



Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro

Prevalence and factors associated child neglect in a Brazilian state

Prevalencia y factores asociados a la negligencia contra niños en un estado brasileño

Márcia Regina de Oliveira Pedrosa¹

Franciéle Marabotti Costa Leite²

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

2. Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória,
ES, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Quantificar a prevalência da negligência contra a criança e identificar seus fatores associados, a partir dos casos notificados no estado do Espírito Santo no período entre 2011 e 2018. **Métodos:** Estudo transversal com dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com todos os casos notificados de negligência contra a criança no período de 2011 a 2018 no Espírito Santo, Brasil. Foram estudadas as características da vítima, do autor e da agressão e as associações foram analisadas por meio da Regressão de Poisson. **Resultados:** A frequência de negligência foi 31,3%, sendo mais prevalente no sexo masculino (RP: 1,48; IC95%: 1,34-1,63); na faixa etária de 0 a 2 anos (RP: 3,05; IC95%: 2,65-3,51); entre agressores do sexo feminino (RP: 16,20; IC95%: 9,98-26,32), e, em relação ao vínculo nota-se a maior prevalência de pais/padrapos (RP: 6,69; IC95%: 4,16-10,74), ambos os pais (RP: 4,41; IC95%: 2,84-6,85) e mães/madrastas (RP: 2,94; IC95%: 2,20-3,93). **Conclusões e Implicações para a prática:** A magnitude de negligência contra crianças no Espírito Santo foi expressiva, demonstrando a necessidade de avançar no entendimento deste fenômeno e na implementação de políticas públicas intersetoriais ampliadas que visem garantir condições adequadas para o crescimento e desenvolvimento na infância.

Palavras-chave: Criança; Estudos transversais; Notificação de Abuso; Prevalência; Violência.

ABSTRACT

Objective: To quantify the prevalence of neglect against the child and identify its associated factors, based on the cases reported in the state of Espírito Santo between 2011 and 2018. **Methods:** Cross-sectional study with data reported in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) with all reported cases of child neglect from 2011 to 2018 in the state of Espírito Santo, Brazil. The characteristics of the victim, author, and aggression were studied, and the associations were analyzed by Poisson regression. **Results:** The frequency of neglect was 31.3%, being more prevalent in males (PR: 1.48; 95%CI: 1.34–1.63); for the age group of zero to two years (PR: 3.05; 95%CI: 2.65–3.51); among female aggressors (PR: 16.20; 95%CI: 9.98–26.32), and regarding the bond to the victim, we note the highest prevalence of parents/stepfathers (PR: 6.69; 95%CI: 4.16–10.74), both parents (PR: 4.41; 95%CI: 2.84–6.85) and mothers/stepmothers (PR: 2.94; 95%CI: 2.20–3.93). **Conclusions and Implications for the practice:** The magnitude of child neglect in Espírito Santo was significant, showing the need to advance in the understanding of this phenomenon and in the implementation of expanded intersectoral public policies aimed at ensuring adequate conditions for growth and development in childhood.

Keywords: Child; Cross-Sectional Studies; Mandatory Reporting; Prevalence; Violence.

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar la prevalencia del abandono infantil e identificar sus factores asociados, a partir de los casos notificados en el estado de Espírito Santo entre 2011 y 2018. **Métodos:** Estudio transversal con datos notificados en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Notificable (SINAN) con todos los casos reportados de negligencia infantil entre 2011 y 2018 en Espírito Santo, Brasil. Se estudiaron las características de la víctima, del agresor y de la agresión y se analizaron las asociaciones mediante Regresión de Poisson. **Resultados:** La frecuencia de abandono fue del 31,3%, siendo más prevalente en el sexo masculino (RP: 1,48; IC95%: 1,34-1,63); en el grupo de edad de 0 a 2 años (RP: 3,05; IC95%: 2,65-3,51); entre las mujeres agresoras (RP: 16,20; IC95%: 9,98-26,32), y en relación al vínculo hay mayor prevalencia de padres/padrapos (RP: 6,69; IC95%: 4,16-10,74), ambos padres (RP: 4,41; IC95%: 2,84-6,85) y madres/madrastas (RP: 2,94; IC95%: 2,20-3,93). **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** La magnitud del abandono de los niños fue expresiva, demostrando la necesidad de avanzar en la comprensión de este fenómeno y en la implementación de políticas públicas intersectoriales ampliadas que tengan como objetivo garantizar condiciones adecuadas para el crecimiento y desarrollo en la infancia.

Palabras clave: Niño; Estudios Transversales; Notificación Obligatoria; Prevalencia; Violencia.

Autor correspondente:

Márcia Regina de Oliveira Pedrosa.
E-mail: marcypedrosa@gmail.com.

Recebido em 08/04/2022.

Aprovado em 20/08/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0128pt>

INTRODUÇÃO

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança, todo infante é considerado sujeito de direitos, que necessita de cuidado e assistência especial e, para que possa se desenvolver adequadamente, precisa de um ambiente familiar, de felicidade, amor e compreensão.¹ Concernente a isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que o bem-estar na infância é dependente de alguns fatores como: uma boa saúde e nutrição; relacionamentos adequados; um ambiente seguro, limpo e solidário; educação; e realização da autonomia e resiliência pessoal.²

Porém, nem sempre as crianças têm suas necessidades atendidas, caracterizando a situação de negligência. Este tipo de violência pode ser conceituado como a omissão dos cuidadores em prover as necessidades básicas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, perpassando por atender suas necessidades em áreas como saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição e condições de vida seguras.³⁻⁵ Ato negligente podem se manifestar na privação de alimentação, na falta de cuidados com a higiene e saúde, no absenteísmo escolar, na falta de supervisão e cuidado perante as intempéries do meio ambiente, na exposição a situações violentas e drogas, entre outros, podendo culminar no total abandono.^{3,4}

As situações de negligência podem se constituir em situações isoladas ou em um padrão de falha contínuo no atendimento das necessidades da criança.⁶⁻⁸ Independente da sua intensidade e constância, este agravo impacta negativamente o crescimento e desenvolvimento da criança, envolvendo não só aspectos físicos, mas também psicológicos e emocionais, com manifestações inclusive na vida adulta. Crianças negligenciadas têm maiores chances de apresentarem déficits em seu desenvolvimento cerebral, dificuldades em se relacionar com o meio externo, comportamento agressivo e antissocial, problemas de ansiedade e depressão, dificuldades de aprendizagem e comportamento violento e delinquente na vida adulta.^{3,8-12}

A pobreza é apontada como o principal fator associado à negligência, afetando o acesso das famílias à direitos sociais básicos como saúde, educação, transporte e moradia adequada, que acabam por influenciar na capacidade dos pais fornecerem os cuidados necessários à criança.^{3,6,8,13-15} Outros fatores associados relacionados às características parentais são a baixa autoestima, dificuldade de socialização e de utilização de recursos de apoio social, passividade, uso de substâncias ilícitas, problemas mentais e dificuldades relacionadas ao planejamento de sua vida.^{3,16-19} Pais adolescentes e aqueles que sofreram experiências adversas durante sua infância também apresentam maiores chances de serem negligentes com seus filhos.^{8,18}

Com relação à magnitude deste agravo, Moody et al.²⁰ a partir de uma revisão sistemática, encontraram poucos estudos abordando a negligência, principalmente para as regiões da América do Sul, África e Oceania. A mediana de prevalência de negligência ao longo da vida para a região da América do Sul foi 6,6% (a partir de dados de dois estudos), enquanto para a Europa e América do Norte foram 30,1 e 27%, respectivamente. Para o Brasil, Rates et al.²¹ analisando dados dos casos notificados

pelo setor saúde no ano de 2011 encontraram uma prevalência de 47,5%, sendo a negligência o principal tipo de violência contra a criança notificada, o que também foi encontrado por Malta et al.²² a partir dos dados do Viva Inquérito de 2014.

Salienta-se que a falta de dados sobre a negligência pode ser devido à dificuldade de conceituar e, portanto, identificar.^{5,23} Neste sentido, se torna mais evidente a importância de políticas públicas intersetoriais que garantam os direitos da criança, sendo que o setor saúde ganha um destaque fundamental. Além da saúde ser uma das áreas em que os cuidados com a criança são negligenciados, a atuação dos profissionais de saúde, principalmente aqueles da Atenção Básica, junto às famílias possibilita conhecer as dinâmicas familiares e identificar precocemente situações de risco para a ocorrência de situações violentas.⁴

Além do atendimento à criança e sua família, o setor saúde é um dos responsáveis pela notificação de casos de violência, entre eles a negligência. A notificação é um poderoso instrumento para acionar a rede de cuidados, além de ser uma importante fonte de dados para a compreensão do fenômeno e para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas.^{4,24} Diante disso, o objetivo deste trabalho foi quantificar a prevalência da negligência contra a criança e identificar seus fatores associados, a partir dos casos notificados no estado do Espírito Santo no período entre 2011 e 2018.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico, analítico do tipo transversal, onde foram analisados os dados das notificações de violência contra a criança ocorridos no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

Localizado na região sudeste brasileira, o estado do Espírito Santo conta com uma população estimada para 2019 de 4.018.650 habitantes, sendo que 509.336 são crianças de 0 a 9 anos de idade (14,5%). Está dividido em 78 municípios e três regiões de saúde. Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,740, considerado alto, e uma renda média *per capita* de R\$1.477,00.²⁵ No período estudado, houveram 439.422 nascimentos no estado, o que corresponde a uma taxa de natalidade de 125,02 nascimentos por 1000 habitantes.²⁶

Os dados foram gerados pelos serviços de saúde a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e parte integrante do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA-Contínuo).²⁴ O período de estudo escolhido levou em consideração a inclusão da violência como um agravo de notificação compulsória em 2011, a partir da promulgação da portaria nº 104.²⁷ A base de dados foi fornecida pelo setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde estadual.

Foram incluídos todos os dados de indivíduos com idade entre 0 e 9 anos e que tinham a identificação do tipo de violência sofrida. Esta faixa etária foi a escolhida por ser a adotada pelo Ministério da Saúde.²⁴ Antes da análise, foi realizado processo de qualificação dos dados a fim de minimizar possíveis erros

e inconsistências, seguindo as orientações do Instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada.²⁴

O desfecho analisado neste trabalho foram os casos de violência do tipo negligência (não; sim), sendo que a categoria “não” é constituída dos casos que sofreram outros tipos de violência. As variáveis independentes foram agrupadas da seguinte forma: a) características da vítima: sexo (masculino; feminino); faixa etária (0 a 2 anos; 3 a 5 anos; 6 a 9 anos); raça/cor (branca; preta/parda); presença de deficiências e/ou transtornos (não; sim); e zona de residência (urbana/periurbana; rural); b) características do agressor: faixa etária (0 a 19 anos; 20 anos ou mais); sexo (masculino; feminino; ambos); vínculo com a vítima (pai/padrasto; mãe/madrasta; ambos os pais; conhecido); e suspeita de uso de álcool (não; sim); c) características do evento: número de envolvidos (um; dois ou mais); ocorrência na residência (não; sim); turno de ocorrência (manhã/tarde; noite/madrugada); histórico de repetição (não; sim); e encaminhamento para outros serviços (não; sim). Os dados em branco ou ignorados em cada uma das variáveis foram desconsiderados, assim o número total de indivíduos pode variar.

Todas as análises foram realizadas no software Stata 14.1. Foram calculadas as frequências relativas e absolutas e seus intervalos de confiança de 95%. Na análise bivariada foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson; as variáveis que obtiveram valor de p menor que 0,20 nesta análise foram incluídas no modelo multivariado, exceto a variável ‘encaminhamento’ por considerarmos que este ocorreu após o desfecho. Foi utilizada a regressão de Poisson com estimativa das Razões de Prevalência (RPs) na análise multivariada. A entrada das variáveis do modelo foi realizada em dois níveis: no primeiro foram incluídas as características da vítima e no segundo nível as características do agressor e evento; a permanência das variáveis no modelo respeitou o critério de valor de p menor que 0,05.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob CAAE nº 88138618.0.0000.5060 e parecer número 2.819.597 de 14 de agosto de 2018.

RESULTADOS

No período de 2011 a 2018, foram notificados 968 casos de negligência contra crianças no Espírito Santo, o que corresponde a 31,3% do total de 3.127 casos notificados (IC95%: 29,7-33,0). A prevalência nos meninos foi 39,1% (IC95%: 36,5-41,7) e nas meninas foi 25,4% (IC95%: 23,4-27,5).

Os dados demonstram que as vítimas são em sua maioria do sexo masculino (54%), de idade entre 0 e 2 anos (57,7%), da raça/cor preta ou parda (74,2%), sem deficiências e/ou transtornos (97,1%) e residentes da zona urbana (91,7%). Com relação ao agressor, 90,5% tinham mais de 20 anos de idade, 50,7% eram mulheres, 47,5% eram mães ou madrastas das vítimas e não houve suspeita de uso de álcool em 76% dos casos. A negligência, em geral, envolveu somente um agressor (54,4%), ocorreu na residência (80,4%), nos turnos da manhã ou da tarde (67,4%) e de forma recorrente (53,5%). O encaminhamento para outros serviços foi realizado em 78% dos casos notificados (Tabela 1).

Com base na análise bivariada, verificou-se que a negligência esteve relacionada ao sexo e faixa etária da criança, à faixa etária e sexo do agressor, ao vínculo do agressor com a vítima, ao número de envolvidos na agressão e ao encaminhamento ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Na análise multivariada, a negligência associou-se ao sexo e à idade da vítima, ao sexo do perpetrador e ao seu vínculo com a criança. Os meninos tiveram uma frequência 48% maior de serem vítimas de negligência (RP:1,48; IC95%: 1,34-1,63). Crianças da faixa etária de 0 a 2 anos sofreram 3,05 vezes mais

Tabela 1. Características dos casos notificados de negligência contra a criança segundo características da vítima, do agressor e da agressão. Espírito Santo, 2011 a 2018.

Variáveis	n	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	523	54,0	50,9-57,2
Feminino	445	46,0	42,8-49,1
Faixa etária			
0 a 2 anos	554	57,7	54,6-60,8
3 a 5 anos	218	22,7	20,2-25,5
6 a 9 anos	188	19,6	17,2-22,2
Raça/Cor			
Branca	204	25,8	22,9-29,0
Preta/Parda	587	74,2	71,0-77,2
Deficiências/Transtornos			
Não	909	97,1	95,8-98,0
Sim	27	2,9	2,0-4,2

Os totais de frequência absoluta divergem em razão dos dados faltantes (em branco ou ignorados nas fichas de notificação).

Tabela 1. Continuação...

Variáveis	n	%	IC 95%
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	857	91,7	89,7-93,3
Rural	78	8,3	6,7-10,3
Faixa etária do agressor			
0 a 19 anos	33	9,5	6,8-13,1
20 anos ou mais	315	90,5	86,9-93,2
Sexo do agressor			
Masculino	65	6,9	5,5-8,8
Feminino	475	50,7	47,5-53,9
Ambos os sexos	397	42,4	39,2-45,6
Vínculo com a vítima			
Pai /Padrasto	61	6,6	5,1-8,4
Mãe/Madrasta	442	47,5	44,3-50,8
Ambos os pais	379	40,7	37,6-44,0
Conhecido	48	5,2	3,9-6,8
Suspeita de uso de álcool			
Não	341	76,0	71,8-79,7
Sim	108	24,0	20,3-28,2
Número de envolvidos			
Um	510	54,4	51,2-57,6
Dois ou mais	427	45,6	42,4-48,8
Ocorreu na residência			
Não	172	19,6	17,1-22,3
Sim	707	80,4	77,7-82,9
Turno de ocorrência			
Manhã/Tarde	327	67,4	63,1-71,5
Noite/Madrugada	158	32,6	28,5-36,9
Histórico de repetição			
Não	208	46,5	41,9-51,2
Sim	239	53,5	48,8-58,1
Encaminhamento			
Não	211	22,0	19,5-24,7
Sim	750	78,0	75,3-80,6

Os totais de frequência absoluta divergem em razão dos dados faltantes (em branco ou ignorados nas fichas de notificação).

Tabela 2. Análise bivariada entre a negligência e as características da vítima, do agressor e da agressão. Espírito Santo, 2011 a 2018.

Variáveis	n	%	IC 95%	p-valor
Sexo				
Masculino	523	39,1	36,5-41,7	<0,001
Feminino	445	25,4	23,4-27,5	
Faixa etária				
0 a 2 anos	554	52,1	49,1-55,1	<0,001
3 a 5 anos	218	24,8	22,1-27,8	
6 a 9 anos	188	16,8	14,8-19,1	

Tabela 2. Continuação...

Variáveis	n	%	IC 95%	p-valor
Raça/Cor				
Branca	204	28,0	24,8-31,3	0,078
Preta/Parda	587	31,5	29,4-33,6	
Deficiências/Transtornos				
Não	909	31,9	30,2-33,6	0,103
Sim	27	24,6	17,4-33,5	
Zona de residência				
Urbana/Periurbana	857	31,2	29,5-33,0	0,714
Rural	78	30,1	24,8-36,0	
Faixa etária do agressor				
0 a 19 anos	33	10,2	7,3-14,0	<0,001
20 anos ou mais	315	30,7	28,0-33,6	
Sexo do agressor				
Masculino	65	4,4	3,5-5,6	<0,001
Feminino	475	61,6	58,1-65,0	
Ambos	397	75,2	71,3-78,7	
Vínculo com a vítima				
Pai/Padrasto	61	9,8	7,7-12,5	<0,001
Mãe/Madrasta	442	70,2	66,5-73,6	
Ambos os pais	379	79,5	75,6-82,9	
Conhecido	48	5,0	3,8-6,6	
Suspeita de uso de álcool				
Não	341	31,0	28,3-33,8	0,547
Sim	108	32,7	27,9-38,0	
Número de envolvidos				
Um	510	25,2	23,4-27,2	<0,001
Dois ou mais	427	57,4	53,8-60,9	
Ocorreu na residência				
Não	172	33,7	29,7-37,9	0,559
Sim	707	32,3	30,4-34,3	
Turno de ocorrência				
Manhã/Tarde	327	35,2	32,2-38,3	0,135
Noite/Madrugada	158	31,3	27,4-35,5	
Histórico de repetição				
Não	208	26,1	23,1-29,2	0,291
Sim	239	23,9	21,4-26,7	
Encaminhamento				
Não	211	58,6	53,4-63,6	<0,001
Sim	750	27,8	26,1-29,5	

negligência que aquelas com idade entre 6 e 9 anos (IC95%: 2,65-3,51); já entre as crianças de 3 a 5 anos a frequência foi 50% maior (RP: 1,50; IC95%: 1,26-1,78). A frequência de perpetradores do sexo feminino foi 16,20 vezes maior (IC95%: 9,98-26,32) quando comparada à do sexo masculino; para a categoria de ambos os sexos, a frequência foi 11,97 vezes superior (IC95%: 7,23-19,81). De forma geral, os agressores foram principalmente aqueles com vínculo materno/paterno com as crianças: as frequências foram 2,94 vezes maior para

a mãe ou madrasta (IC95%: 2,20-3,93), 4,41 vezes maior para ambos os pais (IC95%: 2,84-6,85) e 6,69 vezes maior para o pai ou padrasto (IC95%: 4,16-10,74), quando comparadas às pessoas conhecidas da vítima ($p < 0,05$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Aproximadamente um terço das notificações de violência contra crianças no Espírito Santo foram por negligência. Esse

Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos efeitos das características da vítima, do agressor e da agressão com a negligência perpetrada contra crianças. Espírito Santo, 2011 a 2018.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1,54	1,39-1,71	<0,001	1,48	1,34-1,63	<0,001
Feminino	1,0			1,0		
Faixa etária						
0 a 2 anos	3,09	2,68-3,57	<0,001	3,05	2,65-3,51	<0,001
3 a 5 anos	1,47	1,24-1,75		1,50	1,26-1,78	
6 a 9 anos	1,0			1,0		
Raça/Cor						
Branca	1,0		0,081	1,0		0,143
Preta/Parda	1,13	0,99-1,29		1,10	0,97-1,24	
Deficiências/Transtornos						
Não	1,30	0,93-1,81	0,122	1,02	0,71-1,45	0,928
Sim	1,0			1,0		
Faixa etária do agressor						
0 a 19 anos	1,0		<0,001	1,0		0,931
20 anos ou mais	3,02	2,16-4,23		0,99	0,83-1,19	
Sexo do agressor						
Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	14,03	10,99-17,91		16,20	9,98-26,32	
Ambos	17,12	13,43-21,82		11,97	7,23-19,81	
Vínculo com a vítima						
Pai/Padrasto	1,95	1,36-2,81	<0,001	6,69	4,16-10,74	<0,001
Mãe/Madrasta	13,93	10,52-18,44		2,94	2,20-3,93	
Ambos os pais	15,78	11,93-20,86		4,41	2,84-6,85	
Conhecido	1,0			1,0		
Número de envolvidos						
Um	1,0		<0,001	1,0		0,966
Dois ou mais	2,28	2,07-2,51		0,99	0,69-1,42	
Turno de ocorrência						
Manhã/Tarde	1,13	0,96-1,32	0,139	1,08	0,98-1,20	0,137
Noite/Madrugada	1,0			1,0		

* RP: Razão de Prevalência

agravo foi cometido principalmente contra os meninos, com idade menor que 5 anos, e teve como principal perpetrado aqueles com vínculo materno/paterno.

No Brasil, a violência do tipo negligência se apresenta com prevalências variadas entre os estudos, conforme a abrangência e localização dos dados. Este agravo foi o mais notificado no estado da Paraíba entre 2010 e 2013, atingindo a frequência de 81%.²⁸ Nas cidades de Porto Alegre, Rio Grande do Sul,²⁹ e em Rio das Ostras, Rio de Janeiro,³⁰ a negligência atingiu frequências de 41% e 36,8%, respectivamente, tendo magnitudes inferiores somente à violência sexual. Estas prevalências foram mais próximas à encontrada para o estado do Espírito Santo. Já em cidades do norte do estado de Minas Gerais³¹ e na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo,³² este foi o tipo de violência contra a infância menos notificado.

No presente estudo, a prevalência da negligência contra os meninos foi maior do que nas meninas, o que também foi encontrado em outra pesquisa.³³ Alternativamente, uma revisão sistemática encontrou que este agravo era mais frequente em crianças do sexo feminino na América do Norte, porém não havia diferença na Europa e Ásia.²⁰ Acredita-se que esta diferença encontrada se deve à violência de gênero enraizada na sociedade brasileira.³⁴ Neste sentido, entende-se que as mulheres são o “gênero frágil” e, portanto, necessitariam de mais cuidados, e que a vivência de situações adversas durante a infância seria uma preparação para a vida adulta no sexo masculino.^{3,35}

Quanto menor a idade da criança, maior a sua dependência para o atendimento de suas necessidades físicas, psicológicas e emocionais, o que a torna mais vulnerável às situações de negligência, como demonstrado neste estudo onde as prevalências foram maiores conforme menor a idade da criança. Egry et al. (2015)³³ analisando dados de notificação da cidade de Curitiba, Paraná, encontraram que 27,3% das notificações ocorreram em crianças menores de um ano. Importante destacar que a infância é um período essencial do crescimento e desenvolvimento humano e que a criança precisa de um adulto que possa garantir as condições e os estímulos adequados, considerando também que nessa faixa etária há dificuldade de verbalização de suas necessidades.^{8,21} Além disso, durante o período entre a concepção e os dois anos de idade, conhecido como janela dos 1000 dias, é essencial que sejam garantidas as melhores condições de vida para a criança, visto que as alterações ocorridas neste momento do desenvolvimento podem influenciar na qualidade de vida e na predisposição de doenças na vida adulta, o que pode impactar a sociedade e as gerações futuras.³⁶⁻³⁸

Histórica e culturalmente as mulheres são as principais cuidadoras das crianças e, portanto, uma das principais perpetradoras de negligência, situação também encontrada neste estudo quando da análise da variável sexo do agressor. Na sociedade atual, a mulher além de assumir o papel de responsável pelo lar e pela família, também tem inserção cada vez maior no mercado de trabalho, configurando uma dupla jornada que pode ser difícil e estressante.³⁹ Segundo dados do último censo brasileiro, realizado em 2010, 37,3% dos domicílios tinham a mulher como

principal responsável.⁴⁰ Essa nova conformação pode propiciar a ocorrência de situações negligentes, principalmente se ela não conta com o apoio de um companheiro ou de outras pessoas, situação agravada pela cultura de que o trabalho doméstico deve ser exclusivamente feminino.³³

Também, segundo os dados da presente pesquisa, os pais ou padrastos foram os principais perpetradores da negligência, com prevalências superiores às mães e a ambos os pais. Muitos pais, mesmo estando presentes, não fornecem a atenção e o apoio necessário à companheira no cuidado com as crianças e com a casa; em situações mais extremas os pais abandonam suas famílias e os filhos são criados somente pela mãe. Culturalmente, aos pais cabe o papel de provedor de condições financeiras da casa, sendo este papel considerado suficiente na dinâmica familiar.³³ Dubowitz et al.⁴¹ encontraram em seu estudo que um maior envolvimento dos pais na vida familiar diminui o risco para a negligência contra a criança. Essa negligência dos homens no cuidado com os filhos é ratificada pela sociedade que considera natural a sua ausência em cuidados relacionados à saúde e educação, situação reforçada pela postura dos serviços que acabam por não envolver os pais nas situações concernentes às crianças, como, por exemplo, consultas médicas e reunião de pais e mestres.^{33,41}

Importante refletir a dificuldade em se definir a intencionalidade do ato de negligência como em outros tipos de violência.⁶ Muitas vezes os pais são negligentes por não terem escolha ou por terem um conhecimento inadequado das necessidades da criança e não compreenderem que tais situações constituem uma negligência, como por exemplo, deixar os filhos sozinhos em casa para ir trabalhar por não terem acesso à creche, escola ou outros cuidadores.^{3,5} Ao olharmos para a problemática da negligência infantil temos também que levar em considerações os diferentes padrões culturais do que deve ser o comportamento dos pais perante seus filhos e quais são os princípios que devem reger os cuidados para com as crianças.^{3,14}

Outra questão a destacar é o papel significativo que o setor saúde possui na prevenção e rastreio da negligência, considerando a sua proximidade com as famílias e comunidades, o que facilita a compreensão das diferentes dinâmicas sociais, econômicas e culturais que as envolvem, propiciando mecanismos não só para a identificação de situações desencadeadoras de violência, mas também daqueles necessários à sua superação.⁴

Durante as consultas de pediatria e puericultura podem ser identificadas situações que podem ser consequências da negligência sofrida pela criança: baixo peso ou baixa estatura, maus cuidados com a higiene, não atendimento ao calendário de vacinas, ausência nas consultas, entre outras.⁴ Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos e investigar as causas dessas situações e realizar a notificação a fim de acionar a rede de serviços de proteção, mesmo diante da suspeita de violência.²⁴ Essa simples atitude contribuirá para a quebra do ciclo de violência e para minimizar os impactos negativos da negligência que a criança possa estar sofrendo. Nesse contexto, é fundamental a ampliação da visão dos profissionais de saúde

para além da questão biológica e o fortalecimento da rede de articulação intersectorial para que as ações sejam realmente efetivas no que tange à garantia de direitos e proteção da infância e da família brasileira.³⁹

Como limitações do presente trabalho destaca-se aqueles relacionados à subnotificação de casos e ao uso de dados secundários. Como os dados utilizados neste estudo são provenientes do setor saúde, os casos registrados referem-se aos indivíduos que têm acesso a estes serviços e que são identificados e notificados pelos profissionais de saúde; portanto, casos de negligência que não chegaram até o serviço de saúde não fazem parte do universo analisado. Além disso, destaca-se as lacunas que envolvem a qualidade e a completude do preenchimento das fichas de notificação; essa limitação foi minimizada com o processo de qualificação do banco de dados. Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de políticas de educação permanente na temática da violência para os profissionais de saúde, qualificando assim o processo de identificação e notificação dos casos de violência contra a criança.

CONCLUSÃO

A negligência se mostrou um agravo com uma magnitude significativa entre as crianças do Espírito Santo, atingindo principalmente aquelas do sexo masculino e com idades inferiores a cinco anos. Aqueles com vínculos maternos/paternos que deveriam ser os principais cuidadores, se apresentaram como os principais perpetradores deste tipo de violência.

Este estudo permitiu incluir elementos para um maior conhecimento da negligência, visto as lacunas presentes na literatura. Dessa forma, é importante destacar o papel dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, na identificação e monitoramento das vítimas e de suas famílias. A informação coletada neste estudo fornece subsídios para que estas situações sejam identificadas na prática clínica e no dia-a-dia das equipes multiprofissionais.

Importante destacar que o contexto em que ocorre a negligência é fundamental para sua compreensão, identificação e planejamento de intervenções. Não podemos estigmatizar as famílias como boas ou ruins, mas auxiliá-las a encontrar soluções. Somente com um olhar ampliado para este fenômeno e com o envolvimento de diversos setores, principalmente aqueles relacionados ao combate à pobreza e às desigualdades sociais, conseguiremos garantir as condições necessárias para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, a fim de protegê-las das situações de negligência. Essa é uma responsabilidade que deve ser compartilhada com toda a sociedade e com o Estado.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite.

Coleta de dados. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite

Análise de dados. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite.

Interpretação dos resultados. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite.

Aprovação da versão final do artigo. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Márcia Regina de Oliveira Pedroso. Franciéle Marabotti Costa Leite.

EDITOR ASSOCIADO

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Convention on the rights of the child. New York: United Nations; 1989.
2. World Health Organization. (2020). Investing in our future: A comprehensive agenda for the health and well-being of children and adolescents. Geneva: WHO; 2020.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. editores. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). 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 (DF): Ministério da Saúde; 2010.
5. United Nations Children's Fund. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
6. Dubowitz H, Black M, Starr Jr RH, Zuravin S. A conceptual definition of child neglect. *Crim Justice Behav.* 1993;20(1):8-26. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854893020001003>.
7. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
8. Avdibegovic E, Brkic M. Child neglect – causes and consequences. *Psychiatr Danub.* 2020;32(Suppl 3):337-42. PMID: 33030448.
9. Spratt EG, Friedenberg S, LaRosa A, Bellis MDD, Macias MM, Summer AP et al. The effects of early neglect on cognitive, language, and behavioral functioning in childhood. *Psychology.* 2012;3(2):175-82. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.32026>.
10. Manly JT, Oshri A, Lynch M, Herzog M, Wortel S. Child neglect and the development of externalizing behavior problems: associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child Maltreat.* 2013;18(1):17-29. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559512464119>. PMID: 23136210.
11. Widom CS. Long-term impact of childhood abuse and neglect on crime and violence. *J Clin Psychol* 2017;24(2):186-202. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12194>.
12. Herruzo C, Raya Trenas A, Pino MJ, Herruzo J. Study of the differential consequences of neglect and poverty on adaptive and maladaptive behavior in children. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(3):739. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17030739>. PMID: 31979263.
13. Slack KS, Holl J, Altenbernd L, McDaniel M, Stevens AB. Improving the measurement of child neglect for survey research: issues and recommendations. *Child Maltreat.* 2003;8(2):98-111. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559502250827>. PMID: 12735712.

14. Mata NT, Silveira LMB, Deslandes SF. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Cien Saude Colet*. 2017 set;22(9):2881-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>. PMID:28954139.
15. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Coughlan B, Reijman S. Annual Research Review: umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):272-90. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13147>. PMID:31667862.
16. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *Am J Public Health*. 1994;84(10):1586-90. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.84.10.1586>. PMID:7943475.
17. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000 ago;8(4):22-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169200000400004>. PMID:11235234.
18. Kudagammana ST. Defining and comprehending child abuse at present times – an appraisal. *Sri Lanka Journal of Forensic Medicine. Science and Law*. 2010;1(2):28-32.
19. Horner G. Child neglect: assessment and intervention. *J Pediatr Health Care*. 2014;28(2):186-92, quiz 193-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.002>. PMID:24559807.
20. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1164. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>. PMID:30305071.
21. Rates SM, de Melo EM, Mascarenhas MD, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):655-65. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>. PMID:25760107.
22. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2017 set;22(9):2889-98. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12752017>. PMID:28954140.
23. Dubowitz H, Klockner A, Starr Jr RH, Black MM. Community and professional definitions of child neglect. *Child Maltreat*. 1998;3(3):235-43. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559598003003003>.
24. Ministério da Saúde (BR). Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: panorama Espírito Santo [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2021 [citado 2021 Nov 23]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>
26. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado 2022 Jul 5]. Brasília (DF): DATASUS; 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
27. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BR). Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece o fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 26 jan. 2011 [citado 13 dez 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
28. Sousa RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel EJS. Caracterização dos maus-tratos contra a criança: Avaliação das notificações compulsórias na Paraíba. *Espac Saude*. 2015;16(4):20-8. <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n4p20>.
29. Dornelles TM, Macedo ABT, Antonioli L, Vega EAU, Damasceno AN, Souza SBC. Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200206. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0206>.
30. Barcellos TMT, Góes FGB, Silva ACSS, Souza AN, Camilo LA, Goulart MCL. Violência contra crianças: descrição dos casos em município da baixada litorânea do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2021;25(4):e20200485. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0485>.
31. Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1237-46. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>. PMID:29972520.
32. Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 out;25(4):799-806. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400013>. PMID:27869973.
33. Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):556-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000400004>. PMID:26353091.
34. Fornari LF, Sakata-So KN, Egry EY, Fonseca RMGS. Gender and generation perspectives in the narratives of sexually abused women in childhood. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3078. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2771.3078>. PMID:30517573.
35. Araújo G, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches LC. Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil. *Espago Saúde (Online)*. 2019;20(2):42-54. <http://dx.doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p42>.
36. Daelmans B, Darmstadt GL, Lombardi J, Black MM, Britto PR, Lye S et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet*. 2017;389(10064):9-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31659-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31659-2). PMID:27717607.
37. Lo S, Das P, Horton R. A good start in life will ensure a sustainable future for all. *Lancet*. 2017;389(10064):8-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31774-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31774-3). PMID:27717611.
38. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK, Daniels S, Corkins M, Golden NH, Kim JH et al. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. *Pediatrics*. 2018;141(2):e20173716. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-3716>. PMID:29358479.
39. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Cien Saude Colet*. 2019 nov;24(11):3997-4008. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182411.04352018>. PMID:31664373.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero – uma análise dos resultados do censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2014 [citado 2022 Jul 5]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>
41. Dubowitz H, Black MM, Kerr MA, Starr Jr RH, Harrington D. Fathers and child neglect. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(2):135-41. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.154.2.135>. PMID:10665599.