

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

DAGMA WANDERLEIA COSTA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE UBERABA: CONHECER
PARA INTERVIR

UBERABA-MG

2022

DAGMA WANDERLEIA COSTA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE UBERABA: CONHECER
PARA INTERVIR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações

Eixo Temático: Saúde da Criança e Adolescente

UBERABA-MG

2022

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

C871p Costa, Dagma Wanderleia
Perfil clínico-epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no município de Uberaba: conhecer para intervir / Dagma Wanderleia Costa. -- 2022.
60 f.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Saúde da criança. 2. Saúde do adolescente. 3. Delitos sexuais. 4. Maus-tratos infantis. 5. Epidemiologia. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 364.633-053.2

DAGMA WANDERLEIA COSTA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE UBERABA: CONHECER
PARA INTERVIR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações

Eixo Temático: Saúde da Criança e Adolescente

Uberaba, 24 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Sybelle de Sousa Castro
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Maria Cristina Moura Ferreira
Universidade Federal de Uberlândia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me proporcionar perseverança e força, em todos os momentos da minha vida.

À minha **Família**, pelo incentivo constante e por acreditar na minha capacidade de superação de obstáculos que foram surgindo durante a vida.

Ao meu marido **Romulo** e ao meu filho **Théo** que sempre estiveram comigo durante a caminhada, fornecendo apoio. Presentes nos momentos difíceis e sempre com uma palavra de incentivo. Obrigada por me manterem motivada durante todo o processo.

À minha orientadora, **Ana Lúcia de Assis Simões**, por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa e estar sempre presente, indicando a direção correta, em todos os momentos.

Ao **Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde – PPGAS** e a todos os meus **professores** que demonstraram estar comprometidos com a qualidade e a excelência do ensino, durante todo o Curso.

Aos colaboradores **Fábio e Daniele**, pela excelência da qualidade técnica de cada um e perseverança conosco.

E à **Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM**, referência de ensino e formação de pessoas e profissionais.

A **todos**, o meu muito obrigada.

RESUMO

COSTA, Dagma Wanderleia. **Perfil clínico-epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no município de Uberaba: conhecer para intervir.** 2022. 60f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação foi estabelecido em 1990, pelo Ministério da Saúde, objetivando a padronização dos conceitos para a definição de casos de doenças e/ou agravos à saúde, como a violência sexual contra crianças e adolescentes. A notificação de casos de violência tem como grande propósito, dentro da vigilância em saúde, dimensionar o problema, quantificar os casos e caracterizar os envolvidos. A presente pesquisa teve como objetivo delinear o perfil clínico-epidemiológico dos casos de violência sexual, contra crianças e adolescentes, ocorridos na cidade de Uberaba-MG, nos anos de 2015 a 2020. Trata-se de um estudo com delineamento ecológico e analítico, que analisou o banco de dados das fichas de investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, referente aos anos de 2015 a 2020. Os dados recebidos da SMS de Uberaba foram importados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, onde foi realizada a análise estatística. Foram utilizadas análises descritivas e bivariada (teste qui-quadrado, com construção de tabelas de contingência). O nível de significância estatística adotado foi de 5%. Foi verificado que a maioria das vítimas de violência eram meninas (78,5%), tinham de 12 a 13 anos (29%), cor da pele parda e negra (54,5%). A violência ocorreu na residência da criança (63,1%), foi praticada por conhecidos (24,46%) e parentes próximos, como o pai (14,8%). Quanto ao agressor, a maioria eram homens (86,4%), adultos (44,2%) e conhecidos ou parentes da vítima. Verificou-se que houve relação entre o sexo e idade da vítima ($p < 0,001$), na qual meninas sofreram a violência em idade mais avançada do que os meninos. A garantia dos direitos com investimentos na proteção à vida, na autonomia e na emancipação dos indivíduos precisa de maior envolvimento dos setores e dos membros das famílias das vítimas. É essencial fortalecer a

integração entre as instituições possibilitando uma consolidação da rede de cuidados à saúde das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: saúde da criança; saúde do adolescente; delitos sexuais; maus tratos infantis; epidemiologia.

ABSTRACT

COSTA, Dagma Wanderleia. **Clinical-epidemiological profile of children and adolescents victims of sexual violence in the municipality of Uberaba: knowing to intervene.** 2022. 60f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais state, Brazil, 2022.

The Notifiable Diseases Information System was established in 1990 by the Ministry of Health, aiming to standardize the concepts for defining cases of diseases and/or health problems, such as sexual violence against children and adolescents. The main purpose of reporting cases of violence, within health surveillance, is to scale the problem, quantify the cases and characterize those involved. The present research aimed to outline the clinical-epidemiological profile of cases of sexual violence against children and adolescents, which occurred in the city of Uberaba-MG, in 2015 to 2020. This is a study with an ecological and analytical design, which analyzed the database of investigation forms on domestic, sexual, and/or other violence reported in the Notifiable Diseases Information System, provided by the Municipal Health Department, regarding the years 2015 to 2020. The data received from the SMS from Uberaba were imported into the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 21.0, where statistical analysis was performed. Descriptive and bivariate analyzes were used (chi-square test, with the construction of contingency tables). The level of statistical significance adopted was 5%. It was found that most victims of violence were girls (78.5%), were between 12 and 13 years old (29%), brown and black (54.5%). The violence occurred in the child's home (63.1%), was practiced by acquaintances (24.46%) and close relatives, such as the father (14.8%). As for the aggressor, most were men (86.4%), adults (44.2%), and acquaintances or relatives of the victim. It was found that there was a relationship between sex and age of the victim ($p < 0.001$), in which girls suffered violence at an older age than boys. The guarantee of rights with investments in the protection of life, autonomy, and the emancipation of individuals needs greater involvement of the sectors and members of the victims' families. It is essential to strengthening the integration between institutions, enabling consolidation of the health care network for children and adolescents.

Keywords: child health; adolescent health; sex offenses; child abuse; epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo a idade das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	27
Tabela 2 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo o sexo das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	28
Tabela 3 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo a cor da pele das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	29
Tabela 4 - Presença de deficiência em vítimas de violência sexual, entre 2015 a 2020 Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	29
Tabela 5 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo os bairros do município, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	30
Tabela 6 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo a escolaridade, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	30
Tabela 7 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o local de ocorrência, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	31
Tabela 8 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo a ocorrência de recidivas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	32
Tabela 9 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo as instituições notificantes, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	34
Tabela 10 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo os meses do ano, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	35
Tabela 11 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo o sexo do agressor, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	36
Tabela 12 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo a idade do agressor, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	36

Tabela 13 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo o grau de parentesco ou contato com o agressor, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	37
Tabela 14 - Correlação entre o sexo da vítima e características de crianças e adolescentes, dos agressores e da violência sofrida, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022	38

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SGDCA – Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNCD – Sistema de Notificação Compulsória de Doenças

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	14
2.2	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	15
2.3	VIOLÊNCIA INFANTIL	18
3	JUSTIFICATIVA	22
4	OBJETIVOS	23
4.1	OBJETIVO GERAL.....	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5	MÉTODO	24
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	24
5.2	LOCAL DO ESTUDO	24
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	24
5.4	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	24
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	25
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	26
6	RESULTADOS	27
6.1	PERFIL DAS VÍTIMAS	27
6.2	PERFIL DAS OCORRÊNCIAS.....	31
6.3	PERFIL DO AGRESSOR	35
6.4	CORRELAÇÕES ENTRE SEXO DA VÍTIMA E DEMAIS VARIÁVEIS	37
7	DISCUSSÃO.....	40
7.1	PERFIL DA VÍTIMA.....	40
7.2	CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO.....	43
7.3	PERFIL DO AGRESSOR	44
7.4	CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS	46
8	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A – Solicitação de dispensa do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para os participantes	56
	APÊNDICE B – Questionário de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica	57
	ANEXO A – Ficha de notificação de violência.....	59

1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada um fato social e de saúde pública, que se insere em um processo histórico no qual diferentes camadas sociais estão envolvidas, e traz repercussões negativas para o desenvolvimento físico, mental e social, com redução da qualidade de vida das pessoas (MINAYO, 2007).

O conceito de violência é apresentado na literatura sob a ótica de diversos autores, como Minayo e Souza (1997, p. 514) que a definiram como “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca para além do conceito, as repercussões negativas, que podem resultar não somente de uma lesão ou morte, mas o efeito prolongado e opressor para as vítimas, família, sociedade e serviços que prestam assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Entre os diferentes tipos de violência, a sexual se destaca por causar preocupação aos serviços de saúde, sendo maior o impacto das repercussões, quando as vítimas são crianças e adolescentes (SANTOS et al., 2018). De acordo com a idade, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como criança aquela com idade entre zero até 12 anos incompletos e adolescentes entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

No dia 14 de abril de 2017, foi aprovada a Lei nº 13.431, que estabeleceu o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) para testemunhas ou vítimas de violência, trazendo as diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, no artigo quarto (BRASIL, 2017a). De acordo com essa lei, a violência sexual é “entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não” (BRASIL, 2017a, p. 1).

A violência sexual contra crianças e adolescentes foi ganhando destaque no Brasil, a partir de 1990, com a promulgação da ECA, sendo considerada um problema que afeta diferentes classes sociais, de forma conjunta, ao grau de evolução civilizatória da sociedade, relacionando-se com a concepção humana de sexualidade, entendimento sobre as relações de gênero, o papel das famílias e a posição das crianças no interior das estruturas familiares e sociais. Dessa maneira, é preciso

compreendê-la em seu contexto histórico, cultural, econômico e ético (VON HOHENDORFF; HABIGZANG, 2014).

Entre 2011 a 2017, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 184.524 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2018). Entretanto, esse número pode estar abaixo do mencionado, devido às dificuldades para denunciar a violência sexual, atribuída à relação de dependência existente entre as vítimas e o agressor, além do constrangimento e medo associados a esse tipo de violência (BRASIL, 2018).

A violência sexual contra crianças e adolescentes provocam sérios problemas físicos, sociais, econômicos e emocionais como depressão, baixa autoestima, agressão, estresse, baixo rendimento escolar ou ideação suicida (MEKURIA; NIGUSSIE; ABERA, 2015). O impacto dessa violência também pode aparecer nos relacionamentos futuros e no meio social em que crianças e os adolescentes estão inseridos, ocasionando efeitos que afetam severamente a saúde em sua integralidade. Por ser um fenômeno complexo e de grande magnitude, a violência sexual contra crianças e adolescentes requer um olhar específico do poder público, e uma resposta intersetorial (ULLMAN; PETER-HAGENE, 2016).

Em um contexto histórico, sabe-se que todas as camadas sociais podem ser afetadas pelas consequências da violência, mas esse efeito se faz presente com mais intensidade em pessoas em situação de vulnerabilidade, como as crianças e os adolescentes, problemática que se intensifica, quando esse grupo pertence a classes sociais menos favorecidas (GOMES et al., 2006). A edição de 2015 da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) constatou que 4,0% dos escolares que participaram da entrevista, já haviam sido obrigados a ter relações sexuais, com maior incidência desse registro entre as meninas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Os dados do SINAN mostram que a violência sexual configura como o segundo tipo de agressão mais frequente entre as crianças e os adolescentes (23,9%), sendo inferior somente a violência física (63,3%) (BRASIL, 2017b).

A análise epidemiológica de dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes no país mostrou que de 2011 a 2017, as características predominantes nas notificações referentes a crianças (31,5%) e adolescentes (45,0%) eram: sexo feminino, raça/cor de pele negra, o crime tinha caráter de repetição e ocorria na própria casa das vítimas, o agressor era do sexo masculino e tinha relação intrafamiliar

(BRASIL, 2018).

Estudo em Florianópolis-SC que utilizou dados do SINAN mostrou que entre as vítimas de abuso sexual houve predomínio do sexo feminino (75,5%), raça branca (78,0%), sem deficiência (94,5%), na faixa etária de 10 a 15 anos entre as meninas (41,2%) e, de 02 a 06 anos, entre os meninos (42,5%). Em relação aos agressores, a mesma pesquisa mostrou que 66,5% eram conhecidos das vítimas, do sexo masculino (91,9%), não tinham feito uso de álcool no momento do abuso (68,6%) e agiram sozinhos (85,2%) (PLATT et al., 2018).

No estado de Minas Gerais (MG), um estudo com os dados SINAN, obtidos na Secretaria do Estado de Saúde, referente a 2016, mostrou que a cidade de Uberaba notificou 158 casos (7,9%) de violência sexual no ano de 2016, ficando abaixo apenas da capital de MG, Belo Horizonte, com 478 casos (23,9%) notificados (KATAGUIRI et al., 2019).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A busca pela tranquilidade e segurança no contexto da saúde da criança e do adolescente, tem refletido na priorização desse grupo por parte das políticas públicas voltadas para a assistência, cuidado, promoção e recuperação da saúde. Apesar desses avanços, o Brasil continua investindo no desenvolvimento de planos e ações que visem a garantia de defesa dos direitos materno-infantis, principalmente, referentes aos aspectos da desnutrição, analfabetismo e doenças que resultam na morte de milhares de crianças no país (BRASIL, 2004).

Com o passar do tempo, verifica-se que as ações voltadas para as condições de saúde das crianças e adolescentes repercutiram em ganhos no modo de viver, e as conquistas de direitos impulsionaram o investimento em políticas públicas de saúde no país (VICTORA et al., 2011). Os dados das últimas décadas confirmam esses avanços, revelando uma redução das taxas de mortalidade entre 1980 e 2015, de 85,6 por mil nascidos vivos, para 13,8, em um período que o país atingiu a meta estabelecida na “Declaração dos Objetivos do Milênio”, referente a promoção do bem-estar infantil por meio de políticas públicas (LIU et al., 2015).

Uma das grandes ferramentas utilizadas como estratégia para estes avanços é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), pois singularmente a Atenção Básica (AB) promove o acompanhamento sistemático das crianças menores de cinco anos e busca ativa de famílias com o objetivo de reforçar o vínculo com estes indivíduos. As ações primárias da AB são desenvolvidas através do acolhimento, da corresponsabilidade pelos cuidados à saúde e do alto grau de resolutividade dos serviços em saúde. Abrange também um planejamento das ações que são direcionadas as principais demandas da população, a partir de um diagnostico situacional da realidade da área adscrita (SOUZA et al., 2013).

Com este acompanhamento sistemático da criança e de sua família pelas equipes de AB existe a garantia de continuidade do cuidado ao longo do tempo para que se organize um eixo estratégico grandioso para a avaliação, por exemplo, do crescimento e desenvolvimento desta população. Com estas ações realizadas pelas equipes, melhores resultados podem ser verificados, com efetividade e qualidade

voltadas para a promoção da saúde e de prevenção de agravos de alta prevalência (DAMASCENO et al., 2016).

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, desse modo, existem discussões conceituais a respeito da saúde das crianças, pois se deve considerar as necessidades desta população no contexto da rede de atenção à saúde. Um olhar diferenciado deve nortear as práticas e o formato dos serviços públicos de saúde, além disso, deve-se configurar uma nova definição de práticas pautadas no estabelecimento de vínculo através de um acolhimento inicial para que a autonomia do cuidado possa estar centrada na criança e em sua família. Estas ações devem exprimir a valorização de subjetividades e das necessidades individuais, deve ocorrer também uma avaliação dos riscos de doenças e vulnerabilidades sociais aos quais as crianças estão expostas. Estes novos olhares fogem, assim, da antiga abordagem fragmentária, reducionista e voltada à atenção curativa, antes tão aclamadas (FERREIRA; COSTA; ANDRADE, 2015).

2.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Por intermédio da 5ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1975, foi desenvolvido no Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Porém, em 1969, já existia um sistema estruturado pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), sendo que esta ferramenta se tratava de quantificar e formular um boletim epidemiológico quinzenal a respeito das notificações da poliomielite e, assim, iniciaram-se ações com objetivo de controlar as doenças evitáveis por meio de imunizações (BRASIL, 2009a).

Muitos foram os desafios enfrentados pelo Brasil para atender as necessidades sanitárias nas inúmeras situações de saúde dentro de sua complexidade (BRASIL, 2009a). Neste cenário, as atividades da vigilância epidemiológica passaram a ser coordenadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), por meio do Decreto nº 4.726/2003, com a principal atribuição de notificação compulsória, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados em caso ou suspeita de doenças, agravos ou eventos de saúde pública descritos em portaria (BRASIL, 2016). Mais um avanço foi registrado na organização e planejamento em saúde, a partir do momento que as notificações e investigações dos casos identificados passaram a ser

registradas no SINAN, que foi desenvolvido justamente para operacionalização do processo, aproximando a gestão das unidades notificadoras (BRASIL, 2007).

Na rede de assistência à saúde, a qual pertence também a organização do Sistema de Informação em Saúde (SIS), as informações são disponibilizadas para qualquer cidadão ou instituições, para que seja possível proporcionar a mobilidade da criança na rede, determinando e acompanhando o fluxo, a demanda e tempo perdido por problemas organizacionais. Dentro deste fluxograma, a AB representa a principal porta de entrada e coordenadora da assistência ao cuidado na rede integrada de saúde. Esta atribuição da AB se dá, especialmente, pelas equipes de saúde da área adscrita que possuem responsabilidade pelo território-moradia da família (COUTINHO et al., 2020).

A utilização sistemática dos dados da vigilância epidemiológica é fundamental, tanto na coordenação do sistema de saúde para a orientação de prioridades e dos recursos financeiros, quanto para moderar as principais demandas dos serviços (BRASIL, 2009b). Desde o início da construção e implantação do SUS, fomentaram-se discussões para que uma proposta de vigilância fosse efetivada com o objetivo de implementar, reorganizar e reorientar os serviços de saúde no país (FRACOLLI et al., 2008). Nos diversos períodos da história, sempre existiram argumentações sobre a incorporação de ações típicas de vigilância na efetivação dos programas voltados para a prevenção e controle de doenças. Concomitantemente, foram legitimadas práticas assistenciais assertivas nos mais diversos locais de prestação de serviços em saúde (SILVA JÚNIOR, 2004).

Nesse contexto de discussões, o SINAN foi estabelecido em 1990, pelo MS objetivando a padronização dos conceitos para a definição de casos e a transmissão de dados através da organização hierárquica baseada nas três esferas governamentais. O desenvolvimento do sistema e sua implantação permitiram um acesso facilitado à base de dados para a análise epidemiológica e a propagação ágil das informações geradas na rotina da vigilância epidemiológica pelo SUS (BRASIL, 2009b). Esse sistema se coloca como sendo um dos principais instrumentos para contribuir no planejamento das ações de saúde, auxiliando também para a determinação das prioridades de assistência e para a avaliação das medidas implementadas (BRASIL, 2009b).

É clara a importância dos sistemas de informações em saúde, especialmente, para a modernização dos serviços assistenciais. Uma das qualidades essenciais dos

dados ofertados pelo sistema é a avaliação dos serviços que de certa maneira estabelecem as prioridades em saúde pública, além de permitir um monitoramento mais efetivo (GERMAN et al., 2001).

As notificações no SINAN precisam ser registradas de forma adequada no que se refere a dinâmica e frequência, para que seja possível o uso das informações no momento da tomada de decisão sobre as ações de vigilância em saúde no país (BRASIL, 2009a). Neste sentido, as subnotificações existentes fornecem estimativas vagas, o que prejudica o planejamento de atividades voltadas para o aspecto preventivo e de controle epidemiológico (OLIVEIRA et al., 2004).

Portanto, esse sistema de informação em saúde foi elaborado para padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre doenças e agravos de notificação em todo Brasil e, desta forma, disponibiliza informações para análise das taxas da morbidade dos residentes, contribuindo para as resoluções nas seguintes esferas: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2009a).

Assim, o SINAN foi estruturado para reparar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD), que foi criado a partir da instituição do SNVE pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. O SNCD não alcançava com sucesso seus objetivos, devido à presença de subnotificações, o que resultava em informações não efetivas para a análise do perfil da morbidade (BRASIL, 2005).

Especificando em detalhes a criação do SINAN, este sistema foi elaborado e desenvolvido no formato do sistema operacional DOS, em 1993. Logo no início de sua implementação, eram constantes as divergências na forma de tratar os dados pelos Estados e Municípios, não existindo uma coordenação ou monitoramento pelos gestores de saúde nas três esferas governamentais (LAGUARDIA et al., 2004). A utilização do SINAN foi regulamentada através da portaria ministerial, publicada em 18 de dezembro de 1997, cuja obrigatoriedade de alimentação de dados se torna regular, implementando sua base de dados em nível nacional. Com esta resolução de alimentação regular de dados, este sistema se transformou em uma das ferramentas de base para a regulação do repasse de recursos financeiros federais ligados à área de vigilância (BRASIL, 2009a). Com o avanço tecnológico foi desenvolvido o SINAN na plataforma *Windows* (SINAN *Windows*), entre os anos de 1998 e 2000 e imediatamente foi implementado em todo o território brasileiro (BRASIL, 2009a).

Dentre os diversos agravos notificados, encontra-se os casos de violência, seja contra mulher, idosos, crianças e adolescentes e outros públicos. Essa notificação é compulsória, ou seja, quando o profissional de saúde, educação ou prestador de algum serviço identifica ou suspeita de um caso de violência, principalmente no caso de criança e adolescente, o mesmo deve fazer o preenchimento correto da ficha de notificação e encaminhar os dados para que o SINAN possa ser alimentado (ALVES et al., 2017).

A notificação de casos de violência tem como grande propósito, dentro da vigilância em saúde, dimensionar o problema, quantificar os casos e caracterizar os envolvidos, podendo assim proporcionar intervenções mais eficazes, monitoramento preciso e possíveis mudanças nas estratégias de enfrentamento ao problema (ALVES et al., 2017)

2.3 VIOLÊNCIA INFANTIL

A violência que afeta milhões de crianças, famílias e comunidades é considerada um problema de saúde pública reconhecido pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Esta temática vem ganhando destaque desde a década de 60, devido à dificuldade no enfrentamento do problema (MINAYO, 2006). Com o ECA, este tema se tornou mais evidente, pois as crianças e adolescentes passaram a ser consideradas como sujeitos de direitos, com garantia de prioridade absoluta em qualquer assistência necessitada (BRASIL, 1990).

Por se tratar de um fenômeno altamente complexo, a violência, não se define por si só, deve-se, então, existir uma análise multifacetada de causa e efeito. Com este olhar heterogêneo, o resultado desta definição deve ser considerado e avaliado dentro de um contexto social, cultural e político. É importante destacar que ao envolver seres humanos, as relações de poder são estabelecidas, porém ultrapassam o contexto social, como se fosse natural que o mais forte domine o mais fraco. Essa naturalização gera, em casos extremos uma romantização da dominação, tornando a violência gerada por essa situação como secundária (FERREIRA, 2002).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002, p. 5) a violência é definida como:

Uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

O Ministério da Saúde, por sua vez, a define como um evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros e a diferencia de acidente, por serem estes de origem não intencional e evitável (BRASIL, 2001a). E a OMS, complementa com relação à sua natureza, trazendo a classificação de: violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Qualquer que seja a violência, a certeza é uma marca muito evidente. O sofrimento psíquico é enorme, assim como também, o afetivo, uma vez que os traumas se estabelecem para toda a vida deste indivíduo (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005). Estudos revelam que a principal causa do uso da violência física, para as enormes taxas de violação dos direitos das crianças, é a violência física frequentemente adotada para disciplinar as crianças e adolescentes (ALVES et al., 2017). É notório que a violência contra esse público está relacionada diretamente com a violência cometida pelos pais, o que permite inferir que a violência doméstica determina o elevado risco para que crianças se tornem vítimas de homicídios em breve (HAMILTON; JAFFE; CAMPBELL, 2012).

Quando se trata de abusos ou mesmo negligência, a violência contra crianças deve ser entendida como disforme. Os adultos devem oferecer amor, proteção e segurança para o desenvolvimento das crianças. Esta população infantojuvenil estando em desenvolvimento físico e mental apresentam uma maior vulnerabilidade associada à violência, e este fato traz consequências para a saúde como um todo (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

As condições de violência apresentam-se de maneira extremamente negativa quando se considera a saúde dos indivíduos através dos séculos. Assim é relevante que se busque ações e implemente estratégias que atendam a integralidade da saúde de crianças, adolescentes, e também das famílias, sendo que estas intervenções necessitam ser articuladas com as políticas sociais. O SUS se constitui de ações em rede, porém, mesmo sendo visto como um universo grande, ele deve favorecer a detecção, acolhimento, prestação da assistência, notificação dos casos, cuidados e proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência, porém essa assistência

integral sofre penosamente com questões de tamanha magnitude relacionadas à violência, como aspectos ligados a moralidade, ética, ideologia e fatores culturais (BRASIL, 2010).

A construção de conhecimentos mais recentes realizada por profissionais comprometidos com a assistência à criança vítima de violência e suas famílias permitem um maior empoderamento para exercer a prática com uma organização e planejamento mais eficaz no oferecimento do cuidado humano. Porém, a realidade da violência infantil imprimir diversas dimensões e realidades locais e assim o conhecimento adquirido perpassa por estas diferenças (EGRY et al., 2017).

Neste cenário, a formação qualificada dos profissionais que abarcam em suas atribuições as situações de violência infantil nas várias dimensões desenvolvem potencialidades. Estes conhecimentos adquiridos envolvem novos olhares nos processos de trabalho, cuidados e condutas específicas, com o objetivo de promover intervenções eficazes ao momento do ciclo de violência. A rede de saúde necessita que a prestação da assistência seja pautada na quantidade e qualidade, com profissionais capacitados para o enfrentamento do problema e provimento de recursos financeiros, nas esferas federal, estadual e municipal (EGRY et al., 2017).

O SINAN compila as notificações dos casos de violências realizadas pelas unidades de saúde (BRASIL, 2001b). O MS desenvolve ações voltadas para a capacitação quanto ao preenchimento correto das fichas, processamento e análise dos dados e divulgação das informações compiladas pelo SINAN. Nota-se, infelizmente, que este sistema se encontra em implantação de maneira diversa ao longo do território nacional (ASSIS et al., 2012).

Vale ressaltar que a notificação por violência é compulsória e desta forma os dados coletados pelo SINAN, se dispõem por faixa etária, respeitando os limites de idade da infância, estipulados pelo ECA (SILVA et al., 2021).

A Ficha de Notificação Compulsória da Violência é constituída de variáveis e categorias que incluem as violências autoprovocadas e interpessoais. Por meio do preenchimento correto, pode-se identificar aspectos da violência como: gravidade, tipo, características das pessoas envolvidas, sejam elas vítimas e/ou agressores, local de ocorrência, entre outras. Portanto, em toda assistência em saúde fornecida, os serviços de saúde sempre devem preencher as notificações em caso de situações suspeitas ou confirmadas de violência. Em caso de violência contra crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar ou autoridades competentes devem receber algum

tipo de comunicação, relatório impresso e/ou cópia da ficha de notificação, conforme determinado pelo ECA, visando ajustes de conduta (BRASIL, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Entre 2011 e 2017, verifica-se que houve um aumento dos casos de violência sexual contra crianças (64,6%) e adolescentes (83,2%), sendo que do total de 184.524 casos de violência sexual, 76,5% se concentrava nesses públicos (BRASIL, 2018). A problemática da violência sexual é histórica e pertence a um contexto social, cultural, político e de saúde, que traz consequências de ordem física e psicológica para as vítimas, que muitas vezes não encontram a assistência adequada, além de silenciarem seu sofrimento (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Esse contexto motivou a realização de um estudo para descrever e caracterizar o perfil clínico-epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, além de conhecer os fatores que podem interferir para a identificação e notificação da violência, o manejo desse fenômeno para um melhor diagnóstico com um atendimento adequado e humanizado e a criação de medidas de proteção e prevenção para essas crianças.

Embora existam pesquisas sobre a ocorrência da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, ainda há poucos registros na literatura que revelem o perfil clínico-epidemiológico das vítimas dessa violência, dificultando a criação de políticas públicas efetivas, para a prevenção e diminuição do número de casos.

O interesse em identificar os aspectos clínicos e epidemiológicos da violência sexual contra crianças e adolescentes, no Município de Uberaba-MG implica não somente no processo de proteção e integração de crianças e adolescentes à sociedade, mas também pela necessidade de criar e intervir em políticas públicas eficientes voltadas para a prevenção e proteção das crianças e adolescentes.

Os resultados desse estudo poderão direcionar as ações públicas relacionadas à preservação e/ou melhoria nas condições de saúde da criança e adolescente. A proposição de estratégias que favoreçam a adoção de estratégias focadas no real problema e seguindo informações precisas poderá prevenir diversos agravos à saúde e, até mesmo, reduzir a mortalidade, além de atuar na real minimização de casos de violência a criança e adolescente no país.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Delinear o perfil clínico-epidemiológico dos casos de violência sexual, contra crianças e adolescentes, ocorridos na cidade de Uberaba-MG, nos anos de 2015 a 2020.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil sociodemográfico das crianças e dos adolescentes vítimas de violência sexual;
- b) Descrever o perfil sociodemográfico dos agressores;
- c) Verificar a ocorrência de casos intrafamiliares e extrafamiliares;
- d) Acompanhar a tendência temporal dos casos de violência sexual;
- e) Verificar a associação entre o sexo das vítimas com variáveis sociodemográficas das vítimas, grau de parentesco e/ou contato com o agressor e presença de outras violências.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo com delineamento ecológico e analítico, que analisou dados das fichas de investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas no SINAN, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), referentes à 2015-2020.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, ela foi realizada utilizando as dependências e infraestrutura da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com parceria, quando necessário com a SMS do município.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada foram as notificações presentes no SINAN de crianças (0 a 12 anos incompletos) e adolescentes (entre 12 a 18 anos) (BRASIL, 1990), vítimas de violência sexual, atendidos e notificados pelo Fluxo de Proteção à Violência Sexual no município de Uberaba-MG.

Os critérios de inclusão foram todas as fichas de notificações realizadas pelo Fluxo de Violência Sexual, no município de Uberaba-MG, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, com mais de 75% de completude de registros.

Foram excluídas todas as fichas de notificações dos atendimentos que, porventura, estavam ilegíveis, impossibilitando, assim, a análise dos conteúdos dos atendimentos e as notificações ou com mais de 25% de incompletude.

5.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora, no período de julho a setembro de 2021, por meio das fichas de notificações, presentes na SMS de Uberaba-MG. As fichas foram analisadas por ordem cronológica dos acontecimentos, sendo avaliadas todas as fichas dos atendimentos ocorridos nos anos de 2015 a 2020.

Para obter o acesso às fichas foi feita a solicitação de autorização para acesso às referidas informações formalmente, à SMS de Uberaba-MG, com as devidas justificativas e informações sobre o estudo, bem como aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM.

Para coletar os dados, foram utilizados dois instrumentos: a ficha de notificação individual de casos de violência (Anexo A) e outro questionário contendo dados sociodemográficos e econômicos da vítima (sexo, idade, data de nascimento, local de moradia, cor, presença de deficiência, escolaridade, renda familiar, quantas pessoas dividem a renda), dados da ocorrência (local, contexto da situação, frequência do abuso, procedimentos realizados/encaminhamentos) e dados sociodemográficos do agressor (sexo, idade, data de nascimento, local de moradia, cor e grau de parentesco com a vítima).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados recebidos da SMS de Uberaba foram importados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0, para a realização da análise estatística.

O estudo adotou a faixa etária, sexo, raça, local de moradia, renda familiar e local de ocorrência, como variáveis ativas; e a relação entre a vítima e o agressor, como variável suplementar.

Foram utilizadas estatísticas descritivas, sendo as variáveis quantitativas representadas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e amplitudes (desvio padrão, mínimo e máximo), e as variáveis categóricas, por meio de frequências absolutas e relativas. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos, tabelas e outras representações que facilitem a interpretação.

Para verificar a possível associação entre as variáveis dependente (sexo da vítima) e independentes (idade, raça, local de moradia, renda familiar, local de ocorrência e relação da vítima com agressor), foi adotada a análise bivariada, com o cálculo do teste qui-quadrado, através da construção de tabelas de contingência. O nível de significância estatística considerado foi de 5%.

Ao final, foi realizada análise geral dos dados obtidos e exploração dos resultados encontrados, a fim de discorrer sobre o perfil clínico epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no município de Uberaba-MG.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado por meio da análise de informações contidas nas fichas de notificações de atendimentos, realizados pelo Fluxo de Proteção à Criança e Adolescente Vítima de Violência Sexual, no município de Uberaba-MG. Para isso, foi requisitada a dispensa de aplicação do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), com base nas justificativas: a solicitação do consentimento para o uso das informações poderia causar desconforto e sofrimento, por se tratar de um tema constrangedor e de grupo etário de alta vulnerabilidade. Cabe ressaltar, que as fichas foram manuseadas apenas pela equipe de pesquisa, resguardando o sigilo do nome, idade, número de atendimentos e registro hospitalar. As fichas foram identificadas por meio de números, visando o respeito do direito à privacidade e sigilo dos dados e, em nenhum momento, os dados foram divulgados.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e à aprovação do CEP da UFTM, e também da SMS do município. A coleta de dados foi iniciada somente após a obtenção do parecer de aprovação. Vale ressaltar que foram atendidos os princípios éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, referente as diretrizes e normas que orientam as pesquisas em seres humanos.

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL DAS VÍTIMAS

Foram consideradas na pesquisa 985 notificações presentes no SINAN, de crianças e adolescentes (0-18 anos) que sofreram violência sexual entre os anos de 2015 e 2020, em Uberaba-MG.

Considerando as idades das crianças e adolescentes que sofreram violência pode-se perceber que os anos com os maiores números de notificações foram 2018 (n=212) e 2019 (n=196). As idades que mais sofreram com a violência sexual foram adolescentes de 13 anos (n=144; 14,6%) e 12 anos (n=91; 9,2%), e crianças de três anos (n=86; 8,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo a idade das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Idade	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
> 01 ano	0	7	1	3	0	0	11	1,11
01 ano	5	3	4	6	5	3	26	2,63
02 anos	11	10	11	9	12	7	60	6,09
03 anos	8	12	14	19	14	19	86	8,70
04 anos	5	13	9	13	16	9	65	6,59
05 anos	5	9	9	6	7	11	47	4,77
06 anos	6	5	8	13	14	9	55	5,58
07 anos	11	11	6	12	10	7	57	5,78
08 anos	10	6	5	15	8	7	51	5,17
09 anos	2	9	5	11	11	8	46	4,67
10 anos	4	9	7	8	6	6	40	4,06
11 anos	10	15	6	9	15	2	57	5,78
12 anos	13	21	11	18	15	13	91	9,23
13 anos	12	24	30	30	31	17	144	14,6
14 anos	8	14	10	10	13	11	66	6,70
15 anos	2	3	4	13	6	5	33	3,35

Tabela 1 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo a idade das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)

Idade	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
16 anos	2	2	1	3	6	5	19	1,92
17 anos	2	2	2	10	6	1	23	2,33
18 anos	1	2	0	4	1	0	8	0,81
Total	117	177	143	212	196	140	985	100

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Em relação ao sexo das vítimas de violência sexual, a maioria (n=773) eram meninas, principalmente no ano de 2018 (n=162). Para o sexo masculino, o maior número de casos também foi no ano de 2018 (n=50), seguido por 2019 (n=47) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo o sexo das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Ano de ocorrência	Masculino	Feminino	Total
2015	26	91	117
2016	35	142	177
2017	25	118	143
2018	50	162	212
2019	47	149	196
2020	29	111	140
Total	212	773	985
%	21,52	78,47	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Quanto à cor da pele das vítimas, de acordo com as notificações, verifica-se que as brancas e pardas foram as que mais sofreram violência sexual (n=410, cada) (t=Tabela 3). É importante destacar que considerando as categorias parda e negra, esse número ultrapassa o de crianças brancas, chegando a 537 (54,5%).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de violência sexual segundo a cor da pele das vítimas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Ano de ocorrência	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2015	1	57	16	0	43	0	117
2016	6	70	15	2	83	1	177
2017	5	64	15	1	58	0	143
2018	4	80	41	1	86	0	212
2019	4	83	24	0	84	1	196
2020	10	56	16	0	56	2	140
Total	30	410	127	4	410	4	985
%	3,04	41,62	12,89	0,40	41,62	0,40	100,00

Nota: Ign. = Ignorado.

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Dentre as crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, 145 apresentavam algum tipo de deficiência, sendo que dessas, 55 foram no ano de 2018 (Tabela 4).

Tabela 4 - Presença de deficiência em vítimas de violência sexual, entre 2015 a 2020 Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Ano de ocorrência	Ign/Branco	Sim	Não	Total
2015	9	17	91	117
2016	11	26	140	177
2017	12	18	113	143
2018	13	55	144	212
2019	4	16	176	196
2020	13	13	114	140
Total	62	145	778	985
%	6,29	14,72	78,98	100,00

Nota: Ign. = Ignorado.

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Em relação aos bairros com os maiores números de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, a Tabela 5 mostra como principais bairros, o Nossa Senhora da Abadia e o Boa Vista, ambos bairros antigos na cidade.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo os bairros do município, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Bairros	n	%
Nossa Senhora da Abadia	55	5,6
Boa Vista	49	5,0
Santa Maria	18	1,8
Fabício	17	1,7
Parque das Américas	17	1,7
Vila Arquelau	17	1,7
Rio de Janeiro	16	1,6

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Considerando a escolaridade das crianças e adolescentes, houve predomínio da quinta e oitava série do ensino fundamental (28,2%), coerente com a idade mais prevalente nas notificações (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo a escolaridade, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Escolar SINAN NET	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Ign/Branco	6	17	11	15	20	21	90	9,13
1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental	21	16	15	37	25	17	131	13,29
4ª série completa do Ensino Fundamental	7	8	4	6	5	8	38	3,85

Tabela 6 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo a escolaridade, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)

Escolar SINAN NET	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	30	54	47	54	66	27	278	28,22
Ensino Fundamental completo	3	11	7	10	3	3	37	3,75
Ensino médio incompleto	7	7	3	20	8	4	49	4,97
Ensino médio completo	3	3	0	1	1	2	10	1,01
Educação superior incompleta	0	2	0	0	0	0	2	0,20
Não se aplica	40	59	56	69	68	58	350	35,35
Total	117	177	143	212	196	140	985	100,00

Nota: Ign. – Ignorado; SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

6.2 PERFIL DAS OCORRÊNCIAS

Em relação ao local de ocorrência da violência sexual, houve predomínio da própria residência da criança e/ou adolescente (63,1%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o local de ocorrência, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Local de ocorrência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Residência	67	99	86	139	125	106	622	63,14
Habitação coletiva	0	5	1	0	2	2	10	1,05
Escola	9	9	7	13	16	3	57	5,78

Tabela 7 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o local de ocorrência, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)

Local de ocorrência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Local de prática esportiva	0	0	1	0	1	0	2	0,20
Bar ou similar	0	0	0	0	1	0	1	0,10
Via pública	1	7	3	5	12	3	31	3,14
Comércio/serviços	0	0	1	0	3	0	4	0,40
Indústrias/construção	0	0	0	1	0	0	1	0,10
Outros	16	8	7	19	7	9	66	6,70
Total	93	128	106	177	167	123	794	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Considerando a recidiva do caso de violência perpetrada na mesma vítima, 36,04% das notificações se referiam a uma repetição do crime. Vale destacar que 368 notificações tinham essa informação não preenchida/ignorada (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo a ocorrência de recidivas, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Ano de ocorrência	Ign/Branco	Sim	Não	Total
2015	35	43	39	117
2016	59	75	43	177
2017	56	50	37	143
2018	85	62	65	212
2019	70	82	44	196
2020	63	43	34	140
Total	368	355	262	985
%	37,36	36,04	26,59	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Em relação as instituições que realizaram a notificação, verificou-se que a maioria são instituições de saúde e que prestam atendimento social a crianças e adolescentes. Foi constatado que o Hospital de Clínicas da UFTM (59,5%) e o Centro de Referência da Infância e Adolescência (37,3%) foram os maiores notificantes de casos de violência sexual contra a criança e ao adolescente (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo as instituições notificantes, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Unidades notificantes	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM)	3	2	0	1	0	1	7	0,71
Centro de Atenção Integrada em Saúde (CAIS)	0	0	0	0	0	1	1	0,10
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	0	0	2	0	0	0	2	0,20
Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA)	26	17	26	109	111	78	367	37,25
Hospital Beneficência Portuguesa	0	1	0	0	0	0	1	0,10
Hospital da Criança	0	1	0	0	0	5	6	0,60
Hospital de Clínicas da UFTM	87	156	113	98	79	53	586	59,42
Secretaria Municipal de Saúde	0	0	0	0	1	0	1	0,10
Serviço Intermediário de Atenção Psicossocial	0	0	0	0	1	0	1	0,10
Unidade Básica de Saúde Maria Barbara de Oliveira	1	0	0	0	0	0	1	0,10
Unidade Básica de Saúde Norberto de Oliveira Ferreira	0	0	1	0	0	0	1	0,10
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Humberto Ferreira	0	0	0	2	2	2	6	0,60
Unidade de Pronto Atendimento São Benedito	0	0	1	2	2	0	5	0,50
Total	117	177	143	212	196	140	985	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Quanto aos meses de maior ocorrência, com exceção de 2018, que teve junho como o mês prevalente, nos demais a prevalência permaneceu no mês de janeiro, período das férias escolares (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo os meses do ano, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Mês de ocorrência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Janeiro	11	24	19	21	36	39	150	15,22
Fevereiro	4	11	11	20	11	12	69	7,00
Março	3	10	4	13	11	9	50	5,07
Abril	12	12	11	13	19	8	75	7,61
Maio	7	17	10	17	18	9	78	7,91
Junho	11	17	12	31	24	11	106	10,76
Julho	11	15	9	15	12	4	66	6,70
Agosto	9	16	18	21	13	12	89	9,03
Setembro	15	14	16	12	16	0	73	7,41
Outubro	11	17	12	22	19	17	98	9,94
Novembro	13	9	9	12	13	8	64	6,49
Dezembro	10	15	12	15	4	11	67	6,80
Total	117	177	143	212	196	140	985	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

6.3 PERFIL DO AGRESSOR

Considerando o perfil do agressor, a maioria era do sexo masculino (86,4%), sendo importante ressaltar que 25 notificações identificavam que nesses casos, havia mais de um agressor, sendo eles de ambos os sexos, como pode ser verificado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo o sexo do agressor, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Ano de ocorrência	Ignorado	Masculino	Feminino	Ambos os sexos	Total
2015	5	104	6	2	117
2016	8	156	5	8	177
2017	16	116	4	7	143
2018	22	181	6	3	212
2019	13	178	3	2	196
2020	8	116	13	3	140
Total	72	851	37	25	985
%	7,30	86,39	3,75	2,53	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

A faixa etária do agressor que predominou condiz com a pessoa adulta (44,2%). Vale destacar o alto número de notificações que apresentavam essa informação em branco (16%), o que prejudica o enfrentamento aos casos de violência (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo a idade do agressor, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Ano de ocorrência	Ignorado Branco	Criança	Adolescente	Jovem	Pessoa adulta	Pessoa idosa	Total
2015	11	8	15	7	75	1	117
2016	21	16	49	16	65	10	177
2017	33	11	22	13	63	1	143
2018	41	16	42	19	84	10	212
2019	27	9	52	10	84	14	196
2020	25	6	26	12	64	7	140
Total	158	66	206	77	435	43	985
%	16,04	6,70	20,91	7,81	44,16	4,36	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

Quanto ao grau de parentesco/contato com a vítima, uma das variáveis mais importantes, houve predomínio de conhecidos (23,4%), ou seja, pessoas sem um parentesco com a vítima, como um amigo, vizinho, amigo da família, entre outros. Quanto aos parentes, o mais citado nas notificações foi o pai (14,8%) seguido pelo padrasto (12,5%) e namorado (9,6%) (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo o grau de parentesco ou contato com o agressor, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

Grau de parentesco / contato com a vítima	n	%
Primo	55	5,6
Tio	50	5,2
Avô	48	4,9
Profissional da instituição que frequenta	8	0,8
Patrão	1	0,1
Cuidador	10	1,0
Conhecido	231	23,5
Irmão	57	5,8
Desconhecido	56	5,7
Filho	2	0,2
Ex namorado	7	0,7
Namorado	95	9,6
Ex cônjuge	1	0,1
Cônjuge	13	1,3
Padrasto	123	12,5
Mãe	31	3,1
Pai	146	14,8

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Dados do SINAN (2015-2020), obtidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

6.4 CORRELAÇÕES ENTRE SEXO DA VÍTIMA E DEMAIS VARIÁVEIS

Em relação às possíveis correlações entre a variável de desfecho, sexo da vítima, e as variáveis independentes como sexo do agressor, idade da vítima, cor de

pele da vítima, grau de parentesco/contato com a vítima e tipo de violência, verifica-se que o sexo do autor ($p=0,095$) e a violência cometida pelo namorado ($p=0,068$), não foram significativamente estatísticos, porém, clinicamente, são variáveis importantes para o rastreio, acompanhamento e combate à violência contra a criança e ao adolescente (Tabela 14).

Tabela 14 - Correlação entre o sexo da vítima e características de crianças e adolescentes, dos agressores e da violência sofrida, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Variáveis	Sexo da vítima		<i>p</i>
	Feminino (n; %)	Masculino (n; %)	
Sexo do agressor			
Masculino	673 (79,1%)	178 (20,9%)	0,095
Feminino	25 (67,6%)	12 (32,4%)	
Raça da vítima			
Branca	327 (79,8%)	83 (20,2%)	0,287
Outras	419 (76,9%)	126 (23,1%)	
Agressor era conhecido			
Sim	673 (78%)	190 (22%)	0,295
Não	47 (83,9%)	9 (16,1%)	
Agressor era o namorado			
Sim	81 (85,3%)	14 (14,7%)	0,068
Não	655 (77,1%)	195 (22,9%)	
Agressor era o irmão			
Sim	45 (78,9%)	12 (21,1%)	0,882
Não	685 (78,1%)	192 (21,9%)	
Agressor era o ex namorado			
Sim	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0,621
Não	731 (77,9%)	207 (22,1%)	
Agressor era o padrasto			
Sim	94 (76,4%)	29 (23,6%)	0,652
Não	629 (78,2%)	175 (21,8%)	

Tabela 14 - Correlação entre o sexo da vítima e características de crianças e adolescentes, dos agressores e da violência sofrida, entre 2015 a 2020. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)

Variáveis	Sexo da vítima		<i>p</i>
	Feminino (n; %)	Masculino (n; %)	
Agressor era a mãe			
Sim	22 (71,0%)	9 (29,0%)	0,318
Não	719 (78,5%)	197 (21,5%)	
Agressor era o pai			
Sim	113 (77,4%)	33 (22,6%)	0,695
Não	604 (78,9%)	162 (21,1%)	
Violência física			
Sim	96 (82,9%)	20 (17,2%)	0,229
Não	665 (77,9%)	189 (22,1%)	
Violência psicológica			
Sim	140 (78,7%)	38 (21,3%)	0,857
Não	611 (78,0%)	172 (22,0%)	
Tortura			
Sim	12 (75%)	4 (25%)	0,736
Não	748 (78,5%)	205 (21,5%)	
Negligência			
Sim	31 (79,5%)	8 (20,5%)	0,871
Não	733 (78,4%)	202 (21,6%)	

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Considerando a relação entre o sexo das vítimas e as idades que os atos de violência sexual ocorreram, encontrou-se diferença estatística ($p < 0,001$), sendo que meninas sofreram violência em idade mais avançada ($9,26 \pm 4,53$) do que os meninos ($7,36 \pm 3,73$).

7 DISCUSSÃO

A violência contra as crianças, a partir do ano de 2018, apresenta-se sem um crescimento expressivo, em decorrência do desmedido empenho da Lei nº 13.431, de 14 de abril de 2017. Essa lei possui como meta o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Com relação à Lei da Palmada, esta não configura em reais alterações nas regras e condutas que já estavam determinadas pelo ECA, mas sua principal função é a sensibilização da não utilização da violência física para educar. Esta iniciativa recorre diretamente às questões culturais que expôs há séculos as crianças e jovens ao castigo físico (SOUTO et al., 2018).

Em uma esfera mais local, em 2017, foi criada em Uberaba-MG a Comissão de Fluxo de Violências, integrante do SGDCA. Essa rede conta com a participação de várias secretarias e setores do município como a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), SMS, Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi), Conselho Tutelar de Uberaba, Vara da Infância de Uberaba, Delegacia de Polícia Civil e Militar e a Defensoria Pública do Município, além de outros órgãos e instituições, com o objetivo de prestar assistência integral às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e impedir que o crime se repita.

Assim, é importante considerar o contexto nacional e local da assistência à saúde e prevenção de agravos de crianças e adolescentes, porém, mesmo com medidas eficazes e centradas nas demandas reais desse público, o quadro de violência contra essa faixa etária ainda é um problema de saúde pública e merece destaque.

7.1 PERFIL DA VÍTIMA

Em uma pesquisa realizada em Teresina-PI, no ano de 2016, em relação à violência infantojuvenil, a idade média das vítimas encontrada foi de cerca de 11 anos e apresentava uma variação em torno da média de aproximadamente quatro anos, resultado semelhante ao deste estudo, que encontrou idade média de nove anos. A faixa etária com maior número de vítimas foi a de 12 a 14 anos (29,7%), seguido pela faixa de 9 a 11 anos (28%), de 15 a 19 anos (18,4%) e de 0 a 5 anos (11,7%) (SOARES et al., 2016).

Estudo realizado em 53 municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros-MG, identificou 1.481 notificações de violência dirigidas a crianças e adolescentes, mostrou a maior prevalência relacionada à faixa etária entre 15 a 19 anos (41,1%), a maioria eram do sexo feminino (66,7%), e o local da ocorrência em sua maioria foi a própria residência da vítima (49,6%) (SOUTO et al., 2018), resultados também semelhantes ao encontrado neste estudo.

Pesquisa quantitativa realizada entre 2011 e 2015, no município de Porto Velho-RO, com dados secundários retirados dos registros do SINAN, observou que a maioria dos casos de violência registrados ocorreu em pessoas do sexo feminino (81,7%) com idades entre 10 e 14 anos (46,3%); quanto à cor da pele autodeclarada, foram correspondentes às cores preta e parda (65,8%), e a faixa educacional das vítimas se encontrava no ensino fundamental (51,5%) (MOREIRA et al., 2017), resultados também semelhantes ao encontrado neste estudo, onde 78,5% eram meninas, 14,6% tinham 13 anos de idade e 54,5% eram da cor parda ou negra.

Estudo de coorte retrospectivo, em município de médio porte, analisou os processos referentes às denúncias de violência contra crianças, encaminhadas à Vara da Infância e Juventude, mostrando que 56% das vítimas possuíam até cinco anos, 44% tinham entre seis e doze anos incompletos e o sexo predominante era feminino em 53% dos processos (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

Os resultados de uma pesquisa realizada em Araçatuba-SP constataram que em relação à faixa etária, a maioria das vítimas encontra-se entre 10 e 15 anos incompletos, correspondendo a 40,58% (GARBIN et al., 2016), resultados também semelhantes ao desta pesquisa.

Quando se observa o fator idade das vítimas de violência, quanto menor a idade maior é a vulnerabilidade e o risco de violência. Esta fragilidade se explica pois existe a dependência do cuidador para a realização de atividades básicas de sobrevivência e, desta forma, pode-se desenvolver fatores estressantes para quem demanda o cuidado (NUNES; SALES, 2016). Porém, não são só os mais jovens que são vulneráveis à violência, é preciso ressaltar que com a maturidade, especialmente entre os indivíduos do sexo feminino, a violência sofre uma tendência de crescimento por proposições sexuais e a mudança nos convívios sociais e círculos que os adolescentes passam a frequentar (WAISELFISZ, 2012).

Em relação às idades relacionadas à violência desferida a crianças e adolescentes, é necessária uma análise criteriosa, pois, embora sejam alarmantes,

estes resultados podem também estar associados a algumas idades cuja violência seja mais explícita visualmente e desta forma serem mais notificadas quando comparadas a outras não tão nítidas (ALMEIDA; SOUSA; SOUSA, 2017).

Nota-se que é necessário quantificar as formas de violência que acometem as crianças e adolescentes, porém, é essencial verificar a prevalência entre os sexos. Logo, identificando qual sexo é mais acometido pela violência pode-se estabelecer ações e intervenções de forma mais efetivas com mais particularidade para cada caso (NUNES; SALES, 2016).

Durante séculos, observa-se que culturalmente as mulheres são submetidas a uma subordinação masculina desde a infância, além de sofrerem uma ideologia de fragilidade compulsória. O homem é visto como viril, provedor, racional enquanto a mulher é fraca, submissa, passiva, estas são características enfatizadas ao longo da história e necessitam ser revistas perante os verdadeiros valores sociais para minimizarem os casos de violência, pois estes fatos sócio-históricos imputem ao sexo feminino a maior prevalência da violência em suas diversas dimensões, sejam as físicas, psicológicas ou sexuais (GARBIN et al., 2016). Agravando ainda mais a vulnerabilidade da criança e adolescente do sexo feminino a casos de violência.

Quando avaliadas as notificações do SINAN em relação à etnia relacionada à violência, pesquisa realizada no Nordeste do Brasil determinou que 63,5% dos indivíduos eram pardos, seguidos de brancos com 13 % e afrodescendentes com 11% (ALMEIDA; SOUSA; SOUSA, 2017), resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa onde isoladamente a cor de pele branca e parda foram as mais prevalentes com 41,6% cada.

Em outra pesquisa realizada no Ceará, onde a maior etnia foi a parda seguida pela cor branca e preta, os autores inferiram que a violência e o perfil das vítimas seguem um padrão étnico, sendo que os indivíduos pardos e negros sofrem distinção e socioculturalmente encontram-se mais vulneráveis a situações violentas (ALVES et al., 2017).

Acrescenta-se a esta temática a condição do desenvolvimento e crescimento desenvolvido durante a infância e puberdade. Este processo está atrelado a diversas questões associadas aos cuidados básicos. E, neste momento, é que a violência sexual se coloca como inibidor e pode arruinar parcialmente, ou de forma até mesmo irreversível o desenvolvimento da criança e do adolescente (MIRANDA et al., 2014).

Existe uma desigualdade social extrema e esta condição é uma das grandes causas da violência, ou melhor, da violência estrutural. Neste cenário, nota-se um desenvolvimento da violência interpessoal nas diferentes parcelas da sociedade e especialmente nos modelos familiares. Como já mencionado, a violência doméstica participa da vida rotineira das famílias e pode-se afirmar que a cultura de um povo está impregnada por esta situação, e faz parte de um contexto socioeconômico. E esse comportamento é repetido por gerações e desta forma perpetua a violência contra crianças e adolescentes (COSTA et al., 2007).

7.2 CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO

Estudo transversal em Teresina-PI descreveu o perfil dos autores da violência infringida aos menores de idade, mostrando que a pessoa é conhecida da família e corresponde a 86,1% dos casos. Com relação ao local da agressão, em 46,7% dos casos é no ambiente familiar, seguido pela residência do agressor com 24,8%, na via pública com 13,6% e em motéis com 4,0% (SOARES et al., 2016), resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa onde 63,1% dos casos ocorreram na residência da vítima.

A mesma pesquisa revela, quanto ao a variável “grau de parentesco”, que em 27,3% os agressores são pai e padrasto da vítima; em 23,4% o vizinho é o autor; em 9% é o tio, o namorado corresponde a 8% e outros somam 5,2%. Em 91,1% o agressor não fez uso de arma (SOARES et al., 2016). No caso desta pesquisa o pai da vítima foi o responsável pela violência em 14,8%, o padrasto em 12,5% e o namorado em 9,6%.

Inquérito em Porto Velho-RO, que teve como objetivo traçar o perfil dos possíveis agressores, mostrou que a maioria eram amigos/conhecidos (19,9%), desconhecidos (19,1%) ou namorado/ex-namorado do cuidador (14,5%). E ainda traz que em 74,9% das ocorrências o agressor era do sexo masculino e em 45,2% o agressor não fez uso de bebida alcoólica (MOREIRA et al., 2017). Neste estudo identificou-se que 86,4% dos casos de violência contra criança e adolescentes foi realizado por homens.

Retomando a variável “grau de parentesco”, as mães em 37,29% e os pais em 37,05% dos casos representam a maioria dos agressores; o padrasto com 22,76% e

a madrasta com 2,91% foram os demais agressores registrados (GARBIN et al., 2016), resultados semelhantes ao deste estudo.

A violência sexual pode ser definida como a relação sexualmente abusiva onde vigora o poder do adulto agredindo uma criança que se torna vítima da ação (NUNES; SALES, 2016). É notório que essa violência é estabelecida como um relevante problema de saúde pública e para este enfrentamento são necessários profissionais capacitados e comprometidos para que suas atribuições sejam exercidas com eficácia junto à população infantojuvenil. A agressão quando ocorre de forma intrafamiliar revela-se contra uma conformidade social relacionada à vivência no seio familiar com sentimentos de respeito e amor paterno e materno. Portanto, se existir uma violação deste cuidado e a criança ou o adolescente sofrer agressão, ela pode desenvolver relações sexuais conflituosas com qualquer pessoa que represente papéis de autoridade e poder exercidos sobre este indivíduo (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

A criança ou o adolescente amarga um sentimento terrível em revelar a agressão quando a violência é praticada pela família. Essa enorme dificuldade resvala desde a ação para o diagnóstico e preenchimento da notificação, até a falta de estratégias que ofereçam um padrão e efetividade para a realização de uma condução do caso com excelência (NUNES; SALES, 2016). Com esta situação torna-se inquestionável que os pais estão entre os principais disseminadores da violência infantojuvenil, especialmente entre as vítimas com idades menores ou iguais a cinco anos (NUNES; SALES, 2016).

Um local de segurança é o que todos esperam de um lar; porém, diante do exposto, esta estrutura da violência contradiz esta proteção às crianças e adolescentes. Ressalta-se que as consequências que a violência impõe podem ser a curto ou a longo prazo e atingem os aspectos biopsicossociais da criança vitimizada e, por conseguinte, prejudicam o desenvolvimento em vários ambientes sociais e culminam com a redução da habilidade, refletindo no modo de pensar e agir dos indivíduos que sofrem as agressões (NUNES; SALES, 2016).

7.3 PERFIL DO AGRESSOR

Sobre o perfil do agressor, estudo realizado em município de Teresina-PI descreveu os agressores como do sexo masculino com média de idade de 36 anos. A faixa etária encontrada com maior prevalência foi entre os 22 e 39 anos

representando 48,4% do total de casos, seguida da faixa etária de 40 a 59 anos com 30,8% e com 16,3% as idades foram entre os 9 e 21 anos (SOARES et al., 2016). Neste estudo, 86,4% dos agressores eram do sexo masculino e adultos (44,2%).

Outro estudo ecológico com dados do SINAN também descreveu o perfil dos agressores por meio da análise dos casos registrados, onde 77% não informaram a idade do agressor, 6% tinham entre 15 a 20 anos; 4% entre 31 e 35 anos; 1% menos de 15 anos; 1% entre 21 e 25 anos; 2% tinham entre 26 e 30 anos; 3% entre 36 e 40 anos e 6% mais de 40 anos. Estes percentuais foram obtidos de um total de 216 registros de violência contra crianças e adolescentes (MIRANDA et al., 2014), resultados semelhantes ao deste estudo.

Contrariando os dados achados na pesquisa anteriormente citada, outra investigação realizada em um município de médio porte conferiu que a violência foi praticada em 64% por um único agressor e em 63% o sexo foi o feminino. Em 46% dos processos investigados, a mãe foi citada como autora da violência, o pai, por sua vez correspondeu a 10% dos casos, em 30% o pai e mãe foram os responsáveis pelas agressões (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019), resultados que diferem dos achados por esta pesquisa.

Os genitores ou responsáveis, normalmente, utilizam o uso da força física como instrumento de correção e condutas educativas na infância (SILVA; MENDONÇA, 2015). Esta atitude evidencia as agressões e suas recidivas como sendo um fenômeno histórico-cultural perene. As elevadas situações violentas registradas pode estar associadas com a frequente carência de diálogo para a solução dos problemas familiares, elevando os conflitos nas relações interpessoais (SILVA; MENDONÇA, 2015).

O agressor detém o poder sobre a criança ou o adolescente e manipula suas vítimas através da confiabilidade simulando a representação da proteção (COSTA et al., 2007).

Retomando a descrição do perfil do agressor, outro estudo revelou que houve uma maior prevalência do sexo masculino perfazendo 62,42%, e que 82,67% das vítimas conheciam o responsável pelas agressões, resultado semelhante ao deste estudo. A utilização do poder e da força bruta exercida pelo homem podem ser explicadas por valores culturais encontrados desde outrora como já explanado anteriormente (MAIA; BARRETO, 2012).

Os resultados de pesquisa realizada em Porto Velho-RO corroboram com os do estudo acima onde a variável sexo também registrou o masculino como sendo o maior responsável pela prática da violência sexual contra crianças e adolescentes (MIRANDA et al., 2014).

A violência de gênero reflete sobre mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino em praticamente 80% dos casos. Esta predominância retrata a cultura tradicional e a maneira patriarcal da sociedade. Uma das principais explicações infere que as adolescentes estão muito expostas, e são agredidas sexualmente normalmente por conhecidos em suas próprias residências (MIRANDA et al., 2014).

7.4 CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS

Quanto à análise de possíveis relações entre o sexo da vítima e as variáveis da vítima e do agressor, esta pesquisa encontrou que conhecidos, pais, padrastos e namorado são os que mais cometem violência contra a criança, sendo que a violência cometida pelo namorado foi a variável mais perto de ser considerada estatisticamente significativa. Quando investigados os prováveis agressores das crianças, eles se estabelecem como sendo “amigo ou conhecido” e esta situação se fundamenta pela proximidade com a família, assim, concedendo facilidades de acesso à criança. Além disso, ainda na infância, os familiares são as principais referências da criança e quando entram na adolescência existe uma real alteração, pois começam a frequentar novos grupos sociais tornando-os vulneráveis à violência por parte de namorados (SCHWARTZ; BEAVER; BARNES, 2015).

É preciso ressaltar que em determinadas condições qualquer membro da família pode se transformar em vítima ou autor de agressões violentas. Ainda assim, as crianças, por serem mais vulneráveis e subjugadas à família representam as mais relevantes vítimas desse tipo de violência (NUNES; SALES, 2016).

No caso deste estudo, onde foi observada uma relação, que apesar de não significativa, é clinicamente importante, traz a importância do reconhecimento da violência extrafamiliar e, como encontrado nesta pesquisa, os namorados das vítimas representam um resultado importante, pois geralmente as relações sociais abertas com os demais membros de uma comunidade propiciam a manifestação destas situações de violência. Estes episódios podem ser explicados pelas relações de vínculo de confiança entre os vizinhos, amigos ou mesmo outras pessoas sem

qualquer laço parental, como os namorados. Em suma, quando ocorrem casos de violência com características extrafamiliares, estes crimes são de autoria de pessoas conhecidas pela família, em quem confiam, sendo considerado amigo da criança (NUNES; SALES, 2016).

Outra correlação importante é o fato que meninas sofrem violência em idades mais avançadas do que os meninos. Estas meninas, normalmente, carregam a culpa pelo abuso violento, pois já não se enxergam como crianças e estão despertando sua feminilidade em razão do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Culturalmente, vivemos sob a ótica do machismo e, assim, a menina nestas condições é erroneamente vista como excitadora e desta forma respalda o agressor, pois a culpa recai na vítima (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA, 1992).

Quando existe violência contra as crianças e adolescentes há uma ruptura do cumprimento dos direitos fundamentais à vida. Esta situação é negligenciada, pois é percebida como ato corriqueiro e lícito com o propósito de educar os filhos, e deve-se, na verdade, ser intitulada como criminosa e tratada como tal, seguir com investigações e ações de acordo com a lei (NUNES; SALES, 2016).

Em relação aos casos de violência, a literatura traz como forma de intervenção a institucionalização da criança ou o seu afastamento do círculo familiar. Quando ocorrem situações em que uma das opções é a institucionalização da criança, esta intervenção, segundo vários autores, deve ser a última medida a ser aplicada. Deve-se postergar esta ação extenuando as demais possibilidades em se manter a criança no ambiente familiar, pois, assim haverá a continuidade do afeto e segurança (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019). No entanto, a gravidade desta questão encontra-se registrada em estudo de coorte retrospectivo realizada em um município de porte médio, no qual em um quarto dos processos analisados obrigou-se a determinação dessa medida extrema (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

Ainda sobre a pesquisa citada anteriormente, quase o total dos processos verificados onde a aplicação da medida protetiva foi exercida, houve a preservação da criança interrompendo o cenário de violência. Uma comunicação efetiva entre os envolvidos reduziu as recidivas da violência doméstica sofrida pelas crianças (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

É importante ressaltar que, em vista da complexidade do fenômeno da violência, apenas deixar esta questão nos moldes e responsabilidade judicial não é

resolutivo. Assim, a intersectorialidade deve estar presente nas decisões e intervenções dos casos de violência. Estas ações multidisciplinares devem ser norteadas para que se garanta os direitos, permita a promoção, a emancipação e a autonomia dos cidadãos, além disso devem ser planejadas e integradas evitando as superposições (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

Nesse contexto, a AB apresenta papel nas ações de enfrentamento do problema da violência sexual contra crianças e adolescentes, principalmente, na realização da busca ativa, acompanhamento e criação de vínculos com as vítimas e famílias, de forma integrada com outros serviços da rede, além de planejar ações orientadas para demandas específicas (SOUZA et al., 2013).

8 CONCLUSÃO

Nesse estudo, que teve como objetivo delinear o perfil clínico-epidemiológico dos casos de violência sexual, contra crianças e adolescentes, ocorridos na cidade de Uberaba-MG, nos anos de 2015 a 2020, pode-se verificar que a maioria das vítimas de violência eram meninas; tinham de 12 a 13 anos; a violência ocorreu na residência da criança e foi praticada por conhecidos e parentes próximos, como pai e padrasto. Quanto ao agressor, a maioria eram homens adultos e conhecidos ou parentes da vítima. Verificou-se que houve relação entre o sexo e a idade da vítima, na qual as meninas sofreram a violência sexual em uma idade mais avançada do que os meninos.

Por meio da análise dos dados encontrados no presente estudo foi possível delinear o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes e suas características, em Uberaba-MG, um município de médio porte. As informações podem auxiliar no fomento de estratégias e ações que envolvam todas as áreas da saúde e o sistema judicial, edificando a rede de vigilância à saúde de crianças e adolescentes. Novas pesquisas com objetivos semelhantes devem ser estimuladas para que sejam obtidos mais resultados e despertadas cada vez mais discussões e mudanças efetivas a respeito da violência sofrida por crianças e adolescentes a nível nacional e internacional.

Não é factível superar a violência infantil sem que sejam implementadas intervenções com características intersetoriais e atuações multiprofissionais. A intervenção jurídica de forma isolada não é suficiente para subjugar a imensa complexidade das interrelações familiares. Apenas poucos momentos com o autor da violência constituem em prováveis danos de amplo espectro na vida das crianças e dos adolescentes, e, muitos destes males possuem atributos irreparáveis. Soma-se a estes representativos prejuízos no desenvolvimento vital dos indivíduos, a lentidão com que a impunidade vigora gerando uma desesperança implacável nas vítimas e em seus familiares e, desta maneira, a criança sofre inclusive com a revitimização.

É essencial fortalecer uma maior integração entre as instituições possibilitando uma consolidação da rede de cuidados à saúde das crianças e adolescentes. A porta de entrada da informação sobre a violência sofrida pode ser a instância judicial, mas não deve ser somente esta instituição responsabilizada por possíveis ações. A interatividade entre os diversos setores públicos é essencial para que se possa

perpassar os programas governamentais envolvendo a assistência social, a segurança pública, a educação e a saúde, planejando fluxos efetivos para as vítimas com intuito de preservar sua defesa e aumentando a proteção das crianças e dos adolescentes. A garantia dos direitos com investimentos na proteção a vida, na autonomia e na emancipação dos indivíduos precisa de um imenso envolvimento dos setores e dos membros das famílias das vítimas. A judicialização não é uma estratégia factível, as intervenções efetivas devem ocorrer em sintonia através da rede de atenção, apenas assim, existirá a garantia dos direitos desta população tão vulnerável à violência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A. dos A.; SOUSA, L. S.; SOUSA, K. A. A. de. Epidemiologia da violência infantil um estado do nordeste do brasil: série histórica de 2007 a 2016. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 27–33, 24 nov. 2017.

ALVES, J. M. *et al.* Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 1, p. 26–32, 31 mar. 2017.

ASSIS, S. G. de *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2305–2317, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção**: guia de orientação para profissionais de saúde. Petrópolis: ABRAPIA, 1992.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: sec. 1, Brasília, DF, p. 13563, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**: sec. 1e, Brasília, DF, 2001 a.

BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**: sec. 1, Brasília, DF, p. 86 2001 b.

BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Instrução Normativa MS/SVS nº 02, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. **Diário Oficial da União**: sec. 1, Brasília, DF, p. 46, 2005.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: falando sobre os sistemas de informação em saúde no Brasil. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, v. 1, 2009a.

BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **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.

BRASIL. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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**: sec. 1, Brasília, DF, p. 23, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**: sec. 1, Brasília, DF, p. 1, 2017a.

BRASIL. **Viva**: sistema de vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico nº 27 - Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Portal de Boas Práticas, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-27/>. Acesso em: 16 fev. 2022.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129–1141, out. 2007.

COUTINHO, S. E. D. *et al.* Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 115–129, 8 maio 2020.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961–2973, set. 2016.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de; SANTOS, N. C. dos. **Violência envolvendo crianças no Brasil**: um plural estruturado e estruturante. In: Série B. Textos Básicos de Saúde. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 43–78.

EGRY, E. Y. *et al.* Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 119–125, fev. 2017.

FERREIRA, C. L. S.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 3997–4008, 28 out. 2019.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. da (ed.). **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife, PE: EDUPE, 2002. p. 17–43.

FERREIRA, T. L. dos S.; COSTA, I. do C. C.; ANDRADE, F. B. de. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 22–29, 23 abr. 2015.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 184–192, jun. 2008.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Um estudo transversal sobre cinco anos de denúncia sobre violência contra crianças e adolescentes em Araçatuba - São Paulo. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 4, p. 273–7, 2016.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 58, n. 6, p. 659–665, dez. 2012.

GERMAN, R. R. *et al.* Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, v. 50, n. RR-13, p. 1–35; quiz CE1-7, 27 jul. 2001.

GOMES, M. L. M. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. suppl 1, p. s27–s34, maio 2006.

HAMILTON, L.; JAFFE, P.; CAMPBELL, M. Assessing children's risk for homicide in the context of domestic violence. **Journal of Family Violence**, v. 28, n. 2, p. 179–189, 1 fev. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

KATAGUIRI, L. G. *et al.* Caracterização da violência sexual em um estado da região Sudeste do Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, n. e20180183, p. 1–17, 21 out. 2019.

LAGUARDIA, J. *et al.* Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135–146, set. 2004.

LIU, L. *et al.* Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. **Lancet (London, England)**, v. 385, n. 9966, p. 430–440, 31 jan. 2015.

- MAIA, A. C.; BARRETO, M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 2, p. 195–204, jun. 2012.
- MEKURIA, A.; NIGUSSIE, A.; ABERA, M. Childhood sexual abuse experiences and its associated factors among adolescent female high school students in Arbaminch town, Gammo Goffa zone, Southern Ethiopia: a mixed method study. **BMC International Health and Human Rights**, v. 15, n. 1, p. 21, 18 ago. 2015.
- MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259–1267, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (eds.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 21–42.
- MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, p. 513–531, nov. 1997.
- MIRANDA, M. I. F. de *et al.* Violência sexual contra crianças e adolescentes em um município da Região Norte do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 14, n. 2, p. 96–104, 1 dez. 2014.
- MOREIRA, K. F. A. *et al.* Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 11, p. 4410–4417, 2017.
- NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 871–880, mar. 2016.
- OLIVEIRA, M. T. da C. *et al.* A subnotificação de casos de aids em municípios brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura-recaptura. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, v. 1, n. 1, p. 7–11, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002.
- PLATT, V. B. *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1019–1031, abr. 2018.
- SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. de (ed). **Violência faz mal à saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 1. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2006. p. 29–38.
- SANTOS, M. de J. *et al.* Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p. e2017059, 21 maio 2018.

SCHWARTZ, J. A.; BEAVER, K. M.; BARNES, J. C. The association between mental health and violence among a nationally representative sample of college students from the United States. **PLoS ONE**, v. 10, n. 10, p. e0138914, 7 out. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. **SINANWEB - Sinan Net**. Brasil: SINAN, 2020. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/sinan-net>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SILVA, F. G. da *et al.* Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno. **Conjecturas**, v. 21, n. 5, p. 146–165, 2 nov. 2021.

SILVA, L. S. da; MENDONÇA, K. M. L. A violência escolar em matérias de jornal: um imaginário construído em Belém - PA. **Comunicação & Educação**, v. 20, n. 1, p. 39–49, 12 maio 2015.

SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

SOARES, E. M. R. *et al.* Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 87–96, 2016.

SOUTO, D. F. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, p. 1237–1246, 2018.

SOUZA, M. B. de *et al.* Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 3, p. 190–195, mar. 2013.

ULLMAN, S. E.; PETER-HAGENE, L. C. Longitudinal relationships of social reactions, PTSD, and revictimization in sexual assault survivors. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 31, n. 6, p. 1074–1094, mar. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 28 maio 2011.

VON HOHENDORFF, J.; HABIGZANG, L. F. **Atuação do profissional da psicologia na avaliação e intervenção em situações de violência sexual contra adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevención del maltrato infantil**: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44228>. Acesso em: 16 fev. 2022.

APÊNDICE A – Solicitação de dispensa do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para os participantes

Eu, Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões, sou responsável pelo projeto de pesquisa “Perfil clínico-epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no município de Uberaba-MG: conhecer para intervir”, cujo objetivo é realizar um levantamento do perfil clínico epidemiológico dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, ocorridos na cidade de Uberaba, nos anos de 2015 a 2020. Trata-se de um estudo a ser realizado por meio de informações contidas nas fichas de atendimento e controle das notificações de atendimento, realizados pelo Fluxo de Proteção à Criança e Adolescente Vítima de Violência Sexual, no município de Uberaba-MG. Para tanto, solicito a dispensa de aplicação do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), apresentando as seguintes justificativas: por se tratar de um tema constrangedor e de grupo etário de alta vulnerabilidade a solicitação do consentimento para o uso das informações poderá causar constrangimento e sofrimento. Além disso, as informações que possibilitam a identificação da criança, tais como nome, idade, número de atendimento e registro hospitalar, não serão divulgadas, e as fichas serão manuseadas apenas pela equipe de pesquisa.

APÊNDICE B – Questionário de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica

Controle de coleta de dados		
Nº do instrumento:	Pesquisador:	
Data da ocorrência: ____/____/____		
Data da notificação: ____/____/____		
Dados sociodemográficos e econômicos da vítima		
A. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	B. Idade (anos): ____	C. DN: ____/____/____
D. Local de Moradia: _____		
E. Cor: 1. () Branca 2. () Preta 3. () Amarela 4. () Parda 5. () Indígena		
F. Possui alguma deficiência 1. () Sim 2. () Não		
G. Escolaridade: _____		
H. Renda Familiar (nº/salários): ____	I. nº de pessoas que dividem a renda: ____	
Dados da ocorrência		

J. Local da ocorrência: 1. () Próprio domicílio 2. () Fora do domicílio		K. Contexto da situação: 1. () Intrafamiliar 2. () Extrafamiliar	
L. Frequência do abuso: 1. () Única vez (Agudo) 2. () Mais de Uma vez (crônico)		M. Procedimentos Realizados/ Encaminhamentos:	
Dados sociodemográficos e econômicos do agressor			
N. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	O. Idade (anos): _____	P. DN: ____/____/____	
Q. Local de moradia: _____			
R. Cor: 1. () Branca 2. () Preta 3. () Amarela 4. () Parda 5. () Indígena			
S. Grau de parentesco do agressor com a vítima: 1. () Pai 2. () Mãe 3. () Padrasto 4. () Avô (a) 6. () Padrinho / Madrinha 7. () Amigo / Conhecido 8. () Madrasta 9. () Desconhecido 5. () Irmão (a)			

ANEXO A – Ficha de notificação de violência

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora ☐ 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros					
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
	10 Nome do paciente					11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1		
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	36 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual ☐ 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: 3-Homem Transexual ☐ 1-Travesti 8-Não se aplica 2-Mulher Transexual 9-Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		07 - Comércio/serviços ☐ 08 - Indústrias/construção ☐ 09 - Outro ☐ 99 - Ignorado ☐		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro		
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um ☐ 2- Dois ou mais ☐ 9- Ignorado ☐	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado ☐
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
----------------------	----------------------------	----------------

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
--	---	--------------------------------

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função
Assinatura		