHO). *Violence against children*. Geneva: WHO; 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1271, de 6 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 7 jun.
- Silva PA, Lunardi VL, Meucci RD, Algeri S, Silva MP, Franciscatto FP. (In)visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil. *Invest Educ Enferm* 2019; 37(2):e11.
- Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff J Von, Salvador-Silva R. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(1): e00140020.
- Malta DC, Bernal RTI, Pugedo FSF, Lima CM, Mascarenhas MDM, Jorge AO, Melo AM. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2899-2908.
- Turner S, Harvey C, Hayes L, Castle D, Galletly C, Sweeney S, Shah S, Keogh L, Spittal MJ. Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 29:e78.
- Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Improving measurement of child abuse and neglect: a systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS One* 2020; 15(1):e0227884.
- Liu P, Huang W, Chen S, Xiang H, Lin W, Wang H, Wang Y. The association among childhood maltreatment, sleep duration and suicide behaviors in Chinese young people. *J Affect Disord* 2023; 327:190-196.
- Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Supl. 1):e200007.SUPL.1.
- Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2020; 102:104361.
- Chen Y, Shan Y, Lin K, Wei Y, Kim H, Koenen KC, Gelaye B, Papatheodorou SI. Association Between Child Abuse and Risk of Adult Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Prev Med* 2023; 65(1):143-154.
- Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):7-23.
- Kim H, Drake B. Has the relationship between community poverty and child maltreatment report rates become stronger or weaker over time? *Child Abuse Negl* 2023; 143:106333.
- Organização das Nações Unidas (ONU). *Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil*. Brasília: ONU; 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 29 set.
- Infantosi AFC, Costa JCGD, Almeida RMVR. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):473-486.
- Souza AC, Bastos RR, Vieira MT. Análise de correspondência simples e múltipla para dados amostrais complexos. In: *Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística*. Campinas; 2011.
- World Health Organization (WHO). Global status report on preventing violence against children 2020 [Internet]. 2020. [cited 2023 jun 11]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
- Pedroso MRO, Leite FMC. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. *Esc Anna Nery* 2023; 27:e20220128.
- Manly JT, Oshri A, Lynch M, Herzog M, Wortel S. Child Neglect and the Development of Externalizing Behavior Problems. *Child Maltreat* 2013; 18(1):17-29.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
- Garcia BC, Marcondes GS. As desigualdades da reprodução: homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado. *Rev Bras Estud Popul* 2022; 39:e0204.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021*. Brasília: MS; 2022.

30. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Tipificação de crimes de violência contra a criança*. Brasília: CNJ; 2023.
31. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):347-357.
32. Pinto IV, Pimenta IS, Alves MB, Santos AP, Melo CM, Evangelista JG, Lacerda KAR, Bevilacqua PD. Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e dos serviços de atendimento especializado em Minas Gerais, 2019. *Epidemiol Serv Saude* 2023; 32(2):e2022907.
33. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Cien Saude Colet* 2016; 21(3):871-880.
34. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crit* 2015; 28(2):213-221.
35. Carlos DM, Ferriani MGC, Esteves MR, Silva LMP, Scatena L. Social support from the perspective of adolescent victims of domestic violence. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(4):610-617.
36. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicol Teoria Pesq* 2005; 21(3):341-348.
37. Miura PO, Silva ACS, Pedrosa MMMP, Costa ML, Nobre Filho JN. Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos. *Psicol Soc* 2018; 30:e179670.
38. Santos ACW, Moré CLOO. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicol Cienc Prof* 2011; 31(2):220-235.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005.
40. Malta DC, Minayo MCS, Cardoso LSM, Veloso GA, Teixeira RA, Pinto IV, Naghavi M. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):4069-4086.
41. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatr Open* 2021; 5(1):e000939.
42. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: Unicef; 2021.

Artículo presentado en 14/01/2024

Aprobado en 24/07/2024

Versión final presentada en 26/07/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva