FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

STELA MARIA TAVOLIERI DE OLIVEIRA

Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes na Região de Saúde de Jundiaí/São Paulo antes e durante a pandemia da COVID-19

Jundiaí

2021

STELA MARIA TAVOLIERI DE OLIVEIRA

Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes na Região de Saúde de Jundiaí/São Paulo antes e durante a pandemia da COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Jundiaí, para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador (a): Prof. Dr. Saulo Duarte Passos.

Jundiaí

2021

Oliveira, Stela Maria Tavolieri de, 1963-
O48p Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes na região de Saúde de Jundiaí / São Paulo antes e durante a pandemia da COVID-19 / Stela Maria Tavolieri de Oliveira. - Jundiaí: [s.n.], 2021.
197 f.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Duarte Passos.
Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

1. Maus-tratos infantis. 2. Abuso sexual na infância. 3. Abuso físico. 4. Exposição à violência. 5. Comportamento autodestrutivo. 6. Fatores de risco. 7. Serviço hospitalar de emergência. 8. Epidemiologia. 9. Pandemia COVID-19. I. Passos, Saulo Duarte. II. Título.

Ficha catalográfica
Biblioteca da Faculdade de Medicina de Jundiaí
Aiko Shibukawa – CRB-8/1519

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: Stela Maria Tavolieri de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Saulo Duarte Passos

MEMBROS TITULARES:

1. Professor Titular José Roberto Fioretto

2. Profa. Dra. Renata Dejtiar Waksman

3. Profa. Dra. Maria de Fátima Valente Rizzo

4. Profa. Dra. Ana Paula Antunes Pascalicchio Bertozzi

MEMBROS SUPLENTES:

1. Profa. Dra. Eliana Biondi Medeiros Guidoni

2. Profa. Dra. Rosa Estela Gazeta

Programa de Pós-Graduação – Doutorado em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Jundiaí

Data da defesa: 20/12/2021

DEDICATÓRIA

Dedico meu trabalho a meu pai, José Gallia de Oliveira. Sustentáculo *mor*, norte de minha vida. Com personalidade e caráter marcantes, agia com justiça, força e determinação qualquer que fosse a situação. Proporcionou-me meios e incentivos para estudar, aprender sempre. Costumava dizer: “saber não ocupa espaço”! Pai amoroso e responsável, soube determinar limites sem violência, mas sim com amor e respeito. Um exemplo a ser seguido.

À minha avó Luiza, que acordava quase de madrugada para fazer *tostex* e transformar o início de cada dia de estudos mais saboroso. Com suas estórias, risadas, conselhos e amor, auxiliou de maneira marcante minha formação e de meus irmãos.

A meus irmãos, Paulo Fernando, Luis Roberto, José Eduardo e Vinicius, à minha cunhada e irmã de coração, Valéria, com os quais compartilhei tantas emoções.

À toda minha família e amigos, presentes e ausentes, pelas diversas trilhas percorridas, de encontros e desencontros. A somatória final é sempre positiva.

A meus filhos, Nathalia e Gustavo, motivo maior de minha existência, fonte inesgotável de meus aprendizados e superações, manancial de amor e força que impulsiona minha vida.

A meu marido Itibagi, companheiro de todas as horas, exemplo de seriedade, competência, generosidade e amor. Médico, professor e administrador impecável, é exemplo de disseminador de conhecimentos e oportunidades por gerações de alunos, residentes, colegas e amigos. Meu grande incentivador nessa fase intensa e desgastante, na qual “meu bom humor e serenidade” característicos se fizeram presentes tantas vezes.

AGRADECIMENTOS

Tese de doutorado não é algo que se consiga fazer sozinho. É trabalho realizado a muitas mãos. E foram tantas…e tão boas e queridas! Gratidão imensa a cada uma delas.

Toda oportunidade vem de oferta divina, e a Deus sou imensamente grata por toda Força, Luz e Proteção a mim sempre oferecidas. Agradeço por Ele ter colocado cada uma dessas mãos em meu caminho.

Se algum dia sonhei defender um doutorado? Até que sim, mas me parecia algo próximo do impossível.

Agradeço a cada um dos meus colegas do Hospital Regional Sul, com os quais durante 31 anos vivenciamos tantas experiências e aprendizados. Lá será sempre minha primeira casa de coração, amigos e formação.

Agradeço a todos os colegas de pós-graduação em Emergências Pediátricas do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein. Sem que eles soubessem, naquela ocasião via minha vida profissional entrando em cuidados paliativos. Minha vida mudou depois daquele período de convivência e estudos. Agradeço ao Prof. Dr. Cardim, que, há 4 anos, iniciou-me no estudo das evidências científicas na referida pós-graduação. Sempre incentivador e atencioso, foi quem primeiro sugeriu a violência infantil como tema de estudo para TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Desde então, esse passou a ser o meu foco de Mestrado e Doutorado.

Agradeço a cada um de meus colegas da equipe pediátrica e multidisciplinar do Pronto-Socorro Infantil do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), que há 10 anos permanecem a meu lado, na construção de um serviço público de melhor qualidade e com olhar humano e atento no atendimento à violência infantil, entre tantos outros diagnósticos.

Agradeço à FMJ, desde minha admissão por concurso público na gestão do querido Prof. Dr. Edmir Américo Lourenço, até nos dias atuais, com o Prof. Dr. Evaldo Marchi. Entidade de ensino de grande qualidade, ofereceu-me a oportunidade de ingressar em curso de pós-graduação.

Agradeço aos colegas do Departamento de Pediatria da FMJ, pela carinhosa acolhida

desde minha admissão em julho de 2019, bem como pelo incentivo e exemplo de dedicação aos alunos, pacientes e conhecimento.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Saulo Duarte Passos, que com sua imensa vivência e experiência na prática clínica e pesquisa científica soube me ajudar do início ao fim desse estudo, com paciência, sugestões, orientações e *insights* que lhe são próprios e fantásticos. Ofereceu-me a liberdade e não a clausura de pensamentos e ideias.

Agradeço à minha sobrinha Ana Luiza, que auxiliou a Qualificação de Mestrado com seus conhecimentos de informática. Um azougue no teclado.

Agradeço à querida e respeitada banca de Qualificação de Mestrado: Prof. Dra. Ana Paula Antunes Pascalicchio Bertozzi, Prof. Dra. Maria de Fátima Rizzo e Prof. Dr. Marcelo de Azevedo e Souza Munhoz. Aprovaram-me e, de forma generosa, ainda sugeriram minha progressão para o doutorado direto.

Agradeço ao Prof. Dr. Ronei Luciano Mamoni, Coordenador da Pós-Graduação da FMJ. Autorizou minha evolução para o doutorado direto e orientou-me com paciência e objetividade, os passos a serem seguidos, além de compreender e proporcionar o complemento de todos os créditos necessários.

Agradeço ao Hospital Universitário da FMJ, Diretoria Clínica e Administrativa~~,~~ pela parceria e auxílio no levantamento e coleta de dados para a realização desse estudo. Em especial, agradeço ao Asimar Cardoso, à Daniele Rodrigues Zuim, Raquel Cristina de Moraes Paula, Suelen da Silva Oliveira, Karina Limeira Morillo, Érica Souza, ~~e~~ Daniele Rodrigues de Oliveira, Lais Cristine Silva e Kate Albino que me ajudaram a compilar tantas informações em tão pouco tempo.

Agradeço às funcionárias da biblioteca da FMJ, Aiko Shibukawa, Eliana Petroni e Patrícia Rolim, que com suas expertises facilitaram o levantamento de artigos, referências e formatação da tese atual.

Agradeço ao Ewerton Alexandre Galdeano, que com santa paciência, dedicação e profissionalismo esteve a meu lado na construção desse trabalho, mesmo por vezes eu querendo desistir.

Agradeço ao Rafael Saad Fernandez, por sua parceria no desenho dos dados sociodemográficos e econômicos, por ocasião de seu trabalho no Centro de Pesquisas

e Ensino do Hospital Sírio Libanês.

Agradeço ao Jimmy Adans Costa Palandi, da “Adans Estatística”, pelo excelente e impecável trabalho executado, atendendo prontamente a todas as novas análises que se fizeram necessárias ao longo da construção de nosso estudo, algumas delas com prazo curtíssimo.

Nada fácil publicar um artigo científico em revista internacional qualificada. E para essa conquista agradeço meu marido Itibagi, que não poupou esforços nem dedicação para que essa meta fosse atingida. Seu incentivo e determinação foram vitais. Nessa vitória, agradeço a parceria fundamental do Prof. Dr. Marcelo Rodrigues da Cunha, Ewerton Alexandre Galdeano, Prof. Dr. Rogério Leone Buchaim, Prof. Dra. Daniela Vieira Buchaim, Rafael Saad Fernandez, Dra. Evelynne Maria Gomes Galvão da Trindade e claro, meu orientador, Prof. Dr. Saulo Duarte Passos.

Agradeço a cada autor de artigos científicos, livros, guias e notícias que me proporcionaram acréscimo de conhecimento no tema em questão por meio de seus trabalhos.

Agradeço à minha filha Nathalia, jornalista exemplar, que mesmo sem tempo, auxiliou-me na redação de muitos trechos desse trabalho.

Agradeço ao meu filho Gustavo, designer gráfico incrível, por me ajudar em tantas imagens presentes nesse estudo.

Agradeço aos queridos e respeitabilíssimos componentes da banca de defesa de doutorado, por sua generosidade em avaliar meus escritos e disponibilidade em ouvir-me, acrescentar melhorias e participar de momento marcante em minha vida. Meus agradecimentos ao Prof. Titular José Roberto Fioretto, à Prof. Dra. Renata Dejtiar Waksman, Profa. Dra. Eliana Biondi Medeiros Guidoni, Prof. Dra. Maria de Fátima Valente Rizzo, Prof. Dra. Ana Paula Antunes Pascalicchio Bertozzi, Prof. Dra. Rosa Estela Gazeta e ao meu orientador, Prof. Titular Saulo Duarte Passos.

Agradeço ao prefeito de Jundiaí, Luiz Fernando Machado, pelo olhar sério no lidar com a saúde, proporcionando novos projetos e melhorias em saúde pública.

Às crianças e aos adolescentes, vítimas de violência, ofereço não meus agradecimentos, mas a esperança de que a triste realidade em que vivem encontrou uma guerreira para trilhar no caminho do término dessa desumanidade.

“ *Viva uma vida boa e honrada. Assim, quando ficar mais velho e pensar no passado, poderá obter prazer uma segunda vez****. ”***

(Dalai Lama)

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico do tipo de violência doméstica, das vítimas e de seus agressores, correlacioná-la a fatores socioeconômicos e demográficos, e analisar sua apresentação antes e durante a pandemia. **Métodos**: Estudo transversal, analítico, retrospectivo embasado na revisão das Fichas de Notificação Individual – SINAN, de vítimas de violência infantil, menores de 18 anos, atendidas em Serviço de Emergência Pediátrico, do Hospital Universitário de Jundiaí/SP, entre 2016-2020. Estratificadas características de vítimas, agressores, tipo de violência e dados socioeconômicos e demográficos dos setores censitários da residência das vítimas. Análise estatística feita pelo Teste das Duas Proporções e Teste Qui-Quadrado, com $p<0,05$ e Intervalo de Confiança de 95%. **Resultados**: Avaliadas 609 notificações de suspeita de violência contra crianças e adolescentes, encontrando prevalência para violência sexual (63,2%), ocorrida na residência da vítima (58,9%), do sexo feminino (76,7%), com idade entre 2 e 9 anos (38,1%) e 14 a 18 anos (35,6%), por agressor do sexo masculino (82,4%), adolescente-jovem (59,2%), com convívio familiar (64%), principalmente os pais (18,4%). Não encontrou-se correlação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas categorizadas e violência. Os impactos da pandemia impulsionaram crescimento no número de notificações em relação ao mesmo período do ano anterior e a autoagressão atingiu 24,69% dos casos de violência física em 2020. **Conclusões**: A prevalência da violência sexual foi maior no sexo feminino, entre 2 - 9 anos e 14 -18 anos, vitimizadas em suas residências, por agressor do sexo masculino, com convívio familiar, principalmente os pais. Não encontrou-se associação entre violência infantil e os fatores socioeconômicos e demográficos avaliados. A pandemia agravou significativamente a violência infantil e comportamentos autodestrutivos.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis. Abuso Sexual na Infância. Abuso Físico. Exposição à Violência. Comportamento Autodestrutivo. Fatores de Risco. Serviço Hospitalar de Emergência. Epidemiologia. Pandemia COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological profile of types of violence against children and adolescent, victims and their offenders, correlating with socioeconomic and demographic factors, and to analyze its occurrence before and during the pandemic. **Methods:** Cross-sectional, analytical, retrospective study based on a review of the Individual Notification Forms from the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), of child victims of violence, under 18 years old, assisted at the Pediatric Emergency Service of the University Hospital of Jundiaí, São Paulo, between 2016-2020. Characteristics of the victims, offenders, type of violence, and socioeconomic and demographic data of the census sectors of the victims' homes were stratified. Statistical analysis was performed using the test of two proportions and chi-square test, with $p<0.05$ and 95% Confidence Interval (CI). **Results:** A total of 609 notifications of suspected violence against children and adolescents were analyzed, finding prevalence for sexual violence (63.2%), occurred in the victim's home (58.9%), female (76.7%), aged between 2 and 9 years (38 .1%) and 14 to 18 years (35.6%), by male offender (82.4%), young adolescent (59.2%), living as family (64%), mainly the parents (18.4%). No correlation was found between the classified socioeconomic and demographic variables and violence. The impacts of the pandemic increased the number of notifications compared to the same period of the previous year, and self-harm reached 24,69% of cases of violence in 2020. **Conclusion**: The prevalence of sexual violence was higher in females, between 2 - 9 years old and 14 -18 years old, victimized in their homes, by male offenders, living as family, mainly by their parents. No association was found between child violence and the socioeconomic and demographic factors analyzed. Child violence and self-destructive behaviors significantly increased during the pandemic.

Keywords: Child abuse, childhood sexual abuse, physical abuse, exposure to violence, self-destructive behavior, risk factors, emergency hospital service, epidemiology, COVID-19 pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pesquisa sociodemográfica do Geofusion OnMaps®..... **42**

Figura 2 - Distribuição das vítimas por gênero..... **45**

Figura 3 - Distribuição das vítimas por faixa etária..... **46**

Figura 4 - Distribuição das vítimas por cor..... **47**

Figura 5 - Distribuição das vítimas segundo as variáveis: uso de álcool, drogas, presença de deficiências e gestação..... **47**

Figura 6 - Incidência epidemiológica dos casos de violência física e sexual, por gênero (masculino e feminino), contra crianças e adolescentes, entre os anos de 2016 e 2020, em números absolutos. (---) Indicam as curvas de tendência..... **48**

Figura 7 - Diferença percentual da incidência epidemiológica dos casos de violência, estratificados por ano da notificação e gênero das vítimas. (---) Indicam as curvas de tendência..... **49**

Figura 8 - Incidência epidemiológica dos casos de violência física e sexual estratificados por ano e faixa etária das vítimas. (---) Indicam as curvas de tendência..... **50**

Figura 9 - Distribuição do tipo de violência..... **51**

Figura 10 - Distribuição do tipo de violência (física ou sexual) com as variáveis das vítimas (deficiência, gênero e faixa etária)..... **53**

Figura 11 - Distribuição das variáveis do perfil de violência: repetição, óbito e lesão Autoprovocada..... **55**

Figura 12 - Distribuição da violência por localidade de ocorrência..... **56**

Figura 13 - Tipo de violência (física ou sexual) e sua distribuição segundo o perfil da violência: local de ocorrência, tipo de violência (física ou sexual) e violência de origem autoprovocada..... **57**

Figura 14 - Evolução epidemiológica para o tipo de violência (física, sexual e autoprovocada) entre 2016 e 2020. Considerar a autoprovocada como subcategoria da violência física. (---) Indicam as curvas de tendência..... **58**

Figura 15 - Métodos utilizados pelas vítimas para cometer violência autoprovocada..... **59**

Figura 16 - Distribuição do gênero do agressor..... **61**

Figura 17 - Distribuição do ciclo de vida do agressor..... **62**

Figura 18 - Estratificação epidemiológica do perfil dos agressores, de acordo com a faixa etária e ano da notificação..... **63**

Figura 19 - Variáveis dos agressores segundo suspeita de uso de álcool ou drogas e convívio com a vítima..... **64**

Figura 20 - Distribuição do grau de parentesco do agressor com a vítima..... **64**

Figura 21 - Distribuição entre agressores intrafamiliares e extrafamiliares em porcentagem..... **65**

Figura 22 - Distribuição do gênero do agressor e o tipo de violência praticada..... **67**

Figura 23 - Relação entre o tipo de violência (física e sexual) com as variáveis dos agressores (gênero e ciclo de vida do agressor, convívio e parentesco com a vítima)..... **68**

Figura 24 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, categorizadas por decis, dos logradouros de casos de violência contra crianças e adolescentes..... **73**

Figura 25 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em número absoluto, pelos decis da variável sociodemográfica área..... **76**

Figura 26 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica densidade demográfica..... **76**

Figura 27 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica número de domicílios..... **77**

Figura 28 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica PEA Dia..... **77**

Figura 29 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica População..... **78**

Figura 30 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica População que Trabalha..... **78**

Figura 31 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica Renda Média..... **79**

Figura 32 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, entre os decis da variável sociodemográfica Renda Nominal..... **79**

Figura 33 - Distribuição das notificações de acordo com os bairros de ocorrência da violência em Jundiaí..... **81**

Figura 34 - Tipo de violência e idade média das vítimas (em anos) para os bairros com maior prevalência em Jundiaí..... **81**

Figura 35 - Incidência dos casos por gênero das vítimas para os bairros com maior prevalência em Jundiaí..... **82**

Figura 36 - Distribuição mensal do índice de violência contra crianças e adolescentes, em relação ao atendimento por demanda geral do PS infantil do HU, estratificado por ano de atendimento..... **84**

Figura 37 - Índices de atendimento por violência contra crianças e adolescentes em relação à demanda geral de atendimentos no PS Infantil do HU, estratificados por período: nove meses de pandemia (março a dez de 2020: durante), nove meses imediatamente anteriores à pandemia (set a dez 2019 e jan a março de 2020: antes imediato) e os mesmos nove meses, do ano anterior (março a dez de 2029: antes período)..... **86**

Figura 38 - Painel de indicadores de atendimento do pronto socorro. (A) Percentual relativo trimestral do número de atendimentos por violência. (B) Números absolutos de atendimentos do pronto socorro..... **87**

Figura 39 - Distribuição anual da violência sexual e física em crianças e adolescentes, no período de 2026 a 2020..... **88**

Figura 40 - Evolução dos índices de violência física, sexual, autoprovocada e violência total por semestres..... **91**

Figura 41 - Evolução do índice de violência física por semestres..... **92**

Figura 42 - Evolução do índice de violência sexual por semestres..... **92**

Figura 43 - Evolução do índice de violência física + sexual por semestres..... **93**

Figura 44 - Evolução do índice de violência autoprovocada distribuída por semestres... **93**

Figura 45 - Possíveis consequências na saúde mental das vítimas, por efeito direto e indireto da violência infantil..... **99**

Figura 46 - Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência. Os espaços coloridos indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária..... **101**

Figura 47 - Modelo ecológico-social para compreensão e prevenção da violência contra crianças e adolescente..... **150**

Figura 48 - Estratégias, medidas e setores do INSPIRE para prevenir e responder a situações de violência contra crianças na faixa de 0 a 18 anos de idade..... **152**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Limites para a Categorização das Variáveis Quantitativas do Endereço.... **41**

Tabela 2 - Distribuição das Variáveis da Vítima..... **43**

Tabela 3 - Relação do Tipo de Violência com Variáveis da Vítima..... **52**

Tabela 4 - Distribuição das Variáveis do Perfil da Violência..... **54**

Tabela 5 - Relação do Tipo de Violência com Variáveis do Perfil das Violência..... **56**

Tabela 6 - Distribuição das Variáveis do Perfil do Agressor..... **60**

Tabela 7 - Agressor x ambiente..... **65**

Tabela 8 - Relação do Tipo de Violência com Variáveis do Perfil do Agressor..... **66**

Tabela 9 - Relação entre “Ciclo de vida do provável autor” com o “Tipo de Violência”. **69**

Tabela 10 - Relação entre a faixa etária da vítima com o ciclo de vida do agressor..... **70**

Tabela 11 - Distribuição das Variáveis do Endereço..... **72**

Tabela 12 - Relação do Tipo de Violência com as variáveis sociodemográficas categorizadas a partir do endereço das vítimas..... **75**

Tabela 13 - Distribuição dos casos de violência por município..... **80**

Tabela 14 - Evolução do índice de atendimento de casos de violência infantil, expresso em porcentagem, em relação ao total de atendimentos por demanda geral, expresso em números absolutos, no período de 2016 a 2020..... **83**

Tabela 15 - P-valores da comparação do índice de atendimento anual por violência..... **84**

Tabela 16 - Compara índices de atendimento antes e durante a pandemia..... **85**

Tabela 17 - Distribuição do tipo de violência nos anos..... **88**

Tabela 18 - Distribuição dos Índices de Violência por Atendimento nos Semestres..... **89**

Tabela 19 - P-valores da tabela 2..... **90**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRINQ: Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
CAAE: Comitê de Ética em Pesquisa
CEP: Código de Endereço Postal
COVID-19: Doença por Coronavírus – 2019
CT: Conselho Tutelar
DALYs: Anos de Vida Perdidos Ajustado por Incapacidade
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA: Estados Unidos Da América
FIBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FMJ: Faculdade de Medicina de Jundiaí
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HU: Hospital Universitário
HU-FMJ: Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
INSPIRE: Implementação, Normas, Segurança, Pais, Resposta, Educação
Jd: Jardim
MPSP: Ministério Público de São Paulo
MS: Ministério da Saúde
N: Número
OMS: Organização Mundial da Saúde
PEA Dia: População Economicamente Ativa
PIB: Produto Interno Bruto
PS: Pronto-socorro
PSI: Pronto-socorro Infantil
Ref: Referência
SAME: Serviço de Atendimento Médico e Estatístico
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV-2: Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria

Sem: Semestre

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SINAM: Sistema de Informação de Agravos e Notificações

SIOPS: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SPSP: Sociedade Pediatria de São Paulo

SUS: Sistema Único de Saúde

TCE: Trauma Crânio Encefálico

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO: Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIVA: Sistema de Vigilância de Violência e Acidente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 23

1.11História..... **24**

1.2 Dados Mundiais..... **27**

1.3 Tipos de Abuso Infantil..... **28**

1.4 Pandemia do novo Coronavírus..... **30**

1.5 Subnotificação..... **31**

1.6 Justificativa..... **31**

2. OBJETIVOS..... 32

2.1 Objetivo Geral..... **32**

2.1 Objetivo Especifíco..... **32**

3. MATERIAL E MÉTODO..... 33

3.1 Tipo de Estudo..... **33**

3.2 Local de Estudo..... **33**

3.3 Período do Estudo..... **33**

3.4 Definições dos Tipos de Violência…… **36**

3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão..... **36**

3.6 População de Estudo e Amostra..... **37**

3.7 Coleta de Dados..... **37**

3.7.1 Perfil epidemiológico da violência..... **37**

3.7.2 Perfil epidemiológico das vítimas..... **38**

3.7.3 Perfil epidemiológico dos agressores..... **38**

3.7.4 Dados demográficos..... **39**

3.7.5 Dados sociodemográficos..... **39**

3.8 Análise Estatística..... **42**

4. RESULTADOS..... 43

4.1 Perfil das Vítimas..... **43**

4.2 Perfil do Tipo Violência..... **51**

4.3 Perfil do Agressor..... **59**

4.4 Perfil Sociodemográfico e Econômico da Região Metropolitana de Jundiaí……. **71**

4.4.1 Perfil epidemiológico do município de Jundiaí..... **80**

4.5 Perfil epidemiológico da violência no período pré e durante a pandemia COVID-19..... **82**

5. DISCUSSÃO..... 94

5.1 Fatores Gerais..... **94**

5.2 Legislação..... **94**

5.3 Tipos de violência..... **97**

5.3.1 Abuso sexual..... **102**

5.3.1.1 Sinais clínicos indiretos e diretos para suspeita de violência sexual infantil..... **102**

5.3.1.2 Epidemiologia da violência sexual..... **104**

5.3.1.3 Efeitos da violência sexual sobre o desenvolvimento das vítimas..... **106**

5.3.2 Violência física..... **107**

5.3.2.1 Epidemiologia da violência física..... **108**

5.3.2.2 Sinais clínicos indiretos e diretos para suspeita de violência física infantil..... **110**

5.3.2.3 Óbito por violência física..... **117**

5.3.3 Violência autoprovocada..... **118**

5.4 Vítimas..... **121**

5.4.1 Faixa etária..... **121**

5.4.2 Gênero..... **121**

5.4.3 Cor..... **122**

5.4.4 Deficiência, gestação, uso de álcool ou drogas..... **123**

5.4.5 Deficiências..... **124**

5.4.6 Gestação..... **124**

5.4.7 Uso de álcool e drogas..... **124**

5.5 Agressor e Local da Agressão..... **125**

5.5.1 Agressor..... **125**

5.5.2 Local da Agressão..... **125**

5.5.3 Dados Mundiais sobre Agressores..... **126**

5.5.4 Transmissão transgeracional da violência..... **127**
5.5.5 Teoria da suscetibilidade a praticar agressão..... **129**
5.5.6 Uso de álcool e drogas por agressores..... **132**
5.6 COVID-19..... **133**
5.7 Fatores sociodemográficos e socioeconômicos..... **142**
5.8 Subnotificação..... **145**
5.9 Custos..... **147**
5.10 Prevenção..... **148**

6. CONCLUSÕES..... 156
6.1 Comentários finais..... **157**

7. REFERÊNCIAS..... 159

8. ANEXOS..... 172

1. INTRODUÇÃO

Grave problema de saúde pública mundial[1-4], a violência contra crianças e adolescentes é fenômeno inaceitável em uma sociedade ética e humana, em especial pelo fato de as vítimas serem frágeis e dependentes de suas famílias, sociedade e Estado.

Segundo o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância, (UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*), violência infantil é toda forma de maus-tratos físicos, sexuais, psicológicos e negligenciais, cuja intenção, real ou potencial, é causar dano à saúde, ao desenvolvimento e à dignidade de crianças e adolescentes, ou prazer dos adultos agressores. Dentre suas formas de perpetração, destacam-se a violência física e sexual pelo alto potencial de causar hospitalizações, comprometimento mental, funcional e morte[4,5].

Crianças e adolescentes expostos à violência podem apresentar comportamentos de risco, como ideação suicida, automutilação, dependência química, prostituição, transtornos de ansiedade e identidade de gênero, agressividade, prejuízos do desempenho escolar e cognitivo, e também predisposição a comorbidades crônicas cardíacas, diabetes, câncer e doenças sexualmente transmissíveis[6,7]. Suas repercussões são sentidas por toda a vida e refletem-se em seus relacionamentos e comportamentos atuais e futuros[1].

Como se tudo isso não fosse o suficiente para seu combate e prevenção, os custos envolvidos no tratamento, reabilitação física e emocional, prejuízos de aprendizagem e trabalho se fazem sentir sobre os sistemas de saúde de todos os países, em especial daqueles já sobrecarregados com o atendimento às demais patologias e carentes de recursos financeiros[2]. O Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS), se enquadra nesse perfil.

A articulação em rede entre profissionais, serviços e setores que atuam junto às crianças e aos adolescentes, é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de

ações de proteção integral e desenvolvimento dos menores vulneráveis.

Cabe aos Estados e Municípios traçarem suas estratégias e mobilizarem, equipes, instituições e recursos financeiros[1] para prevenção e combate da violência, segundo as diretrizes normativas nacionais e orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[8].

O Decreto Nº 10.701, de 17 de maio de 2021, institui o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes e a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. Em seu Art 2 º, parágrafo único, item VI, visa incentivar a atuação de organizações da sociedade civil no desenvolvimento de programas, projetos, ações e serviços na área do enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes[9].

Cabe à sociedade, a conscientização de sua parcela de responsabilidade também no engajamento na luta contra a violência infantil por meio da identificação e denúncia de possíveis atos de violência e da educação das famílias no cultivo de valores éticos, laços amorosos e compaixão para com o próximo.

1.1 História

A violência contra crianças e adolescentes pode sofrer influência de condições sociais, crenças e valores éticos que variam de acordo com tempo e cultura. O abuso infantil foi tido como conduta normal e aceita no passado, sob a justificativa da criança ser propriedade de seus pais[10], mas atualmente há consenso público de que a violência contra crianças e adolescentes não pode mais ser tolerada. A mudança de tais parâmetros de normalidade precisa evoluir com velocidade mais acelerada.

Desde a mais remota antiguidade, a violência contra o mais fraco permeia a humanidade. A oferenda aos deuses, da vida ou do sofrimento de uma criança em rituais, com a finalidade de aplacar sua ira ou conseguir suas imaginárias benesses, já permeou a intenção e ação dos adultos[11].

Segundo Platão, “sacrificar significa doar aos deuses”; “doar”, uma ação por vontade própria, um “presente”. A tese do sacrifício como presente afirma que o

sacrifício é uma permuta entre os homens e os deuses e é sintetizada no lema *do ut des* (“dô para que dês”)[12].

Na Mesopotâmia, entre os rios Tigres e Eufrates, o primeiro império babilônico foi construído pela civilização Amoritas, de 2000 a 1750 a.C. Seu código de leis, o primeiro escrito, em pedra, que se tem conhecimento na História, o Código de Hamurabi, permitia a venda de filhos e mulheres para quitação de dívidas. Os amoritas entregavam crianças menores de dois anos aos sacerdotes para que fossem queimadas vivas na escultura do deus Moleque, como oferendas por seu sacrifício[13].

Nas civilizações antigas, o infanticídio era também utilizado como forma de eliminar crianças com defeitos físicos, frágeis ou incapazes de acompanhar longas caminhadas para fugas. Para o equilíbrio entre os sexos ou como medidas econômicas durante flagelos, eram abandonadas à beira dos caminhos onde morreriam desnutridas ou devoradas por animais[13].

No Império Romano, ao pai era dado o poder de reconhecer ou não, o direito de vida do filho (“*Jus vitae et nasci*” – Roma)[3].

A substituição do sacrifício de crianças por animais está descrito em Gênesis (GÊNESIS 4.15), quando, no monte Moriá, o Anjo salva Isaque, filho de Abraão e Sara, do sacrifício e o substitui por um cordeiro. Nesse local, o rei Davi ergueu, quase um milênio depois, o templo de Jerusalém[14].

Na Idade Média, demonstrando falta de percepção da existência da infância, assim que as crianças adquiriam condições de viver sem os cuidados de sua ama, ingressavam na vida adulta da sociedade[15].

No século XV, com o Renascimento, a criança passou a representar a ingenuidade e a bondade, sendo personificada em pinturas e esculturas como símbolo de esperança e beleza[3].

O século XVI retrocede no olhar à infância, com a criação de “colégios e internatos” para abrigar crianças pobres e indesejadas pela sociedade. Neles, sob o pretexto de ofertar estudo, os menores eram submetidos a humilhações e maus-tratos[3].

Santo Agostinho, no século XVII, simbolizou a criança com a imagem de ser imperfeito, maculado pelo pecado original. A amamentação era vista como prazer ilícito das mães e, a criança, incluída em brincadeiras sexuais dos adultos[13].

As crianças do século XVIII eram consideradas pouco melhor que animais. Com baixa expectativa de vida, cerca de 14 anos, as famílias esperavam pouco delas, a não ser o trabalho que ofereceriam a partir dos sete anos de idade, marco de passagem da fase de inocência para a idade da razão. No Brasil Colonial, as crianças abandonadas por seus pais ao nascer eram adotadas, não por amor, mas como investimento para que, aos sete anos, por meio do trabalho, aumentassem o orçamento doméstico[16].

Na Inglaterra, no século XIX, a exploração do trabalho infantil em fábricas e minas de carvão impunha a crianças de quatro anos 16 horas de trabalho diário. Na China, o filho excedente ao limite de natalidade permitido era jogado aos animais. Nos Estados Unidos, em 1846, para socorrer uma menina submetida a crueldades por seus pais adotivos, alegou-se que ela fazia parte do reino animal e, portanto, deveria ser protegida pelas leis que puniam crueldade com animais[13].

Segundo KRINSKY et al., o século XX chega sob a bandeira de “século da criança”. Sociedade, educadores e pais começam a entender a criança de modo diferente. Reconhecendo a infância como período fundamental para o desenvolvimento humano, a criança é então aceita como membro da sociedade e as famílias passam a ser responsabilizadas por todo mal que a ela aconteça[17].

A Declaração de Genebra, de 1924, elaborada por Eglantyne Jebb, é a primeira manifestação em defesa das crianças. Em 1946, a Assembleia Geral das Nações Unidas cria o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para atender as necessidades emergenciais das crianças na Europa e China no pós-guerra. Entretanto, apenas com a Declaração Universal dos Direitos da Criança, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1959), assume-se a necessidade de assegurar-se proteção, desenvolvimento físico, mental e social, alimentação, moradia, saúde e vínculo familiar, protegendo-as do abandono, exploração no trabalho, desamor familiar e violência[18].

A Academia Americana de Pediatria reconhece em 1961 a Síndrome da Criança Espancada; em 1979 é realizada a Convenção dos Direitos da Criança[18].

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 assegura direitos às crianças e aos adolescentes, assim como deveres da família, sociedade e governo para protegê-los. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1989 e aprovado como Lei nº

8069 pelo Congresso Nacional em 13/06/1990, determina a proteção de crianças e adolescentes contra toda forma de maus-tratos e cobra, com penalidades, seus autores e quem não os denuncie[19].

Em consonância com as medidas para redução da violência infantil, a Sociedade Brasileira de Pediatria instituiu, em 1998, a campanha de prevenção de acidentes e violência na infância e adolescência[13,20].

No século XXI, apesar dos esforços e programas da Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF e legislações como o ECA, a violência infantil permanece em patamares elevados.

1.2 Dados Mundiais

Segundo a OMS, metade das crianças e adolescentes no mundo, entre dois e 17 anos, sofrem violência todos os anos; 300 milhões, entre dois e quatro anos, recebem medidas disciplinares violentas, e cerca de 120 milhões de meninas sofrem abuso sexual antes dos 20 anos de idade[2].

A violência que aflige crianças e adolescentes na realidade brasileira atual é de tal forma importante que mobiliza vários setores da sociedade, mas o Brasil revela insuficiência de coleta de dados[21]. O Relatório Global de Prevenção contra a Violência Infantil 2020 da OMS, em parceria com UNICEF, UNESCO*, End Violence Against Children* e *Office of Special Representative of the Secretary-General on Violence Against Children,* registra publicação dos números sobre a prevalência da violência infantil de pesquisas selecionadas de vários países, mas não publica dados referentes ao Brasil em 2020[22].

Mesmo assim, os dados nacionais do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva) do Ministério da Saúde, em seu relatório de 2006/2007, mostraram que o abuso sexual foi a principal causa de atendimentos em serviços de referência de violência, sendo 44% do total das vítimas menores de nove anos e 58% dos casos de violência em adolescentes de 10 a 19 anos. As agressões em menores de 19 anos representaram 24,4% do total das faixas etárias e as lesões autoprovocadas,

cometidas por menores de 19 anos, totalizaram 30,6% de todas as faixas etárias[23].

1.3 Tipos de Abuso Infantil

O abuso infantil é reconhecido como fenômeno de grande impacto negativo social, cujo risco é determinado pela interação de múltiplos fatores[1]. A complexidade do problema dificulta sua compreensão e novos estudos para estratificar os fatores preditivos para risco de violência contra crianças e adolescentes são necessários[5,7].

Estudo realizado nos Estados Unidos, em 2014, apontou que dentre as crianças vítimas de maus-tratos, 78,5% o foram por negligência; 17,6%, por violência física e 9,1% abuso sexual. Embora a negligência seja a modalidade de abuso mais frequente, porém nem sempre fácil de ser identificada, as agressões de natureza física e sexual são as principais causas de hospitalizações[1] e um dos focos de nosso estudo.

O abuso infantil, em todas as suas modalidades (físico, emocional, sexual, por negligência, abandono e exploração), é causa de sofrimento para crianças e famílias, podendo gerar efeitos catastróficos à saúde da criança e do adolescente, com consequências a longo prazo[1,24].

O sofrimento derivado do abuso faz com que muitas vítimas recorram à reclusão ou o seu oposto,procurar moradia nas ruas, expondo-se à dependência química e à prostituição.

O abuso sexual ocorre a partir do momento em que uma criança é submetida à atividade sexual sem seu consentimento, incompatível com seu nível de compreensão, ou violando as leis impostas perante uma sociedade. Seu efeito nocivo sobre o relacionamento interpessoal é capaz de provocar mudanças na sexualidade e transtorno de identidade de gênero, tanto em meninas como em meninos[1,5,25,26].

A violência física geralmente é praticada por pessoa que mantém relação de guarda ou poder com a criança[1]. Produz dano físico, não acidental, por meio da força, caracterizado por castigo físico, repetitivo ou lesões externas ou internas de variadas intensidades. Dentre os traumas graves está o traumatismo craniano, como a maior causa de hospitalizações e mortes entre crianças.

Prática frequentemente, permissiva em muitas culturas, a violência física utilizada sob a desculpa de educar crianças, traz a intenção de causar-lhes dano, que podem variar de leves a graves, e até mesmo óbito[1].

Em diversas publicações encontramos que vítimas agredidas na infância são mais predispostas à agressividade, ao desempenho acadêmico e cognitivo inferiores, quando comparadas a crianças que não sofreram violência[1,27,28]. Relata também que adultos vítimas de abusos na infância são mais propensos a sofrer problemas comportamentais, físicos e mentais[4,5,29], capazes de interferir diretamente no comportamento futuro quando pais[18]. Experiências maternas vividas no passado como exposição à violência, ao abuso físico e sexual, além de pais com perfis mais severos, foram correlacionados a uma conduta materna de caráter mais hostil e intrusivo[1,30].

Dados levantados pelo UNICEF trazem importantes indicadores epidemiológicos. Crianças que sofreram *bullying* na escola entre 11 e 15 anos têm 13% de probabilidade de não se formarem. Meninos que sofreram abuso sexual ou físico na infância, apresentam probabilidade 14 vezes maior de repetirem as atitudes violentas com suas parceiras quando adultos. Meninas que na infância sofreram abuso físico ou sexual têm probabilidade 16 vezes maior de continuarem sofrendo as mesmas violências por parte de seus parceiros íntimos. Adultos que se envolveram em episódios de violência (física, sexual ou psicológica) repetidos durante a infância apresentam probabilidade sete vezes maior de se envolverem em atos de violência, como vítimas ou agressores, e 30 vezes maior de tentarem suicídio[4].

As vítimas necessitam de tratamento por longos períodos[1]. Os custos econômicos ligados à violência infantil não podem ser ignorados; representam gastos com internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos, medicações, reabilitação, terapias, perda de produtividade e de instrução. Nos Estados Unidos, o custo econômico total ao longo da vida associado a novos casos de maus-tratos a crianças, no decorrer de um ano, foi estimado em 428 bilhões de dólares. Nos países do leste asiático e região do Pacífico, esses mesmos custos podem atingir cifras entre 1,4 e 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB)[22].

Muitos fatores de *stress* socioeconômicos podem contribuir para a ocorrência do abuso infantil: desemprego, famílias reconstituídas, insatisfação com a moradia, baixa

escolaridade das mães e menor apoio social. Eventos de *stress* cumulativos são os principais agentes da desarmonia na relação familiar e exposição das crianças à violência. Tais fatores prejudicam não somente suas condições sociais, mas também psicológicas[1,30].

Embora ocorra crescente mobilização de diferentes áreas do conhecimento multidisciplinar para a compreensão deste fenômeno e elaboração de estratégias que visam controlar a violência contra crianças e adolescentes, as iniciativas passam a ser pouco resolutivas devido à falta de recursos financeiros. Países que vivenciam longas crises econômicas podem enfrentar escassez de recursos e enfraquecer o apoio comunitário, gerando *stress* familiar e aumentando a incidência de violência infantil[31].

1.4 Pandemia do novo Coronavírus

Detectada em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei na China, a COVID-19, doença causada pelo novo Coronavírus, *SARS-CoV*-2[32], alastrou-se e atingiu proporções pandêmicas em 11 de março de 2020. Em curto espaço de tempo, tornou-se problema de saúde pública de grande impacto socioeconômico global, como nunca visto.

O isolamento social, adotado pela OMS como pilar na contenção da pandemia, trouxe em sua esteira inúmeros problemas econômicos, emocionais, de relacionamento e saúde mental, com magnitude nunca observada e inicialmente desconhecida. Os resultados do convívio intenso e enclausurado das famílias se desenharam ao longo dos meses da pandemia.

Neste contexto de crise, crianças e adolescentes, por natureza já mais vulneráveis, ficaram à mercê de maior exposição à violência[30].

É de suma importância que os serviços responsáveis por notificações de violência doméstica e abuso infantil estejam atentos para identificar e dar o suporte necessário[33].

1.5 Subnotificação

Apesar da gravidade, os números da violência contra crianças e adolescentes são frequentemente minimizados por subnotificações, o que dificulta levantamento de dados estatísticos e implementação de políticas públicas pertinentes[1,34-39].

A subnotificação é objeto de preocupação da ONU, UNICEF, UNESCO e instituições ligadas ao combate à violência infantil[40]. Aceitar a violência infantil como normal, possível ou fora de controle não soma esforços em benefício de caminhar-se para a extinção desse grave problema perpetrado contra crianças e adolescentes.

1.6 Justificativa

Por se tratar de tema muitas vezes relegado a segundo plano, pela aparente impotência e dor que traz consigo, o presente estudo buscou mapear os casos atendidos no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí (HU-FMJ), localizado no interior do estado de São Paulo, até então não compilados.

Com a convicção de que só o conhecimento é capaz de mudar realidades, os dados obtidos neste estudo podem sensibilizar e auxiliar o planejamento de possíveis medidas de saúde pública e parcerias com setores da educação, justiça, bem-estar social e comunicação, a fim de prevenir e minimizar os casos visíveis e os silenciosos de abuso contra crianças e adolescentes.

Somando-se a presença inesperada de pandemia com quarentena e isolamento social, a indagação lançada pela Sociedade de Pediatria de São Paulo, no início de 2020, merece estudo para adequada resposta e medidas preventivas.

Será que a violência infantil entrou em quarentena?[41].

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar algumas características epidemiológicas do abuso sexual e físico contra crianças e adolescentes atendidos, no período de julho de 2016 a dezembro de 2020, no pronto-socorro infantil do Hospital Universitário, da Faculdade de Medicina de Jundiaí (HU-FMJ), referência ao atendimento materno-infantil de urgências e emergências para a região metropolitana de Jundiaí/SP.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil epidemiológico e delinear o tipo de violência, características das vítimas e dos agressores.

- Analisar as incidências de abuso infantil, por setores censitários, e correlacionar com fatores sociodemográficos: população, densidade demográfica, número de domicílios, renda média, renda nominal, população economicamente ativa (PEA Dia) e população que trabalha.

- Estratificar a incidência de casos de violência por municípios e bairros.

- Avaliar a epidemiologia da violência contra crianças e adolescentes durante período de pandemia da COVID-19.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo analítico, transversal, retrospectivo, de aspecto epidemiológico, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 23334819.8.0000.5412), conforme Anexo 1.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado, pela ausência de qualquer contato ou entrevista com pacientes ou familiares. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros para preservar a identidade das crianças e adolescentes que compunham a base de dados (Anexo 2).

Foi realizada a revisão das Fichas de Notificação Individual, do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), de abuso físico e/ou sexual de vítimas menores de 18 anos, atendidas no pronto-socorro pediátrico, de hospital de referência para atendimento de casos suspeitos de abuso infantil.

As Fichas de Notificação Individual SINAN fazem parte da vigilância contínua feita por meio da notificação compulsória da violência doméstica, sexual e outras interpessoais ou autoprovocadas, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), implantados pelo Ministério da Saúde em 2006[23] (Anexo 3).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no pronto-socorro infantil do HU-FMJ, referência materno-infantil ao atendimento de urgências e emergências para a região metropolitana de Jundiaí/SP, local este onde as crianças e adolescentes foram atendidos.

A região metropolitana de Jundiaí,segundo estimativas do IBGE / 2020, tem população de 825.470 habitantes. É formada pelos municípios de Jundiaí (423.006

habitantes), Várzea Paulista (123.071 habitantes), Campo Limpo Paulista (85.571 habitantes), Jarinu (30.617 habitantes), Itupeva (62.813 habitantes), Cabreúva (50.429 habitantes), Louveira (49.993 habitantes).

Os dados dos prontuários de casos suspeitos e notificados de violência infantil e respectivas Fichas de Notificação Individual-SINAN foram consultados no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico – SAME da referida unidade hospitalar, conforme declaração de autorização e declaração de coparticipação do HU-FMJ (Anexo 4).

3.3 Período do Estudo

O período de julho de 2016 a dezembro de 2020 foi definido para a análise dos casos de suspeita e notificação de violência.

A Ementa de Projeto para extensão do estudo durante a pandemia da COVID-19 está no Anexo 5.

3.4 Definições dos Tipos de Violência

O Ministério da Saúde desde 2016 adota a classificação dos tipos de violência feita pela com OMS, feita na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU), em 1963[42]. Esta proposta classifica a violência em três grandes categorias, divididas em tipos de violência mais específicos, segundo a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos (interpessoal), e por organizações maiores (coletiva) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas[43].

A violência interpessoal, segundo Minayo, ocorre na interação entre as pessoas. A dificuldade se manifesta em resolver conflitos por meio da conversa, bem como nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos entre outras. Nesses conflitos caracteriza-se relações de poder. É dividida em violência intrafamiliar e comunitária[43].

A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade

física e emocional. Consiste em formas agressivas dos famíliares se relacionarem. Utilizam-se da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, também, a falta de cuidados básicos para com os filhos ou tutelados[43].

A violência comunitária é praticada entre indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos. São atos de violência gratuitos, estupros, violência sexual e atos cometidos em instituições públicas ou privadas, tais como: escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros[43].

A violência coletiva, em geral cometida por grandes grupos ou pelo Estado. Caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição decorrente de origem étnica e social, tem o propósito de prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos da vida pública[43].

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019), definiu violência autoprovocada como suicídio consumado, tentativa de suicídio e ato de automutilação, com ou sem ideação suicida[43].

Negligência infantil é a falha de pai, mãe ou pessoa com a guarda ou responsabilidade pela criança, em fornecer alimentação, roupas, abrigo, cuidados médicos ou supervisão necessárias à saúde, segurança e bem-estar da criança e do adolescente. Configura a falta de atenção das pessoas que cercam a criança, o não atendimento das necessidades relevantes e adequadas, a falta de atenção, de amor e carinho. O abandono é a forma mais grave de negligência. Esta, por sua vez, não está vinculada às circunstâncias de pobreza[43].

Abuso psicológico pode ser definido como a indução a disturbios psicológicos e sociais no crescimento de uma criança ou adolescente resultantes de comportamentos como gritos, atitudes grosseiras e rudes, desatenção, crítica severa, difamação da personalidade da criança, xingamentos, ridicularização, degradação, destruição de pertences pessoais, tortura ou morte de animal de estimação, demandas inadequadas ou excessivas, retenção de comunicação e uma rotina de rotulagens ou humilhações. Ocorre com frequência nas escolas e é caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação[43,44].

Abuso físico é definido como o uso intencional da força física com a finalidade, ou

alta probabilidade, de provocar danos à saúde, desenvolvimento, sobrevivência ou dignidade da criança ou do adolescente, podendo chegar até a morte. Inclui ações como bater, chutar, sacudir, espancar, sufocar, estrangular, morder, queimar, envenenar[44].

O abuso sexual ocorre quando uma criança ou adolescente é submetida a atividade sexual, explicita ou visual, sem consentimento, incompatível com seu nível de compreensão, violando as leis impostas pela sociedade[25]. A interação sexual pode ocorrer com ou sem contato sexual e inclui manipulações, fricções, contatos, beijos sexuais, coito entre os músculos femorais, intenção de ou penetração vaginal, anal ou oral inclusive por objetos. Exibicionismo, voyeurismo, comentários e perguntas inapropriadas sobre a intimidade sexual das crianças e adolescentes, exibição pornográfica ou contato pela internet com propósitos sexuais (grooming) também constituem abuso sexual[43].

A Lei nº 12.015/2009, que versa sobre Crimes contra a Dignidade Sexual, considera como crime de estupro de vulnerável, independentemente do sexo da vítima, qualquer tipo de relacionamento sexual (conjunção carnal ou outro ato libidinoso) com crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos. É crime também a prática de tais atos diante de menores de 14 anos ou a indução a presenciá-los[43].

3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os prontuários e respectivas fichas de notificação compulsória das vítimas de violência física e/ou sexual, menores de 18 anos, identificadas por meio do exame pediátrico, relato familiar e/ou autorrelato, atendidas no local e período propostos.

Foram excluídos os casos cuja idade da vítima foi igual ou superior a 18 anos, data de ocorrência fora do período estabelecido, ausência de preenchimento adequado

da ficha de notificação ou forma de violência psicológica e negligência. Embora a negligência seja a forma mais frequente de violência, sua detecção e notificação são mais difíceis de ocorrer numa consulta rápida de pronto-socorro. A violência psicológica foi excluída, pois em sua forma estrita é de difícil apresentação e detecção no pronto socorro e, em sua forma mais abrangente, permeia todas as formas de violência.

3.6 População de Estudo e Amostra

Foram identificados 616 casos suspeitos de violência contra crianças e adolescentes. Excluiu-se dois casos por ficha de notificação incompleta e cinco por não atenderem aos critérios de inclusão.

A amostra final totalizou 609 casos.

3.7 Coleta de Dados

Foram estratificados os dados epidemiológicos, selecionando as variáveis qualitativas estabelecidas na ficha SINAN:

3.7.1 Perfil epidemiológico da violência:

- tipo de violência (sexual, física e autoprovocada)
- local de ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio / serviços, indústria / construção, via pública, residência de terceiros, igrejas, festas)
- violência de repetição (variáveis sim ou não)
- data da notificação e da ocorrência (dia, mês e ano)

3.7.2 Perfil epidemiológico das vítimas:

- faixa etária: lactentes (< 2 anos)
  crianças (2 a 9 anos)
  pré-adolescentes (10-14 anos)
  adolescentes (15 a 18 anos)
- gênero (masculino ou feminino)
- cor (branca, preta, parda, amarela ou indígena)
- uso de álcool e drogas (variáveis sim ou não)
- gestante (variáveis sim ou não)
- vulnerabilidade por transtorno ou deficiência física, intelectual, visual, auditiva, mental, comportamental (variáveis sim ou não).

3.7.3 Perfil epidemiológico dos agressores (variáveis e estratificações estabelecidas na Ficha SINAN):

- faixa etária: criança (<9 anos),
  adolescente(10-19 anos)
  jovem (20 a 24 anos)
  adulto (25 a 59 anos)
  idoso (> 60 anos),
- gênero (masculino ou feminino)
- suspeita do uso de álcool e drogas (variáveis sim ou não)
- convívio familiar (variáveis sim ou não)
- parentesco com a vítima (desconhecido, pai, mãe, irmãos, primos, avós, cônjuge, cônjuge dos pais, amigos, cuidadores).

3.7.4 Dados demográficos:

- endereço do local de moradia da vítima
- CEP
- bairro
- município.

Após a identificação e categorização dos dados, a incidência total de abusos foi estratificada de acordo com a prevalência por municípios e bairros, com o objetivo de identificar as áreas geográficas com maior incidência de abuso infantil, correlacionar com os fatores econômicos e ambientais, de acordo com os setores censitários aos quais os bairros estão inseridos.

Setor censitário é a menor unidade territorial para a qual o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulga informações; menor divisão territorial disponível no *OnMaps*; é formado por área contínua, integralmente em região urbana ou rural. Os setores censitários são definidos pelo IBGE a cada Censo para controle da coleta de dados da população. O último Censo realizado foi em 2010.

3.7.5 Dados sociodemográficos:

- área (km^2)
- população (número de pessoas que habita uma determinada região)
- densidade demográfica (número de habitantes por km^2)
- número de domicílios (em determinada área)
- renda média: é a média das rendas domiciliares per capta das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Foi dividida por faixas, para análise dos dados:
    - A++ (mais de R$ 33.027,01)
    - A+ (de R$ 19.024,01 a 33.027,00)
    - B1 (de R$ 8.740,01 a 19.024,00)

- B2 (de R$ 4.508,01 a 8.740,00)
- C1 (de R$ 2.497,01 a 4.500,00)
- C2 (de R$ 1.275,01 a 2.497,00)
- D e E (até R$ 1.275,00)

- renda nominal: rendimento obtido em um determinado período, sem descontar as perdas decorrentes da inflação e sem levar em conta seu poder de compra.
- população economicamente ativa (PEA Dia) : número de habitantes, em idade maior ou igual a 15 anos, em condições físicas para exercer algum ofício no mercado de trabalho, que está inserida ou buscando inserir-se nele para exercer alguma atividade remunerada. Segundo o IBGE, a PEA brasileira compreende 63,05% da população.
- população que trabalha: número de habitantes com algum ofício, em um determinado período de referência, remunerado ou não, por conta própria ou empregador.
- Produto Interno Bruto (PIB): soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano.
- PIB *per capita*: soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano, dividido pela população média para o mesmo ano.
- Índice de homicídios: número de homicídios por 100.000 habitantes.
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): média resumida do progresso de longo prazo, levando-se em conta três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda (qualidade de vida de acordo com o PIB *per capta*, indicando o padrão de vida de cada cidadão), educação (grau de instrução da população: taxas de alfabetização e escolarização, taxas de repetência, oferta de vagas e evasões) e saúde (taxa de natalidade, índices de violência, mortalidade infantil e parcela da população que tem acesso a produtos de saúde como vacinas e medicamentos). É considerado um indicador de desenvolvimento e parâmetro de riqueza. Ao refletir os aspectos sociais e econômicos de um país, serve para analisar as áreas que precisam de mais atenção.

Os dados foram coletados por meio do *Software Geofusion OnMaps*®, instrumento validado, através de uma interface virtual com os dados do IBGE e também

um banco de dados próprio. Oferece informações sociodemográficas por setores censitários de qualquer região do Brasil. Na Figura 1, encontra-se exemplo de pesquisa de quatro setores do município de Jundiaí/SP. Os dados sociodemográficos do município, na íntegra, foram colocados em anexo (Anexo 6).

Os dados sociodemográficos foram obtidos a partir do logradouro das vítimas. Para as variáveis quantitativas sociodemográficas, foi utilizado o critério estatístico do Decil. As variáveis foram categorizadas nos decis: 0,2 - 0,4- 0,6 e 0,8.

A amostra foi distribuída de maneira equilibrada e classificada em cinco categorias: muito baixa, baixa, moderada, alta e muito alta (Tabela 1).

Tabela 1 - Limites para a Categorização das Variáveis Quantitativas do Endereço.

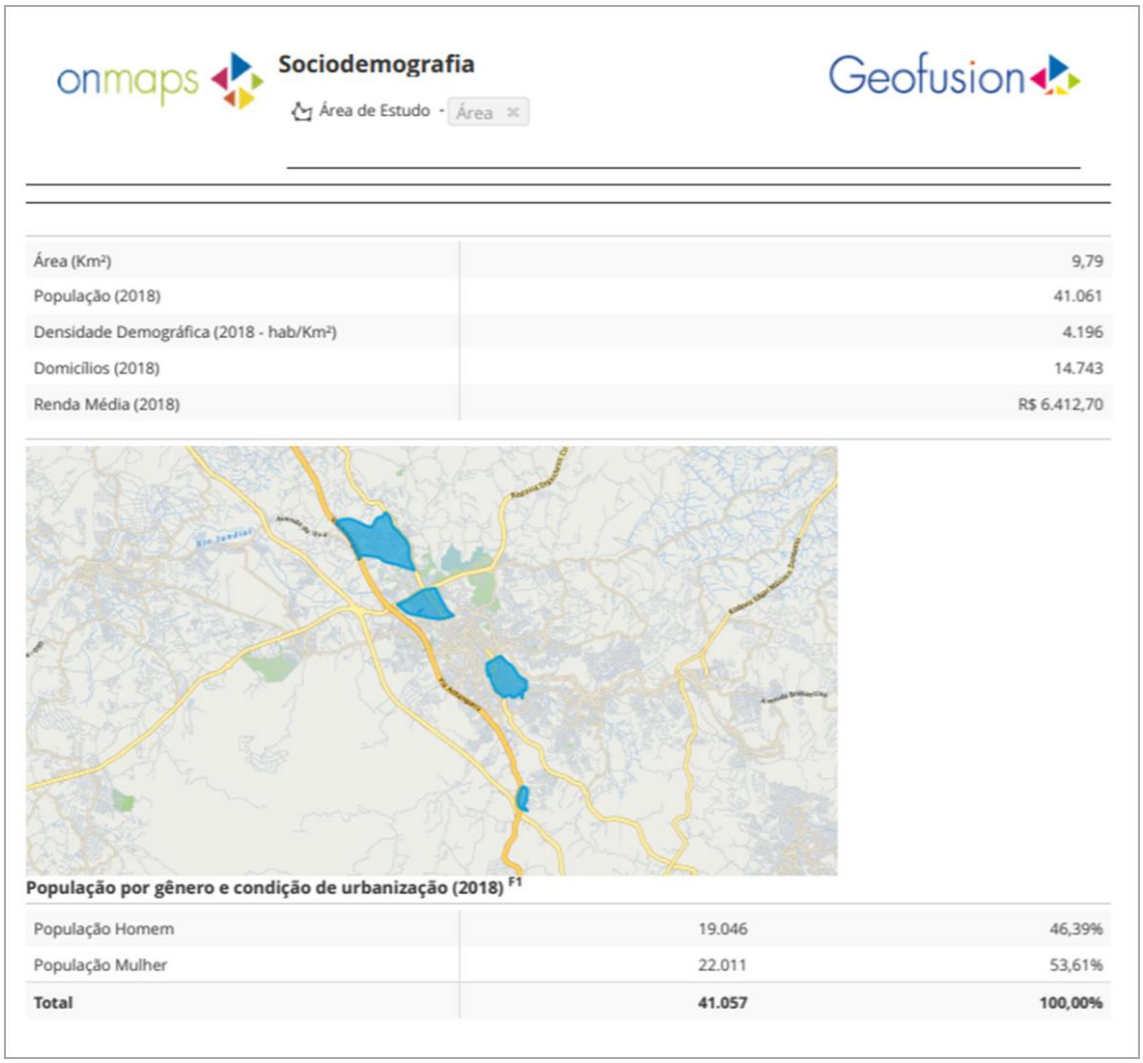
	Muito Baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito Alto
Área (km^2)	≤ 0,055	≤ 0,101	≤ 0,233	≤ 1,055	> 1,055
População	≤ 456	≤ 692	≤ 843	≤ 1.141	> 1.141
Densidade Demográfica	≤ 877	≤ 3.816	≤ 7.976	≤ 14.426	> 14.426
Domicílios	≤ 162	≤ 227	≤ 274	≤ 355	> 355
Renda Média (R$)	≤ 3.474	≤ 4.108	≤ 4.475	≤ 5.906	> 5.906
Renda Nominal	≤ 654.909	≤973.862	≤1.229.678	≤1.719.787	>1.719.787
PEA Dia	≤ 149	≤ 218	≤ 363	≤ 568	> 568
População que Trabalha	≤ 13	≤ 64	≤ 206	≤ 495	> 495

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Para cada categoria decil, houve uma classe com maior prevalência e adotada como referência (Ref).

Os resultados das relações e/ou associações são mostrados com valores absolutos e percentuais na mesma tabela que mostra a distribuição conjunta das variáveis para valores absolutos e seus percentuais entre todas as combinações dos níveis dessas duas variáveis.

Para verificar se existe ou não associação, deve-se estudar os valores em percentuais. Comparou-se a distribuição da coluna de total com a distribuição das demais colunas intermediárias. Caso exista algum valor por linha que esteja muito diferente do valor da coluna total, é porque muito provavelmente ali encontra-se uma associação e/ou dependência estatística.



onmaps **Sociodemografia** Geofusion

Área de Estudo - Área

Área (Km²)	9,79
População (2018)	41.061
Densidade Demográfica (2018 - hab/Km²)	4.196
Domicílios (2018)	14.743
Renda Média (2018)	R$ 6.412,70

População por gênero e condição de urbanização (2018) [F1]

População Homem	19.046	46,39%
População Mulher	22.011	53,61%
Total	**41.057**	**100,00%**

Figura 1 - Pesquisa sociodemográfica do *Geofusion OnMaps®.*

3.8 Análise Estatística

Para as análises estatísticas dos dados foram utilizadas as frequências relativas para todas as variáveis, aplicando-se o Teste de Igualdade de Duas Proporções e Teste Qui-Quadrado.

Cada comparação possui uma estatística chamada de p-valor**.** Foi adotado como índice de significância $p<0.05$ e intervalo de confiança de 95%.

As análises estatísticas foram procedidas com auxílio do software R.

4. RESULTADOS

Totalizados 609 casos de suspeite de violência contra crianças e adolescentes, distribuídos pela região de saúde representada em Anexo 6.

As vítimas tinham idade média de 9,90 ± 0,43 anos (9,47 a 10,33 anos) com 95% de confiança estatística.

O tempo médio decorrido entre o ato de violência e a notificação foi de 2,7 dias.

4.1 Perfil das vítimas

A análise do perfil das vítimas evidenciou significância estatística na distribuição de todas as variáveis (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das Variáveis da Vítima.

Variáveis		N	%	P-valor
Uso de Álcool	Não	560	92,0%	<0,001
	Sim	49	8,0%	
Deficiente	Não	584	95,9%	<0,001
	Sim	25	4,1%	
Uso de Drogas	Não	576	94,6%	<0,001
	Sim	33	5,4%	
Gênero	Feminino	467	76,7%	<0,001
	Masculino	142	23,3%	
Gestante	Não	602	98,9%	<0,001
	Sim	7	1,1%	
Faixa Etária	Lactente (< 2 ano)	30	4,9%	<0,001
	Criança (2-9 anos)	232	38,1%	Ref.
	Pré-adolescente (10-13 anos)	130	21,3%	<0,001
	Adolescente (14-18 anos)	217	35,6%	0,373
Cor	Branca	322	52,9%	Ref.
	Parda	242	39,7%	<0,001
	Preta	41	6,8%	<0,001
	Amarela	4	0,7%	<0,001

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A maioria das vítimas foi do gênero feminino (76,7%). (Figura 2)

A faixa etária mais prevalente foi de crianças entre 2 e 9 anos (38,1%) e de adolescentes de 14 a 18 anos (35,6%), índice não considerado diferente (p-valor = 0,373). (Figura 3)

A cor mais prevalente foi a branca (52,9%), dado descrito pelo pediatra que realizou o atendimento no PS. (Figura 4)

A maioria das vítimas não tinha injerido álcool (92%) ou drogas (94,6%), não apresentava deficiência física ou intelectual (95,9%) e não estava em período de gestação (98,9%), conforme mostra a Figura 5.

A distribuição da variável gênero da vítima pelo mapa da região encontra-se no Anexo 7.

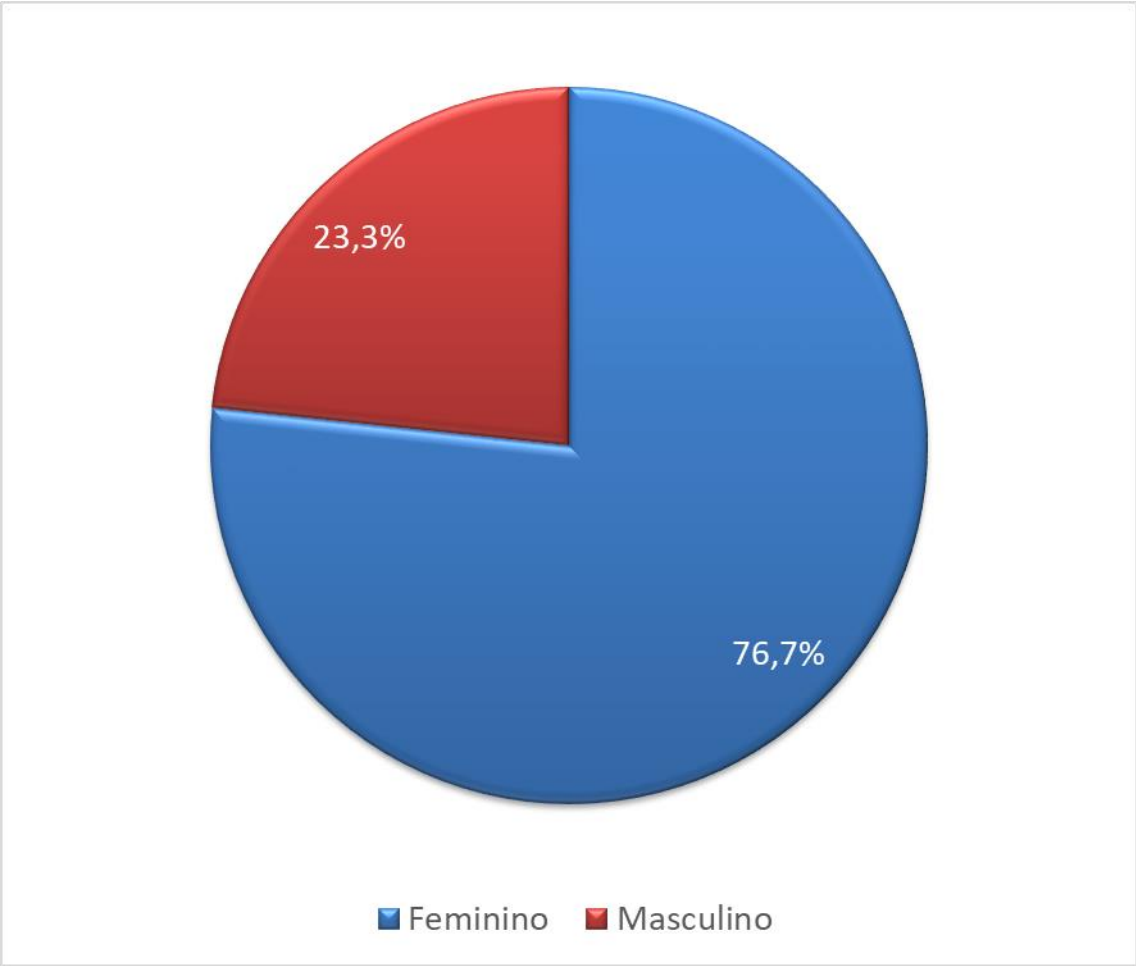


Figura 2 - Distribuição das vítimas por gênero.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

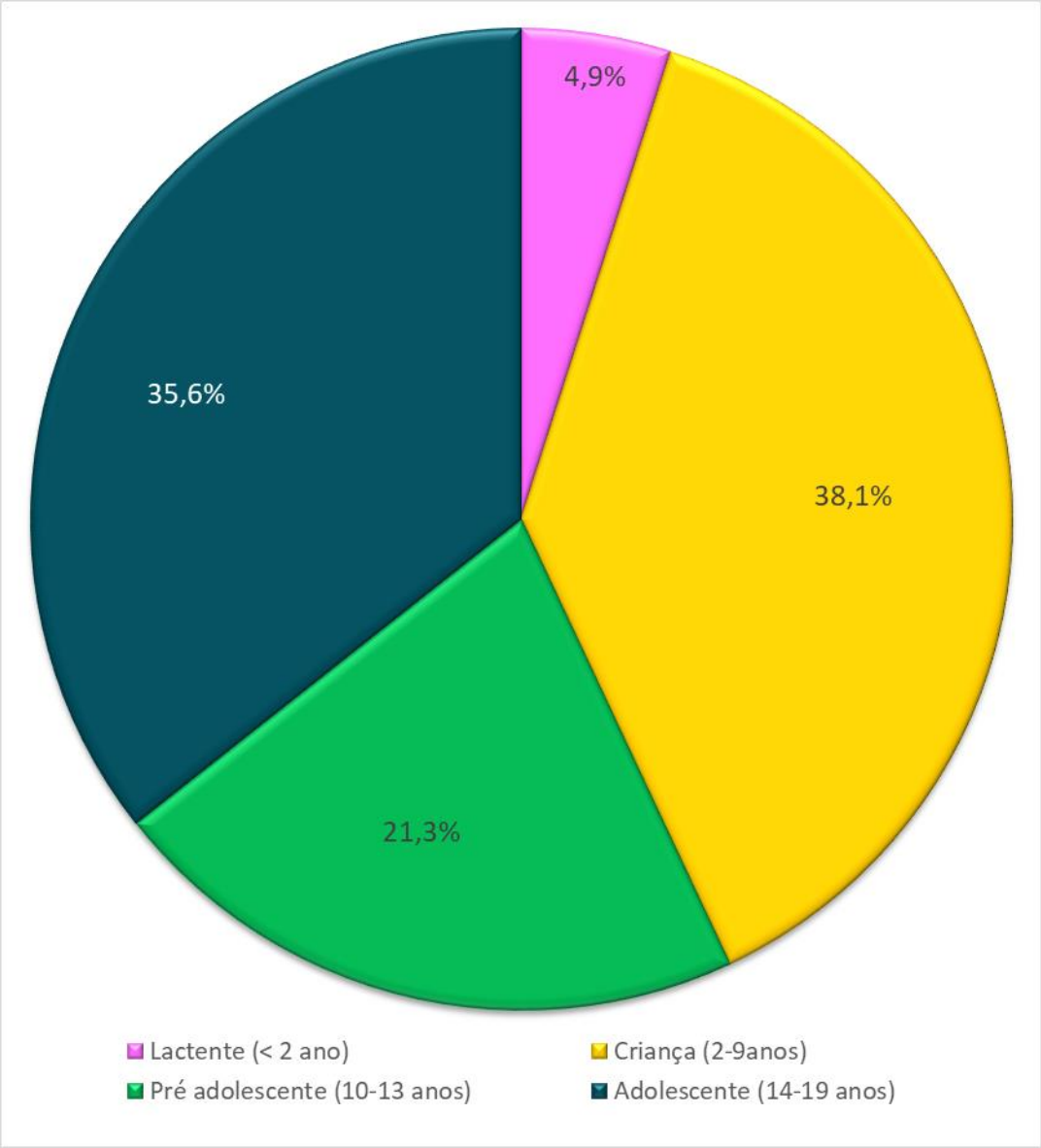


Figura 3 - Distribuição das vítimas por faixa etária.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

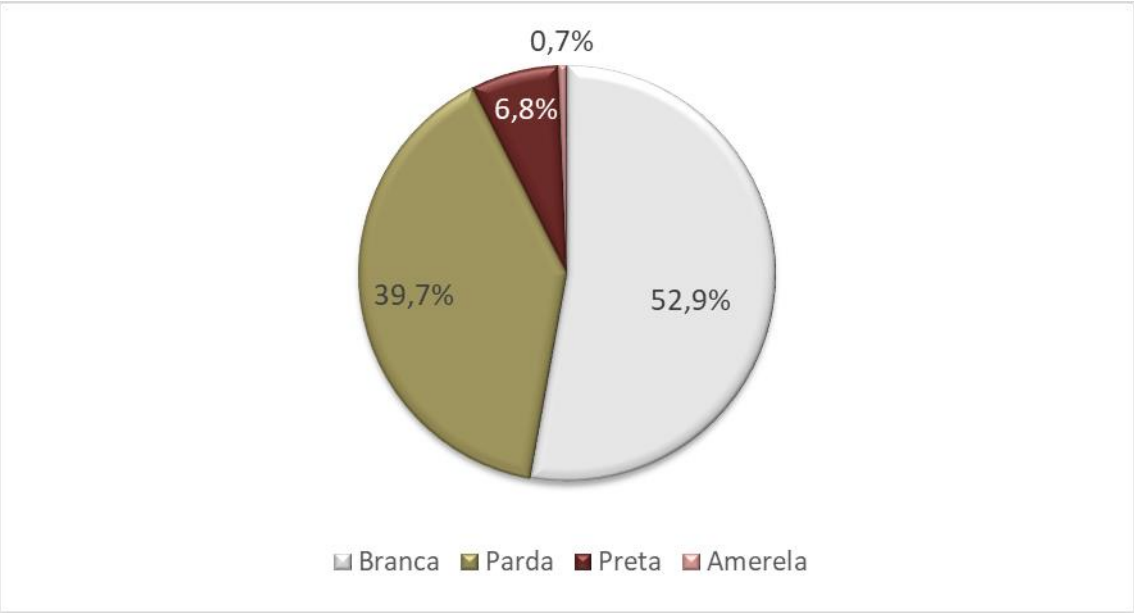


Figura 4 - Distribuição das vítimas por cor.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

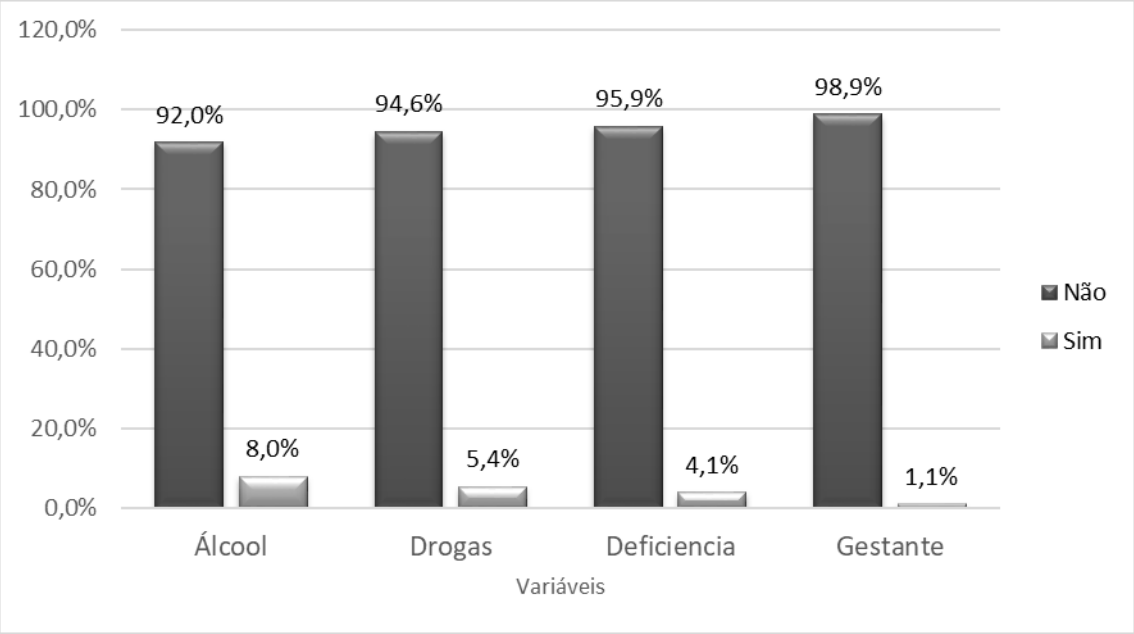


Figura 5 - Distribuição das vítimas segundo as variáveis: uso de álcool, drogas, presença de deficiências e gestação.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

A distribuição anual das incidências de notificações por violência infantil, de acordo com o gênero das vítimas, demonstrou aumento progressivo e sustentado do número de notificações. Em todos os anos estudados, a violência contra o gênero feminino foi marcadamente maior quando comparada ao masculino, tanto em números absolutos quanto relativos (Figuras 6 e 7). E a distribuição epidemiológica anual dos casos segundo a faixa etária das vítimas (Figura 8).

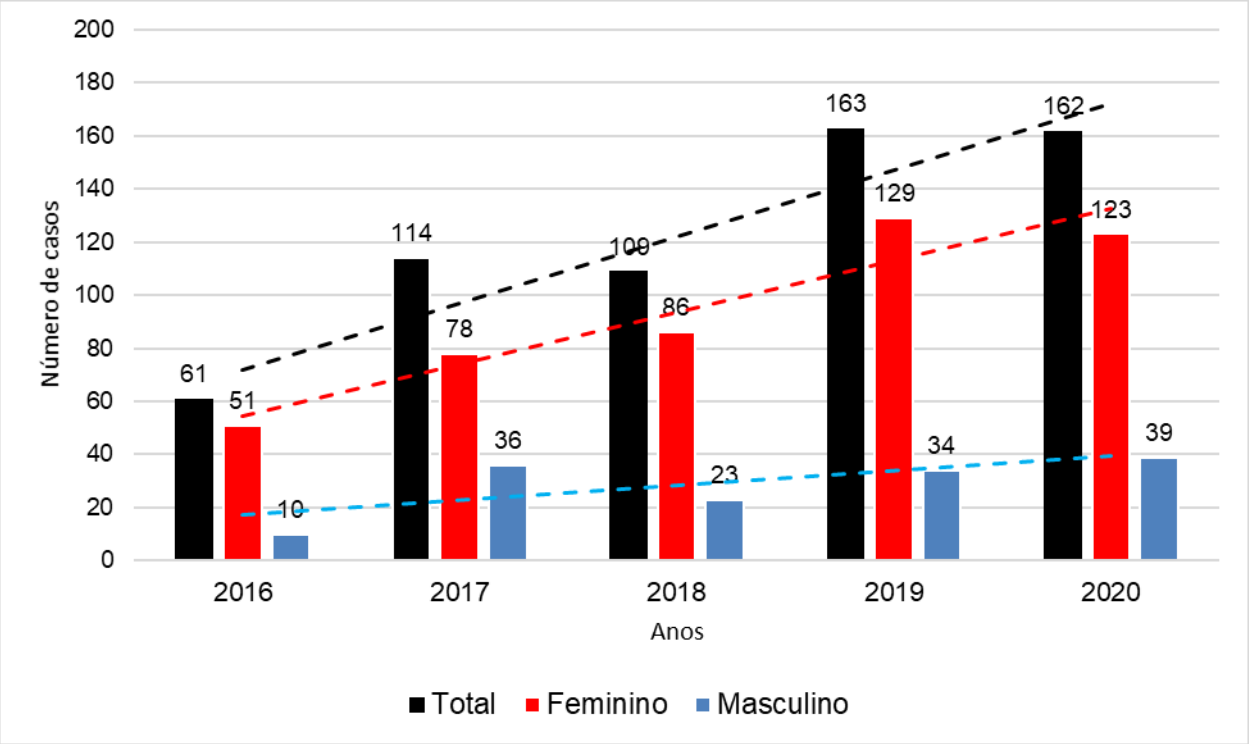


Figura 6 - Incidência epidemiológica dos casos de violência física e sexual, por gênero (masculino e feminino), contra crianças e adolescentes, entre os anos de 2016 e 2020, em números absolutos. (---) Indicam as curvas de tendência.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

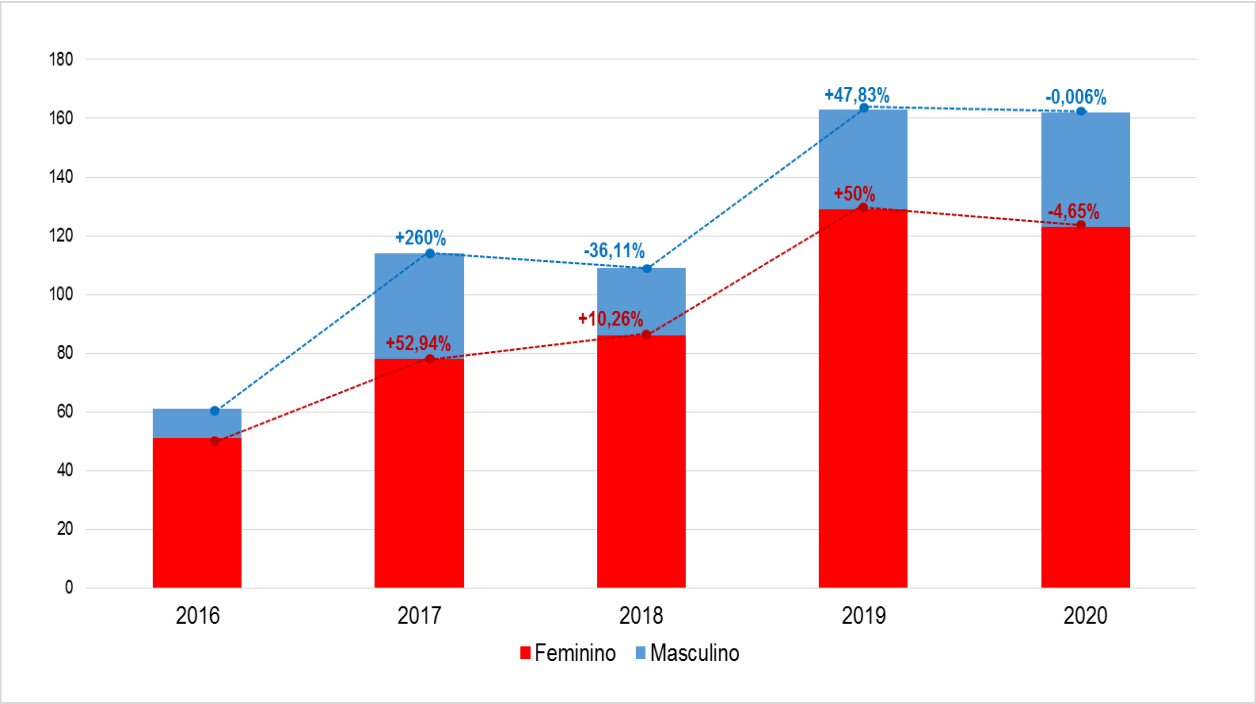


Figura 7 - Diferença percentual da incidência epidemiológica dos casos de violência, estratificados por ano da notificação e gênero das vítimas. (---) Indicam as curvas de tendência. Fonte: elaborada pela autora, 2021

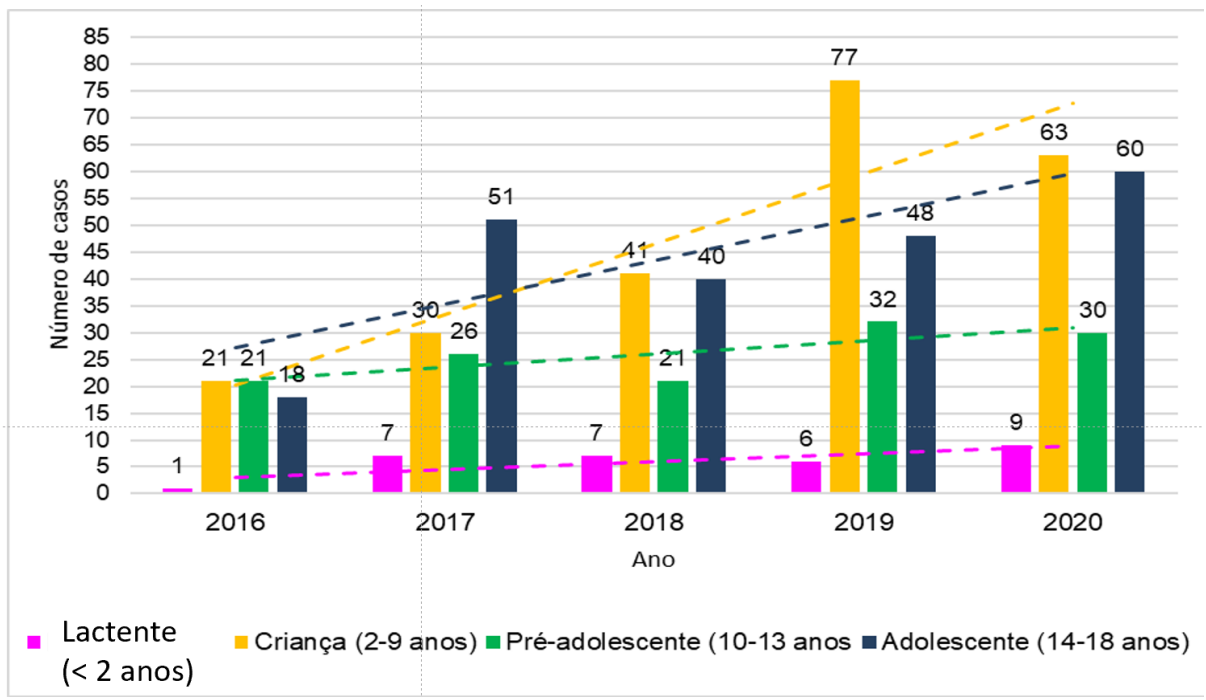


Figura 8 - Incidência epidemiológica dos casos de violência física e sexual estratificados por ano e faixa etária das vítimas. (---) Indicam as curvas de tendência.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

4.2 Perfil do Tipo de Violência

O tipo de abuso mais prevalente foi o sexual (63,2%). A violência física representou 25,8% dos casos notificados e a autoprovocada 11%, conforme Figura 9.

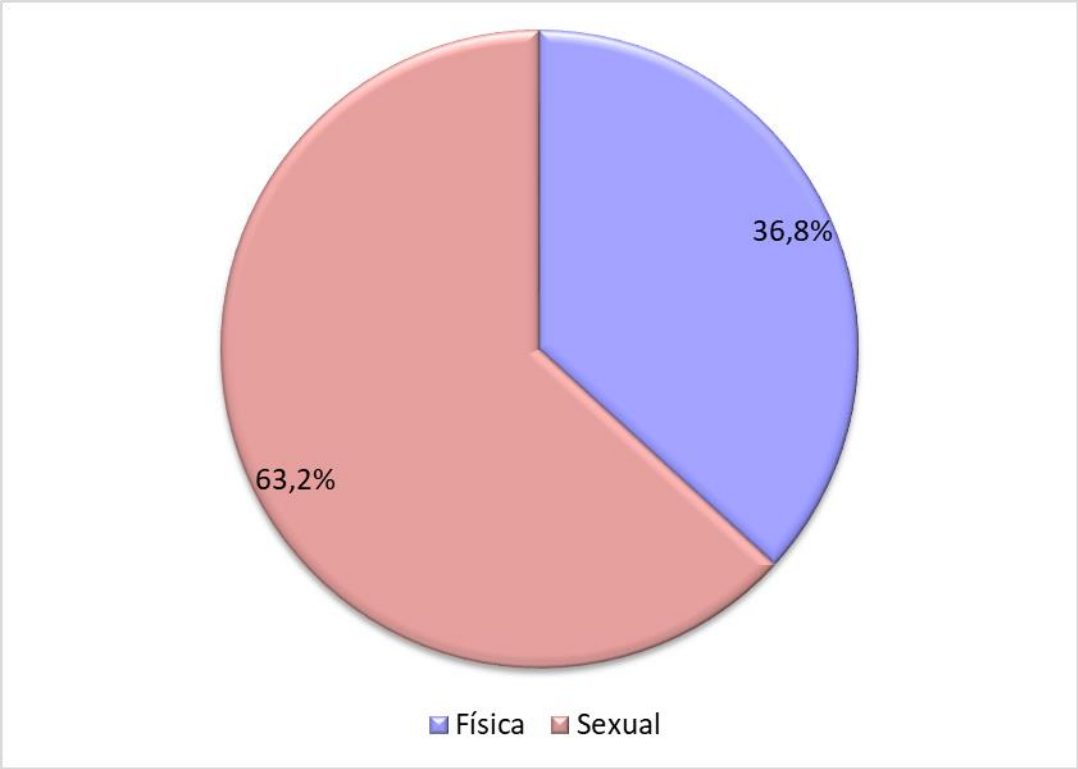


Figura 9 - Distribuição do tipo de violência.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

A análise comparativa entre o tipo de violência sofrida (física ou sexual) em relação às variáveis estudas do perfil das vítimas está demonstrada na Tabela 3.

Tabela 3 - Relação do Tipo de Violência com Variáveis da Vítima.

		Física		Sexual		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Álcool	Não	208	92,9%	352	91,4%	560	92,0%	0,532
	Sim	16	7,1%	33	8,6%	49	8,0%	
Deficiente	Não	220	98,2%	364	94,5%	584	95,9%	0,028
	Sim	4	1,8%	21	5,5%	25	4,1%	
Drogas	Não	209	93,3%	367	95,3%	576	94,6%	0,288
	Sim	15	6,7%	18	4,7%	33	5,4%	
Gênero	Feminino	147	65,6%	320	83,1%	467	76,7%	<0,001
	Masculino	77	34,4%	65	16,9%	142	23,3%	
Gestante	Não	221	98,7%	381	99,0%	602	98,9%	0,737
	Sim	3	1,3%	4	1,0%	7	1,1%	
Faixa Etária	Lactente< 2 ano	13	5,8%	17	4,4%	30	4,9%	<0,001
	Criança	33	14,7%	199	51,7%	232	38,1%	
	Pré-Adolescente	32	14,3%	98	25,5%	130	21,3%	
	Adolescente	146	65,2%	71	18,4%	217	35,6%	
Cor	Amarela	3	1,3%	1	0,3%	4	0,7%	0,290
	Branca	122	54,5%	200	51,9%	322	52,9%	
	Negra	12	5,4%	29	7,5%	41	6,7%	
	Parda	87	38,8%	155	40,3%	242	39,7%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

O presente estudo demonstrou que o tipo de violência guarda relação estatisticamente significante com as variáveis deficiência (p-valor = 0,028), faixa etária (p-valor <0,001) e gênero (p-valor <0,001).

Quanto à distribuição do tipo de violência por faixa etária da vítima, tem-se que o índice de lactentes (< 2 anos) atingiu 5,8% para violência física e 4,4% para sexual. O índice de criança (2 a 9 anos) foi de 14,7% para violência física e 51,7% para sexual. O índice de pré-adolescente (10 a 13 anos) ficou em 14,3% para violência física e 25,5% para sexual. O índice de adolescente (14 a 18 anos) foi de 65,2% para violência física e de 18,4% para sexual. (Figura 10).

Quanto à distribuição do tipo de violência por gênero, o índice de violência física no gênero feminino foi de 65,6% e de 83,1% para violência sexual. O índice de violência física no gênero masculino foi de 34,4% e de 16,9% para violência sexual. (Figura 10).

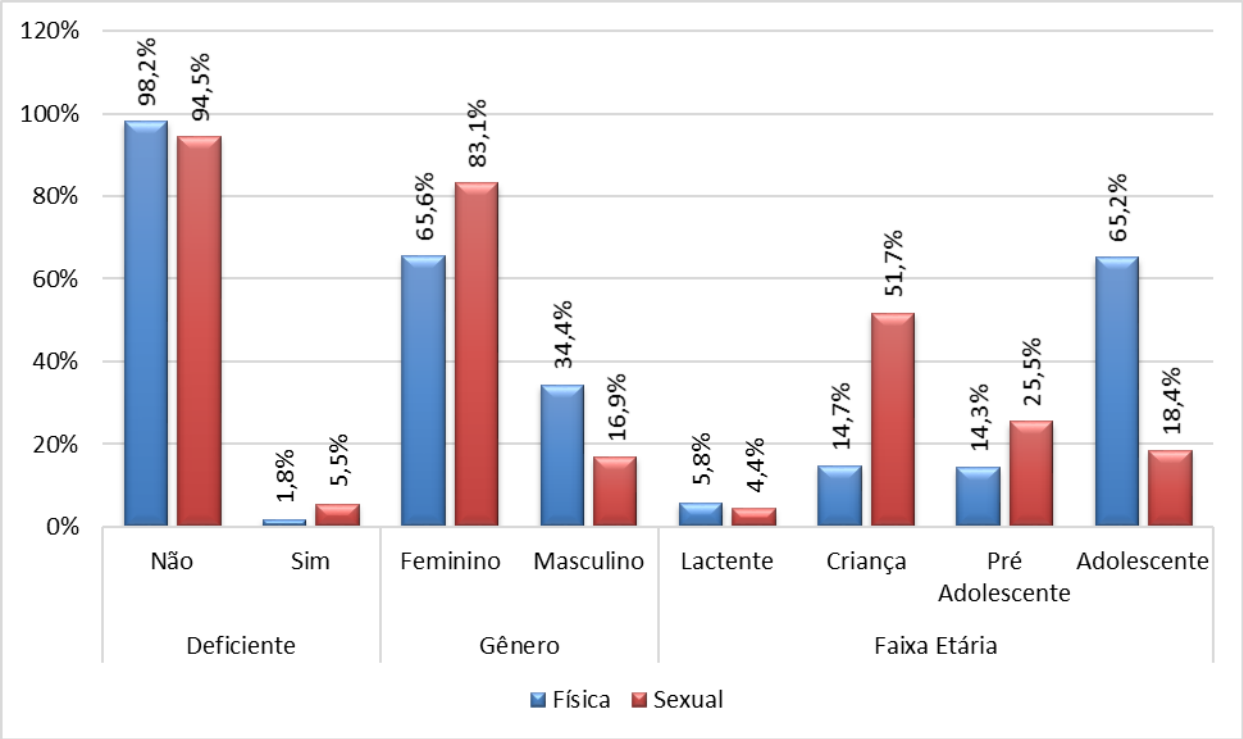


Figura 10 - Distribuição do tipo de violência (física ou sexual) com as variáveis das vítimas (deficiência, gênero e faixa etária).
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Encontrou-se significância estatística em todas as variáveis estudadas para o perfil de violência (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das Variáveis do Perfil da Violência.

		N	%	P-valor
Lesão autoprovocada	Não	542	89,0%	<0,001
	Sim	67	11,0%	
Óbito	Não	607	99,6%	<0,001
	Sim	2	0,4%	
Tipo de Violência	Física	157	25,8%	<0,001
	Sexual	385	63,2%	
	Autoprovocada	67	11,0%	
Violência de repetição	Não	427	70,1%	<0,001
	Sim	182	29,9%	
Local de ocorrência	Residência	359	58,9%	Ref.
	Via pública	129	21,2%	<0,001
	Escola	53	8,7%	<0,001
	Residência de Terceiros	52	8,5%	<0,001
	Habitação Coletiva	6	1,0%	<0,001
	Comércio	5	0,8%	<0,001
	Festa	5	0,8%	<0,001

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A maioria das violências foi de episódio único (70,1%), não autoprovocada (89,0%), não seguida de óbito (99,7%) e o local mais frequente de ocorrências foi a residência da própria vítima (58,9%). (Figuras 11 e 12).

Encontrou-se dois óbitos no presente estudo (0,4%), ambos por violência física: um menino, adolescente de 12 anos, vítima de violência ocorrida na rua, causada por

desconhecidos; o segundo caso, uma menina de dois anos, vítima de violência de repetição, em ambiente domiciliar, perpetrada por pai e mãe.

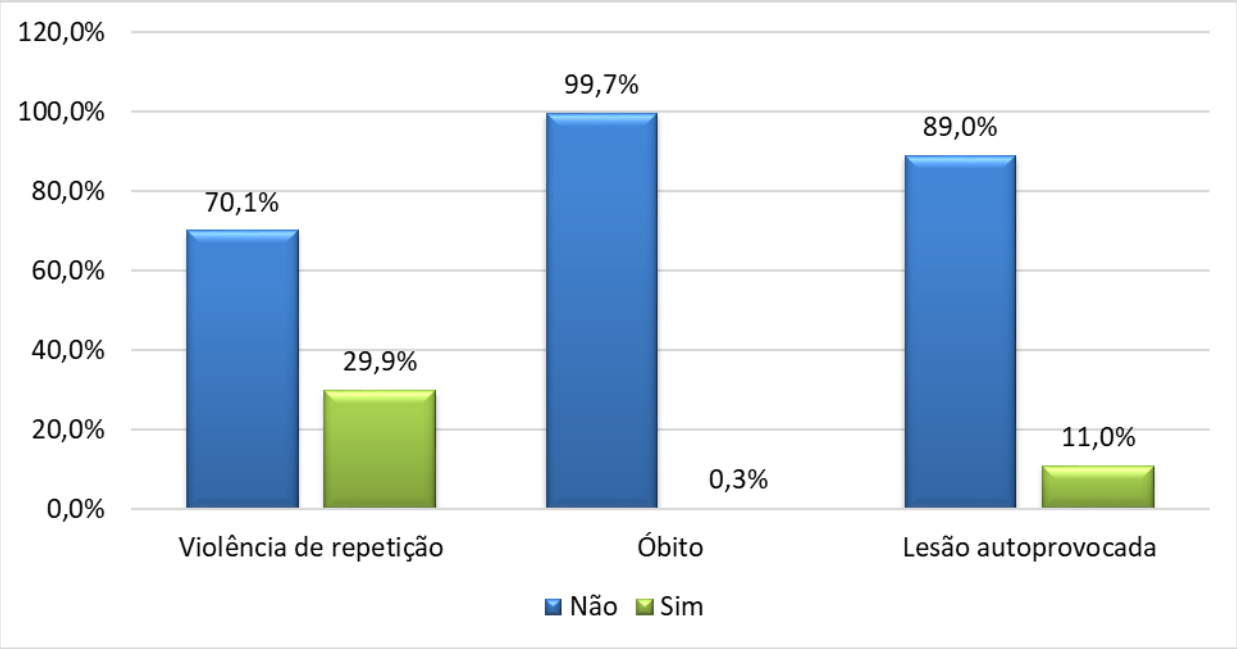


Figura 11 - Distribuição das variáveis do perfil de violência: repetição, óbito e lesão autoprovocada.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

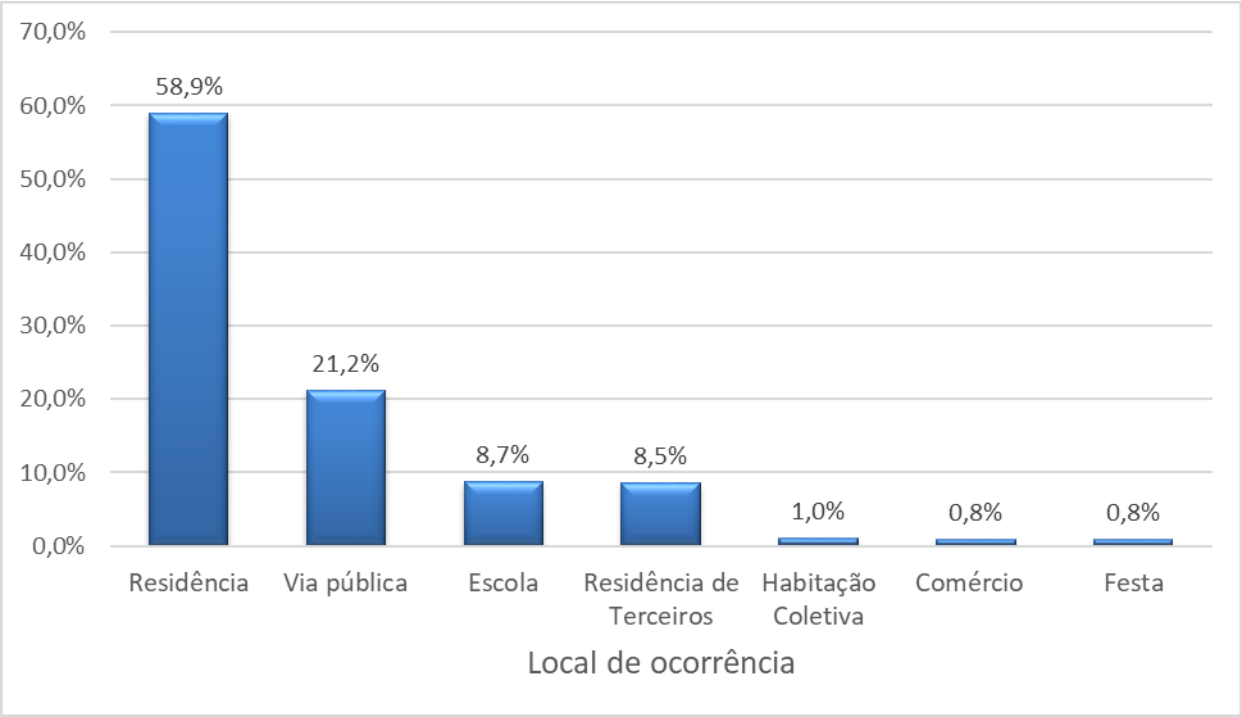


Figura 12 - Distribuição da violência por localidade de ocorrência.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Na Tabela 5 estão dispostas as comparações entre os tipos de violência (física e sexual) e a distribuição das variáveis do perfil da violência: óbito, violência de repetição e local de ocorrência.

Tabela 5 - Relação do Tipo de Violência com Variáveis do Perfil das Violência.

		Física		**Sexual**		**Total**		**P-valor**
		N	%	N	%	N	%	
Óbito	Não	222	99,1%	385	100,0%	607	99,6%	0,063
	Sim	2	0,9%	0	0,0%	2	0,4%	
Violência de repetição	Não	159	71,0%	268	69,6%	427	70,1%	0,721
	Sim	65	29,0%	117	30,4%	182	29,9%	
Local de ocorrência	Escola	18	8,0%	35	9,1%	53	8,7%	<0,001
	Festa	0	0,0%	5	1,3%	5	0,8%	
	Habitação Coletiva	2	0,9%	4	1,0%	6	1,0%	
	Residência	135	60,3%	224	58,2%	359	58,9%	
	Residência de Terceiros	3	1,3%	49	12,7%	52	8,5%	
	Via pública	62	27,7%	67	17,4%	129	21,2%	
	Comércio	4	1,8%	1	0,3%	5	0,8%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

As principais diferenças estatísticas entre tipo de violência e local de ocorrência ocorreram em Residência de Terceiros, com 1,3% de violência física contra 12,7% de sexual e em Via Pública, com 27,7% de física contra 17,4% de sexual (Tabela 5).

A Figura 13 mostra relação entre o tipo de violência (física ou sexual) e o local de sua ocorrência. Observou-se que na residência da vítima e nas escolas ocorre violência física e sexual com a mesma probabilidade estatística.

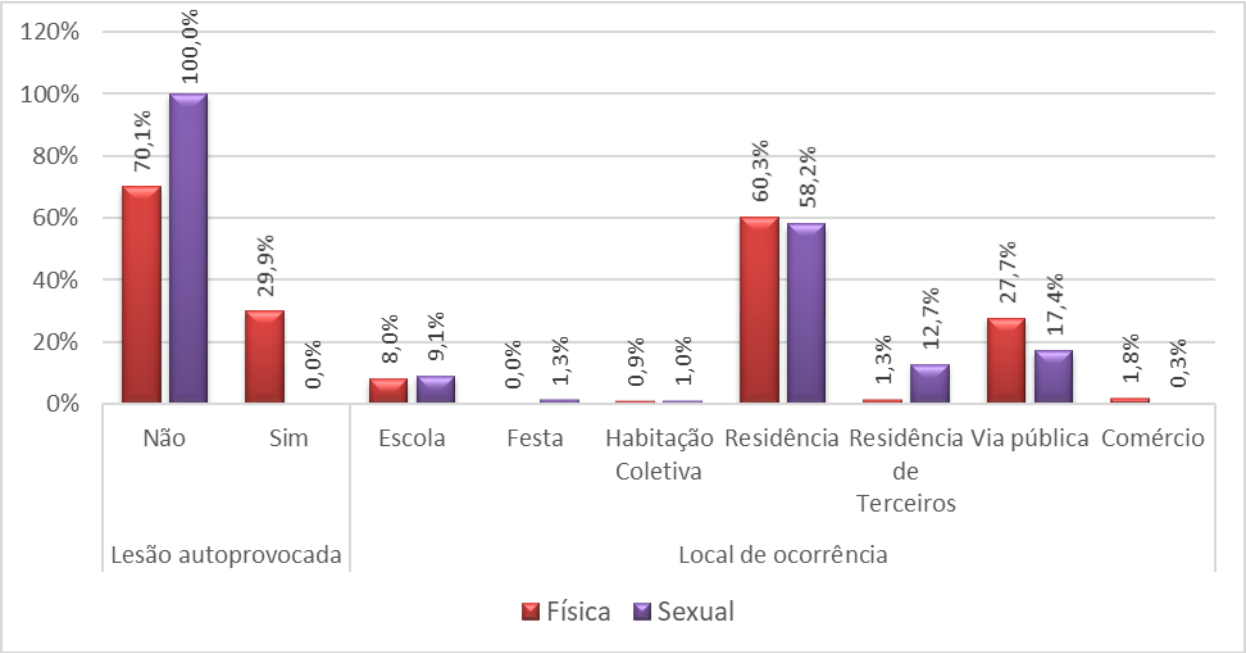


Figura 13 - Tipo de violência (física ou sexual) e sua distribuição segundo o perfil da violência: local de ocorrência, tipo de violência (física ou sexual) e violência de origem autoprovocada.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Apesar do número total de casos de lesão autoprovocada representar 11% do total das notificações do período 2016-2020, sua incidência aumentou consideravelmente ao longo dos anos e com diferença significativa para o ano de 2020 (Ref) em relação aos anos anteriores ($p<0.01$). As lesões autoprovocadas entre 2016 e 2020 representaram respectivamente: 1,6%, 8,77%, 4,58%, 6,74% e 24,69% dentre os

casos de violência (Figura 14). Na Figura 15, estão distribuídas as incidências de acordo com os métodos de autoprovocar violência utilizado pelas vítimas.

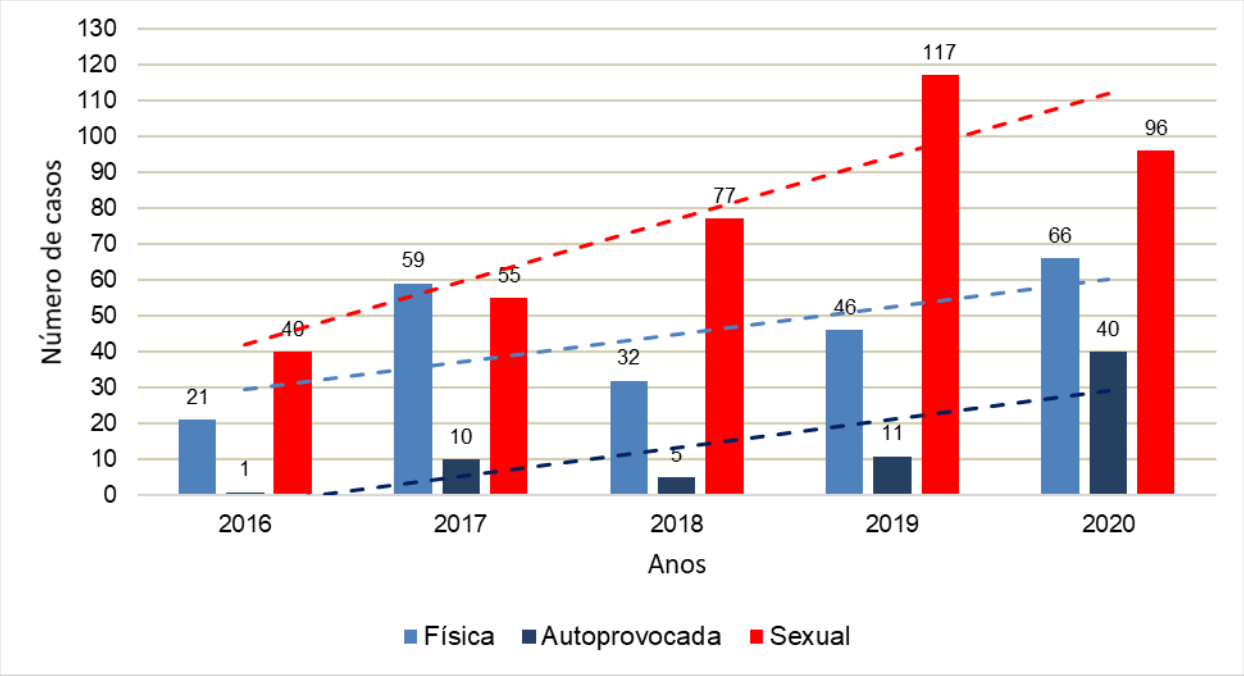


Figura 14 - Evolução epidemiológica para o tipo de violência (física, sexual e autoprovocada) entre 2016 e 2020. (---) Indicam as curvas de tendência.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

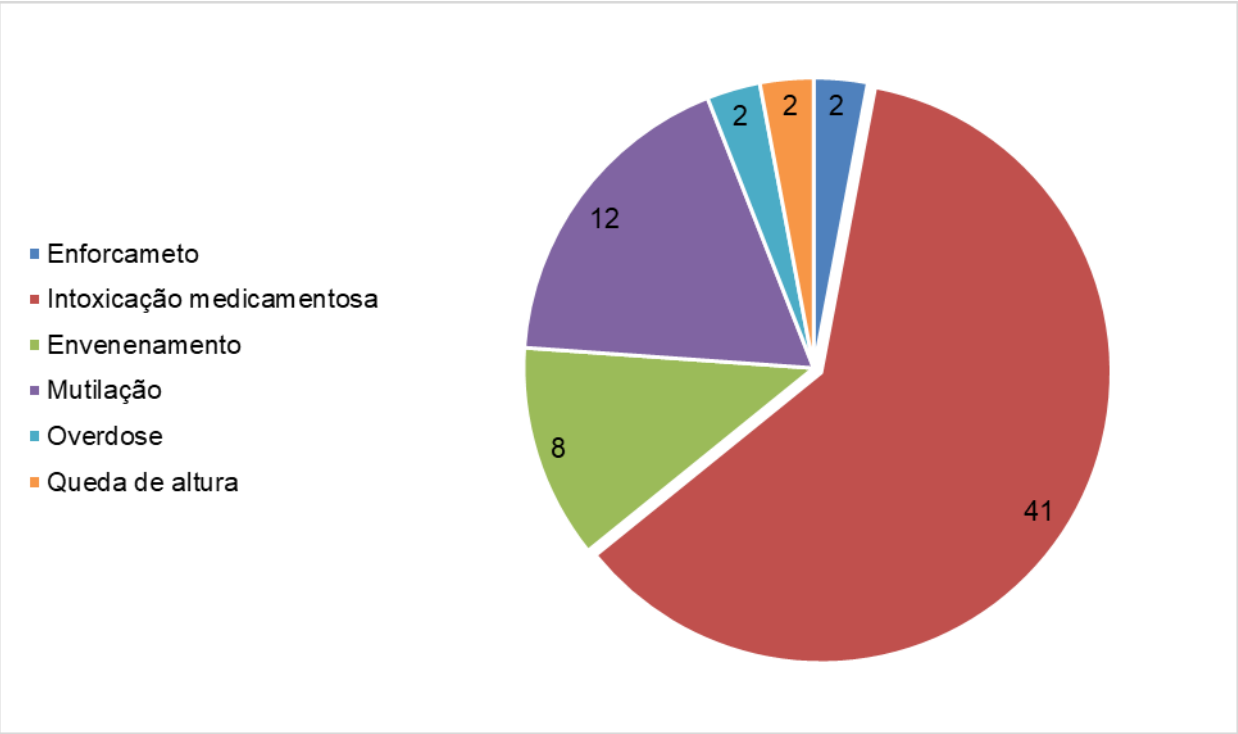


Figura 15 - Métodos utilizados pelas vítimas para cometer violência autoprovocada.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

4.3 Perfil do agressor

Todas as variáveis de perfil do agressor, do presente estudo, apresentaram significância estatística, conforme demonstrado na Tabela 6.

A distribuição no mapa da região da variável vínculo do agressor com a vítima encontra-se no Anexo 8.

Tabela 6 - Distribuição das Variáveis do Perfil do Agressor.

		N	%	P-valor
Agressor tem convívio	Não	219	36,0%	<0,001
	Sim	390	64,0%	
Gênero do agressor	Feminino	107	17,6%	<0,001
	Masculino	502	82,4%	
Suspeita de uso de álcool	Não	489	80,3%	<0,001
	Sim	120	19,7%	
Suspeita de uso de drogas	Não	538	88,3%	<0,001
	Sim	71	11,7%	
Ciclo de vida do provável autor	Criança	22	3,6%	<0,001
	Adolescente	180	29,6%	Ref.
	Jovem	180	29,6%	Ref.
	Adulto	157	25,8%	0,141
	Idoso	31	5,1%	<0,001
	Não informado	39	6,4%	<0,001
Parentesco Agressor	Desconhecidos	128	21,0%	Ref.
	Próprios pais	112	18,4%	0,249
	A própria	65	10,7%	<0,001
	Conhecidos	58	9,5%	<0,001
	Cônjuge dos pais	53	8,7%	<0,001
	Amigos	40	6,6%	<0,001
	Cônjuge	38	6,2%	<0,001
	Primos	25	4,1%	<0,001
	Tio	21	3,4%	<0,001
	Avós	17	2,8%	<0,001
	Irmãos	14	2,3%	<0,001
	Vizinhos	12	2,0%	<0,001
	Cuidadores	10	1,6%	<0,001
	Educadores	9	1,5%	<0,001
	Cunhados	5	0,8%	<0,001
	Filhos extra conjugais	1	0,2%	<0,001
	Sobrinho	1	0,2%	<0,001

Fonte: elaborada pela autora, 2021

O sexo masculino foi responsável por 82,4% das violências (Figura 16).

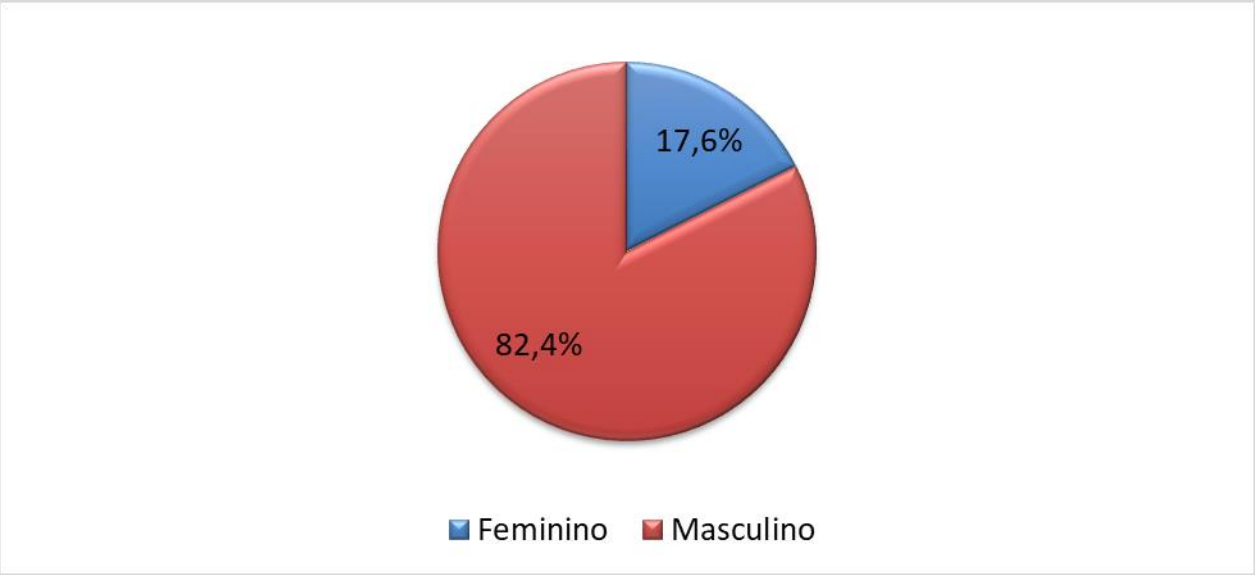


Figura 16 - Distribuição do gênero do agressor.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

O ciclo de vida do provável agressor foi adolescente (10 a 19 anos) e jovem (20 a 24 anos), ambos com 29,6%, índice estatisticamente igual ao de adultos (25 a 59 anos) com 25,8%, e diferentes dos demais ciclos (Tabela 6 e Figura 17).

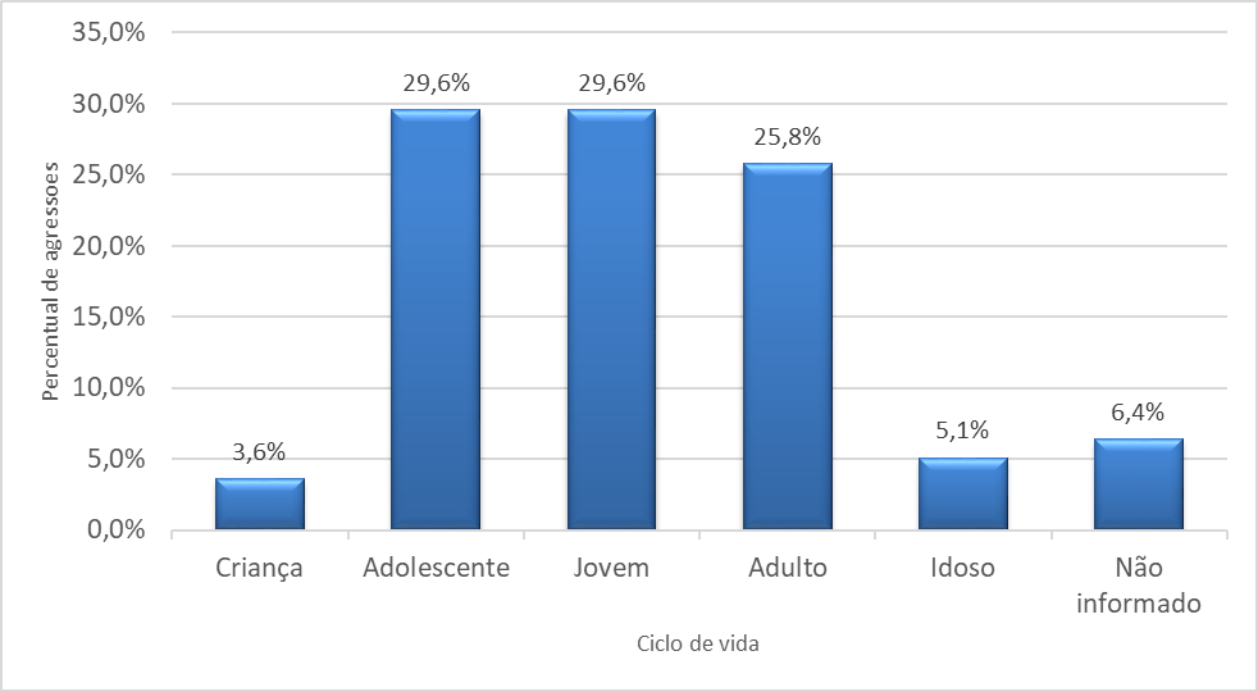


Figura 17 - Distribuição do ciclo de vida do agressor.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Na Figura 18, estão estratificados os números absolutos de agressores, de acordo com a faixa etária e ano da notificação. Os mesmos ciclos de vida dos agressores estão presentes, ano a ano, em aumento progressivo.

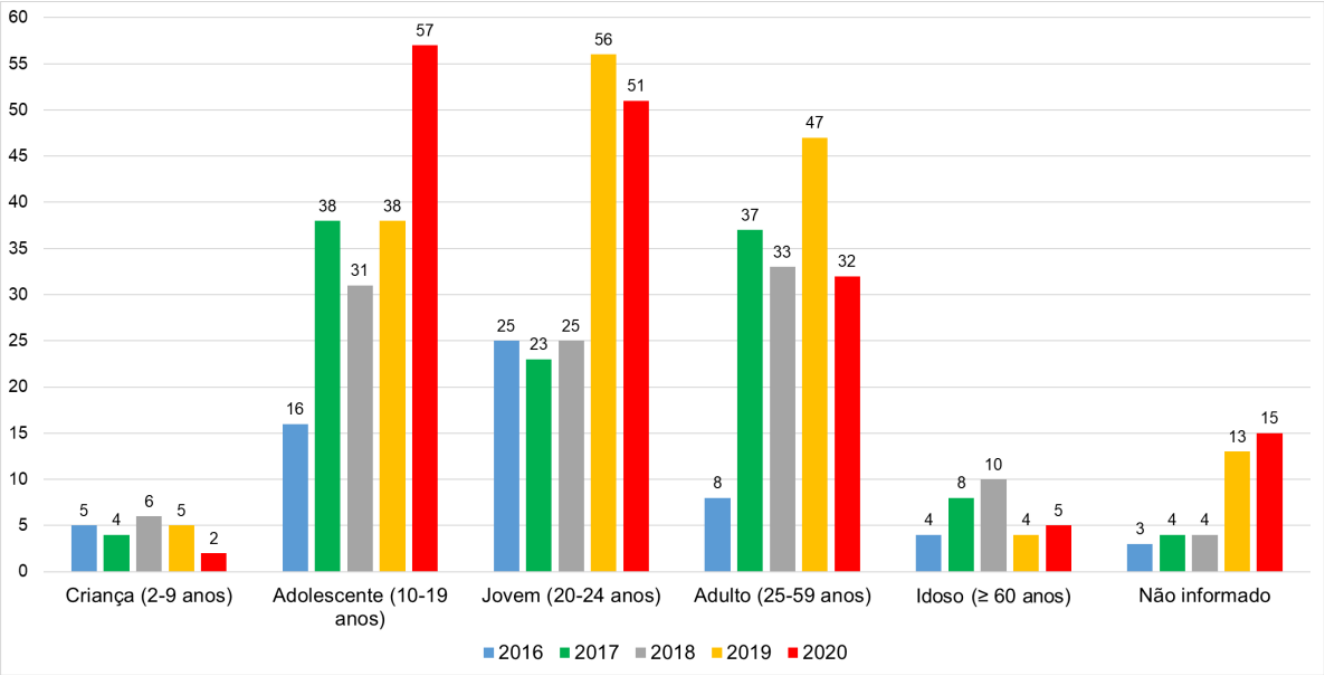


Figura 18 - Estratificação epidemiológica do perfil dos agressores, de acordo com a faixa etária e ano da notificação.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Segundo as informações das vítimas, os agressores não pareciam estar sob efeito de álcool (80,3%) ou drogas (88,3%) durante a agressão por eles perpetrada (Figura 19).

Em 64,0% das notificações avaliadas, o agressor tinha convívio com a vítima (Figura 19) e o principal grau de parentesco (18,4%) foi representado pelos pais (pai e/ou mãe), conforme demonstrado na Tabela 6 e na Figura 20.

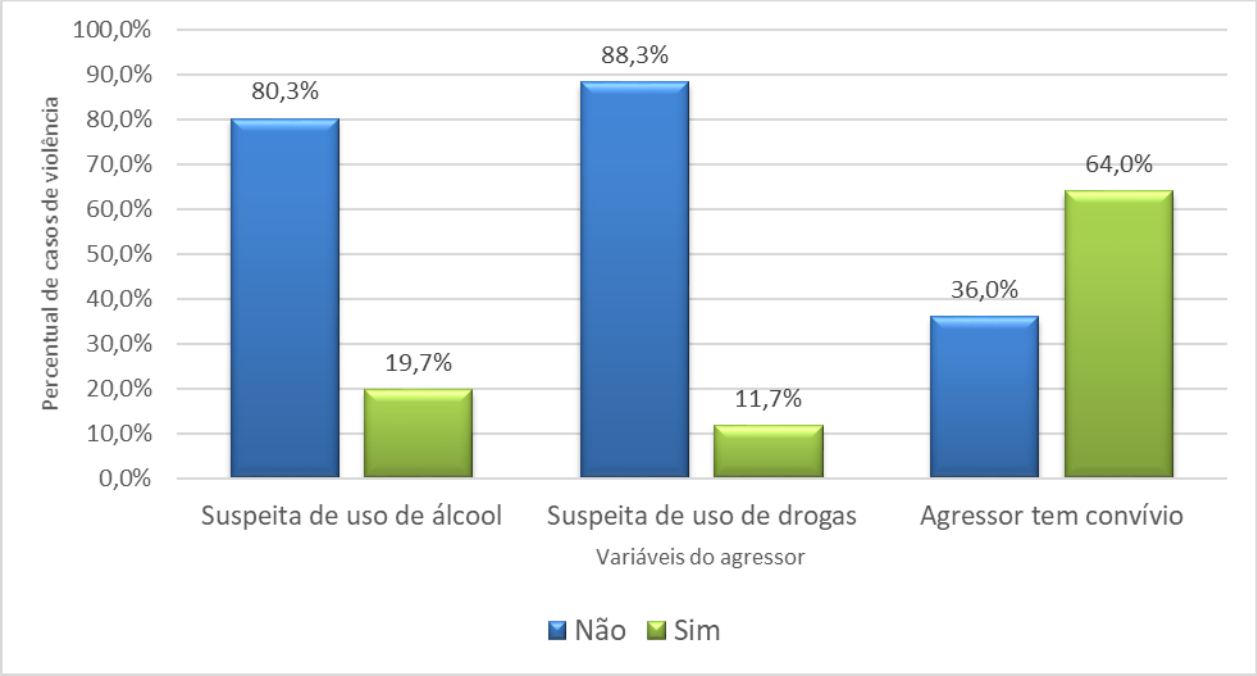


Figura 19 - Variáveis dos agressores segundo suspeita de uso de álcool ou drogas e convívio com a vítima.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

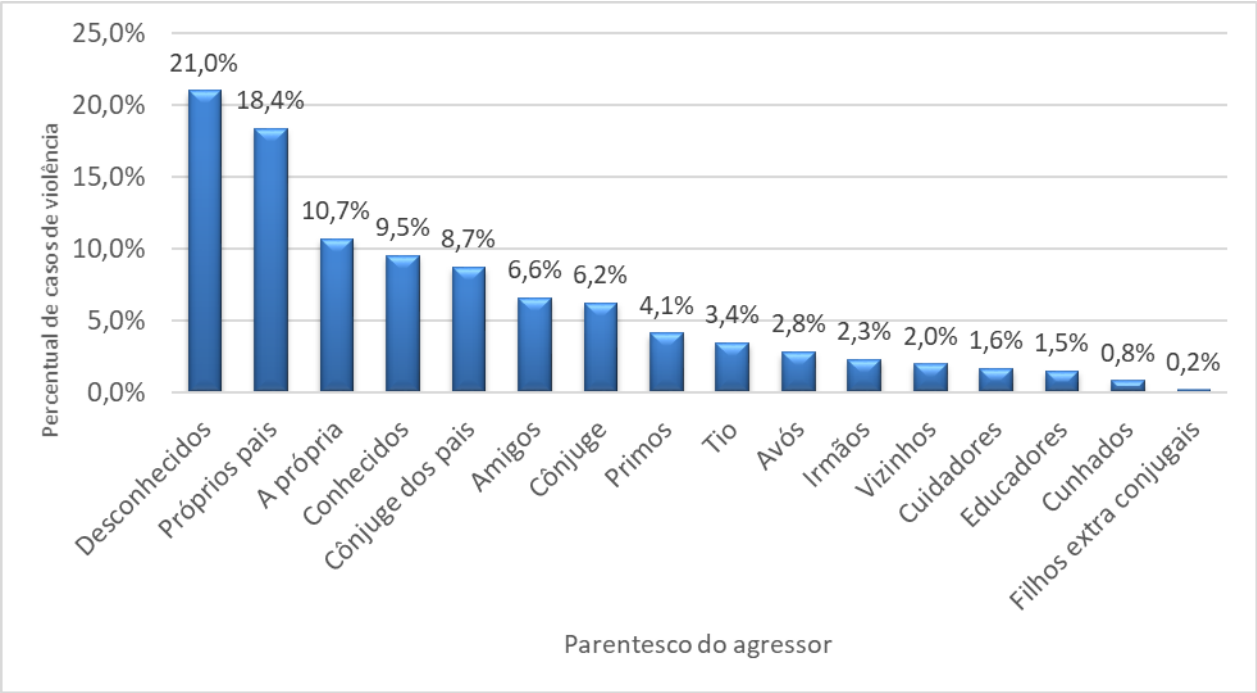


Figura 20 - Distribuição do grau de parentesco do agressor com a vítima.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Tabela 7- Agressor x ambiente.

	N	%	P- valor
Intrafamiliar	345	56,7%	<0,001
Extrafamiliar	264	43,3%	
Total	609		

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Quando comparados os agressores de convívio intrafamiliar (56,7%), com os agressores extrafamiliares (43,3%), houve diferença estatística significante para o grupo intrafamiliar (p-valor <0,001), evidenciado na Tabela 7 e na Figura 21.

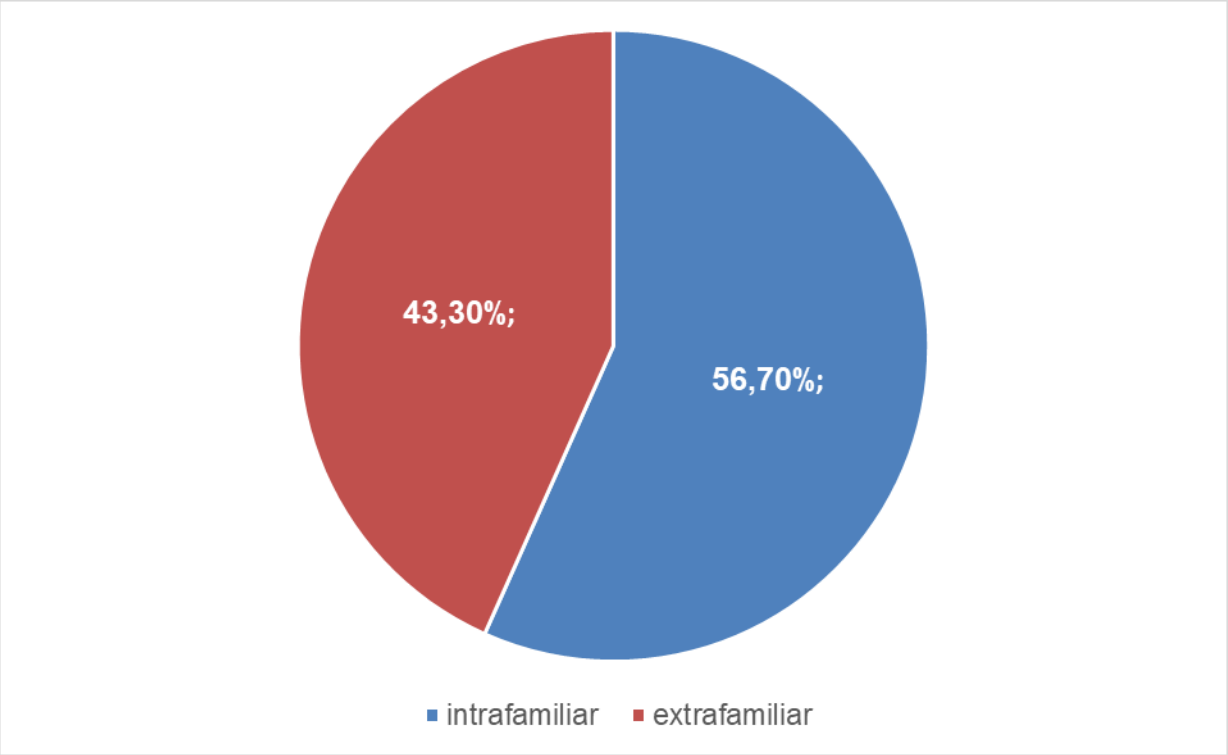


Figura 21 - Distribuição entre agressores intrafamiliares e extrafamiliares em porcentagem.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Analisou-se a relação entre o tipo de violência (física ou sexual) e as variáveis do perfil do agressor. Os resultados foram demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 - Relação do Tipo de Violência com Variáveis do Perfil do Agressor.

		Física		Sexual		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Agressor tem convívio	Não	66	29,5%	153	39,7%	219	36,0%	0,011
	Sim	158	70,5%	232	60,3%	390	64,0%	
Gênero do agressor	Feminino	88	39,3%	19	4,9%	107	17,6%	<0,001
	Masculino	136	60,7%	366	95,1%	502	82,4%	
Suspeita de uso de álcool	Não	186	83,0%	303	78,7%	489	80,3%	0,195
	Sim	38	17,0%	82	21,3%	120	19,7%	
Suspeita de uso de drogas	Não	202	90,2%	336	87,3%	538	88,3%	0,281
	Sim	22	9,8%	49	12,7%	71	11,7%	
Ciclo de vida do provável autor	Adolescente	100	44,6%	80	20,8%	180	29,6%	<0,001
	Adulto	43	19,2%	114	29,6%	157	25,8%	
	Criança	5	2,2%	17	4,4%	22	3,6%	
	Idoso	4	1,8%	27	7,0%	31	5,1%	
	Jovem	62	27,7%	118	30,6%	180	29,6%	
	Não informado	10	4,5%	29	7,5%	39	6,4%	
Parentesco Agressor	A própria	65	29,0%	0	0,0%	65	10,7%	
	Amigos	8	3,6%	32	8,3%	40	6,6%	
	Avós	2	0,9%	15	3,9%	17	2,8%	
	Conhecidos	14	6,3%	44	11,4%	58	9,5%	
	Cônjuge	22	9,8%	16	4,2%	38	6,2%	
	Cônjuge dos pais	12	5,4%	41	10,6%	53	8,7%	
	Desconhecidos	44	19,6%	84	21,8%	128	21,0%	<0,001
	Irmãos	8	3,6%	6	1,6%	14	2,3%	
	Primos	2	0,9%	23	6,0%	25	4,1%	
	Próprios pais	39	17,4%	73	19,0%	112	18,4%	<0,001
	Tio	2	0,9%	19	4,9%	21	3,4%	
	Vizinhos	1	0,4%	11	2,9%	12	2,0%	
	Outros	5	2,2%	21	5,5%	26	4,3%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Identificou-se relação estatística com: agressor tem convívio, ciclo de vida do provável autor, gênero do agressor e parentesco agressor.

O índice de homens foi de 60,7% em violência física e de 95,1% em sexual. O índice de mulheres foi de 39,3% em física e 4,9% em sexual (p-valor <0,001) (Tabela 8).

Na Figura 22, é possível observar a distribuição do gênero do agressor e o tipo de violência praticada.

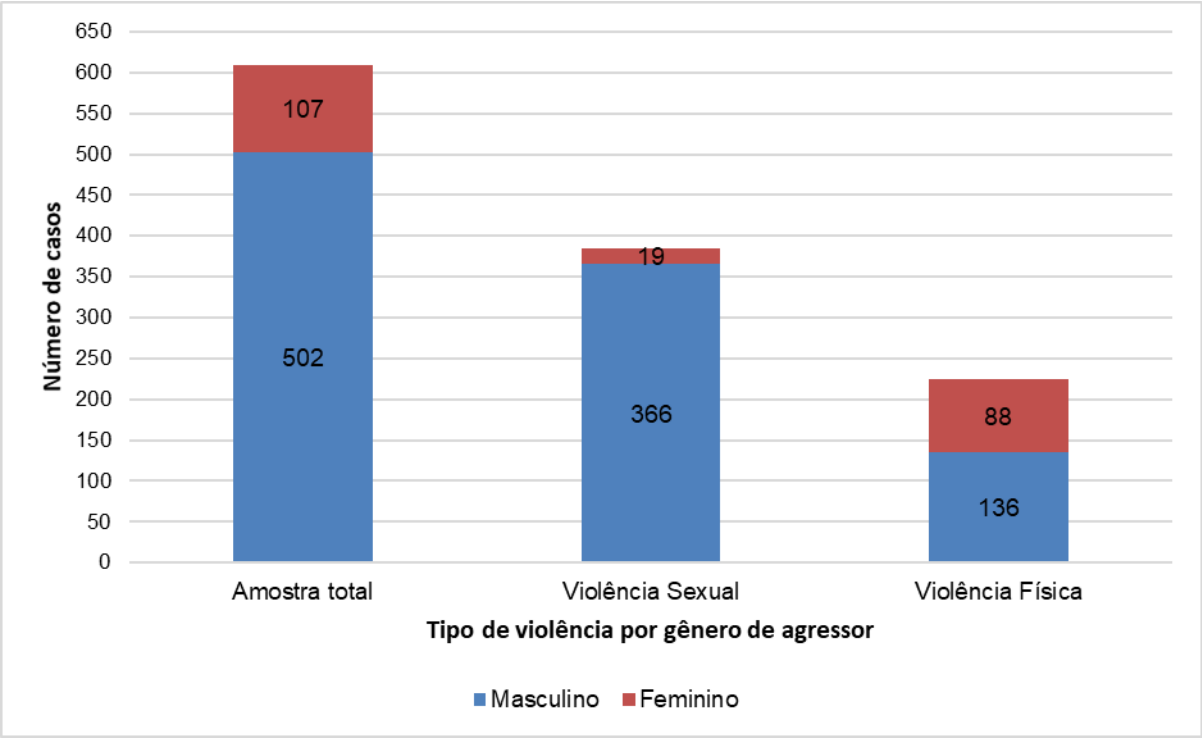


Figura 22 - Distribuição do gênero do agressor e o tipo de violência praticada.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Quanto à distribuição do convívio dos agressores com as vítimas, o índice positivo (resposta sim) ficou em 70,5% em violência física e 60,3%, em sexual (p-valor = 0,011) – (Figura 23).

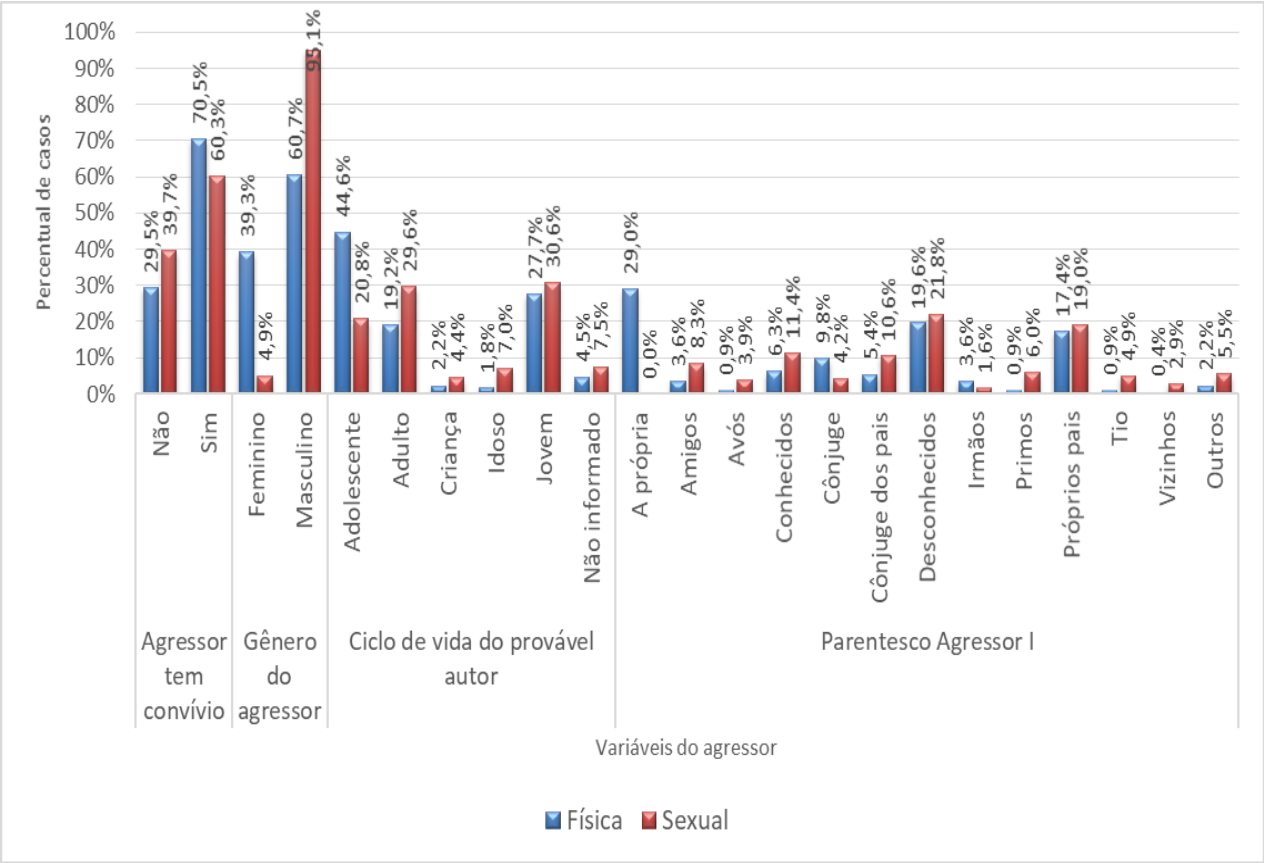


Figura 23 - Relação entre o tipo de violência (física e sexual) com as variáveis dos agressores (gênero e ciclo de vida do agressor, convívio e parentesco com a vítima).
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Comparou-se o “Ciclo de vida do provável autor” com o “Tipo de Violência”, mas segmentado para as duas principais respostas de “Parentesco agressor”. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado.

Os resultados estão na Tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre “Ciclo de vida do provável autor” com o “Tipo de violência”.

		Criança		Adolescente		Jovem		Adulto		Idoso		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Próprios pais	Física			1	33,3%	16	35,6%	21	35,6%	1	25,0%	39	35,1%	0,979
	Sexual			2	66,7%	29	64,4%	38	64,4%	3	75,0%	72	64,9%	
Desconhecidos	Física	0	0,0%	8	44,4%	19	41,3%	7	28,0%	1	33,3%	35	37,2%	0,584
	Sexual	2	100%	10	55,6%	27	58,7%	18	72,0%	2	66,7%	59	62,8%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A análise dos dados mostra que não existiu relação (significância estatística) entre “Ciclo de vida do provável autor” com o “Tipo de violência”, isso tanto entre os agressores sendo os próprios pais ou desconhecidos. Não existiu diferença entre a violência praticada por desconhecidos e a praticada pelos pais, em todas as fases de seus ciclos de vida.

Relacionou-se, também, a idade das vítimas com o “Ciclo de vida do provável autor”, teste de Qui-Quadrados, conforme a Tabela 10.

Tabela 10 - Relação entre a faixa etária da vítima com o ciclo de vida do agressor.

Convívio do agressor	Gênero da vítima do	Ciclo de vida Agressor	Idade da vítima lactentes		2 a 9 anos		10-13 anos		14-18 anos		Total		P-valor
				%	N	%	N	%	N	%	N	%	
agressor pais	vítima masculino	jovens (20 a 24)	3	75,0%	9	47,4%	1	50,0%	0	0,0%	13	46,4%	0,269
		adultos (25 a 59)	1	25,0%	10	52,6%	1	50,0%	3	100%	15	54%	
	vítima feminina	adolescentes e pré (10-19)	1	6,7%	0	0,0%	2	11,1%	0	0,0%	3	3,6%	0,275
		jovens (20 a 24)	6	40,0%	19	47,5%	6	33,3%	1	10,0%	32	38,6%	
		adultos (25 a 59)	8	53,3%	19	47,5%	9	50,0%	8	80,0%	44	53,0%	
		idosos (> 60)	0	0,0%	2	5,0%	1	5,6%	1	10,0%	4	4,8%	
agressor desconhecidos	vítima masculino	adolescentes e pré (10-19)	0	0,0%	1	25,0%	2	40,0%	2	12,5%	5	19,2%	0,329
		jovens (20 a 24)	1	100%	0	0,0%	1	20,0%	10	62,5%	12	46,2%	
		adultos (25 a 59)	0	0,0%	3	75,0%	2	40,0%	3	18,8%	8	30,8%	
		idosos (> 60)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	6,3%	1	3,8%	
	vítima feminina	crianças (0-9)	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,1%	0,008
		adolescentes e pré (10-19)	1	100%	0	0,0%	3	20,0%	9	25,0%	13	20,0%	
		jovens (20 a 24)	0	0,0%	7	53,8%	10	66,7%	17	47,2%	34	52,3%	
		adultos (25 a 59)	0	0,0%	4	30,8%	0	0,0%	10	27,8%	14	21,5%	
		idosos (> 60)	0	0,0%	0	0,0%	2	13,3%	0	0,0%	2	3,1%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A análise dos dados da Tabela 10 sugere que somente existiu significância estatística entre faixa etária da vítima com o “Ciclo de vida do agressor” quando o agressor era desconhecido e a vítima, mulher (p-valor = 0,008).

O índice de “jovens (20 a 24 anos)” agressores foi de 0,0% entre vítimas lactentes (< 2 anos); 53,8% entre vítimas de 2 a 9 anos; 66,7% entre vítimas de 10 a 13 anos e 47,2% entre as vítimas de 17 a 18 anos. Todas as vítimas eram do gênero feminino.

Pais, independentemente de seu ciclo de vida, agrediram seus filhos, tanto do gênero masculino como do feminino, sem predileção pela faixa etária das vítimas.

4.4 Perfil sociodemográfico e econômico da Região Metropolitana de Jundiaí

Os dados sociodemográficos e econômicos dos setores censitários de 93,76% dos logradouros das vítimas estudadas encontram-se distribuídos na Tabela 11 e na Figura 24.

Não foi encontrada significância estatística, nesse estudo, para nenhuma das variáveis sociodemográficas dos setores censitários dos locais de moradia das vítimas.

Tabela 11 - Distribuição das Variáveis do Endereço.

		N	%	P-valor
Área (N=574)	Muito Baixa	115	20,0%	0,883
	Baixa	115	20,0%	0,883
	Moderada	114	19,9%	0,825
	Alta	117	20,4%	Ref.
	Muito Alto	113	19,7%	0,768
Densidade demográfica (N=571)	Muito Baixa	115	20,1%	0,941
	Baixa	116	20,3%	Ref.
	Moderada	113	19,8%	0,825
	Alta	113	19,8%	0,825
	Muito Alto	114	20,0%	0,883
Domicílios (N=571)	Muito Baixa	115	20,1%	0,883
	Baixa	117	20,5%	Ref.
	Moderada	111	19,4%	0,657
	Alta	115	20,1%	0,883
	Muito Alto	113	19,8%	0,768
PEA Dia (N=523)	Muito Baixa	105	20,1%	0,702
	Baixa	107	20,5%	0,819
	Moderada	110	21,0%	Ref.
	Alta	96	18,4%	0,276
	Muito Alto	105	20,1%	0,702
População (N=571)	Muito Baixa	118	20,7%	0,884
	Baixa	117	20,5%	0,827
	Moderada	108	18,9%	0,374
	Alta	120	21,0%	Ref.
	Muito Alto	108	18,9%	0,374
População que trabalha (N=471)	Muito Baixa	96	20,4%	0,872
	Baixa	94	20,0%	0,746
	Moderada	93	19,7%	0,685
	Alta	98	20,8%	Ref.
	Muito Alto	90	19,1%	0,514
Renda média (N=571)	Muito Baixa	115	20,1%	Ref.
	Baixa	114	20,0%	0,941
	Moderada	114	20,0%	0,941
	Alta	114	20,0%	0,941
	Muito Alto	114	20,0%	0,941
Renda nominal (N=571)	Muito Baixa	115	20,1%	Ref.
	Baixa	114	20,0%	0,941
	Moderada	115	20,1%	Ref.
	Alta	113	19,8%	0,882
	Muito Alto	114	20,0%	0,941

Fonte: elaborada pela autora, 2021

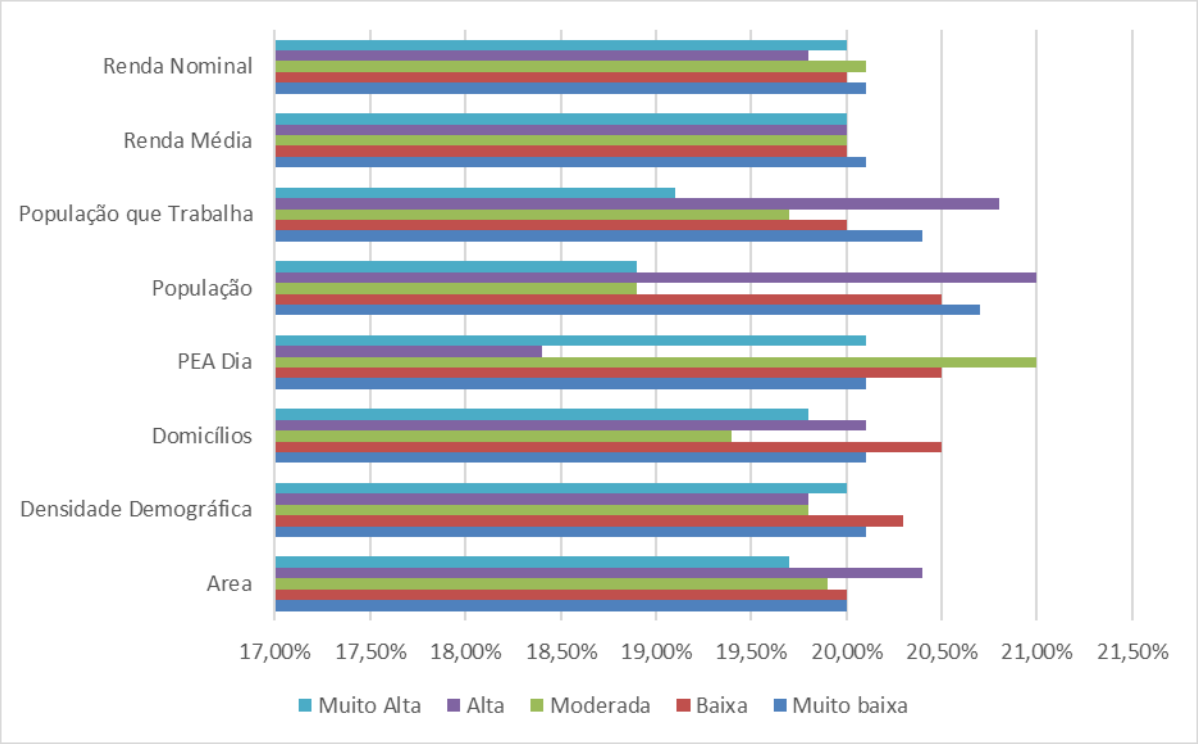


Figura 24 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, categorizadas por decis, dos logradouros de casos de violência contra crianças e adolescentes.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Na Tabela 12, encontram-se relacionados os tipos de violência (física e sexual) com as variáveis sociodemográficas, dos setores censitários, categorizadas a partir do endereço das vítimas (Figuras 25 a 32) . A representação em mapas da distribuição dos casos de violência por densidade demográfica e renda mensal encontra-se ilustrada nos Anexos 9 e 10, respectivamente.

O presente estudo não encontrou significância estatística entre o tipo de violência, física ou sexual, com nenhuma das variáveis sociodemográficas e econômicas categorizadas a partir do endereço das vítimas, ou seja, são variáveis consideradas estatisticamente independentes. Tal fato reforça o senso de que a violência é situação democrática: não poupa nada nem ninguém. A representação da distribuição dos casos de violência física e sexual no mapa da região estudada encontra-se no Anexo 11.

Tabela 12 - Relação do tipo de violência com as variáveis sociodemográficas categorizadas a partir do endereço das vítimas.

Endereço		**Física**		**Sexual**		**Total**		**P-valor**
		N	%	N	%	N	%	
Área	Muito Baixa	47	22,1%	68	18,8%	115	20,0%	0,051
	Baixa	52	24,4%	63	17,5%	115	20,0%	
	Moderada	45	21,1%	69	19,1%	114	19,9%	
	Alta	37	17,4%	80	22,2%	117	20,4%	
	Muito Alto	32	15,0%	81	22,4%	113	19,7%	
Densidade Demográfica	Muito Baixa	32	15,1%	83	23,1%	115	20,1%	0,084
	Baixa	39	18,4%	77	21,4%	116	20,3%	
	Moderada	46	21,7%	67	18,7%	113	19,8%	
	Alta	50	23,6%	63	17,5%	113	19,8%	
	Muito Alto	45	21,2%	69	19,2%	114	20,0%	
Domicílios	Muito Baixa	39	18,4%	76	21,2%	115	20,1%	0,432
	Baixa	40	18,9%	77	21,4%	117	20,5%	
	Moderada	49	23,1%	62	17,3%	111	19,4%	
	Alta	45	21,2%	70	19,5%	115	20,1%	
	Muito Alto	39	18,4%	74	20,6%	113	19,8%	
PEA Dia	Muito Baixa	33	15,5%	72	23,2%	105	20,1%	0,085
	Baixa	50	23,5%	57	18,4%	107	20,5%	
	Moderada	47	22,1%	63	20,3%	110	21,0%	
	Alta	34	16,0%	62	20,0%	96	18,4%	
	Muito Alto	49	23,0%	56	18,1%	105	20,1%	
População	Muito Baixa	40	18,9%	78	21,7%	118	20,7%	0,716
	Baixa	44	20,8%	73	20,3%	117	20,5%	
	Moderada	46	21,7%	62	17,3%	108	18,9%	
	Alta	44	20,8%	76	21,2%	120	21,0%	
	Muito Alto	38	17,9%	70	19,5%	108	18,9%	
População que Trabalha	Muito Baixa	34	17,4%	62	22,5%	96	20,4%	0,251
	Baixa	44	22,6%	50	18,1%	94	20,0%	
	Moderada	39	20,0%	54	19,6%	93	19,7%	
	Alta	35	17,9%	63	22,8%	98	20,8%	
	Muito Alto	43	22,1%	47	17,0%	90	19,1%	
Renda Média	Muito Baixa	40	18,9%	75	20,9%	115	20,1%	0,062
	Baixa	34	16,0%	80	22,3%	114	20,0%	
	Moderada	37	17,5%	77	21,4%	114	20,0%	
	Alta	50	23,6%	64	17,8%	114	20,0%	
	Muito Alto	51	24,1%	63	17,5%	114	20,0%	
Renda Nominal	Muito Baixa	37	17,5%	78	21,7%	115	20,1%	0,527
	Baixa	39	18,4%	75	20,9%	114	20,0%	
	Moderada	43	20,3%	72	20,1%	115	20,1%	
	Alta	45	21,2%	68	18,9%	113	19,8%	
	Muito Alto	48	22,6%	66	18,4%	114	20,0%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

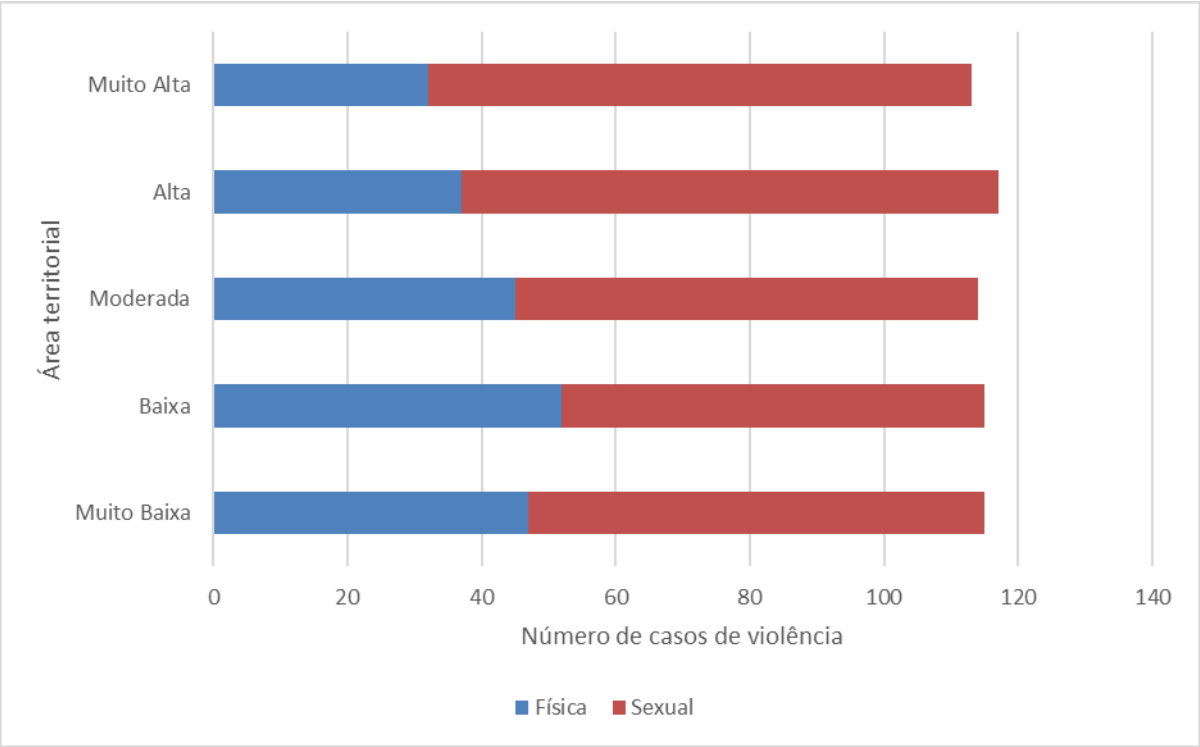


Figura 25 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em número absoluto, pelos decis da variável sociodemográfica área.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

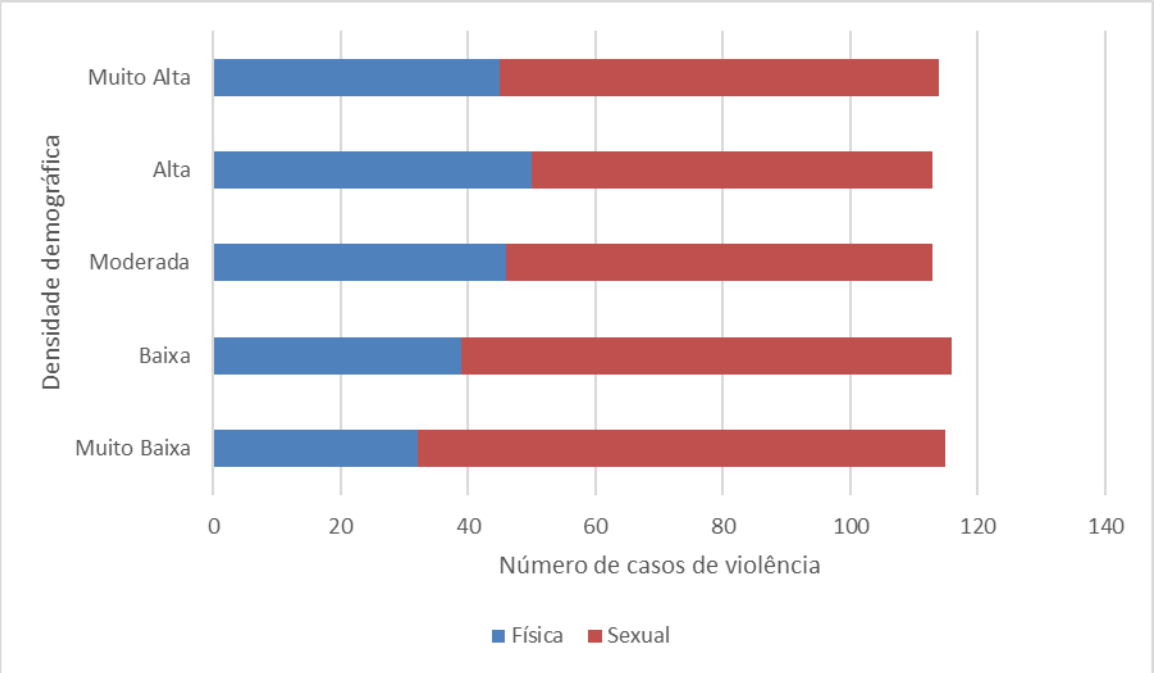


Figura 26 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica densidade demográfica.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

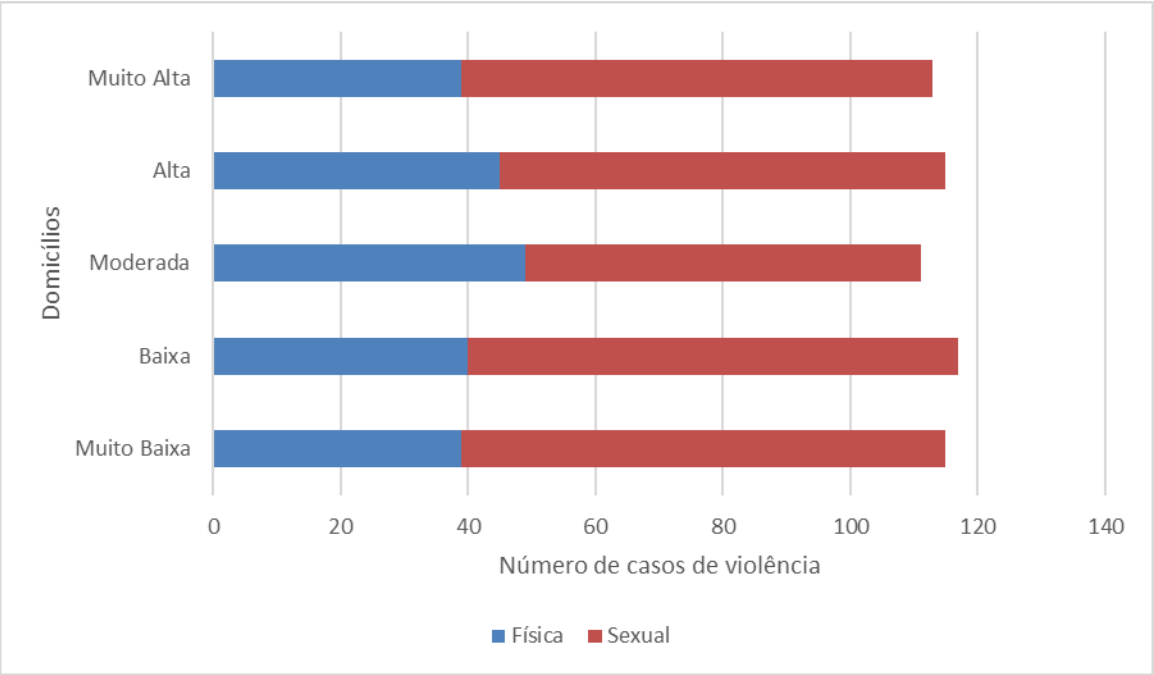


Figura 27- Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica número de domicílios.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

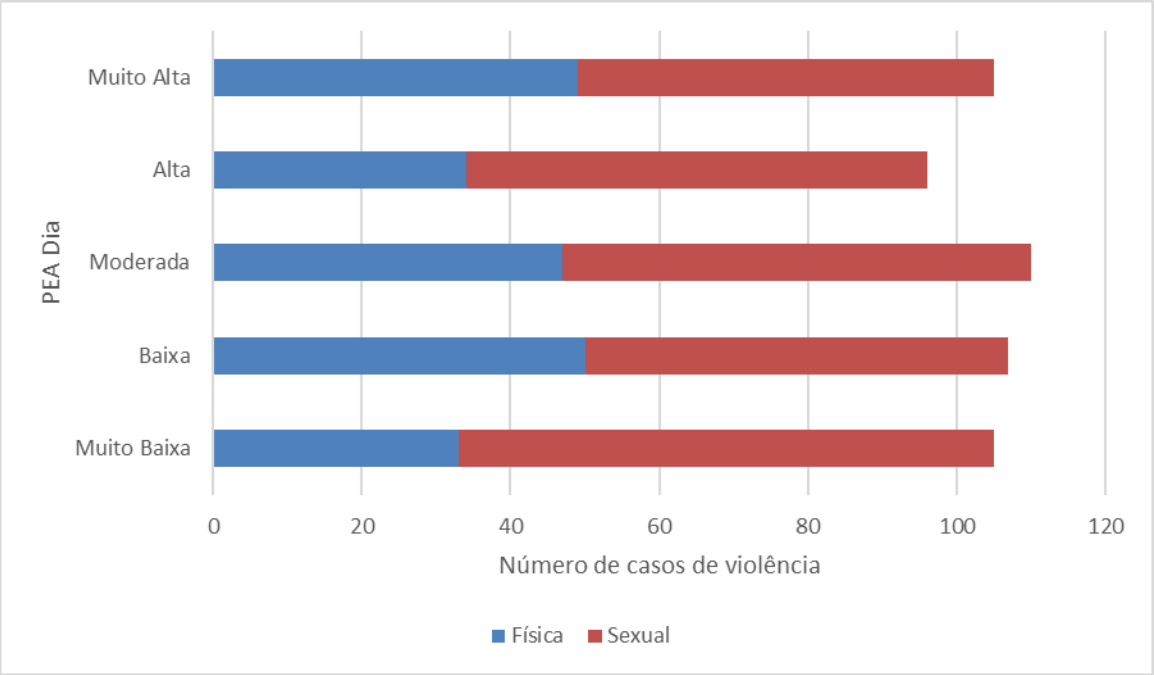


Figura 28 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica PEA Dia.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

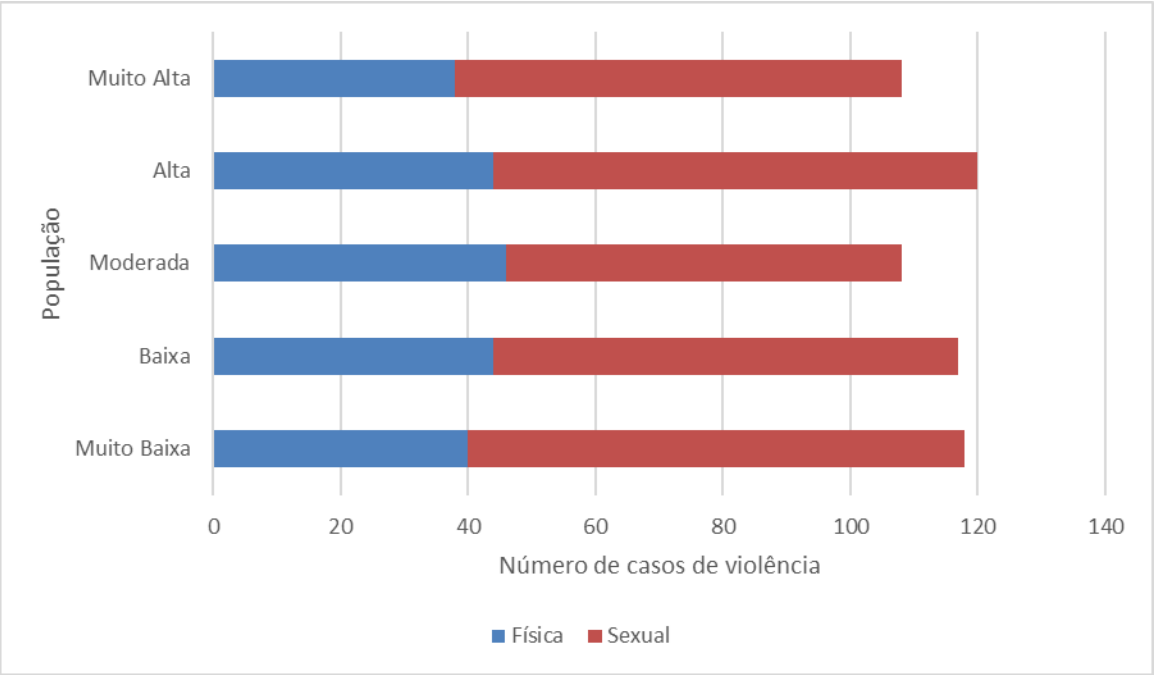


Figura 29 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica População.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

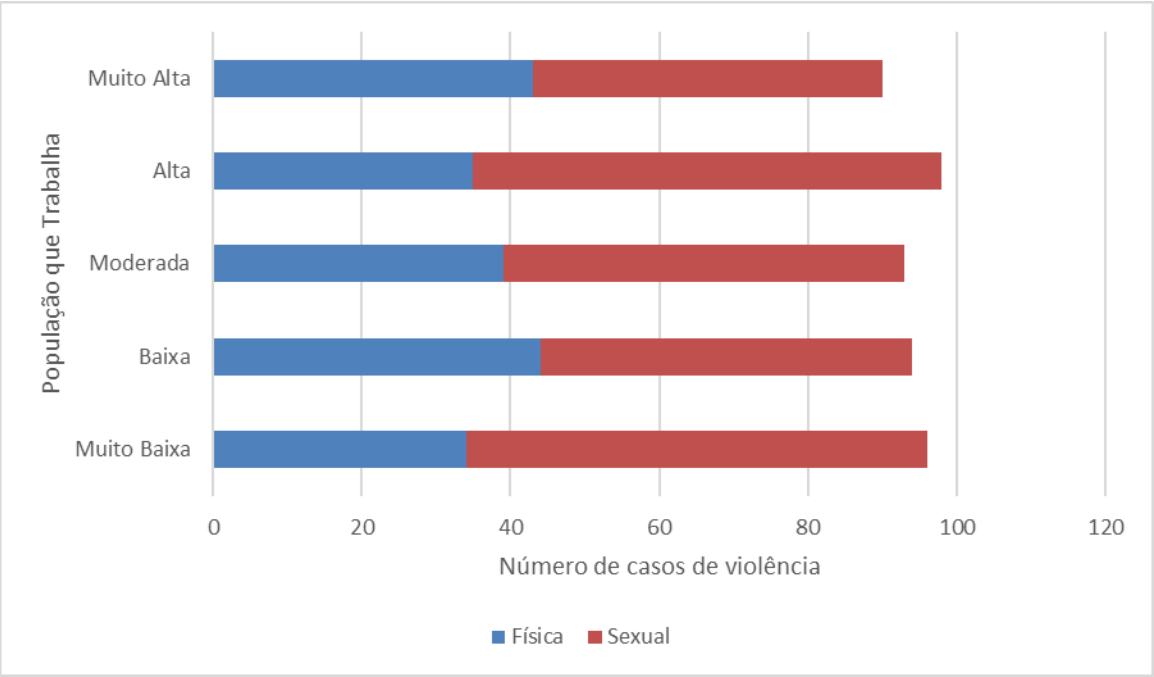


Figura 30 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica População que Trabalha.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

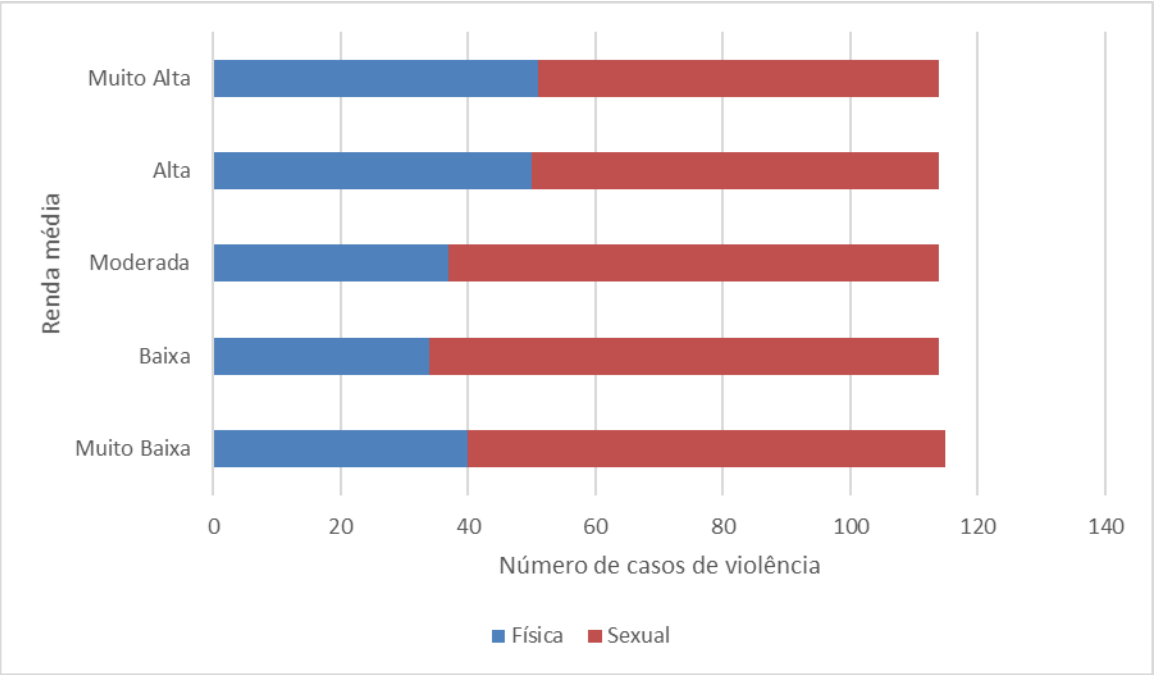


Figura 31 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, em números absolutos, entre os decis da variável sociodemográfica Renda Média.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

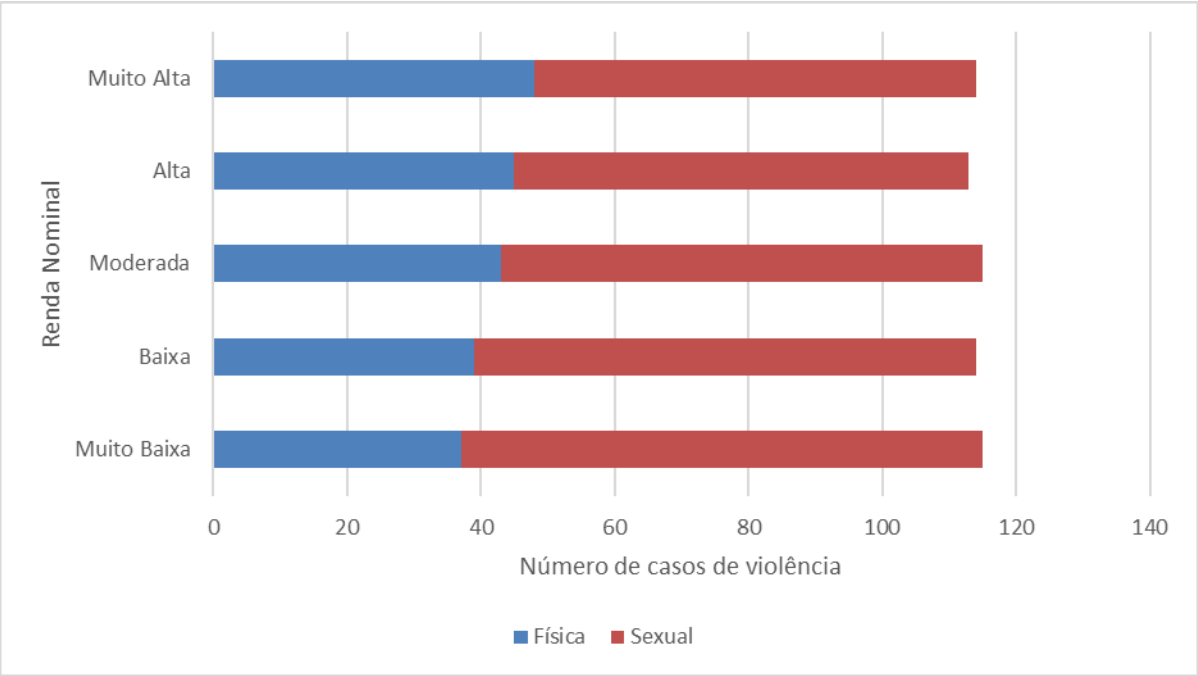


Figura 32 - Distribuição dos casos de violência física e sexual, entre os decis da variável sociodemográfica Renda Nominal.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

4.4.1 Perfil epidemiológico do município de Jundiaí

As notificações de violências estudadas foram estratificadas segundo o município de moradia da vítima, pertencente ou não à microrregião de Jundiaí. A representação dessa distribuição encontra-se no Anexo 7.

Verificou-se que 69,46% (N=423/609) da amostra corresponde a casos de violência ocorridos no município de Jundiaí. Esta casuística foi estatisticamente significante ($p<0.01$) em relação aos casos ocorridos em outros municípios, conforme a Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos casos de violência por município.

Município	Casos de Violência	%
Jundiaí	423	69,45%
Várzea Paulista	85	13,95%
Campo Limpo Paulista	26	4,26%
Cabreúva	24	3,94%
Itupeva	22	3,61%
Louveira	12	1,97%
Jarinu	10	1,64%
Grande São Paulo	6	0,98%
Itatiba	1	0,16%
Total	609	100%

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Devido a diferença significativa no número de notificações de violências ocorridas em Jundiaí/SP, foram estratificadas as incidências de acordo com os bairros com maior prevalência no município (Figura 33).

A descrição do tipo de violência e idade média das vítimas para os bairros com maior prevalência encontra-se na Figura 34 e, por fim, a incidência de casos por gênero das vítimas por cada bairro na Figura 35.

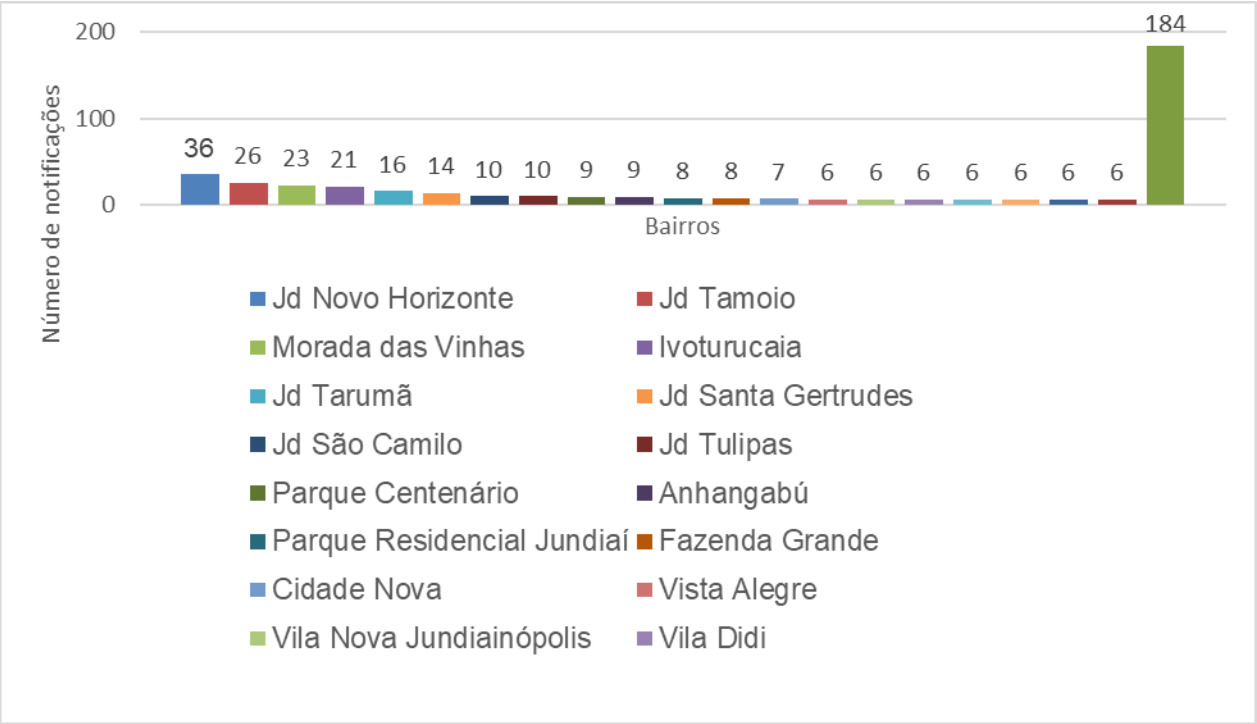


Figura 33 - Distribuição das notificações de acordo com os bairros de ocorrência da violência em Jundiaí.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

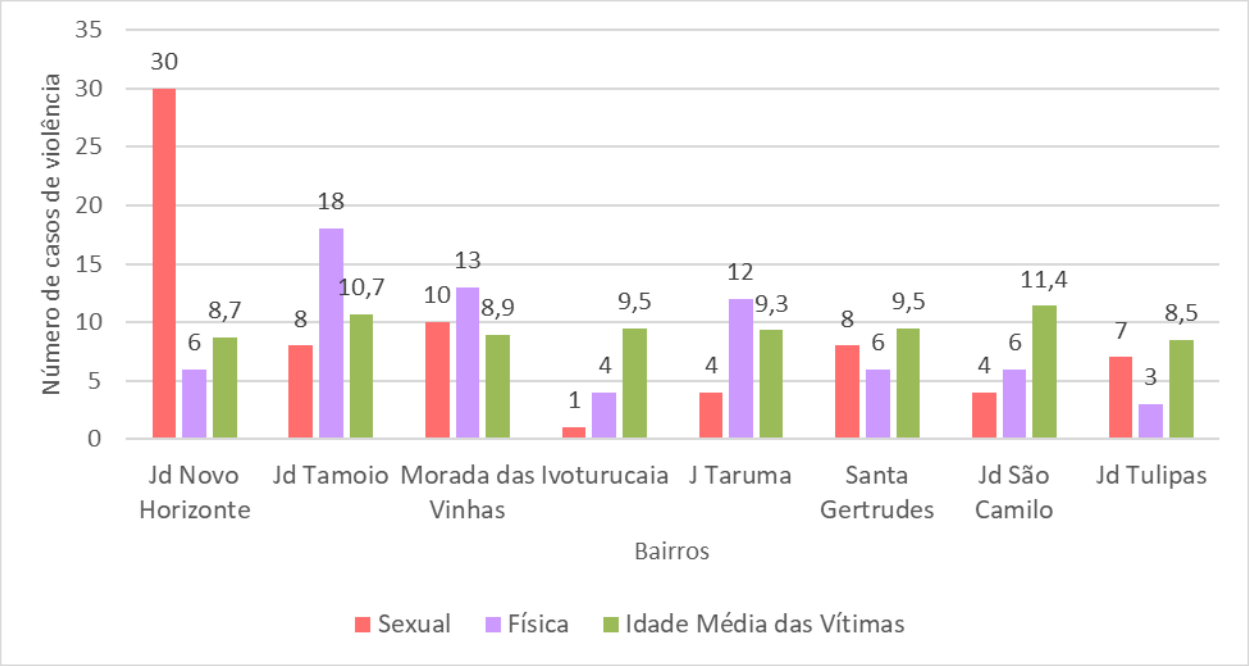


Figura 34 - Tipo de violência e idade média das vítimas (em anos) para os bairros com maior prevalência em Jundiaí.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

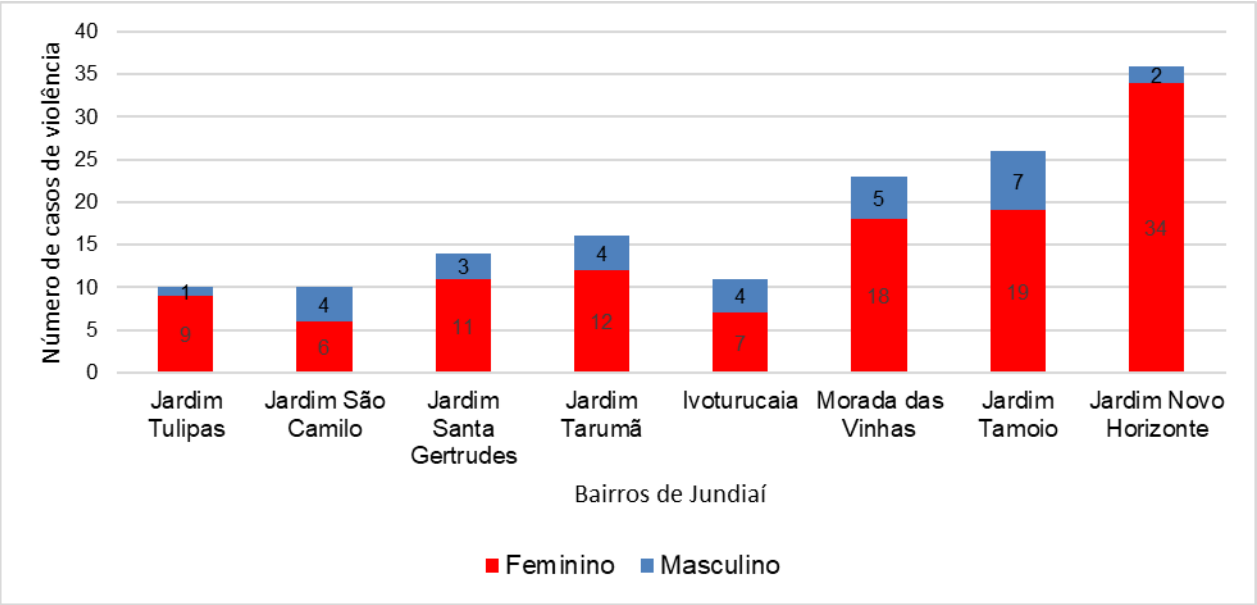


Figura 35 - Incidência dos casos por gênero das vítimas para os bairros com maior prevalência em Jundiaí.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

A análise dos dados encontrados evidenciou o Jardim Novo Horizonte e o Jardim Tamoio com o maior número de casos de violência registrados. Em todos os bairros com mais de 5 notificações, o sexo feminino é o mais agredido.

Jardim Novo Horizonte apresentou 30 casos de violência sexual, 6 casos de violência física e idade média da vítima de 8,7 anos.

Jardim Tamoio apresentou 18 casos de violência física, 8 de violência sexual e idade média das vítimas de 10,7 anos.

Os 184 casos mostrados na Figura 33 estão dispersos por inúmeros bairros de Jundiaí, com notificações iguais ou inferiores a 5, sugerindo distribuição uniforme na maioria dos bairros do município.

4.5 Perfil epidemiológico da violência no perìodo pré e durante a pandemia da COVID-19

Inicialmente, procedeu-se a análise do índice de atendimentos por violência em crianças e adolescentes realizados no PS do HU de Jundiaí, desde junho de 2016 até dezembro de 2020. Os percentuais foram calculados para o total de

atendimentos, por demanda geral, realizados em cada um dos meses, de cada ano estudado. Dados compilados na Tabela 14.

Tabela 14 - Evolução do índice de atendimento de casos de violência infantil, expresso em porcentagem, em relação ao total de atendimentos por demanda geral, expresso em números absolutos, no período de 2016 a 2020.

	Ano 2016			**Ano 2017**			**Ano 2018**			**Ano 2019**			**Ano 2020**		
	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
Jan	0	0,00%	4304	1	0,02%	4455	4	0,09%	4667	13	0,29%	4431	17	0,44%	3848
Fev	0	0,00%	4343	6	0,13%	4796	9	0,20%	4442	7	0,17%	4051	22	0,55%	3974
Mar	0	0,00%	7249	10	0,14%	6995	9	0,13%	6792	11	0,17%	6498	12	0,32%	3760
Abr	0	0,00%	7492	12	0,17%	6879	15	0,19%	7906	13	0,17%	7530	7	0,64%	1100
Mai	0	0,00%	7176	2	0,03%	7361	7	0,10%	7133	14	0,18%	7881	7	0,57%	1219
Jun	0	0,00%	5718	8	0,12%	6749	21	0,35%	6030	6	0,09%	7006	11	0,71%	1545
Jul	11	0,22%	5063	15	0,29%	5186	9	0,19%	4801	9	0,20%	4614	12	0,60%	1999
Ago	10	0,18%	5538	13	0,22%	5879	7	0,13%	5475	18	0,33%	5457	9	0,44%	2065
Set	16	0,28%	5810	13	0,19%	6890	7	0,11%	6114	14	0,24%	5776	13	0,56%	2322
Out	9	0,13%	6674	15	0,23%	6635	9	0,13%	6920	21	0,33%	6356	19	0,76%	2492
Nov	6	0,10%	5839	8	0,14%	5887	6	0,09%	6417	20	0,38%	5239	15	0,59%	2547
Dez	9	0,18%	4960	11	0,21%	5299	6	0,12%	4810	17	0,38%	4489	18	0,67%	2688
Total	61	1,09%	70166	114	1,89%	73011	109	1,83%	71507	163	2,93%	69328	162	6,85%	29559

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Houve aumento progressivo, ano a ano, do percentual de atendimento de violência infantil em relação ao total de atendimentos por demanda geral nos anos estudados, com significância estatística, conforme demonstrado na Tabela 15 e na Figura 36.

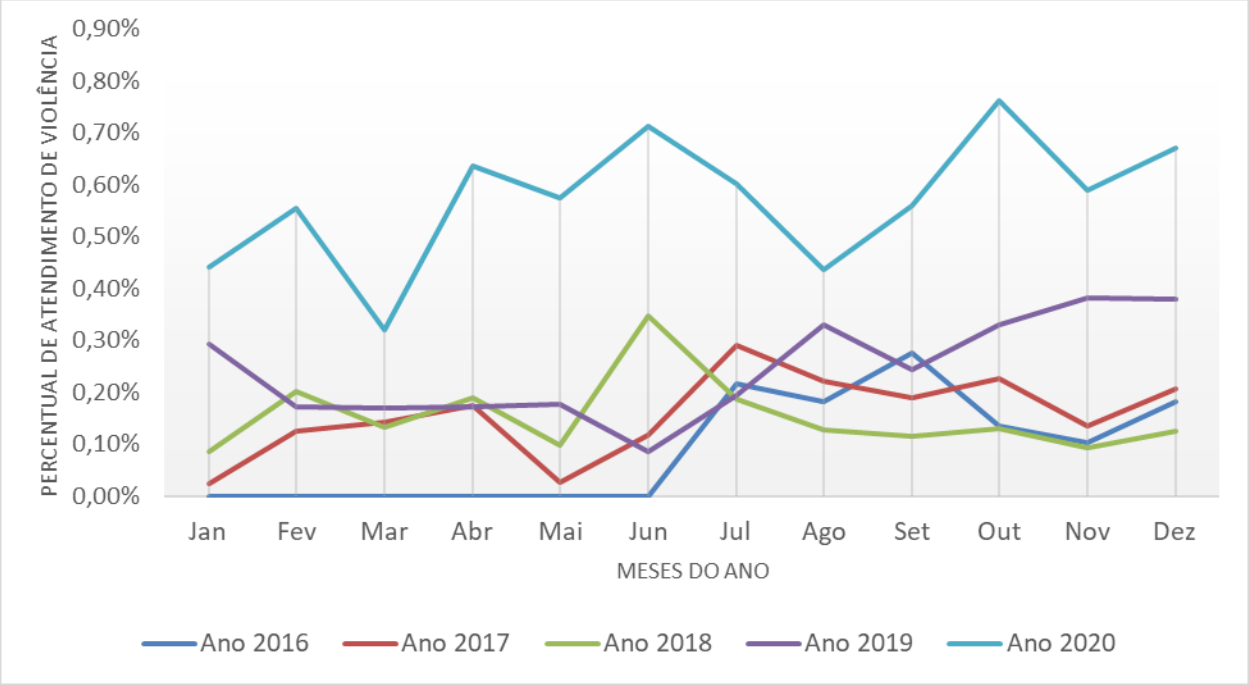


Figura 36 - Distribuição mensal do índice de violência contra crianças e adolescentes, em relação ao atendimento por demanda geral do PS infantil do HU, estratificado por ano de atendimento.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Tabela 15 - P-valores da comparação do índice de atendimento anual por violência.

	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019
Ano 2017	0,028			
Ano 2018	0,494	<0,001		
Ano 2019	0,367	<0,001	0,839	
Ano 2020	0,389	0,070	0,056	0,018

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Foram calculados os índices de atendimentos por violência ocorridos durante a pandemia da COVID-19, de abril a dezembro de 2020. Os dados foram comparados aos índices de atendimento feitos nos nove meses imediatamente anteriores à pandemia (julho de 2019 a março de 2020) e aos índices do mesmo período do ano anterior (abril de 2019 a dezembro de 2019). Evidenciou-se aumento progressivo e com significância estatística em relação ao total de casos atendidos, conforme a Tabela 16 e a Figura 37.

Tabela 16 - Compara índices de atendimento antes e durante a pandemia.

Período	N	Total	%	P-valor
Abril a Dezembro 2019	150	43.513	0,34%	<0,001
Julho 2019 a Março 2020	132	54.348	0,24%	<0,001
Abril a Dezembro 2020	111	17.977	0,62%	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Identificou-se que no mesmo período de 2019 (anterior à pandemia) o índice de atendimento a crianças vítimas de violência foi de 0,24% e, que nos nove meses imediatamente anteriores à pandemia, o índice ficou em 0,34%. Durante a pandemia (abril-20 a dez-20), o índice de atendimento à violência infantil subiu para 0,62%, estatisticamente diferente dos outros dois períodos (p-valor <0,001, em ambas as comparações). Essa análise mostra o aumento estatisticamente significante dos casos de violência no período de pandemia.

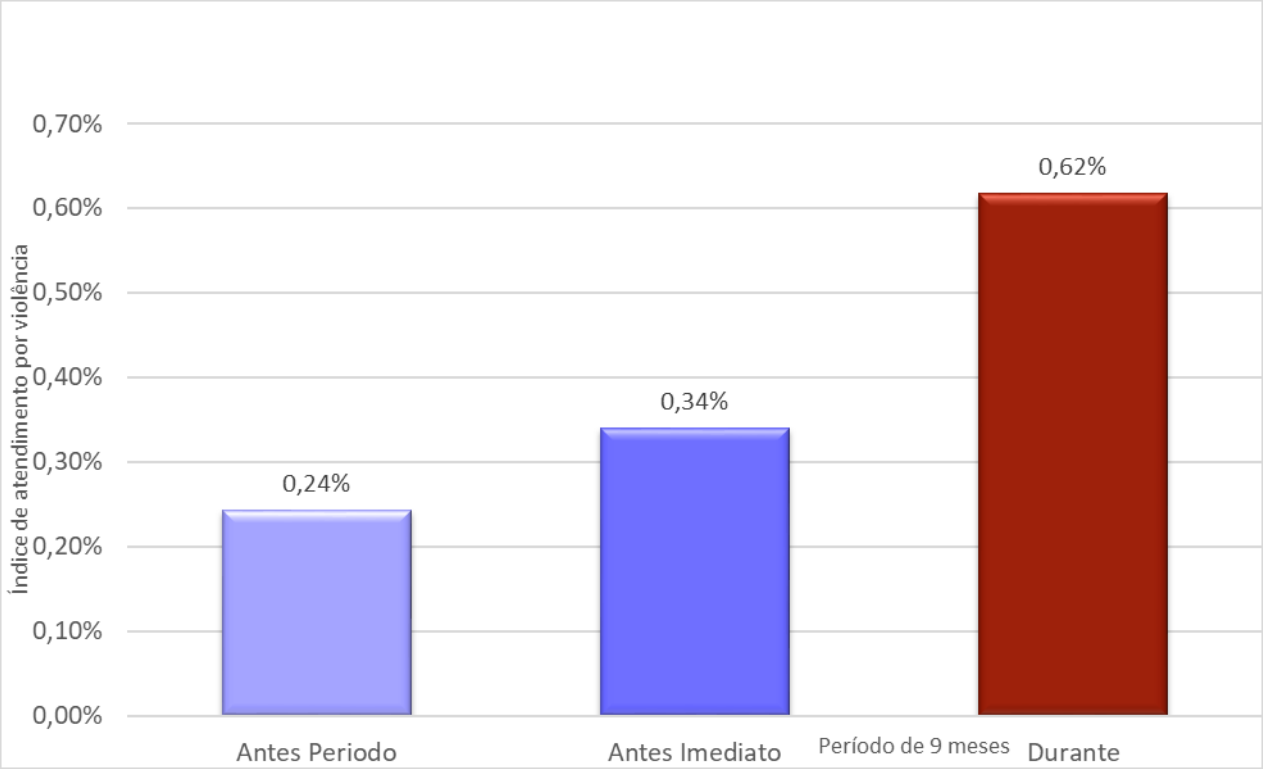


Figura 37 - Índices de atendimento por violência contra crianças e adolescentes em relação à demanda geral de atendimentos no PS Infantil do HU, estratificados por período: nove meses de pandemia (março a dez de 2020: durante), nove meses imediatamente anteriores à pandemia (set a dez 2019 e jan a março de 2020: antes imediato) e os mesmos nove meses, do ano anterior (março a dez de 2019: antes período).
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Analisou-se também a distribuição por trimestre, ao longo dos anos, tanto dos atendimentos gerados por demanda espontânea, como dos atendimentos por violência física e sexual em crianças e adolescentes.

A Figura 38 mostrou comparativamente (painel A e B) que, até a pandemia da COVID-19, tanto demanda espontânea como casos de violência apresentavam evolução paralela. Com o início da quarentena decretada no Brasil, o número de atendimentos de causas gerais atendidos no PS caiu drasticamente, enquanto o número proporcional de casos de violência seguiu em aumento expressivo, sugerindo aumento importante da violência contra crianças e adolescentes durante o período de isolamento social.

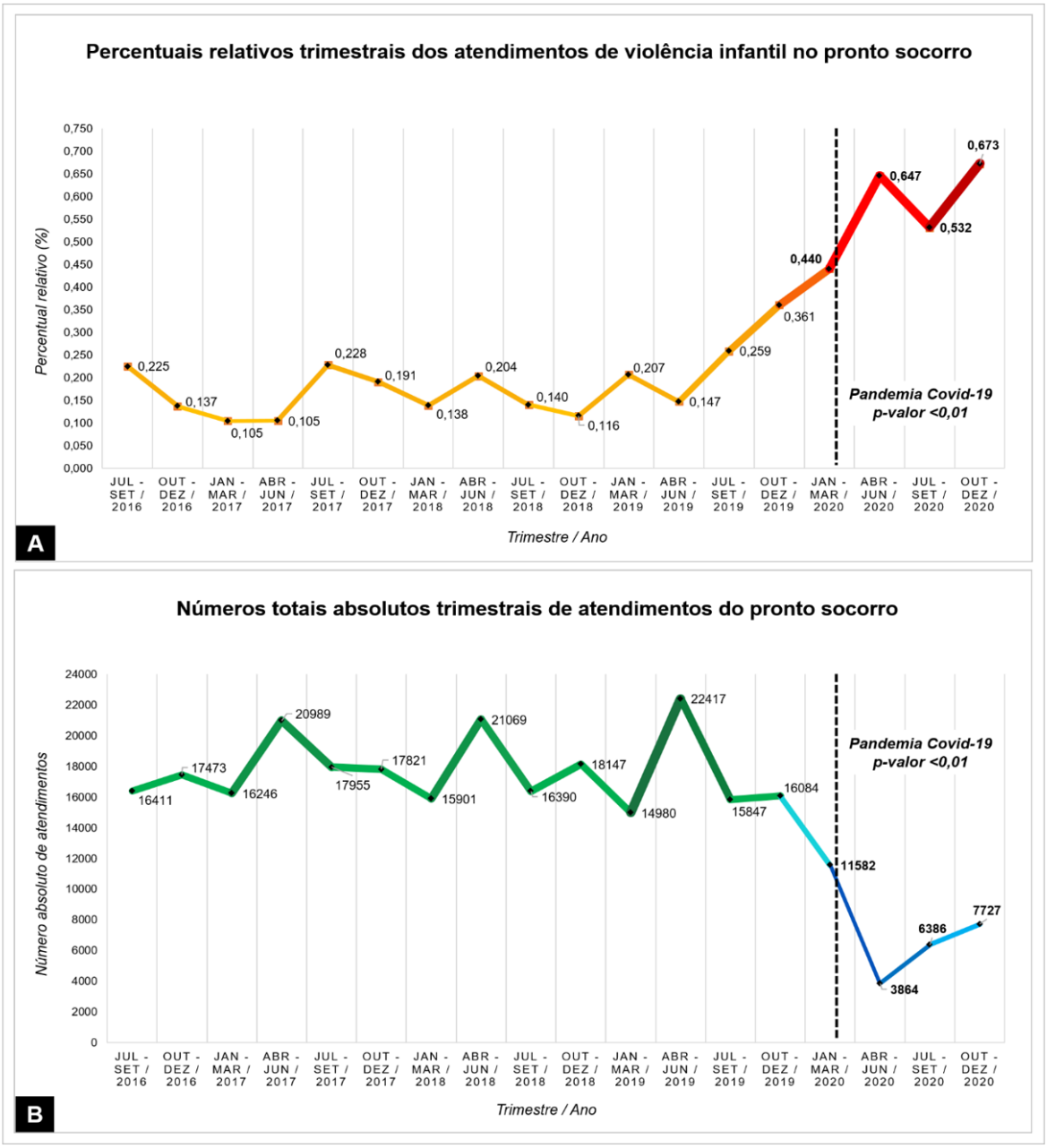


Figura 38 - Painel de indicadores de atendimento do pronto-socorro. (A) Percentual relativo trimestral do número de atendimentos por violência. (B) Números absolutos de atendimentos do pronto-socorro.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

A análise da evolução epidemiológica, ano a ano, do índice de cada tipo de violência foi demonstrada na Tabela 17 e na Figura 39.

Tabela 17 - Distribuição do tipo de violência nos anos.

	Física		Sexual		Total
	N	%	N	%	
Ano 2016	21	34,4%	40	65,6%	61
Ano 2017	59	51,8%	55	48,2%	114
Ano 2018	32	29,4%	77	70,6%	109
Ano 2019	46	28,2%	117	71,8%	163
Ano 2020	66	40,7%	96	59,3%	162

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A violência sexual foi mais prevalente que a física em todos os anos estudados, exceção feita a 2017, no qual houve discreto predomínio da violência física.

A violência física foi de 34,4% em 2016, subiu para 51,8% em 2017, seu maior valor, caindo por dois anos seguidos para 29,4% e 28,2% em 2019, quando atingiu seu menor valor. Em 2020, subiu para 40,7% - aumento de 44,4% em relação ao ano anterior.

O índice de violência sexual foi de 65,6% em 2016, caiu para 48,2% em 2017 e subiu nos dois anos seguintes, atingindo seu pico em 2019, com 71,8%. Em 2020, caiu para 59,3%.

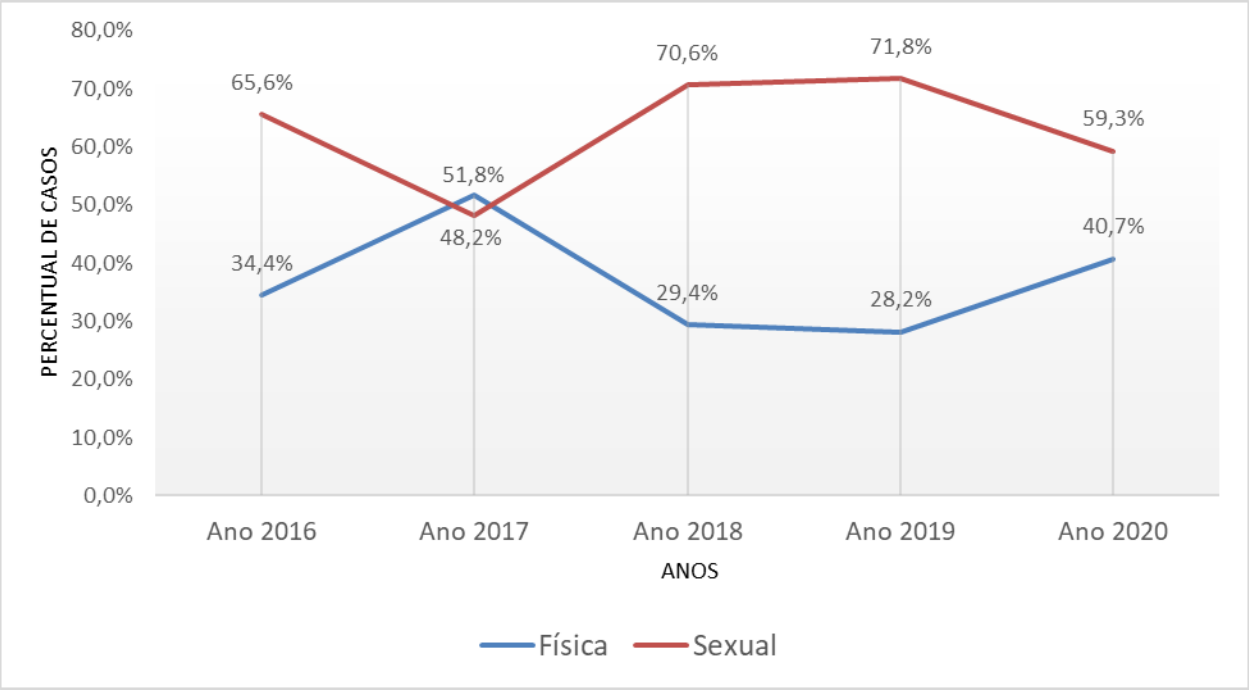


Figura 39 - Distribuição anual da violência sexual e física em crianças e adolescentes, no período de 2016 a 2020.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Por fim, analisou-se a evolução do índice de violência e seu tipo, ao longo dos semestres, desde o 2º semestre de 2016, por meio do teste de Igualdade de Duas Proporções.

Na tabela 18, nós mostramos a distribuição dos casos absolutos e sua prevalência ao longo dos semestres. Vale ressaltar que para os quatro tipos de violência são sempre calculados as prevalências pelo total de atendimentos no período.

Tabela 18 - Distribuição dos Índices de Violência por Atendimento nos Semestres.

	Atendimento	**Física**		**Sexual**		**Violência**		**Autoprovocada**	
		N	%	N	%	N	%	N	%
2º Sem. 16	33.884	21	0,062%	40	0,118%	61	0,180%	1	0,003%
1º Sem. 17	37.235	22	0,059%	17	0,046%	39	0,105%	4	0,011%
2º Sem. 17	35.776	37	0,103%	38	0,106%	75	0,210%	6	0,017%
1º Sem. 18	36.970	18	0,049%	47	0,127%	65	0,176%	3	0,008%
2º Sem. 18	34.537	14	0,041%	30	0,087%	44	0,127%	2	0,006%
1º Sem. 19	37.397	15	0,040%	49	0,131%	64	0,171%	3	0,008%
2º Sem. 19	31.931	31	0,097%	68	0,213%	99	0,310%	8	0,025%
1º Sem. 20	15.446	32	0,207%	44	0,285%	76	0,492%	18	0,117%
2º Sem. 20	14.113	34	0,241%	52	0,368%	86	0,609%	22	0,156%

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A tabela 19 mostra todos os p-valores das comparações, duas a duas, entre os semestres, possibilitando entender com o máximo de detalhes os resultados. No cruzamento da linha com a coluna encontra-se o p-valor.

Tabela 19 - P-valores da tabela 2.

		2º Sem. 16	1º Sem. 17	2º Sem. 17	1º Sem. 18	2º Sem. 18	1º Sem. 19	2º Sem. 19	1º Sem. 20
Física	1º Sem. 17	0,875							
	2º Sem. 17	0,058	0,035						
	1º Sem. 18	0,451	0,542	0,007					
	2º Sem. 18	0,215	0,267	0,002	0,607				
	1º Sem. 19	0,194	0,244	0,001	0,579	0,977			
	2º Sem. 19	0,109	0,072	0,795	0,017	0,005	0,004		
	1º Sem. 20	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	
	2º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,539
Sexual	1º Sem. 17	<0,001							
	2º Sem. 17	0,641	0,003						
	1º Sem. 18	0,730	<0,001	0,409					
	2º Sem. 18	0,202	0,031	0,409	0,101				
	1º Sem. 19	0,624	<0,001	0,330	0,882	0,074			
	2º Sem. 19	0,003	<0,001	<0,001	0,006	<0,001	0,009		
	1º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,131	
	2º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	0,207
Violência	1º Sem. 17	0,007							
	2º Sem. 17	0,376	<0,001						
	1º Sem. 18	0,894	0,010	0,298					
	2º Sem. 18	0,079	0,372	0,008	0,097				
	1º Sem. 19	0,777	0,015	0,232	0,878	0,130			
	2º Sem. 19	<0,001	<0,001	0,010	<0,001	<0,001	<0,001		
	1º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	
	2º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,172
Autoprovocada	1º Sem. 17	0,216							
	2º Sem. 17	0,069	0,487						
	1º Sem. 18	0,361	0,712	0,294					
	2º Sem. 18	0,575	0,468	0,172	0,710				
	1º Sem. 19	0,367	0,701	0,286	0,989	0,720			
	2º Sem. 19	0,015	0,154	0,454	0,079	0,043	0,076		
	1º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
	2º Sem. 20	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,358

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Exemplificando com o índice de violência autoprovocada: do 2º semestre de 2016 (0,003%) até o 2º semestre de 2019 (0,025%), o índice foi estatisticamente igual em todo o período. Entretanto, no 1º semestre de 2020, o índice de violência autoprovocada aumentou para 0,117% e, no 2º semestre de 2020, atingiu 0,156%. Analisando os p-valores da tabela 19, conclui-se que os índices de 2020 tiveram aumento estatístico significante. Observou-se 11,7 e 15,6 lesões autoprovocadas a cada 10mil casos, respectivamente, nos dois semestres de 2020.

Analisou-se, separadamente, os índices de atendimento por tipo de violência (sofrida física, sexual, física+sexual, autoprovocada e a violência total) por semestres dos anos estudados. Em todas, o crescimento da violência contra

crianças e adolescentes foi evidente durante o período da quarentena (Figuras 40-43).

Chamou atenção o expressivo aumento da violência autoprovocada durante o período de isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19 (Figura 44).

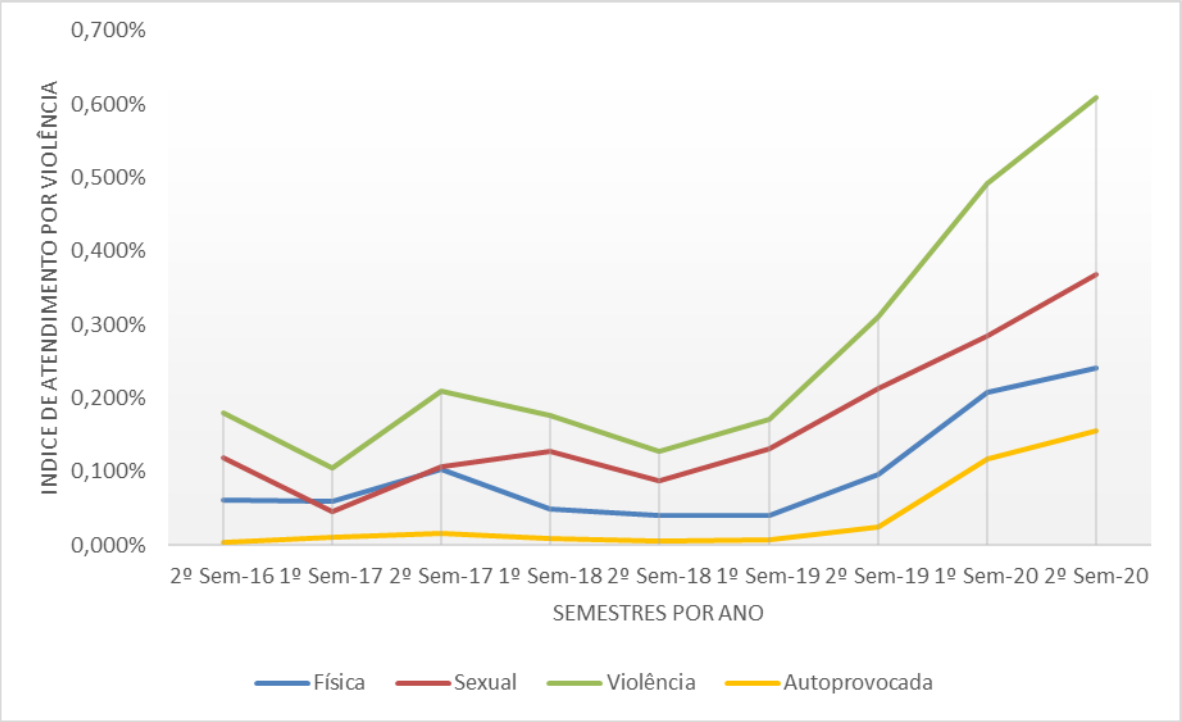


Figura 40 - Evolução dos índices de violência física, sexual , autoprovocada e violência total por semestres.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

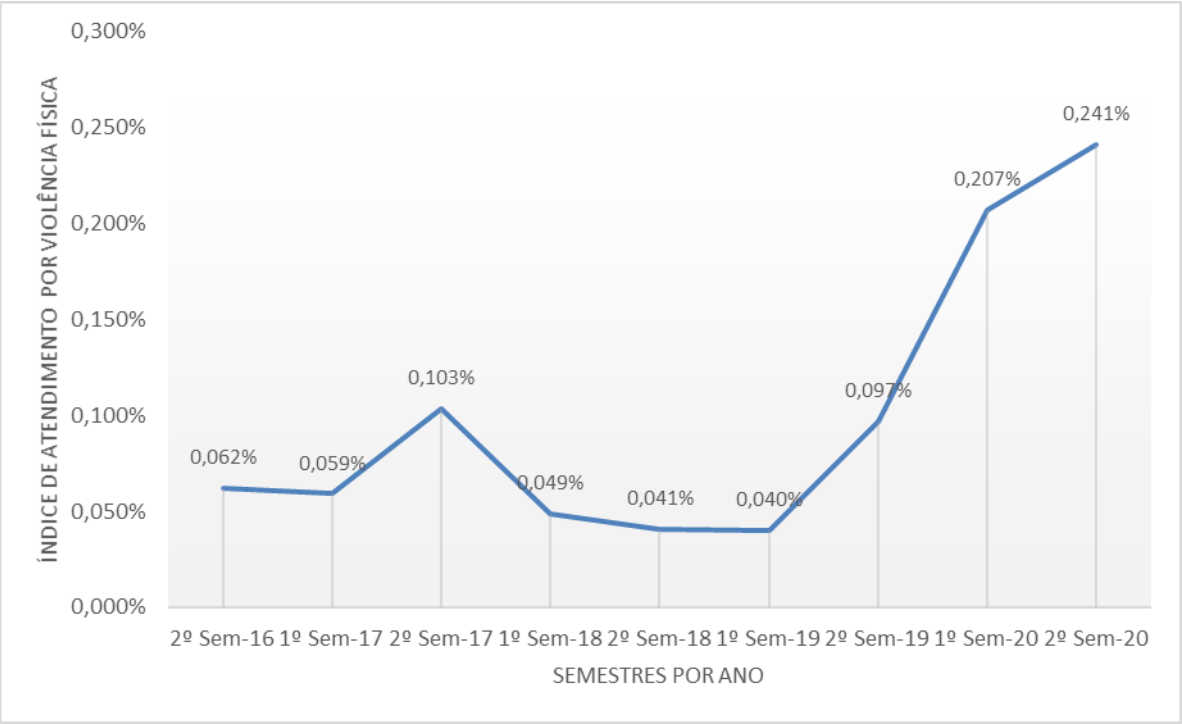


Figura 41 - Evolução do índice de violência física por semestres.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

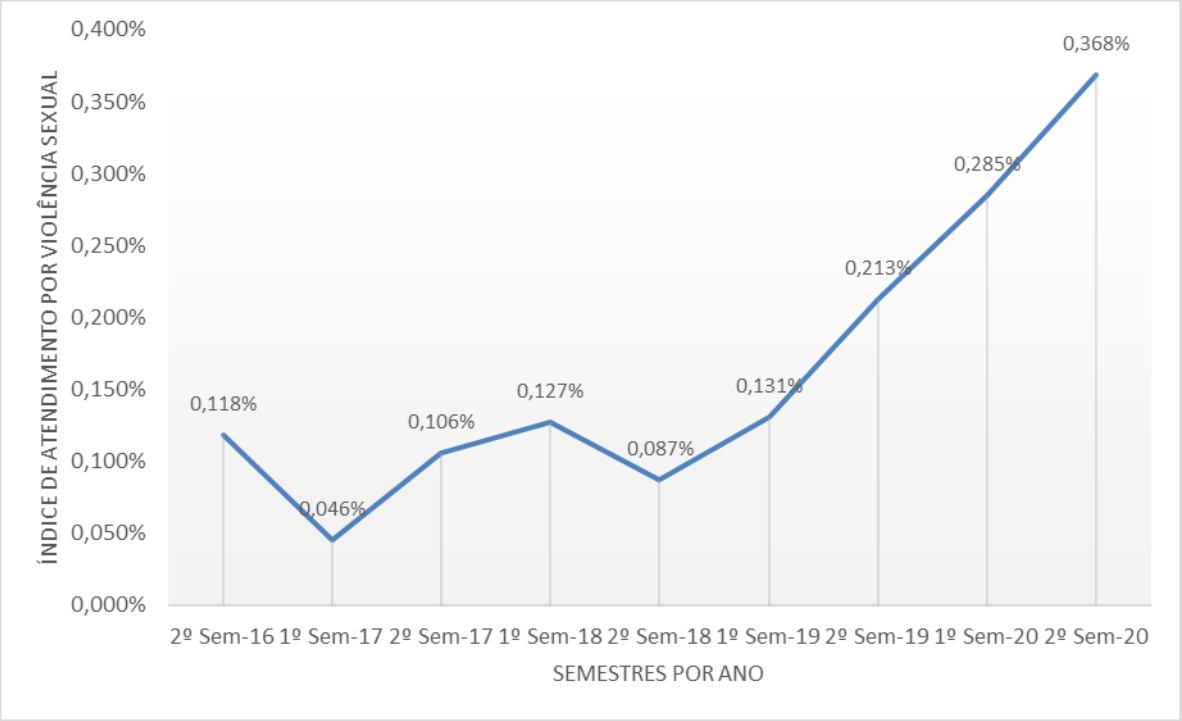


Figura 42 - Evolução do índice de violência sexual por semestres.
Fonte: elaborada pela autora,2021

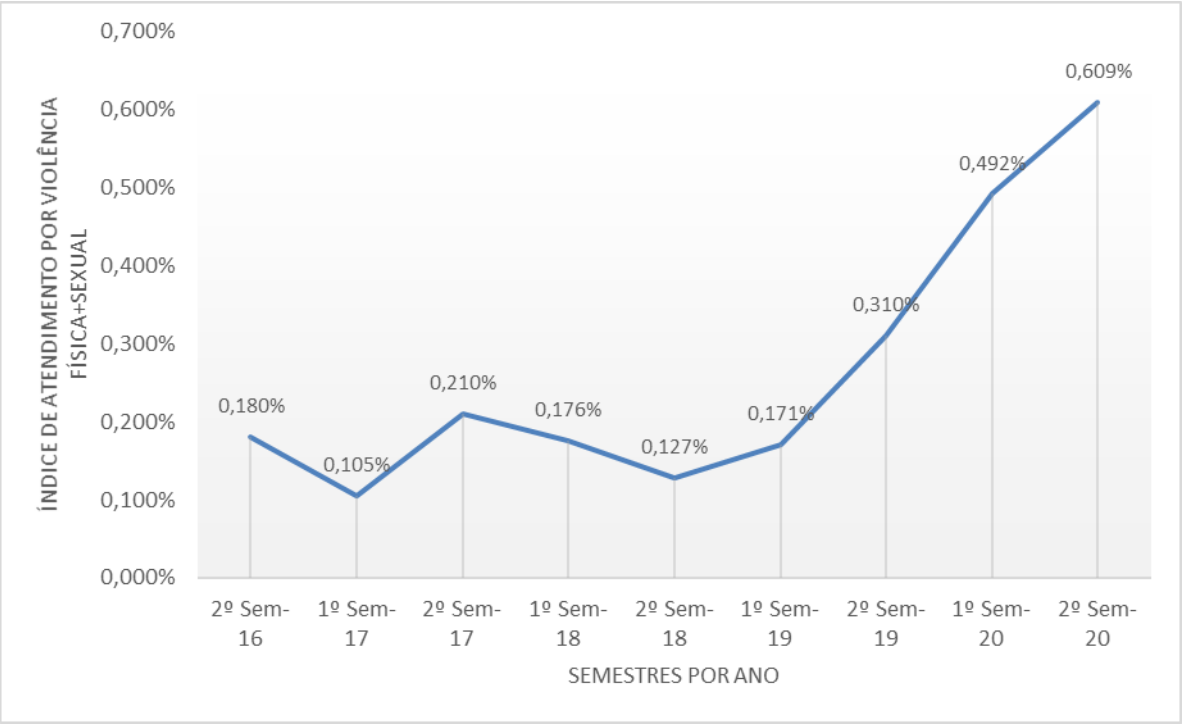


Figura 43 - Evolução do índice de violência física + sexual por semestres.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

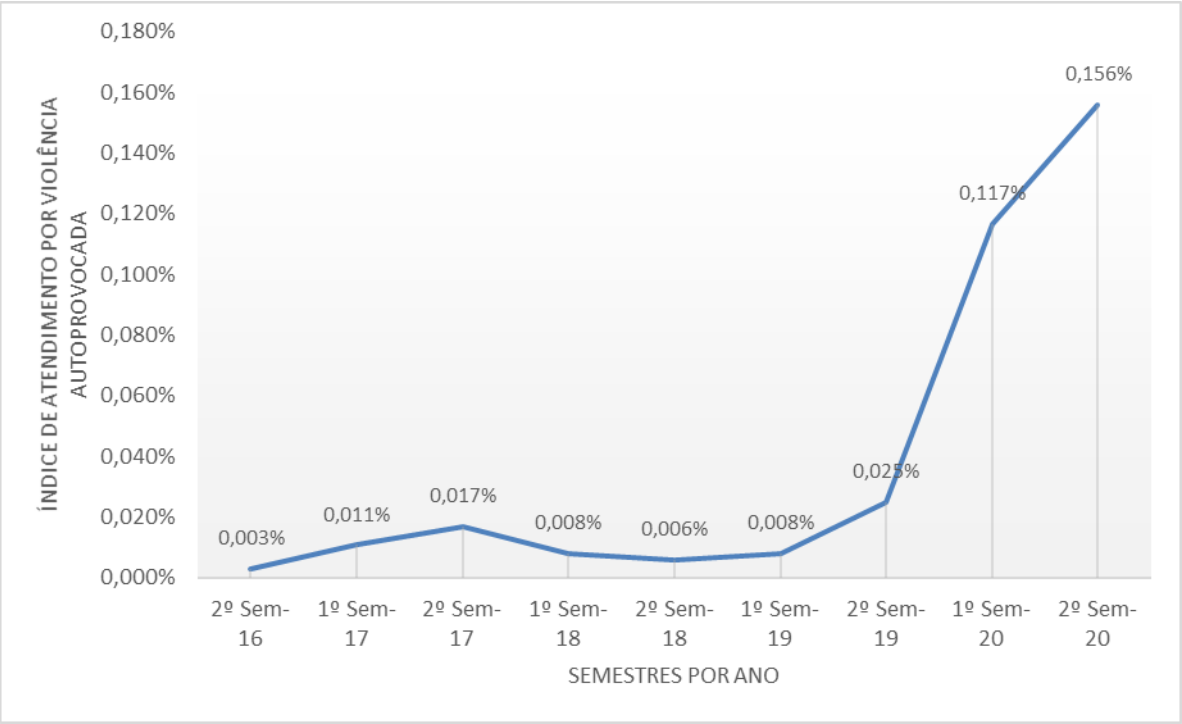


Figura 44 - Evolução do índice de violência autoprovocada distribuída por semestres.
Fonte: elaborada pela autora, 2021

5. DISCUSSÃO

5.1 Fatores gerais

A palavra violência origina-se do latim *vis* e significa força. Força utilizada contra o outro, contra sua liberdade, espontaneidade, vontade, natureza, direitos e valores. É um ato de brutalidade, intimidação, opressão e medo, contrário à toda forma racional, humana e respeitosa de sentir e agir. Alija a vítima de sua capacidade, autonomia e liberdade de escolhas e bem-estar, causando-lhe imenso sofrimento por toda a vida[7].

Definida pela OMS como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação, a violência infantil **está intimamente associada à intencionalidade** da realização do ato, independentemente do resultado produzido.

Desde as mais remotas notícias da humanidade, a supremacia do forte sobre o fraco permeia nosso inconsciente. Violência contra mulheres, discriminação e abandono de deficientes físicos ou intelectuais, desatenção à infância e adolescência, extravasamento de frustações de adultos em crianças e adolescentes fazem o círculo vicioso da violência infantil perpetuar-se por gerações e gerações, até os dias atuais. O estudo das características, peculiaridades e importância da infância e adolescência no desenvolvimento saudável do ser humano trouxe em sua esteira modificações de comportamentos antes tidos como adequados, para agora absolutamente inaceitáveis. Inegável que, ao longo dos séculos, houve progresso no olhar e abordagem da infância e adolescência. O caminho, contudo, ainda é longo até atingir-se o patamar aceitável, de tolerância zero.

5.2 Legislação

O abuso infantil, além de diagnóstico clínico, constitui-se crime, estabelecido

claramente por lei, com penalidades determinadas para seus infratores e a quem se omita frente a ele[45,46].

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948 pela ONU, reconhece o direito de todo indivíduo à vida, liberdade, segurança; proteção contra tortura, contra tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, mas muitas crianças e adolescentes vivem, por todo planeta, em realidades paralelas a esses preceitos[46,48].

Apesar das preocupações e ações da OMS, UNICEF e órgãos institucionais locais dos diversos países, os números da violência infantil ganham magnitude maior a cada ano. Cerca de 88% dos países possuem leis visando a prevenção da violência contra crianças e adolescentes, mas apenas 47% dos governos consideram-nas suficientemente fortes para garantir a punição dos agressores[2].

Embora praticamente todos os países tenham leis que proíbem o estupro tal como ele é definido oficialmente, essas leis são efetivamente aplicadas em menos de dois terços dos países. É ainda menos comum a aplicação de leis que proíbem contato sexual violento sem estupro e violência sexual sem contato[2].

No Brasil, desde a criação do ECA, aprovado pelo Congresso Nacional em 30 de junho de 1989 e transformado em Lei federal número 8069 em 13 de julho de 1990, há garantia legal à proteção da criança e do adolescente em suas necessidades de saúde, crescimento, educação, proteção e dignidade, quer seja pelo Estado, como pelas famílias e sociedade de forma abrangente. Seu artigo nº 13 estabelece que todos os casos SUSPEITOS de violência infantil devem ser comunicados ao Conselho Tutelar (CT) da respectiva localidade. As notificações devem ser realizadas pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, com comunicação imediata ou semanal. Não há obrigatoriedade de confirmação da violência para que a notificação se concretize[47].

O CT é um órgão público municipal, de caráter autônomo e permanente. Sua principal função é fiscalizar e fazer cumprir os direitos previstos pelo ECA, realizando atendimento e encaminhamento dos casos de violência denunciados. Os conselheiros são cidadãos/profissionais da comunidade e exercem mandato de três anos. Responsáveis pelos comunicados dos casos suspeitos ou confirmados de violências, determinam medidas de proteção necessárias, solicitam serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, e

encaminham as vítimas e famílias ao Ministério Público[48]. São órgãos muito criticados por sua pouca presença e ações ineficazes em muitas situações.

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado no Brasil no começo da década de 90. Estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde e serviços de saúde. É sistema alimentado, principalmente, por denúncia e investigação de casos de doenças e agravos de notificação compulsória, por meio da Ficha de Notificação e da Ficha Individual de Investigação. A lista nacional de doenças de notificação compulsória foi implementada, em 25 de janeiro em 2011, incluindo todas as formas de violência infantil, negligência, abuso físico, sexual ou psicológico[49].

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela[50].

1- Vigilância sentinela (pontual): realizada por meio de inquérito, por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em Serviços de Urgência e Emergência. Realizada inicialmente a cada ano e, a partir de 2007, a cada dois anos. Utiliza como instrumento de coleta de dados a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência.
2- Vigilância contínua: responsável pelo registro de dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde, todos os dias em período integral (24h). Utiliza a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (interpessoais ou autoprovocadas) como instrumento de coleta de dados. Essa foi a ficha utilizada no presente estudo.

Há projeto de inserção de um “Módulo de Violência” no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net). Ele está programado para ocorrer de modo gradual, por adesão, nos locais onde exista fluxos de referência e contrarreferência, em rede, envolvendo serviços de saúde, assistência social e jurídica, delegacias de polícia, conselhos tutelares da infância e adolescência, além de organizações não governamentais. Com essa organização, a notificação seria o primeiro passo para a vigilância contínua e a atenção integral às pessoas em

situação de violência[50].

Aliada às ações de vigilância e atenção, outras medidas legais no intuito de coibir a violência infantil foram tomadas. A Lei nº 12.978, de 21 de maio de 2014, acrescentou o inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072/1990, classificando como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de crianças, adolescentes ou de vulneráveis. Alteração importante na legislação penal brasileira, aumenta o rigor na pena e elimina a possibilidade de fiança para este tipo de crime[43].

Recentemente, o decreto nº 10.701, de 17 de maio de 2021, acrescentado ao ECA, institui o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes e a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. Estimula a integração e a eficiência no funcionamento dos serviços de denúncia e notificação de violações dos direitos da criança e do adolescente. Determina que as ações do Programa devem ser executadas de forma conjunta entre União e, de forma facultativa, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de entidades públicas e privadas[9].

Apesar de legislação vigente, os resultados encontrados em nossa pesquisa são preocupantes e serão discutidos separadamente.

5.3 Tipos de violência

Todos os anos, a violência infantil afeta globalmente a saúde e bem-estar de milhões de crianças, adolescentes, familiares e comunidade, causando a curto, médio e longo prazo prejuízos em seu desenvolvimento e extrema dor[1,36].

Dificultando sua identificação e abordagem, a violência física e sexual ocorre predominantemente no âmbito domiciliar, por adulto próximo, em especial os pais. Muitas vezes, os limites entre carinho, carícias, manipulação e coerção não são claros para as vítimas, que depositam nos pais confiança nata e, inicialmente, absoluta. Nesse contexto, ao longo do tempo, cria-se um pacto de silêncio, no qual a criança vitimizada se cala e os demais membros da família negam-se a enxergar a realidade de seus lares. Com pouca conversa entre pais e filhos, pouca possibilidade de contestação dentro de famílias rigidamente patriarcais, principalmente onde o provedor financeiro é o próprio agressor, muitas crianças se

adaptam ao tratamento que recebem. Medo e incerteza de que serão ouvidas, de que receberão o devido crédito ou que serão responsabilizadas pela violência sofrida permitem que o segredo se prolongue[7].

A todo momento, em qualquer contato com crianças e adolescentes, é importante observar comportamentos sugestivos ou suspeitos de que aquela pessoa está sofrendo algum tipo de violência. Profissionais de saúde, educadores, familiares, amigos e conhecidos: todos devem estar atentos.

Na consulta de emergência em pronto-socorro, onde tudo é muito rápido, nem sempre se tem o tempo, atenção ou sensibilidade para algumas reações de pacientes. Nas consultas de puericultura em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios de especialidades ou mesmo nas escolas, a observação mais constante e atenta pode ajudar na suspeita ou identificação.

Vítimas expostas à violência são propensas a maior risco de sofrer transtornos mentais, ansiedade e depressão; doenças crônicas, como obesidade, diabetes, asma, câncer hepático, doença pulmonar obstrutiva crônica, dermatite atópica e doenças cardiovasculares; doenças visuais e dentárias não tratadas, doenças infecciosas, como infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e problemas sociais, como crime e abuso de drogas, como ilustrado na Figura 45[1,45].

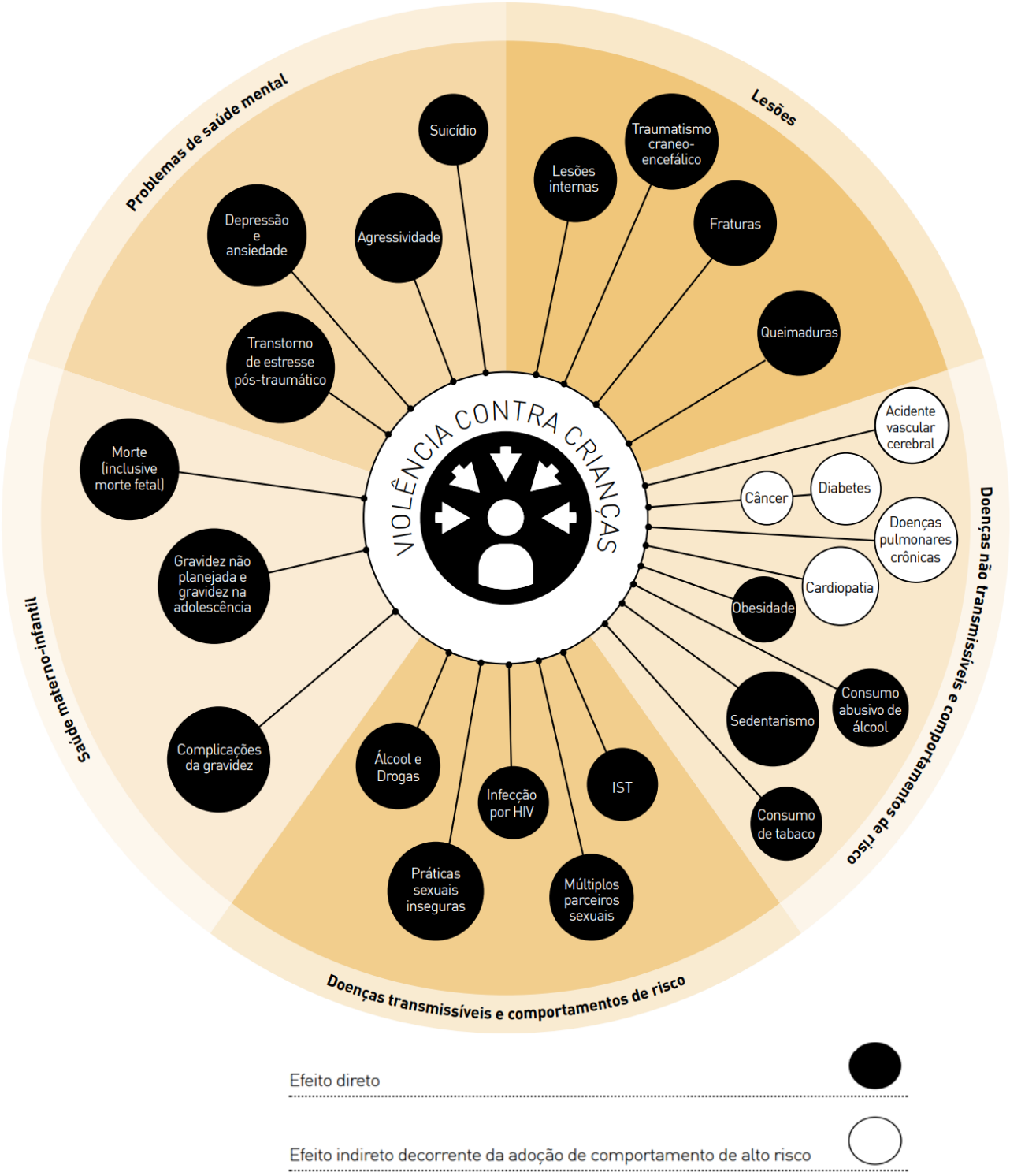


Figura 45 - Possíveis consequências na saúde mental das vítimas, por efeito direto e indireto da violência infantil.
Fonte: *WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.*

É sabido que criança chora ao ver médico, tem medo, busca esquivar-se, mas algumas situações soam como alarme e devem estar constantemente presentes no raciocínio dos profissionais envolvidos no atendimento.

Ao suspeitar-se de maus-tratos, é sempre importante descartar outras causas antes de afirmar que a criança ou o adolescente está sofrendo abuso, para não sermos nós, profissionais da saúde, os causadores de violência.

As alterações comportamentais de crianças e adolescentes em situações de violência, e que frequentemente representam a demanda do atendimento nos serviços de saúde, estão na Figura 46. Elas são apresentadas por faixa etária, indicando a possibilidade mais frequente de aparecimento de cada uma delas. Devem ser vistas como de valor relativo e sempre acumulativo. São comportamentos genéricos que por si só não indicam o tipo de violência sofrida[43].

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA			ADOLESCENTE 10 a 19 anos
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstrações de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas				
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbios do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola				
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas ou *déficit* de atenção				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

Figura 46 - Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência. Os espaços coloridos indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária.
Fonte: Ministério da Saúde - Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Essa é figura *printada* de Quadro da fonte.

5.3.1 Abuso sexual

Segundo estudo da UNICEF e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, cerca de 100 crianças são estupradas no Brasil por dia; a cada 20 minutos, uma menina de até 14 anos é estuprada no país. A pesquisa mostrou que em quase 80% dos 180 mil registros de violência sexual em menores de 19 anos, ocorridos de 2017 a 2020, as vítimas eram do sexo feminino. A maior incidência envolve meninas de 10 a 14 anos. Quando cometidos contra adolescentes, o sexo feminino representa quase 90% dos casos. Na grande maioria, 86% dos autores eram conhecidos. Houve aumento de 27% nos óbitos de crianças até 4 anos, vítimas de violência infantil no Brasil[51].

Quando não relatado espontaneamente, o abuso sexual nem sempre é de fácil suspeita no atendimento de crianças e adolescentes em pronto-socorro. Muitas vezes, as vítimas estão à mercê do autor da violência e dele dependem física e emocionalmente.

Como o abuso sexual pode ocorrer com ou sem contato físico, na maioria das vezes não existem evidências físicas diretas. Crianças e adolescentes vitimizados sexualmente podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam à suspeita dessa situação.

Por outro lado, alguns sinais são relevantes e devem ser observados nos serviços de saúde e em outros espaços frequentados por crianças e adolescentes, como comunidade, lar, escola, parques e clubes.

5.3.1.1 Sinais clínicos indiretos e diretos para suspeita de violência sexual infantil

Além dos sintomas e sinais gerais de alteração de comportamento, acima explanados, segundo Pfeiffer e Waksman, há sinais específicos, diretos e indiretos, que devem ser atentamente observados na orientação da suspeita e confirmação de abuso sexual contra crianças e adolescentes[43,52].

Sinais indiretos de erotização precoce[43,52]:

• Falta de preocupação dos pais com a exposição da criança às intimidades do casal.

• Atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros.
• Acesso a imagens, materiais eróticos ou pornográficos.
• Incentivo ao desenvolvimento precoce sexual, por meio de roupas, brinquedos ou jogos.

Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes[43,52]:

• Atitudes sexuais impróprias para a idade.
• Conhecimento sobre atividades sexuais superiores de desenvolvimento, por meio de conversas, gestos ou atitudes.
• Masturbação frequente e compulsiva, independentemente do ambiente em que se encontre.
• Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, manipulação genital ou que reproduzam as atitudes do abusador com ela.
• Mudanças de comportamento.
• Infecções urinárias de repetição.

Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes[43,52]:

• Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem.
• Lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral.
• Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho.
• Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica.
• Rompimento himenal.
• Doenças sexualmente transmissíveis.
• Gravidez.
• Aborto.

5.3.1.2 Epidemiologia da violência sexual[43,52] :

Com base em história e dados clínicos, as notificações de violência foram feitas no PS do HU-FMJ.

O presente estudo mostrou aumento de violência sexual em 63,2% do total de casos entre 2016 e 2020, mantendo constantes perfis de vítima, agressor e local de ocorrência.

Os resultados estão em consonância com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS), que divulgou aumento de 83% da violência sexual no Brasil, entre 2011 e 2017.

A violência sexual contra crianças mostrou-se de repetição em 29,9% dos casos no estudo atual e 37,7%, nos dados nacionais.

Segundo revisão de meta-análises sobre violência contra crianças e adolescentes de 2020, as taxas de prevalência globais estimadas em todo o mundo para estudos de maus-tratos foram 127 por 1.000 para abuso sexual (76 por 1.000 entre meninos e 180 por 1.000 entre meninas) e 226 por 1.000 para abuso físico[53].

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é triste realidade em todo o mundo. A cada ano, cerca de 12 milhões são vítimas de violência sexual, em comunidades grandes e pequenas, e em uma variedade de culturas e origens socioeconômicas. Esses atos são perpetrados por homens e mulheres, estranhos, amigos ou familiares de confiança, pessoas de todas as orientações sexuais, classes socioeconômicas e origens culturais. A ideia de que se trata de evento raro, perpetrado contra meninas por homens estranhos, em áreas pobres do centro da cidade, há muito caiu por terra[54,55].

Em revisão de trabalhos envolvendo 96 países, estimou-se que mais da metade de todas as crianças, cerca de 1 bilhão, foram vítimas de violência sexual. Nos Estados Unidos, uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos sofreram abuso antes de completarem 18 anos de idade[56].

Dados coletados em hospitais nigerianos apontam que crianças são as principais vítimas de violência sexual, com uma taxa de prevalência alcançando 56% das diversas outras formas de violência infantil[57].

Em estudos realizados na Índia, em 2010, observou-se que cerca de 20,0% da violência sexual vivenciada pelas crianças do sexo feminino ocorreu

regularmente, enquanto 32,5% e 47,5% foram abusados ocasional e raramente, respectivamente. Por outro lado, 33,3% das crianças do sexo masculino relataram ter sido abusadas sexualmente "uma vez por mês", enquanto 66,7% relataram tal abuso ocorrendo aproximadamente "uma vez a cada seis meses"[58,59].

Com dados de 30 países, o UNICEF declarou em 2017 que apenas 1% das adolescentes vítimas de violência sexual na infância chegaram a serviços de saúde para socorro. O *Violence Against Children Survey* realizado em seis países concluiu que a prevalência de comportamento de busca por ajuda formal não ultrapassou 28% dos casos. Como causas, apontam autoculpa, apatia, falta de necessidade ou de vontade de buscar serviços[60].

Em nossa pesquisa, analisamos a relação entre violência sexual e a variável faixa etária das vítimas. Identificamos que a violência sexual foi mais prevalente (51,7%) na faixa etária de crianças com 2 a 9 anos.

Alguns autores consideram que um dos fatores de vulnerabilidade para a violência sexual diz respeito as características da vítima, que vão desde a idade até perfil comportamental e nível de compreensão sobre o ato em si. Muitas vezes, as vítimas não têm conhecimento sobre a gravidade e apresentam uma menor capacidade de distinção sobre o que é um ato de violência[56]. É necessário que as famílias estejam sempre atentas e abertas a conversas, explicações e, principalmente, escuta de suas crianças e adolescentes.

A violência sexual pode ser comparada à ponta de um *iceberg*, no qual apenas a menor porção é relatada às autoridades; uma porção maior, mas ainda incompleta, é relatada em pesquisas; e uma parcela não quantificável permanece não relatada por vergonha, medo ou outros fatores. Sentimento de culpa e vergonha, percepções de responsabilidade pelo abuso, falta de honra e perda de autoestima influenciam a revelação. Pode haver associação inversa entre revelação e gravidade do abuso, com crianças mais propensas a revelar abuso sem contato do que abuso com contato[55].

5.3.1.3 Efeitos da violência sexual sobre o desenvolvimento das vítimas

A vulnerabilidade em termos de desenvolvimento facilita que as crianças sejam manipuladas para se sentirem culpadas ou responsáveis pelo abuso. Podem temer que a revelação não seja acreditada ou que afete negativamente seu próprio bem-estar e de suas famílias. Podem também estar preocupadas com as consequências para o perpetrador, pois não é infrequente que familiares agressores desenvolvam relacionamentos complexos, confusos e ambivalentes com a criança[7].

Um estudo envolvendo 263 meninas adolescentes nos Estados Unidos mostrou que as crianças mais novas provavelmente não revelariam o abuso sexual imediatamente, enquanto as crianças de 7 a 13 anos provavelmente contariam a um adulto dentro de um mês, e os adolescentes mais velhos eram mais propensos a contar a seus colegas. A pesquisa formulou a hipótese de que os adolescentes podem estar mais cientes das possíveis reações negativas dos membros da família particularmente quando o perpetrador é conhecido. Uma relação próxima ou familiar com o perpetrador diminuiu a probabilidade de revelação[55].

Quando o abuso sexual é cometido por familiares ou pessoas que dividem a mesma moradia com a criança ou adolescente, os conflitos aumentam. Muitas vezes, as vítimas são pressionadas a mudar suas versões, são retiradas de suas casas com seus irmãos temporariamente ou enfrentam o acréscimo de culpa por dificuldades financeiras que a família venha a sofrer quando o agressor, provedor econômico, deixa a moradia e o convívio[7,55].

Os impactos imediatos e de longo prazo do abuso sexual infantil na saúde mental foram bem documentados, entre os quais está o Modelo Seminal de Dinâmica Traumagênica, de Finkelhor. Segundo esse modelo, a sexualização traumática, traição, estigmatização e impotência seriam o centro da lesão psicológica infligida à criança pelo abuso sexual. Os impactos emocionais e comportamentais resultariam em confusões quanto à identidade e a normas sexuais. Conotações negativas de sexo pela associação do envolvimento sexual com medo, raiva e impotência podem ser generalizadas para outras situações de vida. Sentimentos de isolamento e baixa autoestima podem levar a comportamentos de alto risco, como abuso de substâncias, atividade criminosa, prostituição, depressão, hostilidade, medo e raiva. As consequências de longo prazo podem ser sentidas

futuramente em relacionamentos íntimos com o parceiro [7].

As vítimas de abuso sexual infantil estão em risco para doenças crônicas, psicológicas, transtornos comportamentais e sexuais. O abuso sexual infantil foi associado a um pior nível de bem-estar psicológico, gravidez na adolescência e na idade adulta, comportamentos parentais adversos e problemas de adaptação na prole futura da vítima[61].

Identifica-se os seguintes distúrbios no desenvolvimento das relações afetivo sexuais de crianças e adolescentes, como provável consequencia da violência sexual sofrida[43].

- Distúrbios ou impossibilidade de assumir uma vida sexual adulta saudável.
- Dificuldades no desenvolvimento sexual: tendências para a assexualidade ou hipersexualidade.
- Desvio do comportamento sexual: promiscuidade, perversões, fetichismo, exibicionismo, voyeurismo, parafilias, pedofilia.

Apesar das altas taxas de abuso sexual e sequelas negativas conhecidas, muitas crianças não recebem tratamento ou recebem-no de forma ineficaz.

Frequentemente, crianças abusadas sexualmente têm outros tipos de experiências traumáticas, como serem removidas de suas casas, testemunhar violência doméstica e vivenciarem abuso sexual de repetição, abuso físico e / ou negligência.

O tratamento da vítima e de seu sistema familiar após o abuso sexual é multifacetado, necessitando uma abordagem biopsicossocial. Revisão recente da *Cochrane* examinou a eficácia das terapias psicológicas no tratamento de crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno pós-traumático. A terapia cognitivo-comportamental mostrou ter a maior eficácia, com melhora significativa e baixos níveis de sintomas de depressão pós-traumática por até um ano após o tratamento[55].

5.3.2 Violência física

A violência física geralmente é praticada por pessoa que mantém uma relação de guarda ou poder com a criança. Ocorre, na maioria das vezes, no próprio

domicílio da vítima e é infligida com o objetivo de punição.

A violência física, como prática disciplinadora, é apontada como um dos motivos para a violação dos direitos das crianças e está associada, frequentemente, ao baixo nível socioeconômico e a experiências de violência vividas na infância pelos pais. Há, contudo, limite bastante sutil ou inexistente entre abuso e mediação da disciplina. A maioria dos abusos físicos são punições físicas na intenção, na forma e no efeito[48,62,63].

A prática de bater ou apanhar continua sendo uma forma de resolver conflitos nas famílias. O contexto de violência doméstica aumenta o risco para que crianças nelas envolvidas tornem-se vítimas de homicídios[43].

“ Aquele a quem a palavra não educar, também o pau não educará ” (Sócrates).

5.3.2.1 Epidemiologia da violência física

Em nosso estudo, a violência física representou 36,8% do total de casos, entre 2016 e 2020, mantendo constantes perfis de vítima, agressor e local de ocorrência. As taxas de prevalência globais estimadas em todo o mundo para estudos de maus-tratos foram de 226 / 1.000 para abuso físico, segundo revisão de meta-análises de 2020[53].

A violência física foi mais presente na faixa etária adolescente, representando 65,2% da amostra em nosso estudo.

Ainda que a violência de repetição não tenha apresentado diferença estatística, representa 29,9% da amostra. O ato de violência, quando realizado uma única vez, é capaz de gerar impactos profundos na vida da vítima. Deste modo, chamar atenção para a violência de repetição é necessário. O abuso físico na infância apresenta efeito cumulativo, de acordo com intensidade e tempo de exposição, aumentando o risco de retardo psicossocial na vida adulta[64].

Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em 2005, 27,7% dos adolescentes relataram sofrer abuso físico por parte das mães e 16,7% pelos pais. O fato das mães agredirem mais que os pais, foi explicado naquele grupo de estudo, provavelmente, por estarem mais presentes com os filhos e dedicarem mais tempo e energia com sua educação. O abuso físico, nesse contexto, é aceito como método pedagógico. A agressão física menos severa, naturalizada na cultura brasileira, foi reportada por 53,9% dos entrevistados quando praticada pelas mães

e 34,5% pelos pais. Estão incluídos abusos “dito menores” como empurrões, beliscões e bofetadas. As mães costumam utilizar as mãos, chinelos, tamancos, sandálias, vassouras e varas de marmelo. Muitos jovens acreditam serem merecedores dos castigos por comportamento rebelde ou má performance escolar e que as agressões estão respaldadas pelo amor e pela necessidade cultural de educá-los. Quando a vítima é adolescente, tem maior capacidade de reagir à agressão, porém é foco de ações mais severas e traumáticas, incluindo armas de fogo[65].

Crenças e práticas culturais desempenham um papel importante por trás do abuso infantil na sociedade indiana. Estudo realizado em Calcutá, em 2005, verificou que 30% dos professores do sexo masculino e 16,7% das professoras ainda acreditam na aplicação de punição física para disciplinar as crianças na escola. Além disso, as crianças indianas tornam-se vítimas de várias formas de abuso e violência. O tráfico, exploração sexual comercial e trabalho infantil são alguns dos graves problemas que as crianças de baixo nível socioeconômico vivenciam naquele país. Os autores descrevem que 60% das crianças fugiram de casa para evitar abusos físicos e 42% das famílias de classe média usaram violência que pode ser considerada abusiva, sendo extrema em 2,9% dos casos[66].

Outro estudo indiano, que contou com 120 trabalhadores infantis, migrantes, que trabalhavam em casas, barracas de chá, garagens e lojas em Calcutá do Sul, revelou número esmagador de crianças vítimas de abuso físico (32.5%), sexual (10.8%) ou psicológico (37.3% meninos e 51.1 % meninas). Em em alguns casos, com desfecho fatal. Em relação à forma de violência física, mais de 46% das crianças do sexo masculino relataram estar sujeitas a punições dolorosas, como ser espancada com cinto, pau ou outros objetos (38,5%), enquanto as crianças do sexo feminino foram empurradas (46,2%), agarradas (41,9%) ou chutadas (54,8%)[67].

Depoimentos de crianças indianas desse estudo[67]:

“Um dia eu deixei cair e quebrei um copo, pelo que recebi dois tapas brutos como uma recompensa. (Menina trabalhando como empregada doméstica)

“Trabalho o dia todo na barraca de chá. À noite, sinto-me muito cansado.

“Às vezes eu vou atrás da lona e durmo e sou punido por isso”. (Menino

trabalhando em uma barraca de chá).

Ainda na Índia, dados socioeconômicos indicam que a maioria das crianças do grupo de alta renda familiar são 4,32 vezes mais vulneráveis à violência física em comparação com crianças do grupo de baixa renda familiar. No grupo de alta renda, os pais têm maiores expectativas em relação ao desempenho acadêmico de seus filhos, e se usam mais frequentemente de punição física/corporal[67].

No Uruguai, castigos físicos violentos são cometidos contra 58% dos meninos e 51% das meninas entre 1 e 14 anos. Envolvimento em lutas físicas, entre 13 e 15 anos, atinge 38% dos meninos e 19% das meninas no Chile, e 34% dos meninos e 23 % das meninas nos Estados Unidos[22].

Na Europa, o abuso físico é de 12% no sexo feminino e 27% no masculino[22] Em pesquisa no Reino Unido, embora crianças e adolescentes referenciem suas famílias como “amorosas e carinhosas”, mães e pais foram frequentemente os responsáveis pela violência física sofrida, embora irmãos também tenham sido agressores em alguns episódios[68].

Na África, a prevalência média pode chegar a 60% e 51%, em meninas e meninos, respectivamente. Na Nigéria, 86% dos meninos e 84% das meninas entre 1 e 14 anos sofrem violência física disciplinar. No Iraque, medidas disciplinares violentas são praticadas contra 80% de crianças do sexo feminino e 82% do sexo masculino [22].

Em pesquisa realizada em 2006, na província do Curdistão da República Islâmica do Irã, 38,5% dos estudantes de 11 a 18 anos relataram experiências de violência física em casa que causaram ferimentos físicos de leves a graves[69].

5.3.2.2 Sinais clínicos indiretos e diretos para suspeita de violência física infantil

Nos anos 60 do século passado, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, e sua influência negativa sobre o crescimento e desenvolvimento das vítimas[70].

Mas como seriam esses castigos físicos e que tipo de comportamentos e lesões sugerem a presença de abuso físico?

O abuso físico tem características clínicas bem estabelecidas que são mais facilmente verificadas em crianças pequenas. De acordo com o tipo de instrumento utilizado, intensidade, local do trauma e distribuição da lesão, é possível identificar sinais gerais e específicos dos traumas secundários à violência física. Tendem a ser de repetição e constantes, com marcas na pele dos objetos utilizados para agressão, como dentes, fios, garfos, cigarro, fivelas, correntes, facas, cintos e outros. Na suspeita de uma situação de violência física contra uma criança abaixo de 2 anos, independentemente da queixa, está indicada a realização de radiografia de corpo inteiro, após o exame físico criterioso e detalhado, em busca de sinais de fraturas, recentes ou antigas[43].

As lesões físicas podem variar em gravidade e segmento corporal atingido. Cabeça e pescoço são os segmentos mais acometidos, seguidos por tórax, abdome e pelve. Traumatismo craniano é a maior causa de hospitalizações e mortes entre crianças vítimas de violência. Isolado ou não, muitas vezes é acompanhado de hemorragias subdurais, retinianas, lesões hipóxico-isquêmicas e edema cerebral. Fraturas, única ou múltiplas, antigas ou recentes, com diferentes tempos de consolidação, são observadas mais comumente em arcos costais e metáfises de ossos longos[1]. Importante salientar a observação atenta de comportamentos da criança que levem à suspeita de abuso físico, tais como cobrir o rosto com as mãos durante exame físico e coleta de exames, numa lembrança de como se protegem das agressões.

Todos os sintomas e sinais abaixo relacionados são de suma importância para alertar o profissional de saúde, principalmente o pediatra, em especial o pediatra emergencista, pois levam à forte suspeita de vitimização física de crianças e adolescentes.

Segundo Pfeiffer e Waksman[71], são sinais de alerta na história clínica[72]:

- atraso na procura de atendimento ao trauma
- histórias inconsistentes ou conflitantes entre os responsáveis ou entre pais ou responsáveis e a criança, para explicar o trauma
- histórias que vão mudando com o decorrer do tempo
- sinais psicológicos como angústia e ansiedade que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão habitual

- depressão, ansiedade, agressividade ou passividade extrema
- transtorno de *stress* pós-traumático (manifestado por sofrimento intenso e fuga de situações relacionadas a determinado evento; medo intenso, impotência ou horror ao “reviver” o episódio violento através de recordações e sonhos aflitivos)

O castigo corporal é prejudicial ao desenvolvimento das crianças e adolescentes. Pode relacionar-se a níveis mais elevados de alterações nos comportamentos de externalização e internalização, além de níveis mais baixos de desempenho cognitivo[73].

Os sintomas de internalização são sentidos pela criança ou adolescente de uma forma mais subjetiva ou física, podendo haver ansiedade, retração e sintomas de somatização[74].

Os sintomas de externalização são aqueles manifestados por ação motora, como agressividade e comportamento delinquente[74].

São sinais gerais suspeitos de lesão física[52,71]:

• Lesões ditas como “acidentais”, incompatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança.

• Lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado. São mecanismos de trauma incompatíveis com a idade e tipo de lesão.

• Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura: evidenciando traumas sucessivos, como a presença de hematomas em áreas e colorações diferentes, ou fraturas recentes e antigas.

• Lesões bilaterais ou simétricas, sem mecanismo de trauma que as explique, como acidentes de trânsito.

• Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo: regiões laterais de tronco, interna de braços ou coxas, região perineal ou genital, pescoço, axilas.

Como sinais específicos de violência física, apresentam-se[52,71]:

A- Lesões de pele são frequêntes e apresentam características próprias que as diferenciam das lesões não intencionais, como[71]:

- Lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que desenham o instrumento agressor (marcas de fios, cinto, mãos, cigarro). Hematomas em áreas improváveis de trauma espontâneo devem chamar atenção.
- Lesões circulares, como em pulseira, tornozeleira ou colar, indicando possíveis amarras.
- Queimaduras por líquidos quentes, sem respeitar a ação da gravidade na distribuição sobre a pele.
- Queimaduras em forma de luvas (nas mãos) ou meias (nos pés).
- Queimaduras em região de nádegas ou períneo: castigo aplicado em crianças que não conseguem controlar esfíncteres.

Aproximadamente 10% das internações decorrentes de queimaduras em crianças estão associadas a pais violentos ou domicílios com pessoas extrínsecas à família[1,72]. Queimaduras de segundo e terceiro graus, cometidas principalmente por imersão, são comuns em períneo, tronco, nádegas e coxas, podendo apresentar caráter simétrico. Comparadas a queimaduras espontâneas, as provocadas são mais extensas, mais graves, com maior tempo internação e maior desfecho de morte[1,75].

B- Fraturas: constituem o segundo achado mais comum da violência física. Certos tipos de fraturas são fortemente suspeitas de lesão intencional, como[52,71]:

- Fraturas em região próxima às articulações.
- Fraturas metafisárias em ossos longos.
- Fraturas em espiral.
- Fraturas de costela em crianças abaixo de 2 anos.
- Fraturas de arcos costais posteriores.
- Fraturas bilaterais de clavícula.
- Fraturas de escápula e esterno.
- Fraturas de vértebras, sem história de trauma não intencional de alto impacto.
- Fraturas diversas e em estágios diferentes de cicatrização ou cura.

C- Lesões cranioencefálicas podem deixar sequelas permanentes no sistema nervoso central e comumente levam à morte, por contusões, lacerações, micro hemorragias, hematomas e grandes sangramentos[52,71].

Especialmente em crianças abaixo de 2 anos é possível encontrar a antiga Síndrome do Bebê Sacudido, atual Traumatismo cranioencefálico por abuso.

Os pediatras Kempe et al. cunharam a expressão "Síndrome do Bebê Espancado" em 1962[70]. Em 1971, o neurocirurgião Norman Guthekelch teorizou a lesão pelo chicote cervical para explicar as lesões hemorrágicas graves em crianças hospitalizadas por quadros neurológicos, sem sinais de lesões externas. Relacionou intensa carga cinética sobre a frágil musculatura cervical e grande volume cerebral de crianças pequenas em movimento de chacoalhar. Como resultado haveria rompimento das veias e artérias do espaço subdural com consequente hemorragia subdural, edema cerebral, rompimento de fibras e tecido. O comprometimento do sistema nervoso central é grave nessas situações, podendo ser acompanhado de convulsões ou paralisias, sem sinais infecciosos ou inflamatórios que os justifiquem. A hemorragia de retina, frequente nesse tipo de lesão, é encontrada em apenas 3% dos traumas cranianos consequentes a outros tipos de mecanismos[76].

Em 1972, John Caffey, radiologista pediátrico, descreveu a síndrome como forma de abuso infantil por traumatismo craniano, com alterações clínico-patológicas bem definidas, acompanhado ou não de sinais externos de abuso[77]. Em 2012, Dr. Norman Guthkelch publicou artigo sugerindo a utilização do termo "hemorragia retiniana-dural infantil com lesão externa mínima", em substituição à expressão "síndrome do bebê sacudido". Propôs terminologia baseada nas características físicas das lesões, a fim de proporcionar investigação das possíveis causas, sem pressupor o abuso[78].

D- Lesões de face[52,71]:

• Lesão bi ocular, especialmente quando sem lesão de nariz, indicando dois eventos de trauma.

• Hemorragia de conduto auditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perfuradas, indicando barotrauma por socos ou fortes pancadas, com possível fratura de osso esfenoide.

• Lesões de orelha, por torções ou grandes puxões, levando desde a lacerações até arrancamentos e fraturas da cartilagem (orelha em couve-flor). Orelha em lata, deformada e acompanhada de equimose é decorrente de inúmeros puxões de orelha sofridos pela criança.

• Lesões dentárias, como quebras ou arrancamentos.

E- Lesões torácicas e abdominais [52,71]: mais frequentes na criança maior, que fica em pé ou anda, e no adolescente. Podem ser causadas por socos ou pontapés. Representam uma importante causa de mortalidade por violência na infância. Podem levar a:

• Pneumotórax ou hemotórax secundários a fraturas de costelas.

• Sangramentos e ruptura de vísceras maciças.

• Hemorragia digestiva.

• Hematoma de parede de intestino delgado, levando a síndromes de oclusão intestinal.

• Hemorragias de pâncreas, podendo desencadear a insuficiência do órgão e diabetes.

F- Envenenamentos e intoxicações[52,71]: imposição ou administração à criança ou ao adolescente de substâncias tóxicas, cáusticas, ácidas ou medicamentosas. A finalidade é controle, maltrato ou mesmo morte. As crianças e adolescentes com doenças crônicas ou com deficiências são de alto risco para esses eventos, pois seus responsáveis têm acesso a vários tipos de medicamentos receitados para seu tratamento.

Sinais de envenenamento ou de intoxicações intencionais[52,71]:

• Indícios de grande ingestão de produto tóxico ou cáustico, que, em casos de ingestão acidental, seriam tomados em pequeno volume pela criança, pois seu gosto é ruim ou provoca dor.

• Caso agudo ou crônico de origem obscura e sintomas complexos, que envolve comprometimento de vários órgãos ou sistemas (sistema nervoso central, mecanismos de coagulação, sistema digestório). Pode ser acompanhado de sinais de depressão respiratória, sem que se consiga enquadrá-los em doença conhecida.

• Criança trazida pelos responsáveis com queixa de envenenamento acidental, mas com relato do acidente confuso e discordante entre os pais. Pode estar associado à ausência de preocupação pela identificação do agente tóxico, assim como a sinais de uso de grandes quantidades.

• Demora na procura do atendimento após envenenamento dito como "acidental", sem demonstração de preocupação dos responsáveis pelo tempo perdido para tratamento.

Crises convulsivas chamam a atenção, especialmente quando nunca foram presenciadas por mais de uma pessoa da família ou da convivência diária. Se presentes de forma inesperada na evolução de determinado quadro apresentado, podem ser indícios de Síndrome de Münchausen por Procuração[52,71].

O nome é alusão ao barão Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen (1720-1797), militar e senhor rural, que lutou contra o exército turco no século XVIII. Ele tinha o hábito de fantasiar e exagerar suas histórias sobre as batalhas. Asher, em 1951, descreveu casos de pacientes com histórias fantasiosas e que procuravam hospitais de Londres, apenas para estar em contato com o sistema de saúde. Em 1977, Meadow observou que alguns pais apresentavam esse mesmo comportamento com relação a seus filhos. Nessa ocasião, acrescentou-se o ao nome da síndrome o termo "por procuração" ou "*by proxy",* quando o agente" criativo", é pai ou, principalmente a mãe (85 a 95%dos casos)[71]. Esse comportamento submete a criança ou adolescente, desnecessariamente, a internações, exames e procedimentos por vezes dolorosos. Há ação deletéria psicológica e física, pela dor de vários procedimentos, mesmo que simples, como acesso venoso e passagem de sondas.

Estima-se que a prevalência da doença seja de 0,5 a cada 100.000 crianças abaixo de 16 anos, e de 12 a cada 100.000 abaixo de 1 ano.

São sinais de alerta para sua suspeita:

• Criança com sintomas crônicos de “doença desconhecida”, sem diagnóstico, caracterizando a Síndrome de Münchausen por Procuração, provocada por envenenamento ou intoxicação crônica.

• Sinais de negligência ou outras formas de violência.

• Crianças que ficam a maior parte do tempo sozinhas com um cuidador podem receber substâncias como analgésicos, bebidas alcoólicas, drogas ou outras, a fim de que se mantenham quietas.

Nesses casos, os exames laboratoriais e toxicológicos dão o diagnóstico do agente causal. Atenção deve ser dada para investigação de possível associação entre negligência e/ou envenenamento intencional.

A Síndrome de Münchausen por Procuração está relacionada a:

• queixas de doença recidivante, de diagnóstico obscuro, que não responde aos tratamentos habituais

• discordância entre achados de exame físico e queixas dos responsáveis

• incoerência entre os sinais e sintomas relatados com os exames laboratoriais

• sinais e sintomas por vezes repetidos e que são percebidos apenas por uma pessoa, que demonstra preocupação exagerada diante da gravidade dos possíveis sintomas, ou certo prazer em relatá-los

•insatisfação com os tratamentos oferecidos, insistindo na gravidade do caso e na necessidade de mais investigações

• limitação de atividades de lazer da criança ou adolescente, com a desculpa de protegê-los do agravamento da “doença”.

• comportamento conformado ou até mesmo apático da criança ou adolescente diante da investigações e limitações impostas, assumindo o papel de doente incurável e em risco de vida constante[43].

5.3.2.3 Óbito por violência física

Segundo a literatura, a maioria dos casos de abuso físico é de lesões leves, que podem evoluir para graves com a repetição dos episódios de agressão[2,4].

Infelizmente, nosso estudo encontrou dois óbitos por violência física no período estudado: um menino, adolescente de 12 anos, vítima de violência ocorrida na rua, causada por desconhecidos; o segundo caso, uma menina de dois anos, vítima de violência de repetição, em ambiente domiciliar, perpetrada por pai e mãe.

Estudo descritivo relata elevado número de mortes por agressão e violência de repetição, revelando a fragilidade dos programas de atenção e proteção no atendimento qualificados para estas vítimas[79]. É de suma importância a implementação de estratégias para constante treinamento das equipes de saúde envolvidas no atendimento dos casos de violência, para melhor avaliação dos sinais clínicos e dos riscos a que crianças e adolescentes estão expostos.

A Sociedade Brasileira de Pediatria divulgou, em 14 de abril de 2021, que mais de 100 mil crianças e adolescentes morreram vítimas de agressão na última década, sendo 2 mil vítimas abaixo de quatro anos de idade. As situações de violência doméstica que levam à morte geralmente são crônicas, repetitivas e progressivas, e as vítimas não receberam assistência e medidas de proteção quer de familiares ou do Estado para que pudessem permanecer vivas[80].

Está claro, nos achados de estudos nacionais e internacionais, que a punição corporal é um preditor da depressão, infelicidade, ansiedade e sentimentos de desesperança em crianças e jovens[67].

5.3.3 Violência autoprovocada

A saúde mental é considerada a condição essencial para uma boa qualidade de vida. Adolescentes com boa saúde mental podem trazer felicidade e autoconfiança para a vida adulta, proporcionando assim a capacidade de enfrentar as adversidades.

Os transtornos de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões entre pré-adolescentes e adolescentes, de 10 a 19 anos. Estima-se que 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo sofram de problemas de saúde mental. Globalmente, a depressão é a quarta principal causa de doença e incapacidade entre adolescentes de 15 a 19 anos e a 15ª para aqueles com idade de 10 a 14 anos. A ansiedade é a nona causa principal de

doença e incapacidade para adolescentes de 15 a 19 anos, e a sexta para os de 10 a 14 anos[81].

Há cada vez mais evidências de que a prevalência de distúrbios emocionais em adolescentes está aumentando[82]. A prevalência de episódios depressivos, por mais de 12 meses em adolescentes, aumentou de 8,7% em 2005 para 11,3% em 2014, nos Estados Unidos[83].

Transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão, transtornos alimentares e de personalidade agregam risco para as ações autolesivas[84].

Representando 11% do total de casos de violência analisados em nosso estudo, documentou a fragilidade da saúde mental dos adolescentes, em sua maioria do sexo feminino, que utilizaram-se principalmente da intoxicação medicamentosa, automutilação e envenenamento como meios de autoagressão. No atual estudo, para esse tipo de agressão, a relação entre gênero feminino: masculino cresceu de 6:4 em 2017 para 33:7 em 2020. O aumento considerável de sua participação entre as formas de violência notificadas, de 8,77% em 2017 para 24,69% em 2020, motivou-nos a estudar, por meio de dados publicados na literatura mundial, a magnitude do impacto emocional sofrido por crianças e adolescentes, principalmente no período de pandemia.

O último relatório Viva, de 2019, mostrou que a violência interpessoal / autoprovocada no Brasil cresceu 165% entre 2011 e 2017, de 107.530 para 285.351 notificações. Os dados mostraram que as agressões em menores de 19 anos representaram 24,4% do total das faixas etárias e que as lesões autoprovocadas, cometidas por este grupo etário, representaram 30,6% do total de todas as idades. Cerca de cinco a cada dez atendimentos por lesão autoprovocada envolveram envenenamento (52,3%) e dois a cada dez atendimentos envolveram o uso de outros meios (20,7%)[23].

Sabendo que a organização e capacidade funcional do cérebro humano estão intimamente atreladas ao meio em que se vive, a sequência de eventos negativos causados pela exposição à violência e ao abuso na infância podem ser extremamente prejudiciais às atividades neurocomportamentais da vítima. Vários estudos apontam que a presença de estressores durante a infância, como sofrer ou testemunhar abuso, podem acarretar comportamentos negativos na vida adulta, como abuso de substâncias, tentativas de suicídio e transtornos depressivos[85,86,87].

A lesão autoprovocada, também chamada de autolesão, é expressa por diversos tipos de lesões, realizadas intencionalmente, contra si próprio, desde arranhões ou pequenos cortes a manifestações mais severas, como a perda de alguma parte do corpo, ideação suicida e suicídio[88].

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, o indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com o objetivo de obter alívio de um sentimento ou cognição negativos, para resolver uma dificuldade interpessoal ou para induzir a um estado de sentimento positivo. O abuso de substâncias, como álcool e drogas, pode ser fator de risco. O adolescente vive a experiência de autolesão por dificuldade no relacionamento, isolamento e *bullying*[84].

A falta de mecanismos de adaptação (pessimismo, insegurança, impulsividade, autodepreciação, distorção da imagem corporal e instabilidade emocional), assim como fatores do ambiente familiar (separação conflituosa dos pais com o abandono ou negligência por parte de um progenitor, disfunção e violência familiar) são fatores de risco para as lesões autoprovocadas[84].

O adolescente tem a tendência de ocultar as lesões por vergonha ou culpa e, geralmente, as executa em locais onde possa ficar sozinho e com privacidade. Seguindo o mesmo princípio, escolhem locais do corpo onde possam facilmente esconder as feridas. Braços, antebraços, pulsos, pernas e abdome são geralmente os locais selecionados e ocultados por roupas compridas ou algum acessório.

Antes da pandemia da COVID-19, as taxas de ansiedade e sintomas depressivos em adolescentes eram de aproximadamente 11,6% e 12,9%, em meninos e meninas, respectivamente[89].

Estudos recentes com adolescentes chineses mostraram que meninas mais velhas (15-18 anos) eram mais propensas a apresentar sintomas depressivos / ansiosos. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que as meninas são geralmente mais propensas a sintomas do espectro de internalização, enquanto os meninos podem ser mais propensos a mostrar comportamentos de externalização e demonstrar poucas emoções de internalização. A dificuldade de se detectar emoções de internalização nos meninos, como depressão e ansiedade, pode colocá-los em maior risco para desenvolverem, no futuro, problemas de saúde mental, incluindo suicídio. Morar em áreas urbanas, em espaços pequenos, são fatores apontados como de risco para adolescentes desenvolverem ansiedade e depressão[81].

Durante a pandemia, o enclausaremento da população, a maioria vivendo em zonas urbanas e espaços reduzidos e, por vezes, superpopulosos, pode ter exacerbado esses fatores de risco.

5.4 Vítimas

As características das vítimas foram avaliadas, nesse estudo, segundo as variáveis gênero, faixa etária, cor, deficiências físicas ou mentais, gestantes e uso de álcool ou drogas.

5.4.1 Faixa etária

A violência infantil foi mais prevalente em crianças (2 a 9 anos) e adolescentes (14 a 18 anos), do sexo feminino e de cor branca.

Esses achados são compatíveis com os dados nacionais do último boletim do Ministério da Saúde, Sistema Viva, de 2017, publicado em 2019. Quanto à faixa etária, estudo e boletim epidemiológico se assemelham, com picos de maior prevalência vítimas de 1 a 9 anos (38,1 % e 39,2%), de 10 a 14 anos (39,9%) no boletim do MS e de 14 a 18 (35,6 %) no estudo[23].

A cultura milenar da supremacia do mais forte sobre o mais fraco, favorece o uso da sexualidade e a manutenção do segredo por mais tempo. Fragilidade física, imaturidade e dependência emocional, pouca capacidade de reação e compreensão, tornam a faixa etária da infância mais vulnerável[56,90,91].

Os adolescentes, pela rebeldia e impulsividade características, são mais vulneráveis à violência física. Contudo, pelo início do amadurecimento físico, tornam-se atrativos a adultos para abusos sexuais.

5.4.2 Gênero

As vítimas prevaleceram do gênero feminino, tanto no estudo atual (76,7%), quanto no cenário nacional (74,2% crianças e a 92,4% adolescentes)[23] e internacional.

Nossos dados vão de encontro ao estudo realizado na Amazônia brasileira em 2020, que observou ser o abuso sexual infantil três vezes maior no gênero feminino do que no masculino, tanto na adolescência como na infância[92].

Revisão de trabalhos de 21 países encontrou maior prevalência da violência sexual no gênero feminino na Noruega, Lituânia, Estônia, Polonia e Estados Unidos[93]. No Uruguai, em 2016, estudo mostrou 60% das vítimas de violência infantil do sexo feminino[94].

A diferença entre os dois gêneros pode ser devida a dois fatores:

- subnotificação do abuso sexual em meninos, pelo provável preconceito que surge quanto à identidade sexual, após o menino ser abusado,

- subordinação do gênero feminino na sociedade desde a infância, deixando-a mais vulnerável a todos os tipos de violência[92].

Este fenômeno pode estar fundamentado sociologicamente sobre o patriarcalismo e o sexismo, que consolidaram ao longo da história um sistema de poder, impondo aos mais vulneráveis e dependentes uma condição de submissão. A maior vulnerabilidade da população infantil feminina à violência sexual encontrada no atual estudo confirmou resultados descritos na literatura[48,64,95].

Na Índia, em geral, as crianças de diferentes estratos sociais são tratadas como incapazes de saber o que é melhor para elas e, portanto, há a necessidade de controlar seu comportamento e decisões em todos os aspectos de sua vida. Isso ocorre principalmente em famílias de classe social média e alta, enquanto crianças de estratos sociais mais baixos geralmente têm pais que permanecem indiferentes ao bem-estar das crianças, especialmente no caso de crianças do sexo feminino. Nos estratos sociais mais baixos, as crianças do sexo feminino são discriminadas em termos de nutrição, educação e cuidados de saúde[67].

5.4.3 Cor

Quanto à cor das vítimas, nosso estudo apresentou 52,9% de cor branca e 46,4% negra (preta + parda). No boletim nacional, as vítimas foram da cor branca em 35,7% e 50,5% da cor negra (preta + parda)[23].

Resultados semelhantes foram observados em estudo realizado com dados do SINAN. Foram avaliados os casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual infantil, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, em Florianópolis, Santa Catarina. O estudo concluiu que a maioria das vítimas não possuía deficiência (94,5%), era do sexo feminino (75,5%) e da cor branca (78,0%), [92] reforçando assim os achados desta pesquisa.

As denúncias acolhidas no Brasil pelo Disque 100, em 2015 (153.962), revelam que meninas são as maiores vítimas (54%). Com relação à faixa etária, a mais atingida é de 4 a 11 anos, somando 40%, seguida pelas faixas etárias de 12 a 17 anos, com 31%, e de 0 a 3 anos, com 16%. Considerando a cor, meninas e meninos negros/ pardos somam 57,5% e brancos, 41,6%[96].

As diferenças entre dados nacionais e de nosso estudo podem ser explicadas pela composição étnica de cada região do país.

Segundo o IBGE (2010), 42,7% dos brasileiros se declaram brancos, 56,2% negros (46,8% pardos e 9,4% pretos), 1,1% amarelos ou indígenas. A população da microrregião estudada, em especial do município de Jundiaí, apresenta 76,4% de indivíduos que se declaram brancos, 18,84% pardos, 3,82% pretos, 0,87% amarelos e 0,06% indígenas. O predomínio da cor branca na região se deve à imigração de italianos no século XIX e final do século XX, vindos para trabalhar na agricultura local, principalmente no cultivo da uva. Embora a cor negra corresponda a 22,6% da população de Jundiaí, ela representou 46,4% dos casos de violência notificados. Esses dados levantam a hipótese de que apesar da cor da vítima provavelmente ser a cor predominante da população local, as famílias de cor negra, talvez, estejam mais expostas a fatores de risco ou menos expostas a fatores protetivos do sistema ecológico da violência na microrregião estudada.

Quanto à cor, estudo na Suécia demostrou não haver diferença entre violência sexual em brancos e negros, assim como outros estudos lá reportados[97,98,99].

5.4.4 Deficiência, gestação, uso de álcool ou drogas

Nosso estudo não encontrou significância estatística entre violência infantil e as variáveis deficientes, gestantes nem uso de álcool e drogas pelas vítimas, apesar de serem apontadas pela literatura como fatores de risco.

O uso de álcool e drogas pode ser informação com viés de aferição, uma vez que são dados oferecidos pela vítima ou seu responsável. Não há medição de nível sérico alcoólico nem triagem de drogas no PS nesses casos.

5.4.5 Deficiências

A literatura parece indicar que crianças com certas características de neurodesenvolvimento, como a presença de um transtorno do espectro autista e / ou dificuldade de aprendizagem, podem ter um risco aumentado e mais severo de maus-tratos. Estudos apontam que crianças portadoras de deficiência intelectual possuem um risco de ser maltratados 3 a 4 vezes maior quando comparadas a crianças sem nenhum tipo de deficiência[53,100,101]. Nossa pesquisa observou que 95,9% das vítimas não possuíam deficiência intelectual.

Esse dado pode ser justificado por falta de notificações em deficientes mais graves, que não conseguem se manifestar e, por tanto, não geram atendimento.

5.4.6 Gestação

Segundo dados de pesquisa realizada em 14 centros de saúde comunitários e hospitais na cidade de Nova York, adolescentes grávidas apresentam taxas significativamente mais altas de exposição à violência exercida por seus parceiros do que mulheres de idade superior ou não gestantes[102]. No entanto, isso não foi uma variável significativa nesta pesquisa, na qual apenas 1,1% da amostra avaliada era de gestantes. Estamos falando de gestação em adolescentes, uma vez que nossa amostra inclui menores de 18 anos. Agressões em gestantes com idade superior não são atendidas no PS de Pediatria e sim no PS da Ginecologia e Obstetrícia do HU-FMJ, e não foram foco do presente estudo.

5.4.7 Uso de álcool e drogas

Diversos autores apontam o uso de substâncias químicas, álcool e drogas como fator de risco para a ocorrência de violência, seja ela física ou sexual [103], pois contribuem para a instabilidade mental, com exacerbação de sentimentos, como

raiva ou má tolerância a pequenos eventos, gerando, assim, conflitos[104,105].

Do total de nossa amostra, 92,0% das vítimas referiam não estar sob efeitos de álcool e 94,6% referiam não estar sob efeitos de drogas. O uso de substâncias não foi componente capaz de gerar diferença significativa nessa pesquisa. Nenhum exame toxicológico para comprovação foi realizado.

5.5 Agressor e local da agressão

5.5.1 Agressor

O perfil encontrado em nossa pesquisa aponta para agressor do gênero masculino (82,4%), ciclo de vida de adolescente a adulto jovem (média de idade de 10-24 anos) e convívio com a vítima em 64,0% do total dos casos notificados de violência.

Mais detalhadamente, o agressor é conhecido ou convive com a vítima em 70,5% dos casos de violência física e 64% dos casos de violência sexual.

Olhando ainda mais de perto, encontramos os pais como os principais agressores tanto de violência física, quanto sexual.

Pais e padrastos / madrastas, maiores responsáveis pela condução e promoção da saúde dos menores, corresponderam a 47,8% do total de agressores intrafamiliares.

Agressão por pais ou desconhecidos não apresentou diferença estatística. Se somarmos o fato de que as agressões ocorreram predominantemente na residência da vítima, chegamos ao disparate de que, justamente onde e por quem, crianças e adolescentes deveriam ser mais protegidos, respeitados e amados, é o local com a presença dos maiores riscos, ameaças e agressores.

5.5.2 Local da agressão

Quando comparados os dados de agressores intrafamiliares (56,7%) com agressores extrafamiliares (43,3%), encontrou-se também dado relevante, que indica que a violência, além de ocorrer no âmbito domiciliar, pode acontecer

também na comunidade, em local público ou escola.

Em nossa pesquisa, o segundo local onde mais ocorreram atos de violência foi via pública, 21,2% da amostra, e 9% nas escolas. A ideia equivocada de que em festas haveria grande risco à integridade de menores e adolescentes não foi sustentada pelos dados encontrados em nossa pesquisa (1,3% das ocorrências), tão pouco o de que é o maníaco desconhecido que ataca crianças e adolescentes na porta das escolas, em becos ou nas ruas desertas. Ele está dentro de casa.

A residência da vítima foi, em 58,9% do presente estudo e em 67,8% do boletim do Ministério da Saúde, o local mais prevalente para violência infantil. Esses dados corroboram estudo na região norte do Brasil, no qual os abusos de natureza sexual também foram mais praticados no ambiente domiciliar (66,5%) e em espaços da comunidade. Esse fato traz à reflexão que o ambiente familiar e social pode não ser pressuposto de segurança e proteção[92].

5.5.3 Dados mundiais sobre agressores

O relatório do UNICEF de 2017 indica que, globalmente, centenas de milhões de crianças experimentam, de maneira frequente, punição física e/ou agressão psicológica praticada por seus cuidadores[22,106].

Estudo observacional, descritivo de 2016 realizado no Uruguai, também relata que o pai biológico foi o principal agressor tanto nas violências de maneira geral como no abuso sexual. O segundo agressor nas diferentes formas de violências foi a mãe, enquanto avô e padrasto responderam pelo segundo maior agressor de violências sexuais. O número de mulheres que cometeram abuso sexual foi de 4% no estudo uruguaio[107].

Por meio da aplicação de questionário sobre experiências de violência sexual, estudo realizado na Espanha evidenciou que o abuso foi iniciado, em média, aos seis anos de idade, frequentemente de repetição, pelo mesmo agressor, em sua maioria do sexo masculino, de convívio próximo da vítima[108].

Estudo realizado na Hungria, durante 16 anos, verificou que os pais foram os autores de abuso sexual contra crianças e adolescentes em 44,0% dos casos, e o padrasto, em 40,0% dos casos. O abuso ocorreu em várias ocasiões em 52% dos casos e quase exclusivamente em casa (98%)[109].

Na Índia, outro estudo relatou que crianças do sexo masculino sofreram abuso físico principalmente por professores (46,2%), seguido por pais (35,9%) e mães (12,8%). Em contrapartida, crianças do sexo feminino sofreram abuso físico por professores (38,7%), seguido por outras (25,8%), mães (22,6%), pais (19,4%) e irmãos mais velhos (19,4%)[67].

Mais de 15 milhões de crianças nos Estados Unidos vivem em lares onde houve algum tipo de violência física ou sexual e cerca de 94% dos pais relataram ter dado palmadas em seus filhos na faixa etária de 3 a 4 anos de idade[110].

Estudo relacionado à violência contra crianças realizado em 15 países indica que 3 em cada 4 crianças com idade média de 2 a 4 anos são frequentemente submetidas a algum tipo de punição física, acompanhada ou não por agressão psicológica e perpetrada por cuidadores, em seu próprio domicílio[106].

Constata-se que, por todos os continentes, a violência contra crianças e adolescentes segue o mesmo perfil, com agressores conhecidos e ocorrendo dentro de casa.

A incoerência de que crianças e adolescentes encontraram maior risco de violação em sua integridade física, sexual e emocional em suas casas e por seus pais[6,111-113] pode ter suas raízes na cultura patriarcal histórica, desde a Antiguidade, com o Código de Hamurabi, que previa o descarte de crianças deficientes, supremacia pela força e exploração do gênero feminino[114,115]. Ressalta-se que adultos que sofreram violência em sua infância possuem 70% de chance de repetirem esse comportamento com seus filhos e parceiros[116].

5.5.4 Transmissão transgeracional da violência

O que faria aquele que vivenciou maus – tratos na infância, repeti-los com seus filhos? O que o diferencia daquele também vitimado, mas que não repetiu a violência em gerações subsequentes nem em parceiro íntimo?

A resposta para essas perguntas não é clara, mas é indiscutível que a violência sofrida na infância e adolescência deixa marcas na vítima por toda a vida. Problemas da saúde mental, física, do desenvolvimento comportamental e biológico podem associar-se para causar a repetição da violência contra as próximas gerações, criando uma bola de neve que precisa ser contida e prevenida.

Em revisão de meta-análises, incluindo quase 1,5 milhão de participantes, os estudos recentes apoiam a ideia da existência de transmissão intergeracional de abuso, com taxas de transmissão variando de acordo com o levantamento e tipos de maus-tratos[53].

Um estudo de corte longitudinal mostrou que indivíduos vítimas de maus-tratos na infância apresentaram mais de duas vezes a probabilidade de, 30 anos depois, serem relatados como pais abusadores, do que seus pares não maltratados. Os relatos de maus-tratos de seus filhos revelaram que a transmissão intergeracional foi muito mais fraca. Crianças vítimas de pais vitimados na infância experimentaram mais abuso sexual que crianças vítimas de pais não vitimados na infância. Não houve efeito de transmissão na perpetração de abuso físico. A gravidade dos maus-tratos experimentados também pode influenciar a extensão em que são transmitidos para a próxima geração. Experiências de maus-tratos mais graves aumentam a probabilidade de transmissão intergeracional, com maior chance de maltratar a própria prole[117].

Além de maus-tratos sofridos pelos pais na infância, a experiência de violência interpessoal, de parceiro íntimo e conflito conjugal, é indicador robusto de risco de maus-tratos infantis, pois pode prejudicar a interação com os filhos. A hipótese sustenta que a qualidade do casamento está relacionada à qualidade do relacionamento pai-filho, e a violência de parceiro íntimo pode ser preditiva de abuso infantil, tanto por causa do *stress* experimentado pelos pais que são vítimas do relacionamento abusivo, como porque a violência seria o meio de lidar com conflitos que também podem surgir na relação pais-filhos[53].

A transmissão intergeracional da violência pode estar mediada, mesmo que parcialmente, por características da personalidade como insegurança ou dependência. A vivência de abusos durante a infância pode levar o indivíduo a resolver conflitos, na idade adulta, de forma violenta com seus parceiros íntimos ou filhos. Não está claro se fatores socioeconômicos ou experiência parental negativa durante infância pertencem a fatores neurobiológicos desregulados ou se existem outros mecanismos envolvidos a serem estudados[53].

Fatores psicológicos e de desenvolvimento neurológico também podem constituir fatores de risco para maus-tratos, tanto nos pais quanto na criança.

As características parentais (baixo limiar para agressão ou baixo controle inibitório) e psicopatológicas (transtorno depressivo maior ou transtorno de

personalidade limítrofe) podem interferir no cuidado de crianças pequenas. A psicopatologia parental, como raiva e hiper-reatividade, pode estar associada ao abuso físico. Pais inseguros, em comparação com pais seguros, apresentam risco duas vezes maior de cometer maus-tratos[53].

As crianças que vivenciaram a violência perceberam que a personalidade tanto do pai quanto da mãe era dominante, de temperamento curto e/ou agressivo, ao contrário das crianças que não vivenciavam o mesmo. Pais com baixo controle de impulso, baixa autoestima e problemas de saúde mental são mais propensos a usar violência física contra crianças[61].

Pesquisa em Tripura, na Índia, em 2010, indicou claramente que uma pessoa com grande problema de saúde mental não pode atuar como um pai responsável. Quando essa pessoa se torna pai ou mãe é incapaz de cumprir suas responsabilidades e seus filhos ficam vulneráveis à negligência e à violência[58].
Haveria, talvez, suscetibilidade maior em alguns indivíduos à prática da violência contra crianças e adolescentes?

5.5.5 Teoria da suscetibilidade a praticar agressão

Suscetibilidade diferencial se refere à ideia de que alguns indivíduos são mais propensos a influências ambientais do que outros.

A teoria da suscetibilidade diferencial propõe três marcadores que diferenciam os indivíduos mais suscetíveis dos menos suscetíveis em praticar agressões contra crianças e adolescentes:

- composição genética: marcadores genéticos foram encontrados no sistema dopaminérgico e serotonérgico, permitindo ao indivíduo ser mais aberto a influências do meio ambiente, para melhor ou pior, e daí suas reações mais ou menos intensas[118]

- regulação do *stress*: sensibilidade biológica ao contexto, envolvendo *stress* elevado e reatividade imunológica a estímulos negativos em um ambiente caótico e estressante. Ao mesmo tempo, processamento elevado de estímulos positivos, vindos de um ambiente estruturado e de suporte, faria modulação boa das reações[119].

- temperamental: a dificuldade temperamental engloba aspectos de

emocionalidade negativa, urgência e controle de esforço. Parece ser o fator preditivo mais elevado para problemas de comportamento (internalização e externalização), mas também uma maior abertura para a influência de mudança em meio ambiente melhor[120,121].

Estudos neurobiológicos sobre maus-tratos infantis analisaram as consequências de experiências de violência sobre a estrutura e função cerebrais. O único dado disponível evidenciado por meta-análise foi uma fraca associação entre a linha de base para frequência cardíaca mais elevada e maior risco para violência infantil. Considerando-se que baixas frequências cardíacas estão associadas a comportamento antissocial, é relevante o fato de frequências cardíacas mais elevadas ao repouso terem sido encontradas em pais agressores e adultos em maior risco de cometer abuso infantil. A explicação para esse fato seria que enquanto comportamentos antissociais e psicopatológicos podem estar associados a características insensíveis ou sem emoção, a insensibilidade não seria fator predisponente para maus-tratos. Não há evidências de que uma lesão de corpo caloso seria a causa para esse fato, mas sim de acúmulo de *stress*, passado traumático e dificuldades socioeconômicas[53].

Seria uma possibilidade possível, porém perturbadora, que hereditariedade possa nortear a violência infantil e a transmissão intergeracional da mesma. De toda forma, os pais são os responsáveis por manter-se longe de atitudes agressivas, pois são o componente de força do binômio pais-filhos[53].

Relacionados a alguns dos antecedentes acima mencionados, os fatores neurobiológicos dos pais poderiam desempenhar papel em maior risco de violência infantil. É ideia antiga que a neurofisiologia dos pais agressores seria desregulada, dificultando o lidar com situações de *stress*, o que os tornaria constitucionalmente mais suscetíveis à prática do abuso. O desequilíbrio entre sistemas simpático e parassimpático, com super ou sub-reatividade a estímulo estressante, como por exemplo choro infantil, dificuldade na alimentação ou baixo rendimento escolar, poderia resultar em violência física ou negligência[122].

Frente aos efeitos prejudiciais sobre os filhos maltratados, a perpetração de violência por pais e cuidadores estaria desalinhada dos mecanismos evolutivos de proteção da espécie. Duas possíveis explicações surgiram.

A primeira seria o preconceito inato de alguns indivíduos para promover a aptidão inclusiva de uma pessoa, podendo chegar ao abuso e até infanticídio de

bebês que competem com a procriação da própria prole[123]. O infanticídio em primatas Langur, por intrusos machos dominantes que mataram os recém-nascidos das fêmeas para acelerar a procriação de seus próprios descendentes, cria cenário de fundo comparável aos abusos em famílias de padrastos, e não de filhos adotados[124].

A segunda hipótese estaria relacionada à distribuição de recursos escassos, privilegiando bebês com as melhores chances de sobreviver. O resultado seria a negligência de bebês dóceis, menos aptos e passivos, “anjos” indo direto para o céu. Esta preferência seletiva pelos bebês mais ativos e exigentes pode ter desempenhado um papel na sobrevivência seletiva das crianças Massai, no Quênia, com temperamentos classificados como mais "difíceis" durante a seca extrema e fome subsaariana em 1974. Esse estudo acompanhou 10 bebês “dóceis” e 10 bebês de “difícil temperamento” para alimentação. Após 3 meses, só 2 bebês dóceis e 4 “difíceis” haviam sobrevivido. Talvez a maior exigência por atenção dos pais tenha sido fator protetor para receber alimento sobre aqueles bebês mais acomodados[125].

Na mesma linha, o *stress* extremo causado pela pobreza e outras dificuldades terríveis pode forçar os pais a abandonar alguns de seus filhos aos cuidados institucionais, nem sempre capacitados para um bom cuidar[53].

Por outro lado, a pobreza extrema e fome também podem levar uma família a escolher ou demonstrar seus valores e cultura. A venda de uma filha de 9 anos para casamento com homem de 55 anos, em troca de comida, como ocorreu em outubro de 2021, no Afeganistão, é exemplo, mais uma vez, que a criança do gênero feminino é tida como mercadoria por alguns, ou muitos. Há nessa situação uma questão de valor e respeito envolvidos, ou a falta deles. Não se vendeu roupas ou mobília de casa para obter alimento, e sim uma menina. Se há quem compre, é porque há quem venda.

Em contrapartida, há inúmeros casos de pais vitimados na infância e que não a praticam nas próximas gerações ou em parceiros íntimos. A resiliência seria a ferramenta de ouro para vencer os traumas sofridos e não repeti-los[126].

Masten definiu resiliência como capacidade adaptativa do sistema em desenvolvimento, de relacionamentos e suporte social, no qual a criança está inserida, com resultados favoráveis, apesar das sérias ameaças à sua adaptação ou ao seu desenvolvimento[127,128].

Resiliência, segundo a física, é a capacidade que alguns materiais têm de suportar impacto e retornar à sua forma original.

Em psicologia, é a habilidade de adaptar-se às mudanças, de superar problemas e seguir à diante, de suportar pressões e imprevistos com flexibilidade. É o que o indivíduo consegue fazer de bom com aquilo de ruim que recebeu, que vivenciou; é o que faz com suas frustrações para continuar evoluindo.

Resiliência emocional é a tolerância ao *stress*, e à frustração. Pessoas resilientes apresentam maior controle e equilíbrio diante de dificuldades sem mudanças bruscas de humor, facilitando convívios mais harmoniosos.

Resiliência é uma habilidade e , como tal , pode ser desenvolvida ao longo da vida.

Indivíduos resilientes são caracterizados por um menor grau de suscetibilidade às intemperes do meio ambiente, boas ou ruins. Pais e filhos menos suscetíveis podem vivenciar paternidade “suficientemente boa” em condições adversas ou sobreviver a maus-tratos com menos cicatrizes, quando comparados a seus pares mais suscetíveis[53].

Indivíduos menos suscetíveis podem confiar em sua resiliência constitucional, enraizada em um temperamento menos reativo, agressivo, rebelde e em sua composição neurobiológica. Os mais suscetíveis, menos resilientes, por outro lado, precisam mais do apoio de ambiente protetor, acolhedor, confiável e sensível contra adversidades. Podem superar os traumas vividos[53].

Consequentemente, a experiência de maus-tratos não está de forma alguma fadada a se repetir nas próximas gerações[117].

5.5.6 Uso de álcool e drogas por agressores

A influência de substâncias químicas não foi significante para o perfil dos agressores avaliados nesta pesquisa. Segundo a percepção das vítimas, 80,3% de seus agressores não estariam sob efeitos de álcool e 88,3% nem sob efeitos de drogas. Como o agressor dificilmente acompanha a vítima ao pronto-socorro, não foi possível a averiguação objetiva dessa variável em nossa pesquisa, sendo um

viés de aferição.

A agressão masculina, com ou sem álcool, há muito é facilmente desculpada, especialmente quando a raiva era temporária e o arrependimento poderia ser sincero, mas se a reação parte da mulher, muitas vezes é acusada de ter reagido exageradamente e seu pedido de socorro é ignorado[129].

Melhores dados seriam obtidos por estudos com agressores, pois teríamos a possibilidade de dosagem de substâncias como álcool, drogas ou mesmo suas informações oferecidas diretamente.

5.6 COVID-19

A análise dos dados de violência sexual e física atendidas no HU-FMJ no período estudado mostravam números crescentes de ambas, ano a ano. A violência autoprovocada, de 2016 a 2019, por outro lado, mantinha-se com crescimento também constante, mas de menor magnitude que as demais.

Com a chegada da pandemia da COVID-19 no Brasil, em de março de 2020, o panorama da violência acentuou-se de forma gritante. Tanto a violência sexual quanto a física tiveram aumento de incidência, mas foi a violência autoprovocada a mais prevalente em adolescentes do sexo feminino, que saltou a patamares ainda mais preocupantes.

O rápido alastrar do novo Coronavírus fez a OMS determinar isolamento social e quarentena como pilares fundamentais do controle da pandemia[22]. O que poderia parecer “férias temporárias” foi se estendendo de maneira incerta, com notícias e programações mudando dia a dia, quando não, várias vezes no mesmo dia.

O convívio familiar se intensificou vigorosa, súbita e inesperadamente.

Lockdown. Expressão até então desconhecida pela maioria das pessoas, materializou-se com o fechamento de escolas, creches, lojas, parques, restaurantes, bares, empresas e shoppings. O resultado quase instantâneo foi a perda de muitos postos de trabalho, sem previsão de reabertura a curto e médio prazos. Medo e insegurança por desemprego, intensificando dificuldades financeiras, já existentes ou criando novas, geraram inúmeros conflitos sociais.

Trabalho em *home office*, para quem ainda o tinha, dificuldades de acesso à internet por falta de equipamentos, sinal ou mesmo conhecimento, formaram outra frente de *stress*.

A sobrecarga de trabalhos domésticos se fez presente. Muitas famílias cortaram postos de servidores domésticos por restrições financeiras ou por impossibilidade de circulação das pessoas. Acréscimo de afazeres domésticos, cuidados com filhos e familiares geraram cansaço físico e emocional. Muitos pais, além de não poderem mais “terceirizar” a educação e cuidado de seus filhos, viram-se na obrigação de acompanhá-los e auxiliá-los em estudos de conteúdo digital. Muitos não sabiam ou não tinham como fazê-lo[91].

Crianças e adolescentes, ainda em fase de amadurecimento psicossocial, subitamente, viram-se enclausurados em suas casas, privados do convívio de seus amigos, de suas atividades de rotina, estudo, esporte e lazer. Sem a experiência que só a maturidade e o tempo são capazes de ofertar, para essa faixa etária a desesperança e sentimento de vazio logo chegaram. Aliado a esse cenário, a mídia televisiva, escrita e digital, capazes de atingir praticamente toda a população, bombardeavam notícias catastróficas, informações inicialmente contraditórias, *fake news*, número de óbitos a cada hora, brigas políticas e despencar da economia. Tudo, praticamente, durante as 24 horas do dia.

Ainda sem vacinas capazes de proteger de alguma forma a população, o medo de contaminação assombrava, tanto mais, a dor pelo adoecer, internação prolongada, sequelas de familiares e conhecidos acometidos pela COVID-19. O falecimento de entes queridos, sem sequer haver a possibilidade dos rituais de despedida, tão importantes para a superação do luto, aumentavam a dor e angústia da população confinada. Acrescente-se o número impressionante de óbitos da população mundial, em escala desconhecida pelas gerações atuais. Não faltaram motivos para instabilidade nas relações intrafamiliares, induzindo a desestabilização da saúde mental, conflitos conjugais e cuidados hostis entre pais e filhos[4].

A pandemia afetou a saúde de todo o mundo, mas seus efeitos não ficaram restritos aos hospitais.

O impacto sobre a economia foi e ainda é marcante. Nenhum país saiu ileso. Nos Estados Unidos, as taxas de desemprego pré-pandemia saltaram de 3,5% (5,7 milhões de pessoas) para 4,4% (7,1 milhões), 14,7% (23,1 milhões) e 13,1% (21

milhões) em março, abril e maio de 2020, respectivamente. A taxa de abril de 2020 foi o maior aumento em 1 mês e a maior taxa registrada de desemprego naquele país, desde 1948, quando os registros oficiais se tornaram constantes. Além de redução de renda, a perda de acesso a benefícios, como seguro saúde e perda de apoio do grupo social entre colegas instabilizam psicologicamente toda a família[130].

Em 2010, relatório apresentado para o Congresso Americano mostrou que filhos de pais desempregados tiveram 2 vezes mais propensão de sofrerem abusos, em comparação com filhos de pais empregados. Durante a pandeia COVID-19, essa probabilidade subiu para 5 vezes. Filhos de pais com sintomas depressivos e história de maus-tratos tiveram risco 112 e 20 vezes maior de serem abusados psicológica e fisicamente, do que no ano anterior à pandemia[130].

Mapear as violências domésticas é difícil por ocorrerem em ambiente restrito, familiar, onde dependência econômica, fragilidade física, pouca compreensão e capacidade limitada de manifestação acabam fortalecendo a lei do silêncio, beneficiando o agressor[3,7,20]. Novos casos de violência e / ou intensificação de violência de repetição de forma crônica encontraram na pandemia ambiente ideal para proliferar-se: agressores e vítimas, dividindo o mesmo ambiente, em período integral, com isolamento social e restrição à circulação, que se prolongavam de forma torturante[26,38,95].

Segundo a UNICEF, a falta de dados de base sobre violência infantil pode tornar difícil a compreensão das mudanças que ocorreram e como elas podem estar ligadas às medidas de prevenção adotadas contra a COVID-19. Não é claro se os impactos primários da pandemia aumentaram a frequência e severidade da violência contra crianças já vitimizadas, ou se houve aumento na magnitude e escala geral do total de crianças abusadas[131]. Muitos países, contudo, não possuem indicadores e linhas de apoio, componentes fundamentais dos sistemas de proteção infantil e na compreensão dos contextos epidemiológicos observados entre diferentes nações[4].

Dados do Reino Unido, França, Estados Unidos e Austrália apoiam a noção de que a taxa de abuso infantil e negligência aumentou devido à COVID-19: Eles registraram taxas crescentes de abuso infantil, variando de 20% a 40%[61].

Crianças com mais idade e maiores recursos de elaborar socorro apresentam maior possibilidade de buscar ajuda em linhas de denúncia, como no Disque Direitos Humanos (Disque 100), 190 (Polícia Militar), 192-SAMU (Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência) e mídias sociais.

Observou-se, em outras ocasiões, que desastres e crises de grandes proporções foram seguidos de aumento dos casos de violência infantil e interpessoal, como após o terremoto Loma Prieta (1989), os furacões Hugo (1989), Floyd (1999) e Katrina (2009). Nesse último, a prevalência de violência doméstica quadruplicou na América Central e do Norte. Após a epidemia do vírus ebola (2014 a 2016), na África Ocidental, houve aumento importante dos casos de violência infantil em relação aos anos anteriores, possivelmente pela quarentena adotada[37].

Estudo da *Child Helpline Internacional*, que atende 41% da população mundial de crianças e adolescentes, registrou aumento de 7% para 16% dos contatos motivados por violência, para suas linhas de atendimento à COVID-19, entre o primeiro e segundo trimestres de 2020. Na França, houve aumento de 34% dos relatos de crianças expondo vivenciar situações perigosas, enquanto na Argentina, em abril de 2020, foi constatado aumento de 67% dos pedidos de ajuda por vítimas de abuso[129].

Na China, na província de Hubei, particularmente afetada no início da pandemia, os relatos de violência intrafamiliar triplicaram em fevereiro de 2020, durante a quarentena. O reduzido funcionamento dos serviços de justiça e o medo da contaminação dificultavam o manejo dos agressores[129].

Em abril de 2020, a França registrou aumento de 30% nas denúncias de violência doméstica à polícia e de 20% para o 119, linha de ajuda às crianças vítimas de violência. Em relação a março de 2019, o aumento foi de 60%[129]. O Hospital de Ohio registrou queda dramática no número de ligações para serviços de proteção infantil, enquanto a incidência de casos de abuso infantil permanecia relativamente estável. Esse paradoxo observado poderia demonstrar que crianças em risco estariam sofrendo silenciosamente nas mãos de seus agressores, longe de socorro da comunidade, professores e profissionais de saúde[132].

Na Índia, crianças em adversidade já formam um grupo de alto risco de vulnerabilidade. As questões econômicas e de isolamento durante e imediatamente após a crise da COVID-19 aumentaram o risco de abuso sexual, casamento, trabalho e tráfico infantis. Famílias vulneráveis adotaram medidas para encontrar novas fontes de renda e reduzir as despesas. A insegurança, fome e pobreza extrema levaram essas famílias a buscar no casamento infantil, melhor bem-estar e proteção contra ainda mais adversidades para as meninas, durante e após

desastres. Esse mesmo impulso ocorreu em crises em Uganda, Quênia e Afeganistão. Durante 11 dias de quarentena, a linha de ajuda nacional indiana para crianças, CHILDLINE, recebeu 92.000 ligações sobre abuso infantil, 30% do total de ligações recebidas no período. Embora existam as linhas de apoio, durante a quarentena os resgates físicos de crianças e serviços de proteção ficaram dificultados pela restrição de circulação. Por outro lado, confinadas dentro de casa, sem trégua com seus agressores, a utilização de dispositivos móveis poderia ser insegura para vítimas infantis, com queda artificial das ligações[61].

No Brasil, em julho de 2020 foi publicada a Lei 14.022, assegurando manutenção e funcionamento pleno, durante a pandemia, de todos os sistemas de atendimento à violência doméstica praticada contra mulheres, crianças e adolescentes. Apesar da determinação federal, as linhas de socorro à violência foram parcialmente interrompidas durante a pandemia. Os Conselhos Tutelares fizeram atendimento e avaliação *online* das denúncias de violência recebidas[37]. Nesse período, a violência infantil registrou aumento de 73% no Rio Grande do Sul, 32% em Pernambuco, 8,5% no Paraná e 7,4% no Distrito Federal. Apesar de mantidas medidas públicas de combate e prevenção, é possível ter havido dificuldades para a exposição da violência. Em Santa Catarina, foi observada a redução de 55,3% do número de notificações entre 136 municípios[37].

Segundo o Disque 100 e Ligue 180, canais disponíveis para denúncias de violência, foram registradas em 2020 mais de 14 mil denúncias de violência contra crianças, sendo a faixa de idade entre 12 e 17 anos a mais prevalente e o sexo feminino agredido em 84% dos casos. O principal agressor foi o pai ou a mãe em 32% das denúncias. Por esse motivo, a Fundação Abrinq retomou a campanha “Pode Ser Abuso”, criada em 2018, para alertar e mobilizar a sociedade sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes[133].

Os casos de violência podem ser subnotificados principalmente pelo afastamento das atividades escolares durante a quarentena[4,22,37]. Os professores exercem papel fundamentail no exercício da vigilância aos maus-tratos infantis[4,22,37,92] e aquelas que já se encontravam em situação de vulnerabilidade agora enfrentam alto risco[91]. Pesquisas de outras epidemias como o Ebola, na África, mostraram que o fechamento de escolas resultou em taxas elevadas de negligência e abuso sexual de crianças, e na duplicação do número de gravidez na adolescência[37].

Ressalta-se, entretanto, que com o fechamento das escolas, uma das fontes de notificação de maus-tratos, a emergência pediátrica assumiu maior representatividade nas suspeitas de violência infantil.

A Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) estima que 1,5 bilhão de crianças e adolescentes foram afetados com o fechamento das escolas[22,37] e a UNICEF calcula que 1,8 bilhão de crianças vivem em países onde os serviços de prevenção, notificação e proteção ao abuso infantil foram temporariamente interrompidos[4].

Estudo produzido em conjunto pelo UNICEF, Instituto Sou da Paz e Ministério Público de São Paulo (MPSP) alerta que as crianças e adolescentes ficaram mais vulneráveis à violência sexual durante a pandemia. O abuso sexual é o tipo de violência que mais exerce influência negativa à saúde mental das vítimas; os impactos econômicos, isolamento social e medo da contaminação pelo coronavírus[16] podem ter influenciado a ocorrência e diminuição de notificação da violência sexual[27], subestimando o aumento que mesmo assim foi registrado[134].

A análise dos dados periódicos e evolutivos anteriores à pandemia mostrava crescimento sustentado, tanto da violência sexual como física em crianças e adolescentes atendidos no pronto-socorro do HU-FMJ. A partir de março de 2020, com o início da quarentena, o número total de casos atendidos por demanda espontânea diminuiu em 42,6%, possivelmente pelo receio de contaminação pelo *SARS-CoV*-2, no trajeto e em ambiente hospitalar, além das medidas de confinamento adotadas. Inicialmente, os números poderiam sugerir também a diminuição da violência infantil. O convívio estreito entre pais e filhos, e entre familiares moradores do mesmo domicílio poderia oferecer a oportunidade de seus membros conhecerem-se melhor, respeitarem-se e estabelecerem laços, vínculos afetivos, capazes de auxiliar a suplantar conflitos e dificuldades. Os pais tinham que dedicar parte de seu tempo à alimentação, à educação e ao lazer de seus filhos. Tudo estava concentrado em casa. Os filhos poderiam sentir o afeto, carinho, preocupação, dificuldades e inseguranças de seus pais. A possibilidade de auxílio mútuo por meio do amor e respeito poderia ser a responsável pelo menor número de casos de violência que, inicialmente, chegaram ao pronto-socorro. Infelizmente, essa oportunidade não foi aproveitada de forma benéfica por várias famílias.

A análise dos dados de nossa investigação mostrou uma queda do total de atendimentos do pronto-socorro infantil no período de março a dezembro de 2020,

acompanhada de aumento no número relativo de atendimentos por violência física, sexual e autoprovocada, quando comparada ao período de junho de 2016 a fevereiro de 2020, sugerindo fortemente que, durante a quarentena, a violência contra crianças e adolescentes cresceu muito, e talvez mais do que isso, o medo de circular e o isolamento social tenham represado de forma silenciosa, dentro das casas, os gritos de socorro de muitas vítimas que não constam nos números de notificações.

O índice de atendimento por violência infantil que era de 1,89% em 2017, 1,83% em 2018 e de 2,93% em 2019, atinge 6,85% em 2020 ($p<0,002$). O abuso físico subiu de 28,2% em 2019 para 40,7% em 2020.

A Itália registrou situação semelhante quanto à diminuição da demanda geral do pronto-socorro, com redução de 81% no período de *lockdown* (março a maio de 2020) e posterior redução de 51% (setembro a novembro de 2020), com medidas mais leves de isolamento naquele país[135].

O Reino Unido constatou alarmante aumento de traumatismos cranioencefálicos relacionados às medidas de contenção da pandemia. Em Londres, de março a abril de 2020, houve aumento de 0,67 para 10 casos ao mês em admissões hospitalares por trauma cranioencefálico e sangramento de sistema nervoso central[68].

Em nosso estudo, as lesões autoprovocadas representaram 60,6% das agressões físicas de 2020. Dados semelhantes foram vistos na Inglaterra, sugerindo efeito negativo do confinamento para a saúde mental. A forma predominante de autoagressão foi por intoxicação medicamentosa em ambos os estudos. A lesão autoprovocada representou 29,9% do total de atendimentos por violência física do período estudado. Prevalente no sexo feminino, com idade média de 14,8 anos, as adolescentes demonstraram propensão a distúrbios emocionais e mentais, expressando comportamento de busca por ajuda, para alívio de outra dor, podendo indicar sofrimento recorrente[28]. No atual estudo, a relação entre gênero feminino: masculino para lesão autoprovocada cresceu de 6:4 em 2017 para 33:7 em 2020.

Na Arábia Saudita, o Dammam Poison Control Center registrou aumento significativo de intoxicações por ingestão de produtos de limpeza e de higienização das mãos em crianças de 6 a 12 anos, principalmente no primeiro semestre de 2020. Nesse mesmo período, foi notada queda de intoxicações por anfetamina,

maconha, ópio e álcool, atribuída à dificuldade de obtê-las durante o *lockdown*[136].

Quanto à violência autoprovocada, mais prevalente em adolescentes do sexo feminino, a literatura demostra que a adolescência é período de transformações, conflitos internos, intradomiciliares e sociais. O olhar atento, o vínculo amoroso entre pais e filhos, e entre os membros da família é fundamental para um crescimento saudável, mais seguro, produtivo e feliz.

O período de pandemia acentuou gravemente os conflitos entre o grupo etário de adolescentes. Num momento de seu desenvolvimento no qual viver e relacionar-se com seus pares é vital para sua saúde emocional, amadurecimento, segurança e autoestima, a pandemia cortou esse recurso de forma abrupta e sem previsão de findar a curto e médio prazos. A desesperança, tédio, depressão, ansiedade, revolta e tristeza misturaram-se aos conflitos pré-existentes ou intensificaram novos, advindos do isolamento social e da quarentena.

Nosso estudo mostrou aumento de 65% nos casos notificados de violência autoprovocada. Se o aumento foi gerado por instabilidade emocional “apenas” ou como meio de socorro para outras formas de violência sofridas em casa, nosso estudo não foi capaz de evidenciar. O período curto de internação e a falta de vínculo estabelecido entre médico e paciente reforça a necessidade de acompanhamento ambulatorial bem estruturado, com atendimento multiprofissional e envolvimento das escolas, não só para auxílio do quadro de autoagressão, mas também para avaliação das reais causas que a motivaram. Estudo publicado no JAMA mostrou que as taxas de depressão e ansiedade antes da pandemia eram de 2,2% e 1,8%. Durante a pandemia, seus percentuais subiram para 63,8% e 49,5%, respectivamente[89].

Os transtornos psicológicos do isolamento social já foram descritos na literatura em situações como expedições polares, submarinos e prisões.

A escala de contenção implementada durante a pandemia da COVID-19 não tem precedentes. Tédio, ansiedade, insônia, depressão, comportamento suicida e viciante, violências domésticas, transtornos pós-traumáticos, alucinações, paranoia, episódios de violência autodirigida e distúrbios alimentares foram vivenciados na quarentena.

O isolamento leva à perda de contato com a realidade dos eventos externos, sendo os meios de comunicação a principal fonte de informações, mas estão

saturados de temas relacionados à pandemia. O transtorno de ansiedade resultante foi denominado “transtorno de *stress* manchete”. A incerteza da confiabilidade da informação e grande quantidade de notícias aumentam a angústia e ansiedade do confinado. Pessoas que pararam de trabalhar durante o confinamento tiveram pior saúde mental geral do que as que continuaram trabalhando, mesmo em *home office*[129].

O isolamento prolongado leva a um sentimento de desamparo, desconfiança e exclusão. Angústia financeira, perda de ente querido, culpa, tédio e o fato de não ser mais valorizado profissional e socialmente somam-se a todos os já citados, levando à depressão.

Na China, dois meses após o início da pandemia, estudo encontrou taxa de 20,1% de depressão em 7.236 voluntários. Em Toronto, no Canadá, essa taxa foi estimada em 31,2% entre 129 voluntários que responderam ao fim do confinamento por SARS em 2003. Todos os fatores de risco para depressão também são fatores de risco para suicídio[129].

Estudo europeu revelou que o adolescente, após perda de ente querido para a COVID-19, correu o dobro do risco de sentir raiva em comparação com aqueles que não perderam. Embora o sentimento de raiva tenha sido considerado uma reação emocional comum entre adolescentes durante o confinamento, pode sugerir que o luto relacionado à COVID-19 entre adolescentes é vivenciado como uma sensação de injustiça, que é típica de trauma relacionado ao conflito[137].

Estudo com 2.105 alunos do ensino médio (de 14 a 19 anos) da Itália, Romênia e Croácia, demonstrou que o risco de sentir raiva, tristeza, tédio / vazio e ansiedade foi maior entre adolescentes mais velhos, mulheres e adolescentes que moravam em um pequeno apartamento, que não passavam tempo ao ar livre e relatavam um maior uso das redes sociais. A perda de um ente querido de COVID-19 foi especificamente associada à raiva entre os adolescentes afetados, sugerindo uma reação específica a um evento tão trágico[137].

No entanto, vários fatores de proteção foram identificados. Viver em área rural era proteção contra ansiedade. Passar um tempo de forma criativa durante o confinamento protegia significativamente contra sentimento de raiva, tristeza e tédio / vazio. Confiar nas decisões do governo diminuía a ansiedade durante o *lockdown*[137].

Meta-análise de 3094 títulos / resumos não duplicados e 136 artigos completos foram revisados. Os dados foram analisados de 8 a 22 de março de 2021. As estimativas combinadas obtidas no primeiro ano da pandemia da COVID-19 sugerem que 1 em cada 4 jovens em todo o mundo está experimentando sintomas de depressão clinicamente elevados, enquanto 1 em cada 5 jovens está experimentando sintomas de ansiedade clinicamente elevados. Essas estimativas combinadas, que aumentaram com o tempo, são o dobro das estimativas pré-pandêmicas. Espera-se um influxo de utilização de cuidados de saúde mental. A alocação de recursos para tratar de questões de saúde mental de crianças e adolescentes é essencial[89].

Apenas exemplificando os efeitos da pandemia sobre a população como um todo, sintomas de *stress* emocional com comprometimento da saúde mental também foram registrados na população menor de 60 anos da Noruega, durante e após 1 ano de pandemia, principalmente em pessoas com vulnerabilidade pré-existente, baixa resiliência, status socioeconômico baixo, gênero feminino e adultos jovens [138].

5.7 Fatores sociodemográficos e socioeconômicos

Nosso estudo foi feito na Região de Saúde de Jundiaí, localizada no sudeste do Estado de São Paulo. Compondo um dos polos econômicos do país, caracteriza-se por parque industrial moderno, setor de serviços e comércio cada vez mais desenvolvidos. A agricultura da região tem no cultivo de frutas outra fonte econômica.

Composta por 7 municípios (Jundiaí, Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Louveira, Itupeva, Jarinu e Cabreúva), tem projeção de 2020 pelo IBGE, para uma população regional de 825.470 habitantes, enquanto Jundiaí, de 423.006.

Os habitantes da região de saúde são 76,4% da cor branca, 18,8% parda, 3,82% preta e 0,87% amarela, sendo 50,01% do sexo masculino e 49,99% do sexo feminino. Com idade média de 25-39 anos, o nível de instrução da população divide-se em: sem instrução até fundamental incompleto (41,17%), fundamental completo até ensino médio incompleto (19,24%), médio completo até superior incompleto (27,49%), superior completo (11,49%) e não informado (0,58%).

Jundiaí é o centro desse polo (Anexo 12). É a sétima economia do Estado de São Paulo, o segundo melhor IDH do país (0,822), perdendo apenas para Maringá, no Paraná; enquanto o IDH do Estado de São Paulo é 0,783 e o do Brasil, de 0,727. Com idade média de 38,1 anos, 70,59% da população mora em casa própria, 56,3% apresenta ensino fundamental completo, médio ou superior, sendo que crianças de 6 a 14 anos possuem taxa de escolarização de 98,2%. Ocupa o primeiro lugar em saneamento básico no *ranking* do Instituto Trata Brasil, entre as cidades brasileiras entre 300 mil habitantes. O índice de mortalidade infantil do município é de 7,32 óbitos por mil nascidos vivos (dados de 2019), e a renda média é de 3,3 salários mínimos.

Jundiaí tem PIB *per capta* de 105.187,65 reais, equivalente à Grécia. Louveira 229.610,70 reais, equivalente ao Reino Unido. Várzea Paulista, o município mais pobre da região de saúde, 23.585,00 reais, equivalente ao Paraguai. Em termos de comparação, o PIB *per capita* do Brasil (6.796,84 dólares) é 10 vezes menor que o dos Estados Unidos. Jundiaí tem o sétimo PIB do Estado de São Paulo, o 17◦ do Brasil, o 15◦ PIB *per capita* do Estado e o 65 PIB *per capita* do Brasil.

O índice municipal de homicídios é baixo, 6,1 por 100 mil habitantes, enquanto Maringá tem 12,7, o Estado de São Paulo tem 7,3 e o Brasil tem 21,7. Jundiai é a cidade mais pacífica do Brasil entre as cidades de médio porte (mais de 300 mil habitantes), segundo o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)[139]. Jundiaí destina 25% de seu orçamento em saúde, enquanto a legislação federal estabelece o mínimo de 15%. É o município que mais investe em saúde no país, dentre os municípios com mais de 300 mil habitantes, disponibilizando 926,59 reais per capta no ano de 2017, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde.

Comparada à situação de desenvolvimento socioeconômico e demográfico do Brasil, a região de saúde de nosso estudo encontra-se em posição de destaque positivo. Esses índices, contudo, não foram suficientes para evitar o crescente número de notificações de abuso infantil. Em setembro de 2021, ano ainda não analisado em nosso estudo, o número de vítimas de estupro no município de Jundiaí aumentou 75%, segundo a Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo.

Em 2020, ano marcado pela pandemia da COVID-19, desde março mais de 14 mil denúncias de violência contra crianças foram registradas no Estado de São Paulo, no Disque 100 e no Ligue 188. A maior parte se refere a adolescentes na faixa etária de 12 a 17, sendo 84% do sexo feminino.

É em Jundiaí que está o local da realização do estudo, único hospital público terciário e de referência para atendimentos de suspeita ou diagnóstico de violência infantil da Região de Saúde de Jundiaí, no Estado de São Paulo.

Nosso estudo mostrou que o município de Jundiaí concentrou 80% dos casos de violência. Isso não significa que Jundiaí seja o município mais violento da região, mas sugere que seja o mais organizado e estruturado em programas de educação, saúde pública e prevenção, gerando maior número de notificações.

Dos 353 bairros, distritos e localidades no município de Jundiaí, houve notificação de abuso físico e ou sexual contra crianças e adolescentes em 204 deles (57,8%). Não houve diferença estatística significativa para nenhuma das variáveis de endereço analisadas, ou seja, nenhum fator sociodemográfico associado ao logradouro da vítima apresentou correlação com a violência, possibilitando assim a indagação que o simples fato de a vítima estar viva seria indicativo de risco para sofrer violência.

Esta informação é contrária ao estudo utilizando grupos de quarteirões censitários na cidade de Valência (Espanha), onde observou-se maior risco de violência familiar nos bairros com baixos níveis econômicos e de educação, alta atividade policial, maior concentração de imigrantes e instabilidade de moradias[94].

O fator socioeconômico também não teve diferença significativa dentro dos casos investigados. Nesta pesquisa, o menor nível socioeconômico não foi fator determinante para a ocorrência de violência. Observando o modelo ecológico-social de prevenção da violência, da OMS, Jundiaí realiza a prevenção de muitos dos fatores de risco na sociedade, na comunidade e no indivíduo, como cobertura ampla de crianças na escola, baixo desemprego, moradia, saneamento, baixos índices de criminalidade. Mesmo com os efeitos econômicos deletérios da pandemia da COVID-19, não há pobreza extrema na região.

Mostrando achado diferente do nosso, revisão de meta-análise de 2020, com estudo realizado na Holanda, relatou que o baixo nível socioeconômico foi fator de risco significativamente aumentado para maus-tratos infantis. O peso do *stress* que

acompanha a pobreza pode aumentar o risco de abuso infantil e negligência. A baixa renda estaria relacionada a menor sensibilidade parental e apego bebê-pai mais inseguro-desorganizado. Ressalta, contudo, que o subgrupo de famílias de baixo nível socioeconômico cobriria menos de 10% das crianças maltratadas daquela amostra. A triagem precoce para baixo nível socioeconômico pode alimentar a estigmatização e deixar a grande maioria dos (potenciais) casos de maus-tratos fora da vista, apoio e proteção. O baixo nível educacional das famílias, mães solteiras, famílias de imigrantes e crianças com pais desempregados também foram fatores de risco na pesquisa holandesa[53].

Se faz necessário um estudo mais detalhado, contudo, dos bairros Jardim Novo Horizonte e Jardim Tamoio, a fim de detectar-se fatores predisponentes de maior ênfase para essas comunidades. A seguir, identificar possíveis fatores protetores e buscar parceria com as escolas locais, agentes comunitários e meios de comunicação para minimizar os casos de violência.

5.8 Subnotificação

Embora a violência infantil seja de notificação compulsória, há subnotificação por todo o mundo.

Segundo relatório da *European Union Agency for Fundamental Rights*, na maioria dos estados membros da União Europeia, a notificação de situações de violência é obrigatória para os profissionais que exercem atividades que envolvem crianças. Em alguns países, a ausência de protocolos de notificações institucionais ou de documentos que estabeleçam as responsabilidades dos profissionais (como Alemanha, Malta e Países Baixos), leva à subnotificação dos casos de violência contra a criança, bem como o trabalho de notificação carece de cooperação entre os serviços. O relatório assinala que grande parte dos profissionais deixa de reconhecer, compreender e cumprir com as notificações devido a dificuldades no reconhecimento dos sinais de abuso e de violência infantil, apontando para uma grande necessidade de treinamento. Em muitos países membros, o anonimato dos profissionais notificadores nem sempre é garantido, como na Dinamarca, Grécia e Lituânia, o que também pode desencorajar a notificação[140].

O Brasil revela uma pobreza muito grande de dados, especialmente no que tange ao fenômeno aqui tratado[141]. Existe uma importante cifra invisível, já que a realidade estudada é subestimada pela "Lei do Silêncio" que impera no seio familiar, e também porque os dados institucionais apenas revelam uma pequena dimensão dos casos existentes[142]. Sua natureza oculta está bem documentada – por exemplo, uma meta-análise de dados mundiais constata que abusos sexuais e físicos, quando autorreferidos, são, respectivamente, 30 vezes e 75 vezes mais frequentes do que sugerem os registros oficiais. O Relatório Global de Prevenção contra a Violência Infantil 2020 da OMS em parceria com UNICEF e UNESCO, *End Violence Against Children* e *Office of Special Representative of the Secretary-General on Violance Against Children* registra poucas publicações dos números nacionais, sobre a prevalência da violência infantil, de pesquisas selecionadas de vários países[22].

Além disso, meninas e meninos que relatam essas violências são frequentemente estigmatizados ou desacreditados, e nenhuma providência é tomada. Embora a violência possa estar escondida, com o passar do tempo suas consequências acabarão por emergir, criando uma sobrecarga difusa, duradoura e de alto custo para crianças e adultos, comunidades e nações.

Nota-se maior número de notificações nas regiões urbanas com grande densidade populacional, gerando a hipótese de que os casos em áreas rurais podem ser subnotificados ou transferidos para as unidades hospitalares de referência localizadas em centros urbanos[90]. A cultura rural e a tendência de preservar a imagem familiar podem dificultar a denúncia do abuso nestas áreas. Pode haver resistência dos familiares em procurar unidades de atendimento nas respectivas regiões de moradia, devido ao medo de estigmatização e preconceito social[34].

A subnotificação ocorre também por despreparo dos profissionais de saúde, de educação, serviço social, policiais, por permissividade da sociedade e pela dificuldade de diagnóstico de conflitos em ambiente domiciliar fechado.

Quando a “tolerância zero” à vitimização de crianças e adolescentes fizer parte da sociedade, as subnotificações deixarão de ser fator impactante.

5.9 Custos

As vítimas necessitam de tratamento por longos períodos. Os custos econômicos envolvidos com internação hospitalar, procedimentos cirúrgicos, medicação, reabilitação, terapias, perda de produtividade e instrução de casos de violência contra crianças e adolescentes atingem cifras elevadas e não podem ser ignorados[141].

Nos Estados Unidos, o custo econômico total ao longo da vida associado a novos casos de maus-tratos a crianças, no decorrer de um ano, foi estimado em 428 bilhões de dólares. Nos países do leste asiático e região do Pacífico, esses mesmos custos podem atingir cifras entre 1,4 e 2,5% do PIB[22].

No Brasil, as causas externas de morbimortalidade figuram entre os principais problemas de saúde pública há mais de uma década, devido à sua magnitude e gravidade[141]. A violência interpessoal figura entre as quatro principais causas de perda de Anos de Vida Saudáveis Perdidos (ou Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade – DALYs), passando da 6ª principal causa em 1990 para a 2ª em 2016[143].

No período de 1990 a 2015, a lesão autoprovocada passou de sétima para sexta posição entre as causas DALYs no Brasil, sendo suicídio consumado mais comum no gênero masculino e em faixa etária superior a 15 anos[143].

Seu impacto econômico é múltiplo e elevado[141]. Os gastos apenas com internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), em 2017, foram superiores a 1,4 bilhão de reais, aos quais ainda se somam os custos da atenção às urgências, marcadamente em seus componentes de atenção pré-hospitalar, de pronto atendimento hospitalar e não hospitalar e das reabilitações. A partir da necessidade de se levantar dados sobre acidentes e violências que não resultam em hospitalização ou morte, cobertos pelos sistemas já existentes (SIH/SUS e SIM), o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 2006, com o objetivo de delinear o perfil das vítimas, dos eventos, dos autores e das consequências para a saúde. É sistema de vigilância contínua, constituído pela notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada, a qual passou a ser registrada no Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2009[23].

5.10 Prevenção

Um fator chave que torna as crianças, e especialmente as meninas, vulneráveis à violência (e que aumenta a probabilidade de que meninos e homens pratiquem tais violências) é a tolerância social, tanto da vitimização de meninas quanto da perpetração por parte de meninos e homens. Esse tipo de abuso ou exploração é frequentemente percebido como normal e fora do controle das comunidades, o que, ao lado da vergonha, do medo e da crença de que ninguém pode ajudar, resulta em baixos níveis de denúncia às autoridades. Além disso, as vítimas muitas vezes são consideradas culpadas pela violência que sofreram.

A tolerância da sociedade em relação à violência em geral e, particularmente, à violência sexual e perpetrada por parceiros íntimos decorre do status considerado inferior de mulheres e crianças em muitas sociedades, e de normas culturais relacionadas a gênero e masculinidade. Dessa forma, mudanças em normas sociais relacionadas ao direito dos homens sobre o corpo de meninas e de mulheres, e ao controle de seu comportamento, são uma estratégia relevante para alcançar equidade de gênero, reduzir a violência contra meninas, formatar atividades de prevenção e dar atendimento a necessidades específicas de cuidados e apoio.

Não há um fator isolado que explique todos os tipos de violência, nem a razão pela qual alguns indivíduos se entregam a ela e outros, não. A violência infantil é resultado da interação de diversos fatores individuais, sociais, relacionais, culturais e ambientais, complexos, inconstantes, nem sempre os mesmos e que podem influenciar de maneira diferente a vida dos indivíduos ao longo do tempo e de seu desenvolvimento.

A existência de muitas facetas envolvidas nos fatores desencadeantes torna ineficaz a elaboração de política única. A análise abrangente e objetiva do contexto local, com sensibilidade na identificação das diferentes possíveis causas envolvidas na violência e persistência em atuar com medidas preventivas cabíveis sobre elas, pode gerar resultados eficientes e positivos.

O Modelo Ecológico-social para compreensão e prevenção da violência contra crianças e adolescentes[144], elaborado pela OMS em 2002, procura identificar e explicar a interação dos possíveis fatores causais da violência. A violência está enraizada em diversos fatores sociais, econômicos e culturais que têm impacto sobre a comunidade, as famílias, as relações e o modo como as crianças vivenciam seu dia a dia. Esses fatores podem ser classificados em quatro esferas ou níveis de influência, que se interagem reciprocamente (Figura 47).

O primeiro nível analisa **o indivíduo**. Busca identificar seus fatores biológicos e sua história pessoal, como impulsividade, baixo nível educacional, uso de álcool e drogas, renda, sexo, transtornos psicológicos, deficiência, atraso no desenvolvimento cerebral e cognitivo e história de agressão ou maus-tratos[144].

O segundo nível observa as **relações sociais** próximas desse indivíduo, que podem aumentar o risco de violência ou vitimização. Analisa a presença ou ausência de vínculo emocional, práticas parentais inadequadas, disfunção familiar e separação da família, associação com pares transgressores, crianças que testemunham atos de violência contra a mãe ou a madrasta, e casamento precoce ou forçado[144].

O terceiro nível examina os **contextos comunitários** onde estão inseridas as relações sociais. Busca compreender o cenário onde a violência ou vitimização ocorre e as peculiaridades de ambientes como escolas, locais de trabalho e vizinhança. Essas condições incluem pobreza, alta densidade populacional, condições de moradia, populações em situação transitória, baixa coesão social, ambientes fisicamente inseguros, altas taxas de criminalidade e existência de tráfico local de drogas, desemprego, presença ou ausência de serviços de apoio e saúde[144].

O quarto nível avalia os fatores mais significantes **da sociedade** que influenciam as taxas de violência. São os fatores que, por vezes, tornam aceitáveis ou suportáveis os níveis de violência; que estimulam a violência ou diminuem as inibições contra ela. Fatores que criam e sustentam as diferenças e divisões de grupos sociais ou aumentam as tensões entre eles ou entre países. Estão nesse nível do modelo ecológico as políticas de saúde, educação, desigualdades econômicas e de gênero; proteção social ausente ou inadequada; fragilidade social devida a conflitos e pós-conflitos ou desastres naturais; governo frágil e aplicação precária das leis[144].

Compreendendo o modelo ecológico da violência, é possível perceber a associação de diferentes fatores de risco para a violência e planejar estratégias para contribuir para o seu fim.

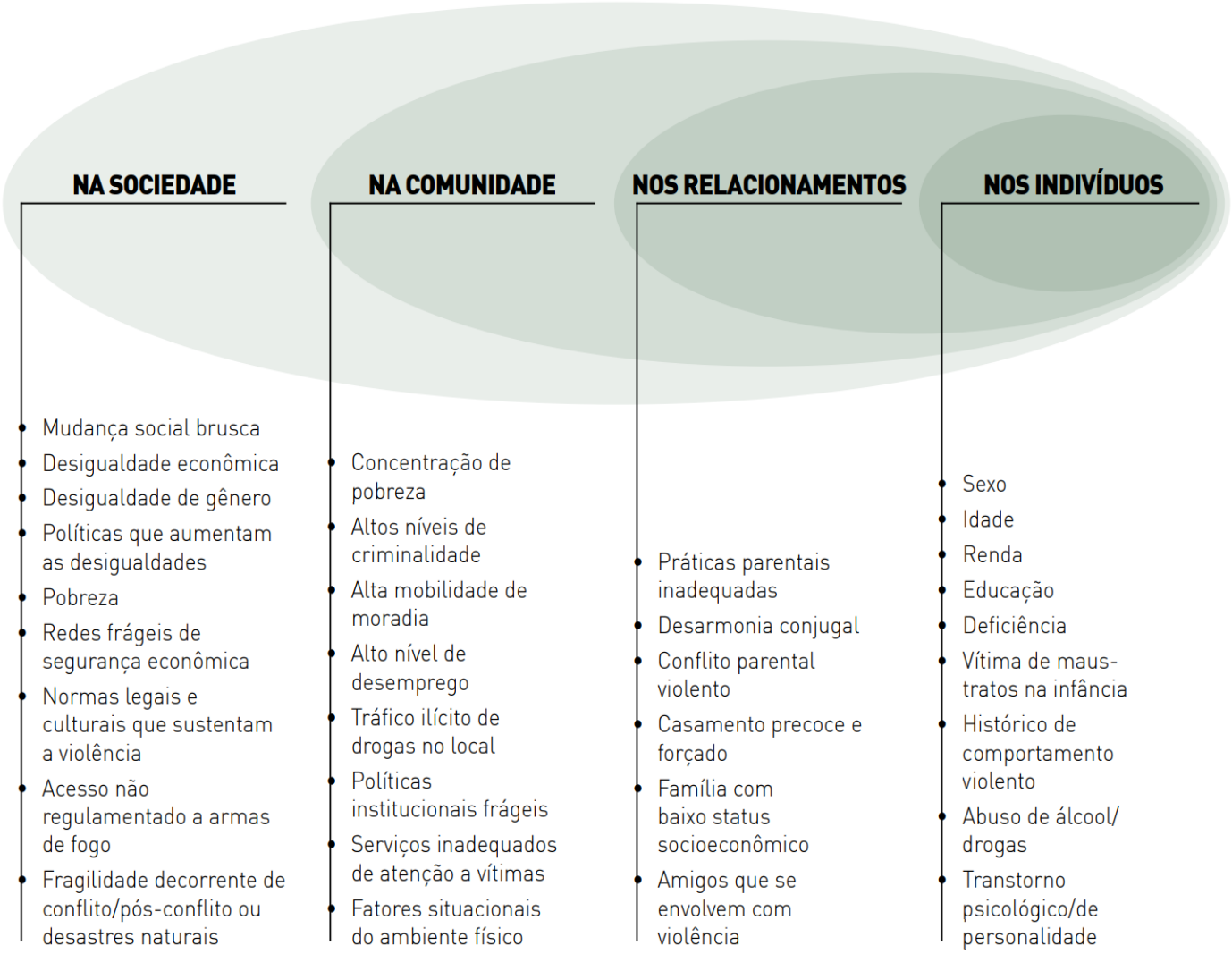


Figura 47 - Modelo ecológico-social para compreensão e prevenção da violência contra crianças e adolescente.
Fonte: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi, A, Lozano R. *World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.*

Enquanto os fatores de risco aumentam a probabilidade de maus-tratos ocorrerem na vida da criança, os fatores de proteção diminuem essa chance, mesmo na presença de fatores de risco. Os fatores de proteção atuam como moderadores entre um e outro. O risco de maus-tratos em famílias que vivem na

pobreza (fator de risco para negligência e abuso físico) pode ser reduzido, se e quando, uma rede de apoio social estiver em vigor[30].

Com a meta de extinguir todas as formas de violência contra crianças e adolescentes até 2030, a OMS criou o programa INSPIRE, que se constitui em ferramenta técnica essencial para selecionar, implementar e monitorar a eficácia das políticas, programas e serviços de prevenção (Figura 48)[145]. O acrômio representa:

I : implementação e vigilância no cumprimento das leis

N : normas e valores

S : segurança do ambiente

P : pais, mães e cuidadores recebendo apoio

I : incremento de renda e fortalecimento econômico

R : resposta de serviços de atenção e apoio

E : educação e habilidades para a vida

Apresenta ainda duas atividades transversais:

1- ações multissetoriais e coordenação

2- monitoramento e avaliação

A OMS deu início à preparação do conjunto de estratégias INSPIRE em colaboração com: Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças (CDC); Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes; Organização Pan-americana da Saúde (OPAS); Programa Emergencial do Presidente para Alívio da Aids (PEPFAR); Programa *Together for Girls* (Juntos pelas meninas); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC); Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID); e Banco Mundial (agências com longa história de estímulo a abordagens consistentes e apoiadas em evidências para a prevenção da violência contra crianças[145].

A violência infantil é problema de saúde pública evitável, se a comunidade global agir, de maneira inteligente, em uníssono e com estratégias coordenadas e duradouras.

Estratégia	Medidas	Setores	Atividades transversais
Implementação e vigilância do cumprimento das leis	• Leis que proíbem pais, mães, professores ou outros cuidadores de aplicar castigos violentos a crianças • Leis que criminalizam o abuso sexual e a exploração de crianças • Leis que previnem o uso indevido de álcool • Leis que limitam o acesso de jovens a armas de fogo e outras armas	Justiça	Ações multissetoriais e coordenação
Normas e valores	• Mudança na adesão a normas sociais e de gênero que sejam restritivas • Programas de mobilização da comunidade • Intervenções junto a testemunhas	Saúde, Educação, Bem-estar social	
Segurança do ambiente	• Redução da violência em "áreas críticas" • Interrupção da propagação da violência • Melhoria no espaço urbano	Interior, Planejamento	
Pais, mães e cuidadores recebem apoio	• Por meio de visitas domiciliares • Por meio de grupos nas comunidade • Por meio de programas integrais	Bem-estar social, Saúde	
Incremento de renda e fortalecimento econômico	• Transferência de renda • Associações de poupança e empréstimo combinadas com educação para a equidade de gênero • Microfinanciamento combinado com capacitação sobre normas de gênero	Finanças, Trabalho	Monitoramento e avaliação
Resposta de serviços de atenção e apoio	• Aconselhamento e apoio terapêutico • Rastreamento de casos combinado a intervenções • Programas de tratamento para jovens em conflito com a lei no sistema de justiça criminal • Intervenções de acolhimento familiar, com participação dos serviços de bem-estar social	Saúde, Justiça, Bem-estar social	
Educação e habilidades para a vida	• Aumento das taxas de matrícula na Educação Infantil e nos níveis Fundamental 1 e 2 • Criação de um ambiente escolar seguro e estimulante • Melhoria do conhecimento das crianças sobre abuso sexual e maneiras de se proteger • Formação de habilidades sociais e para a vida • Programas dirigidos a adolescentes para prevenção da violência infligida por parceiro íntimo	Educação	

Figura 48 - Estratégias, medidas e setores do *INSPIRE* para prevenir e responder a situações de violência contra crianças na faixa de 0 a 18 anos de idade.
Fonte: *World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against/ children [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Available from:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1*

Como exemplos de abordagens adotadas para implementação e vigilância documprimento das leis, em 1979, o Parlamento Sueco aprovou uma emenda ao Código de Crianças e Pais que proibia todas as formas de castigo físico ou outros

tratamentos emocionalmente abusivos contra crianças. A Suécia tornou-se o primeiro país no mundo em que pais e mães passaram a ser explicitamente proibidos de usar castigos físicos ou qualquer outro tratamento humilhante na educação das crianças[145]. O esforço sueco teve um impacto significativo e mensurável na vida das crianças: o número delas que apanhavam caiu de 90% para cerca de 10% ao longo de um período de 35 anos. Entre pais e mães, o apoio público ao castigo físico também diminuiu – caiu de mais de 50% para cerca de 10%.

Uma revisão de estudos científicos publicados entre 1950 e 2015 concluiu que o aumento do preço de bebidas alcoólicas, a restrição de dias de venda e a limitação de concentrações de pontos de comercialização estão associados a reduções substanciais na ocorrência de violência interpessoal[146].

Estudo recente na África do Sul constatou que restrições na emissão de licenças e redução na circulação de armas de fogo foram responsáveis por salvar um total estimado de 4.585 vidas nas cinco maiores cidades, entre 2001 e 2005, com algumas reduções mais drásticas ocorrendo entre rapazes de 15 a 29 anos de idade[147].

Mudar atitudes e normas de uma sociedade é parte importante da prevenção da violência contra crianças. Atividades de mudança de normas em uma comunidade ou em um grupo pequeno parecem ser mais eficazes quando associadas a outros elementos, como legislação ou capacitação em habilidades para a vida.

No combate ao casamento infantil, programas destacaram pelo menos uma de cinco estratégias principais: empoderamento de meninas com informação, capacitação e rede de apoio; educação e mobilização de pais, mães e membros da comunidade; melhoria na acessibilidade e na qualidade da educação formal para meninas; oferta de apoio e incentivo econômicos para meninas e suas famílias; e promoção de uma estrutura de capacitação baseada em leis e políticas. A revisão constatou, infelizmente, que o desenho da maioria das avaliações era frágil.

Em Uganda, uma intervenção desenvolveu um projeto multimídia destinado a crianças de 8 a 12 anos de idade, denominado *Soul Buddyz* (Amigo da Alma). Ele ofereceu, por meio de televisão, rádio e interação, conteúdos que transmitiam mensagens com potencial para salvar vidas de crianças antes que se tornassem sexualmente ativas, utilizando estratégias para enfrentar *bullying*, racismo,

violência, relações sexuais e infecção por HIV/AIDS[148].

A abordagem SASA concebida, planejada e implementada em Kampala, Uganda, pelo Centro de Prevenção contra a Violência Doméstica, visa modificar atitudes individuais, normas e estruturas comunitárias por meio de apoio a comunidades inteiras, em um processo gradual de mudança. Ativistas locais, mulheres e homens comuns, que se dispõem a trabalhar na prevenção da violência, oficiais de polícia, prestadores de serviços de saúde, líderes institucionais, governamentais e culturais da localidade recebem capacitação, que inclui discussões sobre o conceito de "poder". Depois de serem introduzidos a novos modos de pensar sobre o poder e incentivadoss a refletir sobre desequilíbrios de poder relacionados a gênero em suas próprias vidas e em suas comunidades, são estimulados a pensar em modos pelos quais as pessoas podem usar positivamente seu poder para promover mudanças nos níveis individual e da comunidade[149].

A revisão geral das intervenções para prevenir ou reduzir os maus-tratos infantis mostrou uma eficácia de intervenção bastante modesta, pois existem lacunas em nosso conhecimento sobre os antecedentes dos agressores. O desenvolvimento da intervenção e a avaliação dos efeitos sobre os maus-tratos infantis devem levar em consideração a suscetibilidade diferencial dos pais e das crianças a ambientes melhorados[53].

As três lacunas principais no conhecimento baseado em evidências sobre maus-tratos infantis estão categorizadas em:

1- antecedentes neurobiológicos;

2- prevalência, antecedentes e intervenções preventivas de maus-tratos pré-natais;

3- combinação de intervenções com experimentos socioeconômicos em grande escala, como testes de transferência de renda para prevenir ou reduzir maus-tratos a crianças[53].

A percepção de que o início pré-natal da parentalidade também sinaliza o início de maus-tratos pré-natais à criança, por exemplo, com a continuidade do tabagismo ou consumo de álcool durante a gravidez[53], e que a desatenção às circunstâncias ambientais e cuidados estruturais que cercam o nascimento dos

filhos podem também ser indicativos de negligência, deve orientar precocemente os profissionais envolvidos com o cuidar dessas pessoas.

No âmbito da atual política de saúde, as equipes da atenção primária, por se encontrarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo envolvimento em ações de saúde individual e coletiva, têm maior possibilidade de identificar as situações de risco ou de violências em crianças e adolescentes, por meio do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação dos casos e encaminhamento para rede de cuidados e de proteção social.

Nenhuma forma de prevenção terá efetivo sucesso enquanto a compaixão não estiver presente na realidade diária do ser humano. Segundo Dalai Lama, a virtude da compaixão pode ser definida como um sentimento de preocupação com os outros e como uma noção clara de que todos os seres têm os mesmos direitos para alcançar a felicidade. A compaixão também pode ser entendida, segundo o filósofo Hume, como o sentimento que distingue a capacidade humana de viver moralmente[150].

6. CONCLUSÕES

- O tipo de violência mais prevalente foi a sexual, não repetitiva. Foram encontrados dois óbitos. O local de ocorrência da agressão foi a residência da vítima, seguida da via pública. As características mais prevalentes das vítimas foram sexo feminino, cor branca, idade entre 2 e 9 anos e adolescentes, não gestantes e sem deficiências. O perfil do provável agressor foi adolescente e adulto jovem, do sexo masculino, sem uso de drogas ou álcool e com convívio familiar. Os pais foram os agressores familiares mais prevalentes.
- Não foi observada significância estatística entre violência e fatores socioeconômicos e sociodemográficos dos setores censitários relacionados ao logradouro das vítimas.
- O município de Jundiaí apresentou a maior incidência de notificações de violência, seguido de Várzea Paulista. Não houve diferença estatística entre os setores censitários. O bairro de Jundiaí com maior número de notificações de violência sexual foi o Jardim Novo Horizonte, com vítimas do sexo feminino e idade média de 8,7 anos. A violência física foi mais frequente o bairro Jardim Tamoio, com vítimas do sexo feminino e idade média de 10,7 anos.
- Durante os 9 meses de pandemia em 2020, houve aumento estatisticamente significativo em relação aos 9 meses anteriores à pandemia e ao período correspondente do ano anterior. Aumento estatisticamente significativo também foi encontrado entre o primeiro e quarto trimestres de 2020. Houve diferença estatisticamente significativa, entre 2019 e 2020, em relação à violência física e sexual. A violência autoprovocada apresentou incidência significativamente maior em 2020, demonstrando os efeitos psicológicos que crianças e adolescentes foram submetidos durante o isolamento social.

6.1 Comentários finais

“E assim caminha a humanidade”.

Por todo planeta, morre 1 criança a cada 8 minutos vítima de violência, segundo a UNICEF.

A violência infantil é fenômeno grave, disseminado por todos os países e que acompanha a humanidade ao longo de sua existência. Dados públicos sobre abuso no Afeganistão e Mianmar são inexistentes, e nem por isso a violência é sutil naqueles países.

É triste e, ao mesmo tempo, causa consternação perceber que os diferentes dados da literatura que representam diferentes comunidades, sociedades, culturas e realidades socioeconômicas apontam, ao longo de décadas, para os mesmos resultados quanto ao tipo de violência, perfil de vítimas, agressores, local de agressão e fatores de risco.

A evolução da civilização se faz de forma constante e progressiva, com velocidade e intensidade variáveis. Por vezes encontramos retrocessos inadmissíveis, mas que fazem parte das escolhas para nossa trajetória.

É necessário que pais e educadores orientem claramente seus filhos quanto ao limite de toque de seu corpo por outras pessoas, assim como orientação sexual desde pequenos, compatível com seu nível de compreensão.

Urge a efetiva destinação de recursos e vontade para a implementação de políticas públicas preventivas, embasadas no Projeto *INSPIRE* da OMS, com participação firme e consistente de toda sociedade, visando o bem-estar de crianças e adolescentes, vítimas dessa pandemia domiciliar silenciosa.

Estudar o agressor é fundamental. Compreender o que o motiva e impulsiona, o por quê daquele que deveria devotar amor incondicional para com o filho tornar-se seu algoz.

A única forma de abordar a violência infantil é pela prevenção, com compaixão e promovendo a resiliência humana. A compaixão, segundo o filósofo Hume, é o sentimento que distingue a capacidade humana de viver moralmente[150].

A família é o berço da humanidade. Núcleo central, inicial e principal do

estabelecimento de laços de afeto, respeito mútuo, união para evolução, crescimento, aprendizagem, **transmissão de valores**, histórias e cuidados em todas as esferas.

É por meio do exemplo, do imitar os pais, que crianças e depois adolescentes vão moldando seu caráter e atitudes, escolhendo seus valores e construindo suas histórias. Muitas vezes, repetindo suas vivências com seus futuros filhos e cônjuges.

O exemplo é contagioso e precisa ser levado a sério.

Depois do abuso sofrido, praticamente todo tratamento não passará de remendo.

A violência infantil, infelizmente, não entrou em quarentena.

7. REFERÊNCIAS

1. Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):309-19.

2. World Health Organization 2020. Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary.

3. Scherer EA, Scherer ZEAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev.latino-am.enfermagem. 2000;8(4):22-9. [World Health Organization 2020. Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary].

4. Ação Humanitária para Crianças 2021. Nova York: UNICEF [acesso em 7 de jun 2021]. Disponível em: https://www.unicef.org/media/89441/file/Accion-humanitaria-para-la-infancia-2021-panorama-general.pdfe

5. Kalebić Jakupčević K, Ajduković M. Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. Croat Med J. 2011;52(1):25-34.

6. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. Aggress Violent Behav. 2009;14(1):13–29.

7. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. Psicologia & Sociedade. 2013;25(1):90-102.

8. Paixão ACW, Deslandes SF. Abuso sexual infanto juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. Cien Saude Colet. 2011;16(10):4189-98.

9. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 [acesso em 23 nov 2020]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf

10. Cain LP. Child abuse: historical precedent and legal ramifications. Health Soc Work. 1980;5(3):61-7.

11. Pfeiffer L. Método de Classificação da Gravidade da Violência Contra Crianças e Adolescentes [Tese de Doutorado]. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná; 2011.

12. Silva R. Rituais de sacrifícios [acesso em 5 maio 2021]. Disponível em: https://milesmithrae.medium.com/rituais-de-sacrif%C3%ADcio-animal-na-antiguidade-rodrigo-pe%C3%B1aloza-25-x-2017-f2b9140781c9

13. Martins CBG, Jorge MHPM. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. Acta Paul Enferm. 2010;23(3):423-8.

14. Gênesis, Capítulo 22:1.18: O Sacrifício de Isaque. Antigo Testamento. Bíblia [acesso em 4 abr 2021]. Disponível em: http://www.prazerdapalavra.com.br

15. Ariès P. História Social da Criança e da Família. Tradução Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.

16. Almeida DSO, Martins RC. Criança: um histórico de violências. Educação em Revista. 2009;10(2):57-72.

17. Krynski S. et al. A criança maltratada. São Paulo: Almed; 1985. 137 p.

18. Convenção sobre os Direitos da Criança: UNICEF [acesso em 28 out 2021]. Disponível em: www.unicef.org⁄brazil⁄.convencao-sobre-os-direitos-da-crianca

19. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2018 dez. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

20. Departamentos Científicos: SBP [acesso em 28 out 2021]. Disponível em: www.sbp.com.br⁄.departamentos-cientificos⁄.seguranca⁄historico⁄

21. Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência á violência doméstica. – Brasília: MS., SASA, 1997.

22. Global status report on preventing violence against children. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010, 2011. 2019 Brasília: MS; 2013.

24. Davoli A, Palhares FAB, Corrêa-Filho HR, Dias ALV, Antunes AB, Serpa JF, et al. Prevalência de violência física relatada contra crianças em uma população de ambulatório pediátrico. Cad. Saúde Publica.1994;10(1):92–8.

25. Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. Pediatrics. 1978;62(3):382-9.

26. Lira MOSC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. Texto e Context Enferm. 2017;26(3):1-8.

27. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. Child Abuse Negl. 1994;18(8):617-33.

28. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. Child Abuse Negl. 2002;26(6-7):679-95.

29. Child maltreatment. World Health Organization, June, 2020 [acesso em 6 nov 2021]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment .

30. Ajduković M, Rajter M, Rezo I. Individual and contextual factors for the child abuse potential of Croatian mothers: The role of social support in times of economic hardship. Child Abuse Negl. 2018;78:60-70.

31. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. J Pers Soc Psychol. 1996;71(3):498-511.

32. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8):727-33.

33. Aliança para a Proteção da Criança em Ações Humanitárias. Nota Técnica: Proteção da Criança durante a Pandemia do Coronavírus, Versão 1, Março de 2020.

34. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência [Current view of sexual abuse in childhood and adolescence]. J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Suppl):S197-204.

35. Zambon MP, Jacintho ACA, de Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Um desafio. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(4):465–71.

36. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20:e42014.

37. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil [Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil]. Cad Saude Publica. 2021 Jan 11;37(1):e00140020.

38. Park S, Kim SH. Intention to Formally Report Family Violence in South Korea: Based on Black's Theory of Law. Asia-pacific Journal of Public Health. 2020;32(2-3):96-102.

39. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Proteção infantil durante a COVID-19: até quando os casos de maus-tratos infantis continuarão sendo subnotificados? [Child protection during COVID-19: how long will child abuse cases be underreported?]. Cad Saude Publica. 2021;37(5):e00078421.

40. United Nation Children's Fund. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children [Internet]. New York: UNICEF; 2014 [cited 2018 Dec 16]. Available from: https://www.unicef.org/publications/index_74865.html

41. Waksman RD. A Violência Doméstica Não entrou em Quarentena. SPSP – Sociedade de Pediatria de São Paulo. Texto divulgado em 24/04/2020.

42. World Health Organization (WHO). Prevention of violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 106 p.

44. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006) The nature and consequences of child maltreatment. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland:[s.n.] ISBN 978

45. WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

46. .Child Welfare Information Gateway, Definitions of Child Abuse and Neglet [acesso em 17 abr 2021]. Disponível em: https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/define.pdf) Uptodate Child abuse: social and médico-legal Issues).

47. Brasil. Lei 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 .1990; 16 jul.

48. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Ciência e Saúde Coletiva. 2007;12(5):1129–41.

49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 104 Diário Oficial da União. 2011; 26 jan.

50. Ministério da Saúde SINAN NET Secretaria de Vigilância em Saúde DASIS/CGDANT – versão de 27 de novembro 2009 [acesso em 2 out 2021]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/ 30_03_2012_ 8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf)

51. Convenção sobre os Direitos da Criança: UNICEF [acesso em 6 jul 2021]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil.

52. Pfeiffer L. Waksman RDI. Violência na infância e adolescência. In: CAMPOS, J. A. (Ed.). Manual de segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2004;95-278.

53. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Coughlan B, Reijman S. Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. J Child Psychol Psychiatr. 2020;61:272-90.

54. Souza VP, Gusmão TLA, Neto WB, Guedes TG, Monteiro EML. Fatores de risco associados à exposição de adolescentes a violência sexual. Av Enferm. 2019.37(3):364-74.

55. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):321-37.

56. Ogunjimi AI, Oliveira WA, Ventura CAA, Silva JLD, Silva MAI. Experience-Based Perception of Vulnerability Factors to Child Sexual Abuse by Health Care Professionals in Nigeria: A Qualitative Approach. J Interpers Violence. 2020;12:886260519897329.

57. Abdulkadir I, Umar L, Musa H, Musa S, Oyeniyi O, Ayoola-Williams O, et al. Child sexual abuse: A review of cases seen at General Hospital Suleja, Niger State. Ann Niger Med. 2011;5(1):15-19.

58. Deb S, Modak S. Prevalence of violence against children in families in Tripura and its relationship with socio-economic factors. J Inj Violence Res. 2010;2(1) 5-18.

59. Choudhry V, Dayal R, Pillai D, Kalokhe AS, Beier K, Patel V. (2018) Child sexual abuse in India: A systematic review. PLoS ONE. 2018;13(10): e0205086.

60. Palermo T, Bleck J, Peterman A. Tip of the iceberg: Reporting and gender-based violence in developing countries. Am J Epidemiol. 2014;179(5):602–12.

61. Ramaswamy S, Seshadri S. Children on the brink: Risks for child protection, sexual abuse, and related mental health problems in the COVID-19 pandemic. Indian J Psychiatry. 2020;62(Supp3):S404-S413.

62. Saunders B, Goddard C. Physical Punishment in Childhood: The Rights of the Child. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons. 2010;2-3.

63. Durrant, Joan; Ensom, Ron (4 de setembro de 2012). «Physical punishment of children: lessons from 20 years of research». Canadian Medical Association Journal. 2012;184(12):373–7.

64. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):602–8.

65. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-0779-3.

66. Deb S. Child abuse and neglect in a metropolitan city: a qualitative study of migrant child labour in south Kolkata. Social Change. 2005;35(3):56–67.

67. Deb S, Modak S. Prevalence of violence against children in families in Tripura and its relationship with socio-economic factors. J Inj Violence Res. 2010;2(1) 5-18.

68. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. Child Abuse Negl. 2005;29(9):969-84.

69. Sheikhattari P, Stephenson R, Assasi N, Eftekhar H, Zamani Q, Maleki B, Kiabayan H. Child Maltreatment among School Children in Kurdistan Province, Irã. Abuso infantil e negligência. 2006;30:231-45.

70. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child sindrome. J Am Med Assoc. 1962;181:17-24.

71. Pfeiffer L., Waksman R. Injúrias intencionais. Tratado de Pediatria, SBP. Editora Manole. São Paulo. 2006;129.

72. Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. J Fam Psychol. 2016;30(4):453–69.

73. Sousa MRC, Moraes C. Sintomas de internalização e externalização em crianças e adolescentes com excesso de peso. J Bras Psiquiatr. 2011;60(1):40–5.

74. Purdue GF, Hunt JL, Prescott PR. Child abuse by burning--an index of suspicion. The Journal of Trauma. 1988;28(2):221-4.

75. Breck LW, Van Norman RW. Medicolegal aspects of cervical spine sprains. Clin Orthop Relat Res. 1971;74:124-8.

76. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (julho 2001). «Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries. Technical report». Pediatrics. 2001;108(1):206–10.

77. Guthkelch AN. Problems of infant retino-dural hemorrhage with minimal external injury. Houston Journal of Health Law & Policy. 2012;12:201-8.

78. Martin JG, Fioretto JR, Carpi MF. Emergências Pediátricas.1. ed. – Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 208-27 p.

79. Silva WDS, Ribeiro FM, Guimarães GK, Santos MSD, Almeida VPDS, Barroso-Junior UO. Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. Cien Saude Colet. 2018;23(2):599-606.

80. Sociedade Brasileira de Pediatria SBP. Mais de 100 mil crianças e adolescentes morrem vítimas de Agressões na Última década. 14 de março de 2021 [acesso em 11 out 2021]. Disponível: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/mais-de-100-mil-criancas-e-adolescentes-morreram-vitimas-de-agressoes-na-ultima-decada/

81. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020;29:749–58.

82. Glowinski AL, D'Amelio G. (2016) Depression is a deadly growing threat to our youth: time to rally. Pediatrics. 2016;138(6):e201628659.

83. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. Pediatrics. 2016;138(6):e20161878.

84. [Acesso em 12 out 2021]. Disponível em: https://pebmed.com.br/autolesao-nao-suicida-na-adolescencia-aspectos-a-serem-abordados-na-atencao-basica/

85. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256(3):174–86.

86. Reijman S, Bakermans-Kranenburg MJ, Hiraoka R, Crouch JL, Milner JS, Alink LRA, et al. Baseline Functioning and Stress Reactivity in Maltreating Parents and At-Risk Adults: Review and Meta-Analyses of Autonomic Nervous System Studies. Child Maltreat. 2016;21(4):327–42.

87. McLafferty M, O'Neill S, Murphy S, Armour C, Bunting B. Population attributable fractions of psychopathology and suicidal behaviour associated with childhood adversities in Northern Ireland. Child Abus Negl. 2018;77:35–45.

88. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: Perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2017;22(9):2841–50.

89. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. JAMA Pediatr. Published online August. 2021;175(11):1142-50.

90. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Sexual violence against children: Authors, victims and consequences. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(4):1019–31.

91. Platt VB, Guedert JM, Coelho EBS. Violence against children and adolescents : notification and alert in. Rev Paul Pediatr. 2021;39:e2020267.

92. Chaves LNI, Neves MNSS, Araújo MHM, Calandrini, TSS, Cardoso RFC, Menezes RAO. Epidemiologia do Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes Admitidas em um Hospital de Referência da Amazônia Brasileira: um Estudo exploratório-descritivo. Diagn. Tratamento. 2020;25(4):138-46.

93. Finkelhor D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. 1994;18, 409–417.

94. Gracia E, López-Quílez A, Marco M, Lila M. Neighborhood characteristics and violence behind anos, sendo 84% dos casos, vítimas do sexo feminine.closed doors: The spatial overlap of child maltreatment and intimate partner violence. PLoS One. 2018;13(6):e0198684.

95. Schaefer LS, Rossetto S, Kristensen CH. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. Psicol Teor e Pesqui. 2012;28(2):227–34.

96. Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos. 2018, 494 p [acesso em 10 out 2021]. Disponível em: violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf (www.gov.br)

97. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. Child Abuse & Neglect. 1997;21:789–803.

98. Rickert V I, Wiemann C. M Vaughan RD, White JW. (2004). Rates and risk factors for sexual violence among an ethnically diverse sample of adolescents. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2004;158:1132–39.

99. Priebe G, Svedin CG. Prevalence, Characteristics, and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population-Based Sample of Swedish Adolescents. Journal of Child Sexual Abuse. 2009;18(1)19-39.

100. Dion J, Paquette G, Tremblay KN, Collin-Vézina D, Chabot M. Child Maltreatment Among Children With Intellectual Disability in the Canadian Incidence Study. Am J Intellect Dev Disabil. 2018;123(2):176-88.

101. McDonnell CG, Boan AD, Bradley C, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. J Child Psychol Psychiatr. 2019;60: 576-84.

102. Thomas JL, Lewis JB, Martinez I, Cunningham SD, Siddique M, Tobin JN, et al. Associations between intimate partner violence profiles and mental health among low-income, urban pregnant adolescents. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):120.

103. Silva FCD, Monge A, Landi CA, Zenardi GA, Suzuki DC, Vitalle MSS. The effects of sexual violence experienced in childhood and adolescence on undergraduate students. Rev Saude Publica. 2020;54:134.

104. Temple JR, Shorey RC, Fite P, Stuart GL, Le VD. Substance use as a longitudinal predictor of the perpetration of teen dating violence. J Youth Adolesc. 2013;42(4):596-606.

105. Espelage DL, Davis JP, Basile KC, Rostad WL, Leemis RW. Alcohol, Prescription Drug Misuse, Sexual Violence, and Dating Violence Among High School Youth. J Adolesc Health. 2018;63(5):601-7.

106. Cappa C, Petrowski N. Thirty years after the adoption of the Convention on the Rights of the Child: Progress and challenges in building statistical evidence on violence against children. Child Abuse Negl. 2020;110(1):104460.

107. Perdomo Virginia, Rubinstein Marisa, Gutiérrez Stella. Epidemiology of pediatric patients referred to an Expert Reference Team specialized in Domestic Violence. CASMU- IAMPP, 2016. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2019;90:305-11.

108. Ferragut M. Ortiz-Tallo M, Blanca MJ. Victims and Perpetrators of Child Sexual Abuse: Abusive Contact and Penetration Experiences. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18:9593.

109. Csorba Roland, et al. Female Child Sexual Abuse Within the Family in a Hungarian County. 2006;61(4):188-93.

110. Capaldi Deborah M, Stacey S. Tiberio, Joann Wu Shortt, Sabina Low and Lee D. Owen. Associations of exposure to intimate partner violence and parent-to-child aggression with child competence and psychopathology symptoms in two generations. Child abuse & neglect. 2020;103:104434.

111. Oppong AK, Kugbey N, Osafo J, Quarshie ENB, Sarfo JO. The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. SSM - Popul Heal. 2017;3:427–34.

112. Sousa GS, Santos MSP, Silva ATP, Perrelli JGA, Sougey EB. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Ciência e Saúde Coletiva.2017;22(9):3099–110.

113. Guyon-Harris KL, Madigan S, Bronfman E, Romero G, Huth-Bocks AC. Prenatal Identification of Risk for Later Disrupted Parenting Behavior Using Latent Profiles of Childhood Maltreatment. J Interpers Violence. 2020;4:886260520906175

114. Davoli A, Palhares FAB, Corrêa-Filho HR, Dias ALV, Antunes AB, Serpa JF, et al. Prevalência de violência física relatada contra crianças em uma população de ambulatório pediátrico. Cad. Saúde Publica.1994;10(1):92–8.

115. Correa H, Rocha FF. Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los? Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul. 2011;33(1):1-2.

116. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. Monogr Soc Res Child Dev. 1999;64(3):67-96.

117. Bowes L, Jaffee SR. Biology, genes, and resilience: toward a multidisciplinary approach. Trauma Violence Abuse. 2013;14(3):195-208.

118. Mileva-Seitz VR, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Genetic mechanisms of parenting. Horm Behav. 2016;77:211-23.

119. Ellis BJ, Boyce WT, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary--neurodevelopmental theory. Dev Psychopathol. 2011;23(1):7-28.

120. Slagt M, Dubas JS, Deković M, van Aken MA. Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. Psychol Bull. 2016;142(10):1068-110.

121. Slagt M, Dubas JS, van Aken MAG, Ellis BJ, Deković M. Children's differential susceptibility to parenting: An experimental test of "for better and for worse". J Exp Child Psychol. 2017;154:78-97.

122. Buisman RSM, Bakermans-Kranenburg MJ, Pittner K, Compier-de Block LHCG, van den Berg LJM, van IJzendoorn MH, et al. Parents' experiences of childhood abuse and neglect are differentially associated with behavioral and autonomic responses to their offspring. Dev Psychobiol. 2019;61(6):888-902.

123. Maestripieri D, Carroll KA. Child abuse and neglect: usefulness of the animal data. Psychol Bull. 1998;123(3):211-23.

124. van Ijzendoorn MH, Euser EM, Prinzie P, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ. Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. Child Maltreat. 2009;14(4):369-75.

125. de Vries MW. Temperament and infant mortality among the Masai of East Africa. Am J Psychiatry. 1984 Oct;141(10):1189-94.

126. Cummings E, Merrilees C, Taylor L, Mondi C. Developmental and social–ecological perspectives on children, political violence, and armed conflict. Development and Psychopathology. 2017;29(1):1-10.

127. Masten AS. Resilience from a developmental systems perspective. World Psychiatry. 2019;18(1):101-2.

128. Masten AS. Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. Ann N Y Acad Sci. 2004;1021:310-9.

129. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement [Psychopathological consequences of confinement]. Encephale. 2020;46(3S):S43-S52.

130. Lawson M, Piel MH, Simon M. Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children. Child Abuse Negl. 2020;110(Pt 2):104709.

131. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID-19 on children: Special focus on the psychosocial aspect. Minerva Pediatr. 2020;72(3):226–35.

132. DeSa H, Dawson MZ, McDavid L, Clark M. Safe From COVID-19, But Not Safe at Home: Virtual Advocacy for At-Risk Kids in the Era of Social Distancing. Clinical Pediatrics. 2021;60(8):333-5.

133. Redação o Estado de São Paulo. Campanha “Pode Ser Abuso”, da Fundação Abrinq, alerta para violência contra criança na pandemia [*on line* de 10 de maio de 2021] - (emails.estadao.com.br⁄noticias⁄comportamento) – e Jundiaí.

134. UNICEF - MPSP. Análise das Ocorrências de Estupro de Vulnerável no Estado de São Paulo. São Paulo; 2020.

135. Matera L, Nenna R, Ardenti Morini F, Banderali G, Calvani M, Calvi M, et al. Effects of Relaxed Lockdown on Pediatric ER Visits during SARS-CoV-2 Pandemic in Italy. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18(18):9547.

136. Mahmoud NF, Al-Mazroua MK, Afify MM. Toxicology Practice During COVID-19 Pandemic: Experience of the Dammam Poison Control Center-Eastern Province, Saudi Arabia. International Journal of Toxicology. 2021;40(4):388-94.

137. Forte A, Orri M, Brandizzi M, Iannaco C, Venturini P, Liberato D, et al. “My Life during the Lockdown”: Emotional Experiences of European Adolescents during the COVID-19 Crisis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18(14): 7638.

138. Berge LI, Gedde MH, Husebo BS, Erdal A, Kjellstadli C, Vahia IV. Age and Emotional Distress during COVID-19: Findings from Two Waves of the Norwegian Citizen Panel. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18(18): 9568.

139. Prefeitura de Jundiaí [acesso em 3 out 2021]. Disponível em: www.jundiai.sp.gov.br

140. Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Reporting child violence, health care flows and work process of primary health care professionals. Cien Saude Colet. 2018;23(1):83-92.

141. Waksman RD. Reduction of injuries due to external causes. Can the pediatrician help? J Pediatr (Rio J). 2004;80:435-6.

142. Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência á violência doméstica. – Brasília: MS, SASA, 1997.

143. Malta DC, Minayo MCS, Soares AM Filho, Silva MMAD, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. Rev Bras Epidemiol. 2017;20(Suppl 01):142-56.

144. Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

145. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2020 Dec 11]. . Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1

146. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. Frontiers in Public Health. 2015;253:1–11.

147. Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and nonfirearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. American Journal of Public Health. 2014;104(3):455–60.

148. Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 [acesso em mar 2021]. Disponível em: http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport-2008/soul-buddyztomorrow-is-ours-evaluation-report-2008).

149. Kyegombe N, Abramsky T, Devries K, et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. Child Abuse & Neglect. 2015;50:128–140.

150. Minayo MC. Less than a human condition? Cien Saude Colet. 2009;14(1):23-5.

8. ANEXOS

Anexo 1: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL E FÍSICA INFANTIL E A CORRELAÇÃO COM ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS.

Pesquisador: Saulo Duarte Passos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23334819.8.0000.5412

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Jundiaí

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.688.525

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de carácter epidemiológico, que trata da problemática do abuso sexual e físico de crianças e adolescentes atendidos em hospital de referência em Jundiaí-SP. O projeto enfatiza que "o abuso físico e sexual contra crianças e adolescentes é um fator de risco para o desenvolvimento de ideação suicida, transtornos mentais e déficits cognitivos na adolescência além de predispor ao suicídio.A violência contra crianças e adolescentes pode ser influenciada por condições sociais, crenças e valores éticos que variam de acordo com tempo e cultura. O fato de ser frequentemente omitida dificulta o levantamento de dados estatísticos e a implementação de medidas controladoras, visto que as iniciativas de combate deste problema social estão em grande parte, voltadas às consequências e não para as causas da violência." Os pesquisadores destacam que há uma multiplicidade de fatores que podem estar associados a esse tipo de abuso, os quais precisam ser evidenciados para que se atue no sentido de prevenir e combater esse grave problema.O projeto destaca, ao lado de fatores individuais e familiares, a existência de fatores socioeconômicos que podem aumentar o risco de crianças e adolescentes sofrerem abuso sexual e físico: "Quanto à importância do apoio social há a hipótese de que países que vivenciam longas crises econômicas podem enfrentar escassez de recursos e enfraquecer o apoio comunitário, gerando estresse familiar e aumentando a incidência de violência infantil(21). Desta forma, torna-se um grande desafio identificar os fatores epidemiológicos do abuso contra crianças e adolescentes, bem como, a estratificação do perfil das vítimas e correlação entre as condições

Endereço: Rua Francisco Telles, 250
Bairro: Vila Arens **CEP:** 13.202-550
UF: SP **Município:** JUNDIAI
Telefone: (11)3395-2120 **Fax:** (11)3395-2100 **E-mail:** cep@fmj.br

socioeconômicas e demográficas, aspectos fundamentais para a elaboração de estratégias governamentais em saúde para a prevenção do abuso contra incapazes. Destaca-se a importância de novos estudos sobre esta problemática tendo em vista o cenário de instabilidade econômica e política que o Brasil têm passado nos últimos anos, principalmente na região Sudeste do país que apresenta escassez de informações sobre violência infantil, especialmente na cidade de Jundiaí/SP que conta com uma unidade hospitalar voltada ao atendimento de saúde de crianças e adolescentes com abrangência microrregional."

Diante do exposto, o projeto de pesquisa propõe a revisão dos prontuários de crianças e adolescentes com menos de 18 anos que sofreram abuso sexual e/ou físico e foram atendidos no referido pronto socorro, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2019. Serão coletados dados referentes a:

Tipo de violência sexual ou física e subtipos, como: Estupro, assédio, manipulação de genitais e pornografia infantil para os casos de abuso sexual; Autoagressão, espancamento, lesões de menor gravidade como queimaduras, hematomas e outros ferimentos superficiais, contusão, espancamento, ferimento por arma branca (FAB) e ferimento por arma de fogo (FAF) para os casos de abuso físico;

Dados socioantropométricos tais como: Idade, gênero e raça da vítima da vítima;

Dados demográficos como: Bairro e Cidade de domicílio; Bairro e Cidade onde ocorreu o abuso;

Parentesco/Vínculo familiar ou não familiar do agressor;

Dados sócio-antropométricos do agressor: Gênero; Ciclo de vida o mesmo classificado em prontuário como adolescente, jovem, adulto ou idoso;

Classificação geográfica do local onde ocorreu o abuso, classificado como urbano, periurbano ou rural;

Tempo decorrido entre o abuso e o atendimento hospitalar;

"Após a identificação e categorização dos dados, a incidência total de abusos será estratificada de acordo com a prevalência por municípios e bairros, com o objetivo de identificar as áreas geográficas com maior incidência de abuso infantil, bem como, correlacionar com os seguintes fatores sóciodemográficos por bairros:

População;

Renda familiar média;

Número de domicílios;

Nível de instrução/escolaridade: Sem instrução, Fundamental, Médio e Superior;

Número de moradores por domicílio

Condições de saneamento básico;
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)".

Objetivo da Pesquisa:

"Caracterizar a violência contra menores de 18 anos atendidos no pronto socorro de referência da cidade de Jundiaí e correlacionar com as condições socioeconômicas e demográficas das vítimas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apontam o risco "de quebra de sigilo e consequente divulgação de informações pessoais, as quais são classificadas de extrema importância e podem causar constrangimento às vítimas e familiares, além de prejuízos à relação familiar, convívio social e transtornos psicológicos." Para evitar que isso aconteça, o projeto prevê que "serão tomados os cuidados necessários para manter a confidencialidade. A responsabilidade da coleta dos dados será exclusivamente da aluna de mestrado Sra. Stela Maria Tavolieri de Oliveira, médica pediatra e colaboradora do Hospital Universitário de Jundiaí, a qual manterá a planilha de dados registrada em um único computador pessoal. Em hipótese alguma a planilha de informações será armazenada em meios digitais como "Nuvens privada, pública ou híbrida" e dispositivos móveis como pen-drive ou HD. Durante coleta de dados, os pacientes serão identificados por números (0 a 500), para evitar o registro por nomes ou prontuários. Após a análise dos dados e publicação do presente estudo, o arquivo será com informações de pacientes será excluído de forma permanente do computador pessoal, sem a possibilidade de recuperação do mesmo."

O benefício do estudo está em realizar um levantamento de dados epidemiológico e demográfico e apontar o cenário da violência infantil, identificada no Hospital Universitário de Jundiaí/SP, assim como identificar as áreas de risco os

9

aspectos sociodemográficos associados. Também visa oferecer informações sobre este fenômeno em uma microrregião do interior do estado de São Paulo, que possam contribuir com o desenvolvimento de estratégias em saúde e iniciativas preventivas do abuso infantil."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa visando a elaboração de dissertação de mestrado. Trata de assunto de grande relevância na área da saúde da criança e do adolescente, com potencial impacto sobre a saúde coletiva.Fica evidente a preocupação dos pesquisadores em garantir a confidencialidade acerca da procedência dos dados que serão coletados e analisados. Desta forma, solicitam dispensa do TCLE de maneira bem fundamentada.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

Continuação do Parecer: 3.688.525

Quando aos aspectos metodológicos, há algumas imprecisões na definição do tipo do estudo e na maneira de explicá-lo. A análise estatística está apenas indicada e não detalhada. A meu ver, porém, embora esses aspectos mereçam ser revisados, não comprometem os aspectos éticos envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, pedido de dispensa do TCLE, declaração do hospital dispondo-se a dar acesso aos prontuários e declaração de coparticipação no estudo, apresentados de maneira adequada.

Recomendações:

Sugerimos revisar a definição do tipo de estudo e descrever melhor a análise estatística. Também sugerimos revisar o título, pois acreditamos que tenha havido um erro de digitação, e que o título correto seja "Análise da epidemiologia da violência sexual e física infantil e correlação com aspectos socioecônomicos e demográficos".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente Projeto de Pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/12 do CNS e foi aprovado na plenária de 06/11/2019 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí ressalta que é responsabilidade do Pesquisador enviar relatórios semestrais e relatório de eventos adversos, caso esses venham a ocorrer, assim como relatório final com os resultados da pesquisa, para finalização do protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1450010.pdf	14/10/2019 08:51:06		Aceito
Folha de Rosto	Frstela.pdf	14/10/2019 08:50:35	Saulo Duarte Passos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetostela.pdf	09/10/2019 13:28:23	Saulo Duarte Passos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Dispensa.pdf	09/10/2019 13:28:01	Saulo Duarte Passos	Aceito

Endereço: Rua Francisco Telles, 250
Bairro: Vila Arens **CEP:** 13.202-550
UF: SP **Município:** JUNDIAI
Telefone: (11)3395-2120 **Fax:** (11)3395-2100 **E-mail:** cep@fmj.br

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

Continuação do Parecer: 3.688.525

Justificativa de Ausência	Dispensa.pdf	09/10/2019 13:28:01	Saulo Duarte Passos	Aceito
Outros	autosame.pdf	08/10/2019 12:18:33	Saulo Duarte Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparthu.pdf	08/10/2019 12:17:49	Saulo Duarte Passos	Aceito
Cronograma	Cronograma.png	08/10/2019 12:17:25	Saulo Duarte Passos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUNDIAI, 06 de Novembro de 2019

Assinado por:
Fernanda Cristina Simões Pessorrusso
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco Telles, 250
Bairro: Vila Arens **CEP:** 13.202-550
UF: SP **Município:** JUNDIAI
Telefone: (11)3395-2120 **Fax:** (11)3395-2100 **E-mail:** cep@fmj.br

Anexo 2: Solicitação da dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, Stela Maria Tavolieri de Oliveira e Saulo Duarte Passos, pesquisadores do projeto "**ANÁLISE DA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL E FÍSICA INFANTIL E A CORRELAÇÃO COM ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS",** solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí (CEP/FMJ) a dispensa do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE, tendo em vista que no estudo não haverá qualquer tipo de contato direto com pacientes, utilizando a metodologia de revisão de prontuários de crianças e adolescentes vítimas de abuso físico e sexual, atendidas e notificadas pelo Hospital Universitário de Jundiaí no período de 2013 a 2019, com o propósito de identificar a epidemiologia deste fenômeno e correlacionar com os aspectos socioeconômicos e demográficos dos locais com as maiores incidências de violência.

Nestes termos, comprometemo-nos a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução CNS n° 466/12 e suas complementares, bem como, utilizar de condutas que visam assegurar a confidencialidade dos dados de prontuários a serem analisados.

Jundiaí-SP, 08 / 10 / 2019

Stela Maria Tavolieri de Oliveira

CRM 57298-SP

Saulo Duarte Passos

CRM 41828-SP

Anexo 3: Fichas (Instrutivo) de Notificação Individual (SINAN) para Violência interpessoal/Autoprovocada. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada

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

8 Unidade de Saúde Código (CNES)

9 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

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 ☐ 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 3-Bissexual
2-Homossexual (gay/lésbica) 8-Não se aplica
9-Ignorado

37 Identidade de gênero: ☐
1-Travesti 3-Homem Transexual
2-Mulher Transexual 8-Não se aplica
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 07 - Comércio/serviços
02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção
03 - Escola 06 - Via pública 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

SVS 15.06.2015

Anexo 4: Declaração de autorização do Serviço de Atendimento Médico e Estatístico – SAME do Hospital Universitário de Jundiaí-SP.

O Serviço de Atendimento Médico e Estatístico – SAME do Hospital Universitário de Jundiaí-SP, está de acordo em oferecer prontuários de pacientes, desde que analisados nas dependência do referido departamento, para o projeto de pesquisa intitulado **"ANÁLISE DA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL E FÍSICA INFANTIL E A CORRELAÇÃO COM ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS"**, a ser realizado pela médica pediatra Stela Maria Tavolieri de Oliveira, CPF 111.365.388-44, CRM 57298-SP e colaboradora desta instituição, orientada pelo professor pediatra Dr. Saulo Duarte Passos. CRM 41828-SP, o qual pretende realizar levantamento epidemiológico dos casos de abuso físico e sexual da unidade hospitalar referência ao atendimento pediátrico, além de correlacionar com dados socioeconômicos e demográficos.

Os pesquisadores comprometem-se a cumprir os termos da Resolução Normativa CNS n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e apresentar cópia simples do parecer **APROVADO** do CEP/FMJ aos responsáveis, antes do início do projeto.

Nome Responsável - SAME: _____ Data: 04 / 10 / 19

Assinatura do Responsável - SAME: _____

Carimbo SAME: André Cosmo
Coordenador de atendimento e estatística

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Praça Rodolfo Nº 5 / N
Cep: 13207-450 - Jundiaí / SP

Anexo 5: Projeto de Pesquisa

Anexo 5: Projeto de Pesquisa

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA INFANTIL E A CORRELAÇÃO COM OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A RECLUSÃO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DO *SARS-CoV*-2

Stela Maria Tavolieri de Oliveira[1]; Saulo Duarte Passos[2]

[1] Aluna probatória do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Jundiaí

[2] Docente Orientador Doutor da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

RESUMO

O abuso físico e sexual contra crianças e adolescentes é um fator de risco para o desenvolvimento de ideação suicida, transtornos mentais e déficits cognitivos na adolescência. **Objetivo**: Caracterizar a violência contra crianças e adolescentes atendidos no pronto socorro de referência da cidade de Jundiaí e e correlacionar com as condições sociodemográficas das vítimas e determinar o comportamento da incidência dos casos durante a pandemia provocada pelo *SARS-CoV*-2. **Métodos**: Trata-se de um estudo analítico longitudinal coorte retrospectivo de aspecto epidemiológico que será procedido com a revisão de prontuários de crianças e adolescentes vítimas de abuso físico e/ou sexual, atendidas no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP (HU/FMJ), no período de Julho de 2016 a Dezembro de 2020, cuja amostra é em torno de 500 casos de notificação. Será identificado o perfil epidemiológico do abuso infantil seguida de estratificação das ocorrências por bairros e municípios. A seguir, a epidemiologia será analisada durante o período e de pandemia e correlacionada com aspectos sociodemográficos dos locais onde ocorreram os atos de violência por meio do software Geofusion OnMaps e a análise estatística dar-se-á pelo método de regressão logística com índice de significância $p<0.05$ e software SPSS versão 22. **Resultados Esperados:** Oferecer dados epidemiológicos sobre os casos de maus tratos de natureza física e sexual identificadas em unidade hospitalar que atende a microrregião de Jundiaí/SP e determinar se o período de reclusão social provocado pela pandemia, agravou a incidência de casos. Espera-se identificar a epidemiologia do abuso físico e correlacionar com condições sociodemográficas dos locais com maiores índices de violência.

Palavras chave: Abuso físico; Abuso sexual; Violência Doméstica.

1. INTRODUÇÃO

O abuso infantil é reconhecido como um fenômeno de grande impacto negativo social, cujo risco é determinado pela interação de múltiplos fatores[1] o que dificulta a compreensão sobre este problema complexo e demanda de novos estudos que possam estratificar os fatores preditivos para risco de violência contra crianças e adolescentes[2]. Este fenômeno pode estar fundamentado sociologicamente sobre o patriarcalismo e o sexismo, que consolidaram ao longo da história um sistema de poder, impondo aos mais vulneráveis e dependentes uma condição de submissão[3].

A exposição a violência na infância pode acarretar em muitos prejuízos devastadores de natureza psicológica e funcional[4], sendo uma condição de vulnerabilidade social que se contrapõe ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual declara que toda criança deve estar protegida contra a violência e suas necessidades de saúde, devem ser atendidas[5].

Dentre as modalidades de violência, pode-se citar o abuso físico e sexual, capazes de causar efeitos catastróficos à saúde mental da pessoa violentada[6]. Estudos apontam que o abuso infantil pode causar alterações emocionais e comportamentais, depressão e desenvolvimento da ideação suicida, que incluem a automutilação e intoxicação, alterações psicológicas que geralmente se desenvolvem em estágios futuros da vida[7].

O abuso sexual é o tipo de violência que mais exerce influência negativa à saúde mental, sendo o gênero feminino mais vulnerável na infância, podendo predispor ao desenvolvimento de conduta hipersexualizada, caracterizada por comportamento sexual impróprio para a idade. O sofrimento em detrimento do abuso, faz com que muitas vítimas recorram à reclusão e moradia nas ruas, expondo-se à dependência química e prostituição. Além disso, o abuso sexual apresenta efeito nocivo ao relacionamento interpessoal, capaz de provocar mudanças na sexualidade e transtorno de identidade de de gênero, observada em meninas e meninos[4].

No tocante à violência física, geralmente é praticada por uma pessoa que mantém uma relação de guarda ou poder à criança, infligindo-a dano físico não acidental por meio da força, caracterizado pelo castigo físico repetitivo ou lesões externas ou internas de maior gravidade. Dentre os traumas graves está o traumatismo craniano, como a maior causa de hospitalizações e mortes entre crianças, muitas vezes acompanhado de hemorragias subdurais, na retina, lesões hipóxico-isquêmicas e edema cerebral. Ainda a respeito das lesões, as vítimas de abuso físico podem apresentar fraturas múltiplas, observadas mais comumente em arcos costais e metáfises[6].

Acrescenta-se que a agressão física na infância apresentam um efeito acumulativo de acordo com intensidade e tempo de exposição às adversidades, aumentando o risco de retardo psicossocial na vida adulta[8]. Com incidência significativa, o abuso físico é revelado em aproximadamente 10% das internações decorrentes de queimaduras em crianças[9] e comumente associada à maus tratos e presença de pais violentos, ou domicílios que contenham pessoas extrínsecas à família[6]. Também é descrito na literatura que vítimas agredidas na infância estão mais predispostas à agressividade e desempenho acadêmico e cognitivo inferior ao de crianças que não sofreram violência[10,11].

A violência contra crianças representa uma problemática de difícil intervenção, devido aos casos que não são notificados[12]. Um estudo aponta que

dentre as crianças vítimas de maus tratos, cerca de 78,5% são de origem negligencial, 17,6% violência física e 9,1%, vítimas de abuso sexual. Todavia, a agressão de natureza física e sexual são as principais causas hospitalizações. Embora a negligência seja a modalidade de abuso mais frequente, a compreensão das dimensões dos maus tratos, bem como sua classificação e identificação são muito questionáveis[6].

2. JUSTIFICATIVA

A violência contra crianças e adolescentes pode ser influenciada por condições sociais, crenças e valores éticos que variam de acordo com tempo e cultura. O fato de ser frequentemente omitida dificulta o levantamento de dados estatísticos e a implementação de medidas controladoras, visto que as iniciativas de combate deste problema social estão em grande parte, voltadas às consequências e não para as causas da violência[13].

Embora esteja ocorrendo crescente mobilização de diferentes áreas do conhecimento para a compreensão deste fenômeno e elaboração de estratégias que visam controlar a violência contra crianças[14], as iniciativas passam a ser pouco resolutivas devido à falta de recursos financeiros[13]. Além disso, a cultura brasileira permite a omissão de denúncia e a tolerância social para os casos de maus tratos[15].

Em países europeus a incidência de abuso infantil pode alcançar até 14% contra meninas e 7% para os meninos[5]. Estudos brasileiros demonstram que o abuso sexual é mais prevalente em meninas com idade entre 5 e 10 anos[16], enquanto os meninos são vítimas de violência sexual de forma mais precoce, fato que pode ser explicado pela imaturidade física para oferecer resistência[5]. Sabe-se que na região Sul do país há a predominância para a raça branca e para o Nordeste a raça parda.

Também é percebido maior número de notificações para regiões urbanas com grande densidade populacional, gerando a hipótese de que os casos em áreas rurais podem ser subnotificados, ou transferidos para as unidades hospitalares de referência localizadas em centros urbanos[17]. A cultura rural e a tendência de preservar a imagem familiar, podem dificultar a denúncia do abuso nestas áreas[18], além disso, pode haver resistência dos familiares em procurar unidades de atendimento nas respectivas regiões de moradia, devido ao medo de estigmatização e preconceito social[19].

Muitos fatores podem contribuir para a ocorrência do abuso infantil. O *stress* familiar motivado por dificuldades socioeconômicas, pode causar instabilidade das relações intrafamiliares e induzir conflitos conjugais, influenciando em cuidados hostis entre pais e filhos[1]. Dentre os estressores socioeconômicos o desemprego, famílias reconstituídas[20], insatisfação com a moradia, baixa escolaridade das mães, menor apoio social e eventos de *stress* acumulativos são os principais detratores da relação familiar e exposição das crianças à violência. Acrescenta-se que tais fatores prejudicam não somente as condições sociais, mas também psicológicas[1].

Quanto à importância do apoio social há a hipótese de que países que vivenciam longas crises econômicas podem enfrentar escassez de recursos e enfraquecer o apoio comunitário, gerando *stress* familiar e aumentando a

incidência de violência infantil[21]. Desta forma, torna-se um grande desafio identificar os fatores epidemiológicos do abuso contra crianças e adolescentes, bem como, a estratificação do perfil das vítimas e correlação entre as condições socioeconômicas e demográficas, aspectos fundamentais para a elaboração de estratégias governamentais em saúde para a prevenção do abuso contra incapazes.

Destaca-se a importância de novos estudos sobre esta problemática tendo em vista o cenário de instabilidade econômica e política que o Brasil têm passado nos últimos anos, principalmente na região Sudeste do país que apresenta escassez de informações sobre violência infantil, especialmente na cidade de Jundiaí/SP que conta com uma unidade hospitalar voltada ao atendimento de saúde de crianças e adolescentes com abrangência microrregional.

3. OBJETIVO

Caracterizar a violência contra crianças e adolescentes atendidos no pronto socorro de referência da cidade de Jundiaí e e correlacionar com as condições sociodemográficas das vítimas e determinar o comportamento da incidência dos casos durante a pandemia provocada pelo *SARS-CoV*-2.

4. MÉTODO

4.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo analítico longitudinal coorte retrospectivo de aspecto epidemiológico que será procedido com a revisão de prontuários de crianças e adolescentes vítimas de abuso físico e/ou sexual, atendidas no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP (HU/FMJ), no período de Julho de 2016 a Dezembro de 2020, cuja amostra é estimada em 500 casos de notificação.

Devido tratar-se de um estudo que visa a coleta de dados de prontuários, não havendo qualquer tipo de contato ou entrevista com os pacientes, será solicitada a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Anexo 1.

Os prontuários estão disponíveis e poderão ser analisados no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico – SAME, da referida unidade hospitalar conforme declaração de autorização em anexo da Anexo 2 e declaração de co-participação do HU/FMJ do Anexo 3.

4.2. Análise de dados

Em um primeiro momento serão estratificados os dados epidemiológicos dos casos de abuso infantil de acordo com:

- Tipo de violência sexual ou física e subtipos, como: Estupro, assédio, manipulação de genitais e pornografia infantil para os casos de abuso sexual; Autoagressão, espancamento, lesões de menor gravidade como queimaduras, hematomas e outros ferimentos superficiais, contusão, espancamento, ferimento por arma branca (FAB) e ferimento por arma de fogo

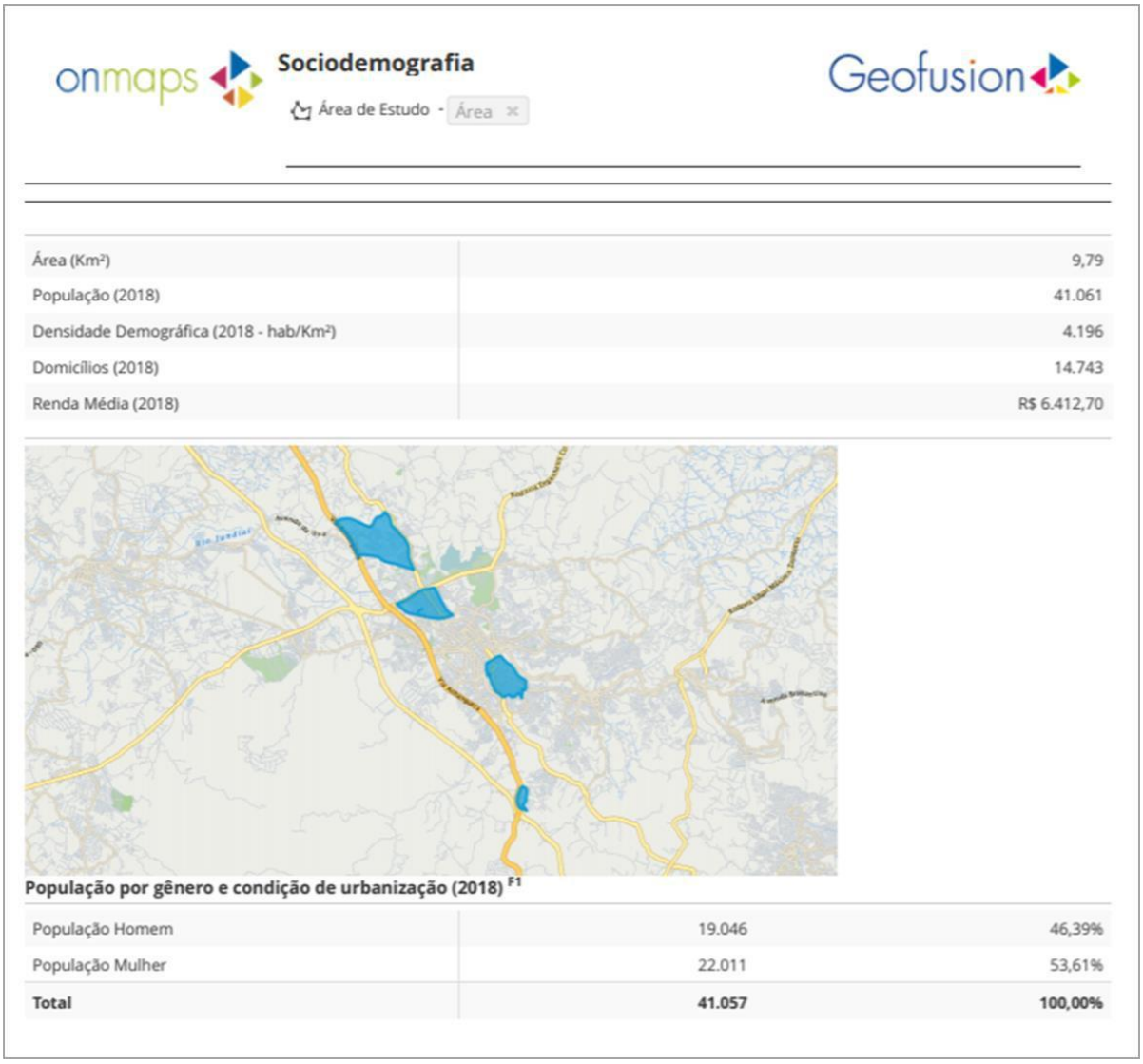
(FAF) para os casos de abuso físico;

- Dados socioantropométricos tais como: Idade, gênero e raça da vítima da vítima;
- Dados demográficos como: Bairro e Cidade de domicílio; Bairro e Cidade onde ocorreu o abuso;
- Parentesco/Vínculo familiar ou não familiar do agressor;
- Dados sócio-antropométricos do agressor: Gênero; Ciclo de vida o mesmo classificado em prontuário como adolescente, jovem, adulto ou idoso;
- Classificação geográfica do local onde ocorreu o abuso, classificado como urbano, periurbano ou rural;
- Tempo decorrido entre o abuso e o atendimento hospitalar;

Após a identificação e categorização dos dados, a incidência total de abusos será estratificada de acordo com a prevalência por municípios e bairros, com o objetivo de identificar as áreas geográficas com maior incidência de abuso infantil, bem como, correlacionar com os seguintes fatores sóciodemográficos por bairros:

- População;
- Renda familiar média;
- Número de domicílios;
- Nível de instrução/escolaridade: Sem instrução, Fundamental, Médio e Superior;
- Número de moradores por domicílio
- Condições de saneamento básico;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);

Os dados sóciodemográficos acima serão coletados por meio do Software Geofusion OnMaps, um instrumento validado e que através de uma interface virtual com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e também um banco de dados próprio, oferece informações sociodemográficas de quaisquer regiões do Brasil. Abaixo (Figura 1), um exemplo de pesquisa de três bairros do município de Jundiaí/SP.



onmaps **Sociodemografia** Geofusion

Área de Estudo - Área

Área (Km²)	9,79
População (2018)	41.061
Densidade Demográfica (2018 - hab/Km²)	4.196
Domicílios (2018)	14.743
Renda Média (2018)	R$ 6.412,70

População por gênero e condição de urbanização (2018) [F1]

População Homem	19.046	46,39%
População Mulher	22.011	53,61%
Total	**41.057**	**100,00%**

Figura 1: Pesquisa sociodemográfica do GeofusionOnMaps.

4.3. Análise Estatística

As correlações de dados serão avaliadas estatisticamente através do teste de Regressão Logística, adotando como índice de significância $p<0.05$ por meio do do software SPSS versão 23.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão incluídos no estudo todos os prontuários de atendimento de vítimas de abuso físico e/ou sexual com idades entre 0 e 17 anos, comprovadas através do exame pediátrico, Forense, relato familiar ou auto-relato e com notificação compulsória. Serão excluídos prontuários com ausência de comprovação de abuso; idade da vítima e data de ocorrência que não atendam os critérios de inclusão.

4.5. Riscos e benefícios

O levantamento de dados de prontuários oferece risco de quebra de sigilo e consequente divulgação de informações pessoais, as quais são classificadas de extrema importância e podem causar constrangimento às vítimas e familiares, além de prejuízos à relação familiar, convívio social e transtornos psicológicos.

Para tanto, serão tomados os cuidados necessários para manter a confidencialidade. A responsabilidade da coleta dos dados será exclusivamente da aluna de mestrado Sra. Stela Maria Tavolieri de Oliveira, médica pediatra e colaboradora do Hospital Universitário de Jundiaí, a qual manterá a planilha de dados registrada em um único computador pessoal. Em hipótese alguma a planilha de informações será armazenada em meios digitais como “Nuvens privada, pública ou híbrida” e dispositivos móveis como pen-drive ou HD. Durante coleta de dados, os pacientes serão identificados por números (0 a 500), para evitar o registro por nomes ou prontuários. Após a análise dos dados e publicação do presente estudo, o arquivo será com informações de pacientes será excluído de forma permanente do computador pessoal, sem a possibilidade de recuperação do mesmo.

O benefício do estudo está em realizar um levantamento de dados epidemiológico e demográfico e apontar o cenário da violência infantil, identificada no Hospital Universitário de Jundiaí/SP, assim como identificar as áreas de risco os aspectos sociodemográficos associados. Também visa oferecer informações sobre este fenômeno em uma microrregião do interior do estado de São Paulo, que possam contribuir com o desenvolvimento de estratégias em saúde e iniciativas preventivas do abuso infantil.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Apesar das dificuldades em notificação dos casos de abuso, demonstrado pela omissão e silêncio, as estatísticas alertam sobre a crescente estatística de violência contra a criança e adolescente, como um fenômeno universal e endêmico sem distinção de raça, classe social, sexo ou religião.

Neste estudo, espera-se oferecer dados epidemiológicos sobre os casos de maus tratos de natureza física e sexual, identificadas em unidade hospitalar que atende a microrregião de Jundiaí/SP. Atualmente o Hospital Universitário de Jundiaí, notifica uma média 85 casos de agressão contra menores de origem física e sexual, todos os anos. Espera-se identificar a epidemiologia do abuso físico e correlacionar com condições sociodemográficas dos locais com maiores índices de violência.

Também é foco do estudo, analisar o comportamento da epiudemiologia durante o período de reclusão social provocado pela pandemia do *SARS-CoV*-2 (COVID-19).

6. CRONOGRAMA

Atividades	Cronograma
Preparação do projeto de pesquisa e submissão ao CEP	01/09/2019 a 31/10/2019
Coleta de dados dos prontuários Jul/2016 a Dez/2021	01/12/2019 a 30/04/2020
Análise dos dados epidemiológicos e estratificações por bairros e municípios	15/03/2020 a 30/06/2020
Coleta de dados sociodemográficos	01/09/2020 a 31/12/2020
Análise dos resultados preliminares	01/01/2021 a 30/04/2021
Resubmissão ao CEP (Emenda do Projeto)	01/05/2021 a 31/05/2021
Coleta de dados adicionais do estudo	07/06/2021 a 20/06/2021
Reanálise dos resultados	21/06/2021 a 30/06/2021
Atualização da redação da dissertação	20/06/2021 a 05/07/2021

7. ORÇAMENTO

O desenvolvimento do presente estudo contará com um orçamento de R$500,00, destinado a despesas de material de escritório e será custeado pelos pesquisadores responsáveis.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajduković M, Rajter M, Rezo I. Individual and contextual factors for the child abuse potential of Croatian mothers: The role of social support in times of economic hardship. Child Abuse Negl. 2018;78:60-70.
2. Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. Aggression and Violent Behavior. 2009;14:13–29.
3. Schaefer LS, Rossetto S, Kristensen CH. Forensic psychological examination in child and adolescent sexual abuse. Teor. e Pesq. 2012;28(2):227-234.
4. Lira et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. 2017;26(3):e0080016.
5. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Sexual violence against children: authors, victims and consequences. Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(4):1019-31.
6. Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014 Apr;23(2):309-19.

7. Oppong Asante K, Kugbey N, Osafo J, Quarshie EN, Sarfo JO. The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. SSM Popul Health. 2017;3:427-434.

8. Correa H, Rocha FF. Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los? Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2011;33(1):1-2.

9. Purdue GF, Hunt JL, Prescott PR. Child abuse by burning—an index of suspicion.. J Trauma 1988;28:221–4.

10. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. Child Abuse Negl 1994;18:617–33.

11. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. Child Abuse Negl 2002;26:679–95.

12. Sousa GS, Santos MSP, Silva ATP, Perrelli JGA, Sougey EB. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(9):3099-3110.

13. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterización del abuso sexual en niños y adolescentes notificado en un Programa Centinela. Acta Paul. Enferm. 2008;21(4):602-8.

14. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizador. *Violência e criança*. São Paulo: Ed. USP; 2002. p. 95-11.

15. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(1):151-4.

16. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneve: WHO; 2004:1851-1940.

17. Committee on Child Abuse and Neglect (COCAN). Protecting children from sexual abuse by health care providers. *Pediatrics* 2011;128(2):407-426.

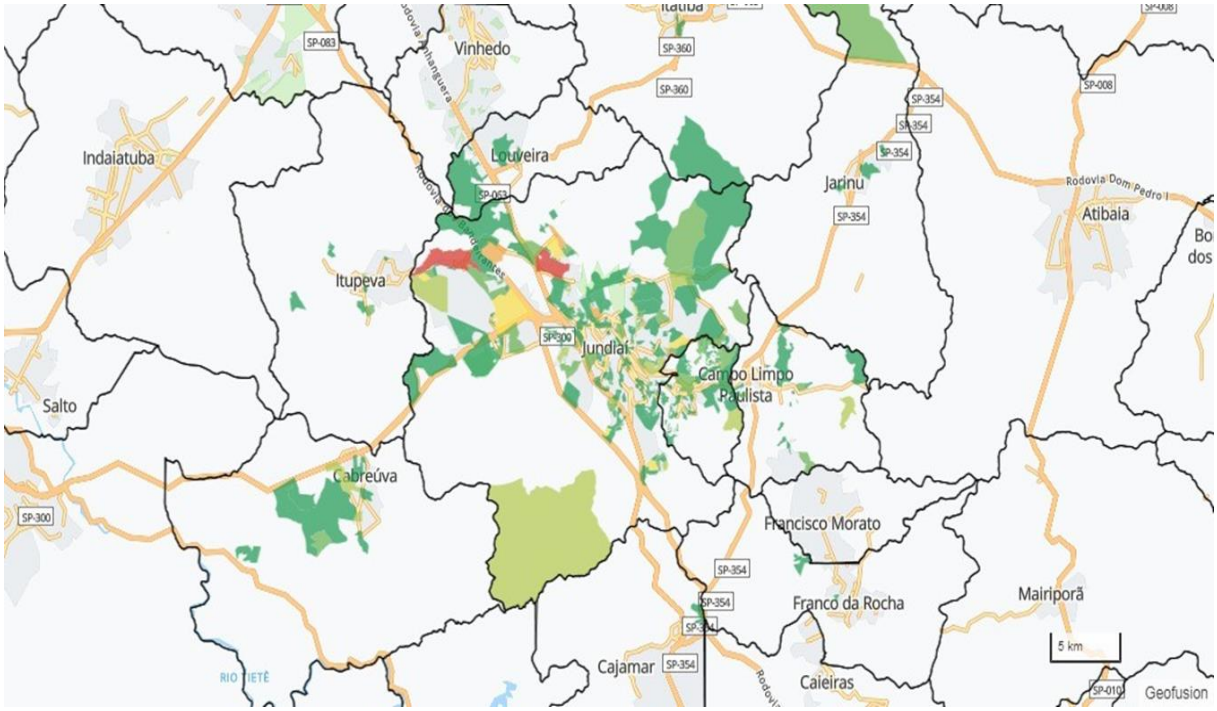
18. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo* 2002; 7(2):3-11.

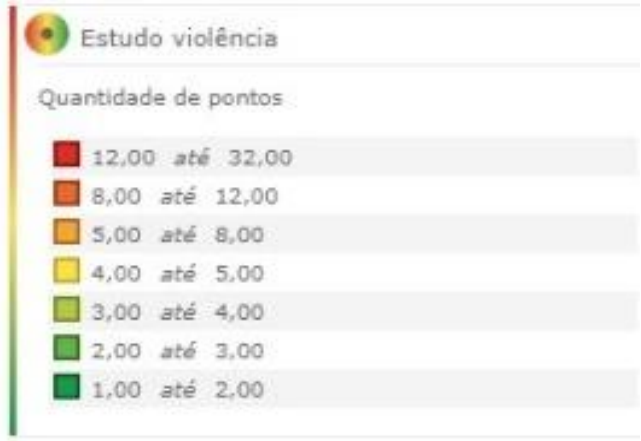
19. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5):197-204.

20. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Psicol Reflex Crit. 2006; 19(3):379-86.

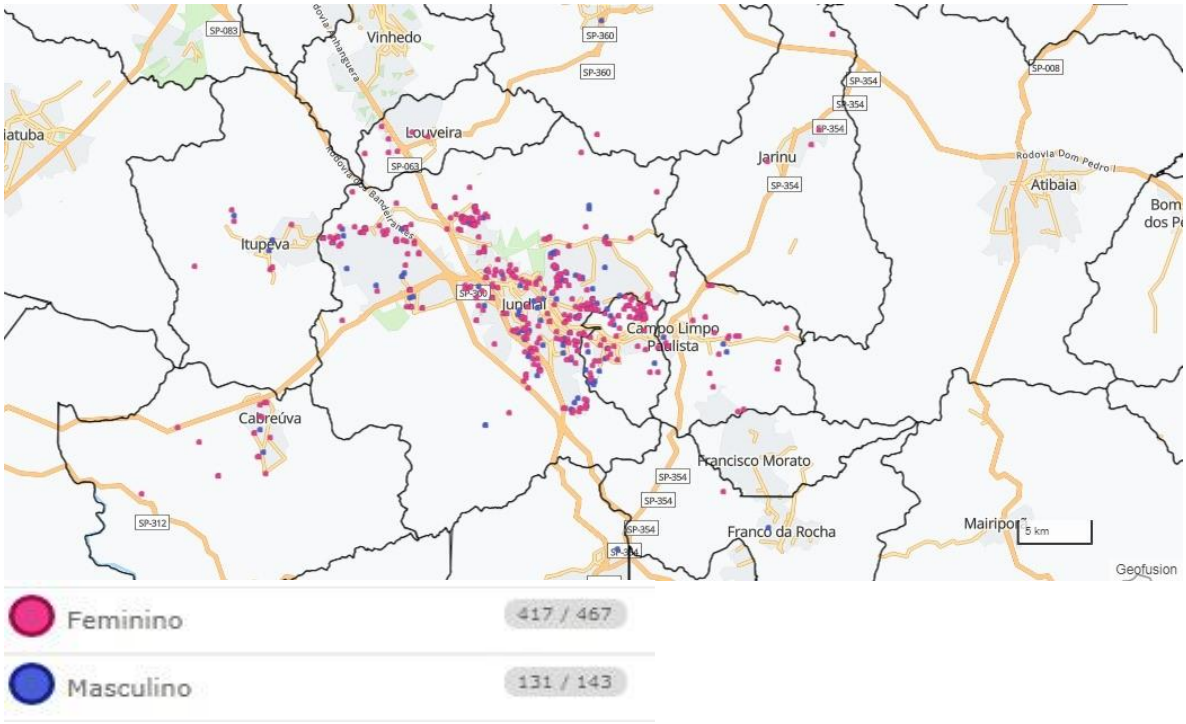
21. Norris, F. H., & Kaniasty, K. Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. Journal of Personality and Social Psychology. 1996;71(3):498–511.

Anexo 6: Pontos de violência segundo softwear *Geofusion OnMaps®*.

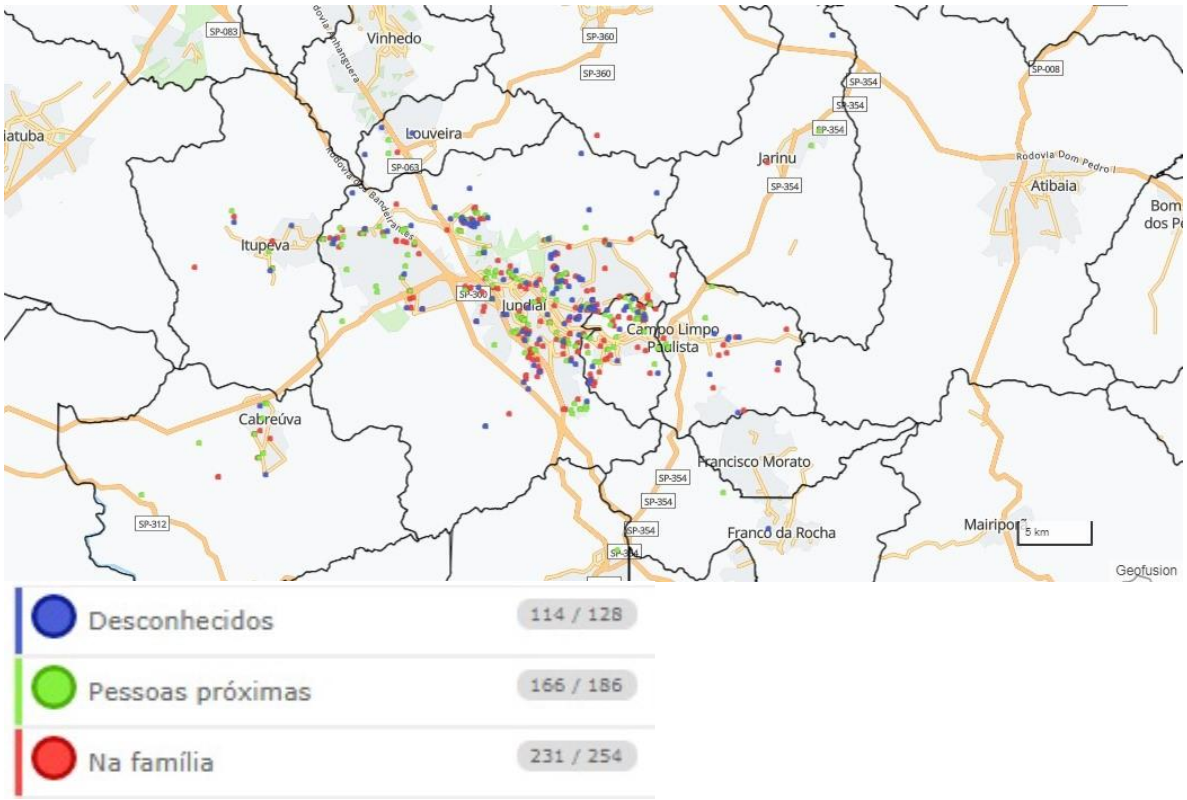




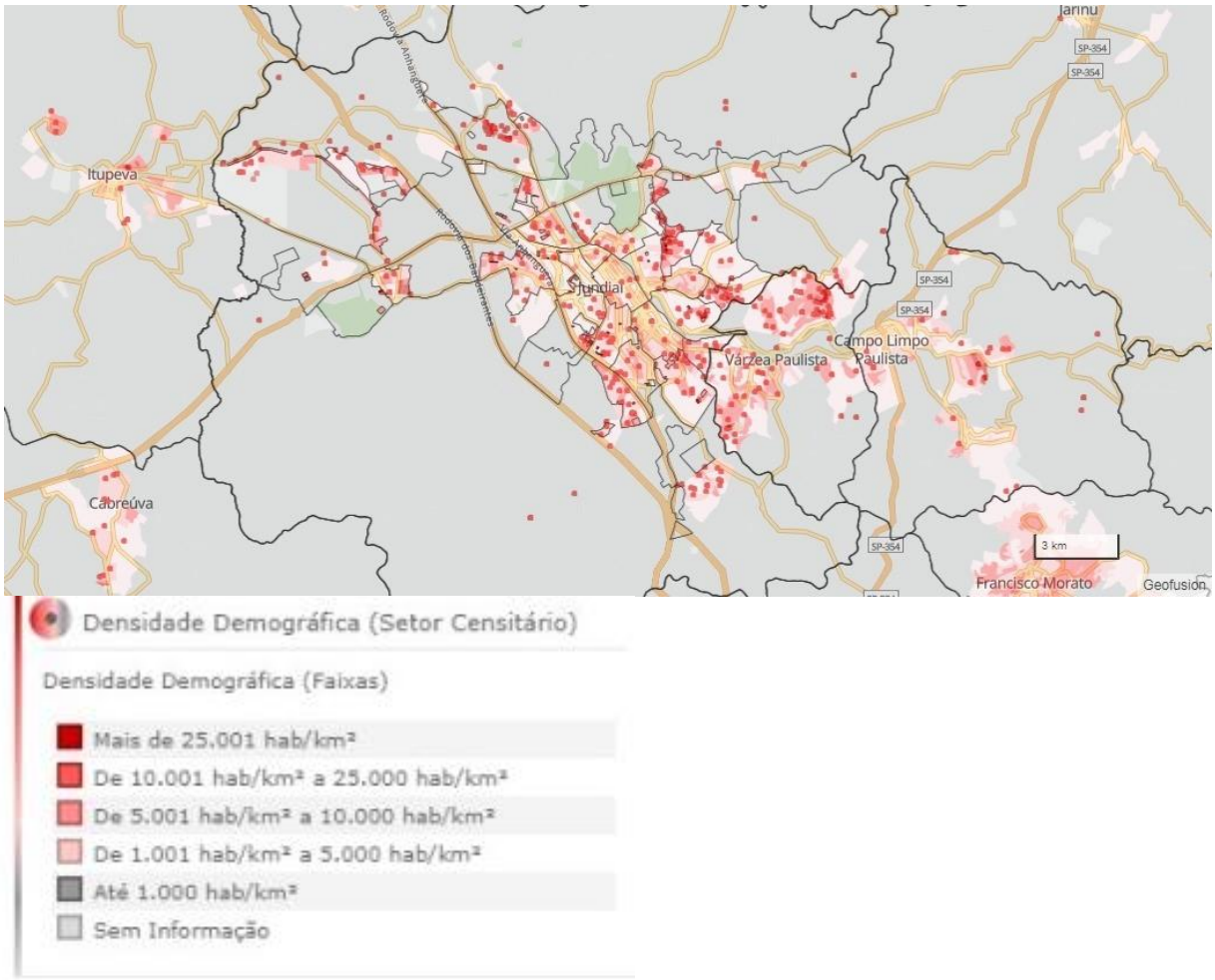
Anexo 7: Distribuição da vítima por gênero segundo softwear *Geofusion OnMaps®.*



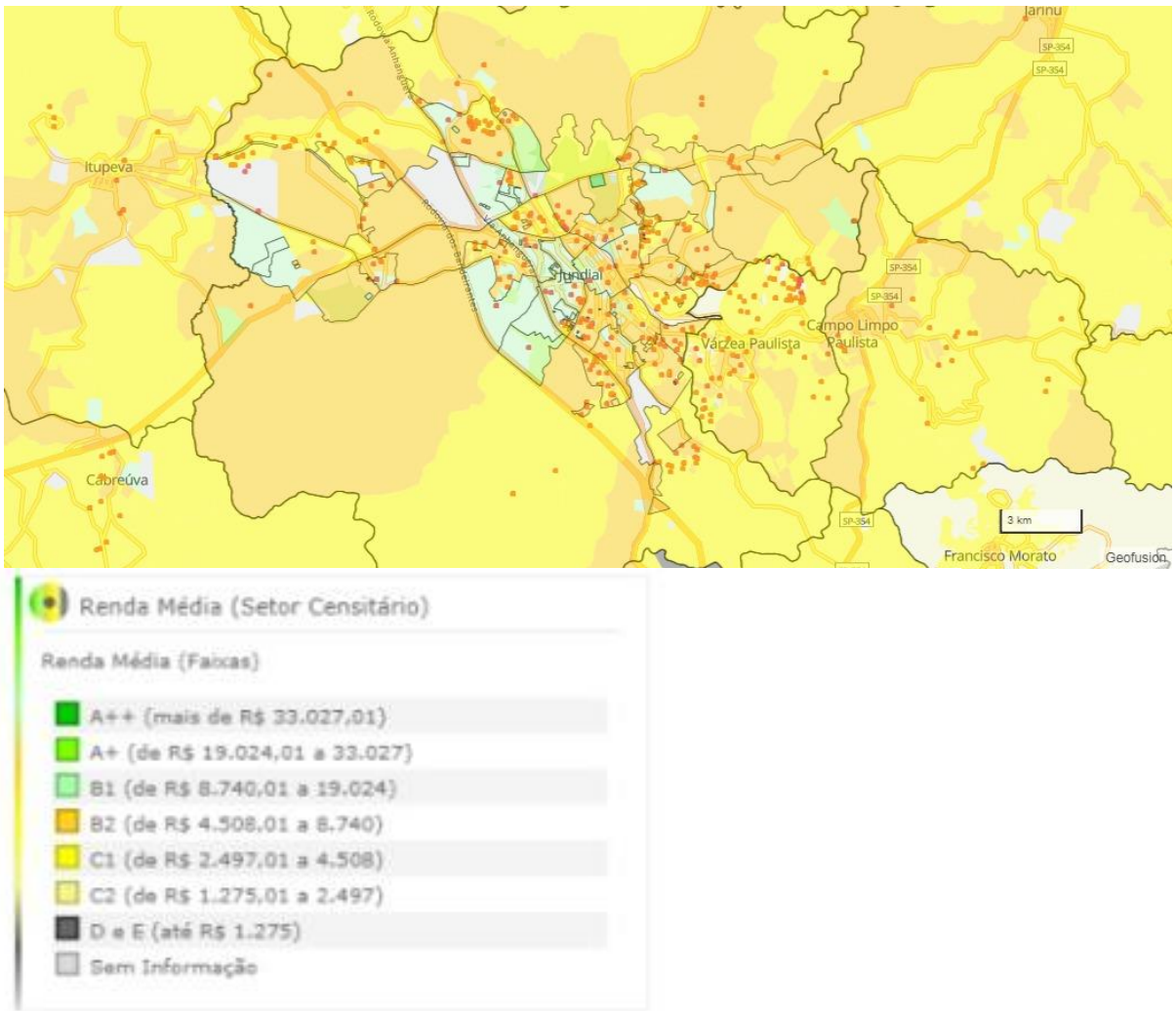
Anexo 8: Vínculo do agressor distribuição segundo softwear *Geofusion OnMaps®*.



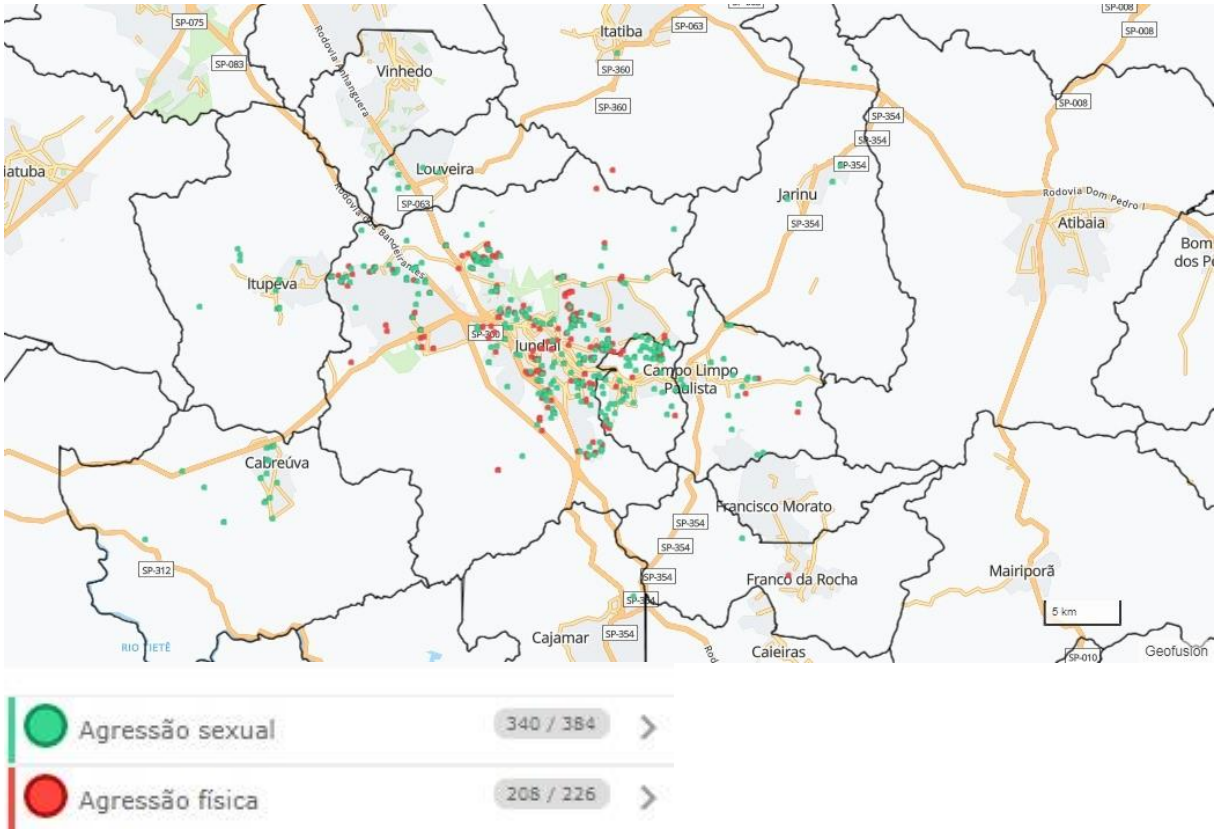
Anexo 9: Densidade demográfica segundo softwear *Geofusion OnMaps*®.



Anexo 10: Renda mensal segundo softwear *Geofusion OnMaps®*.



Anexo 11: Tipos de violência segundo softwear *Geofusion OnMaps*®.



Anexo 12: Dados sociodemográficos do município de Jundiaí (SP) segundo o software *Geofusion OnMaps*®. Disponível em: **https://www.geofusion.com.br/**

Sociodemografia

Municípios · Jundiaí, SP

Geofusion

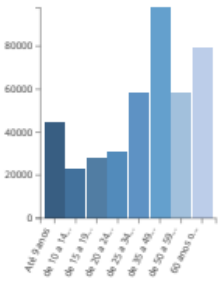
Área (Km²)	431,50
População (2019)	418.962
Densidade Demográfica (2019 - hab/Km²)	971
Domicílios (2019)	145.837
Renda Média (2019)	R$ 6.691,06
Segmentação Municipal	Centros de Influência

População por gênero e condição de urbanização (2019) F1

População Homem	198.311	47,33%
População Mulher	220.651	52,67%
Total	**418.962**	**100,00%**
População Rural	20.994	5,01%
População Urbana	397.968	94,99%
Total	**418.962**	**100,00%**

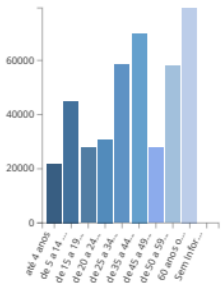
População por faixa etária (2019) F1 N1

Até 9 anos	44.436	10,61%
de 10 a 14 anos	22.655	5,41%
de 15 a 19 anos	27.673	6,61%
de 20 a 24 anos	30.674	7,32%
de 25 a 34 anos	58.400	13,94%
de 35 a 49 anos	97.809	23,35%
de 50 a 59 anos	57.949	13,83%
60 anos ou mais	79.366	18,94%
Total	**418.962**	**100,00%**

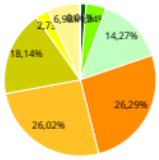


População por faixa etária vs faixa de renda domiciliar mensal N1

até 4 anos	21.976	5,25%
de 5 a 14 anos	45.115	10,77%
de 15 a 19 anos	27.673	6,61%
de 20 a 24 anos	30.674	7,32%
de 25 a 34 anos	58.400	13,94%
de 35 a 44 anos	70.025	16,71%
de 45 a 49 anos	27.784	6,63%
de 50 a 59 anos	57.949	13,83%
60 anos ou mais	79.366	18,94%
Sem Informação	-	-
Total	**418.962**	**100,00%**



A++ (mais de R$ 33.027,01)	5.376	1,28%
A+ (de R$ 19.024,01 a R$ 33.027,00)	17.746	4,24%
B1 (de R$ 8.740,01 a R$ 19.024,00)	59.769	14,27%
B2 (de R$ 4.508,01 a R$ 8.740,00)	110.138	26,29%
C1 (de R$ 2.497,01 a R$ 4.508,00)	109.033	26,02%
C2 (de R$ 1.275,01 a R$ 2.497,00)	75.983	18,14%
D (de R$ 1.039,01 a R$ 1.275,00)	11.425	2,73%
E (até R$ 1.039,00)	29.261	6,98%
Sem Informação	231	0,06%
Total	**418.962**	**100,00%**



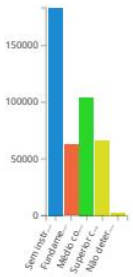
Nível de instrução (2019) F1

Sem instrução e fundamental incompleto	183.271	43,74%
Fundamental completo e médio incompleto	62.758	14,98%
Médio completo e superior incompleto	104.384	24,91%

Novo critério - Domicílios por faixa de rendimento domiciliar mensal (2019...

	Domicílios por Faixa de Renda (2019) - Domicílios		Renda Média	Renda Nominal por faixa de Renda (2019) - Renda Nominal
A++ (mais de R$ 33.027,01)	1.258	0,86%	R$ 52.746,07	R$66.367.481,65
A+ (de R$				

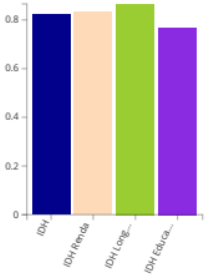
Superior completo	66.074	15,77%
Não determinado	2.474	0,59%
Total	**418.962**	**100,00%**



19.024,01 a R$ 33.027,00)	6.694	4,59%	R$ 26.939,89	R$180.327.016,03
B1 (de R$ 8.740,01 a R$ 19.024,00)	19.363	13,28%	R$ 12.759,68	R$247.061.200,32
B2 (de R$ 4.508,01 a R$ 8.740,00)	35.971	24,67%	R$ 6.799,68	R$244.592.533,19
C1 (de R$ 2.497,01 a R$ 4.508,00)	36.408	24,96%	R$ 4.163,12	R$151.569.233,49
C2 (de R$ 1.275,01 a R$ 2.497,00)	30.681	21,04%	R$ 2.328,59	R$71.443.334,94
D (de R$ 1.039,01 a R$ 1.275,00)	4.016	2,75%	R$ 1.254,88	R$5.040.031,64
E (até R$ 1.039,00)	11.446	7,85%	R$ 821,31	R$9.400.688,91
Total	**145.837**	**100,00%**	**R$ 6.691,06**	**R$975.801.520,17**

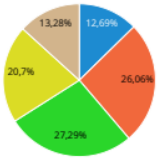
IDH (2010) [N2]

IDH	0,822
IDH Renda	0,834
IDH Longevidade	0,866
IDH Educação	0,768



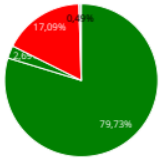
Domicílios por número de moradores (2012)

1 morador	15.752	12,69%
2 moradores	32.355	26,06%
3 moradores	33.884	27,29%
4 moradores	25.701	20,70%
5 ou mais moradores	16.486	13,28%
Total	**124.178**	**100,00%**



Domicílios por tipo (2010) [F2]

Casa	94.276	79,73%
Casa em vila ou condomínio	3.177	2,69%
Apartamento	20.212	17,09%
Outro tipo	578	0,49%
Total	**118.243**	**100,00%**



Domicílios por condição de ocupação (2010) [F2]

Próprio	83.467	70,59%
Alugado	24.215	20,48%
Cedido	10.116	8,56%
Outra condição	445	0,38%
Total	**118.243**	**100,00%**