



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS**

DARLEINE ESTHER JOSEPH

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
EM MACAPÁ DE 2015 A 2019**

**Macapá/AP
2022**

DARLEINE ESTHER JOSEPH

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
EM MACAPÁ DE 2015 A 2019**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de concentração Saúde Pública e Epidemiologia, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dr.^a Anneli Celis de Cárdenas

Macapá/AP
2022

DARLEINE ESTHER JOSEPH

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
EM MACAPÁ DE 2015 A 2019**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de concentração Saúde Pública e Epidemiologia, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

DATA DE APROVAÇÃO: 17 / 09 / 2021

Documento assinado digitalmente
gov.br ROSEMARY FERREIRA DE ANDRADE
Data: 30/08/2022 10:09:46-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Examinadora: Dr^a Rosemary Ferreira de Andarde
Universidade Federal do Amapá

Silvana Rodrigues da Silva.

Examinadora: Dr^a Silvana Rodrigues da Silva
Universidade Federal do Amapá

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA VIRGINIA FILGUEIRAS DE ASSIS MEL
Data: 31/08/2022 14:30:43-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Examinadora externa: Dr^a Maria Virginia Filgueiras de Assis Mello
Universidade Federal do Amapá

Documento assinado digitalmente
gov.br ANNELI MERCEDES CELIS DE CARDENAS
Data: 01/09/2022 15:52:23-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Orientadora Dr^a Anneli Celis de Cárdenas
Universidade Federal do Amapá

Macapá/AP
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Jamile da Conceição da Silva – CRB-2/1010

-
- J83p Joseph, Darleine Esther
Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência atendidos no hospital da criança e do adolescente em Macapá de 2015 a 2019 / Darleine Esther Joseph - 2021.
1 recurso eletrônico. 84 f.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Macapá, 2021.
Orientadora: Professora Doutora Anneli Celis de Cárdenas
- Modo de acesso: World Wide Web.
Formato de arquivo: Portable Document Format (PDF).
- Inclui referências e anexos.
1. Crianças e violência. 2. Adolescente. 3. Violência contra os adolescentes. 4. Adolescentes – Saúde e higiene. 5. Saúde pública. I. Cárdenas, Anneli Celis de, orientadora. II. Título.

Classificação Decimal de Dewey. 22 ed. 362.19892

JOSEPH, Darleine Esther. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência atendidos no hospital da criança e do adolescente em Macapá de 2015 a 2019. Orientadora: Anneli Celis de Cárdenas. 2021. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Macapá, 2021.

AGRADECIMENTOS

Eu dou glória a Deus por me dar a força e a saúde necessárias para realizar este estudo. Sem ele eu não sou nada, tudo o que eu sou e faço é por sua graça.

Agradeço a todos os meus colegas que me apoiaram durante estes dois anos. Eles sempre estiveram presentes para mim, embora eu não fale português perfeito, mas sempre me entenderam. Eles não me deixaram sentir como uma estrangeira entre eles, se eu tivesse que fazer essa experiência novamente, eu faria.

Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Anneli Celis de Cárdenas, pela sua paciência, sua gentileza e suas palavras de encorajamento. Agradeço aos professores do programa por sua dedicação e habilidade. Agradeço a todos os membros da Banca, especialmente as professoras Dr.^a Rosemary Ferreira de Andrade e Dr.^a Silvana Rodrigues da Silva, por seus apoios e suas paciências.

Gostaria de agradecer às minhas duas irmãzinhas pelo apoio que me deram durante estes dois anos, elas me encorajaram muito. Agradeço também a meus pais por todas as suas orações e seu apoio moral e financeiro. Finalmente, gostaria de agradecer à OEA-GCUB-PAEC e à CAPES pela bolsa de estudos, que tornou este projeto possível.

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes se configura atualmente como um problema de saúde pública, considerando os diversos traumas ocasionados nas diferentes dimensões do ser humano, sejam físicos, psicológicos ou sociais, que requerem formas diferentes de atendimento em todos os níveis de saúde, como na criação de novas políticas públicas que permitam identificar fatores de risco que ocasionaram esse problema, dentre elas, a criação de novas estratégias que possibilitem desde a denúncia até a recuperação da saúde mental das vítimas. O objetivo deste trabalho é analisar o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes atendidas no Hospital da criança e do adolescente em Macapá de 2015 a 2019. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, descritiva, retrospectiva e documental realizada no Hospital da Criança e do Adolescente em Macapá. A amostra foi composta por 122 participantes entre zero e 12 anos de idade. Dentre os principais resultados, crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de violência são, em sua maioria, do sexo feminino, possuem entre zero e 12 anos, são filhos de pais separados, pertencem à classe baixa e eram residentes em zona urbana; quanto ao tipo de violência, predominou-se a violência sexual e algumas resultaram em infecção sexualmente transmissível. Pode-se deduzir que as violências causam resultados negativos para suas vítimas, por isso a grande importância de descrever as características dessa população para que se possa encontrar prevenção e acompanhamento.

Palavras-chaves: violência; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

Violence against children and adolescents is currently configured as a public health problem, considering the various traumas caused in different dimensions of the human being, whether physical, psychological or social, that require different forms of care at all levels of health, such as in the creation of new public policies that allow the identification of risk factors that caused this problem, among them, the creation of new strategies that allow from the complaint to the recovery of the victims' mental health. The objective of this work is to analyze the epidemiological profile of violence against children and adolescents attended at the Children and Adolescents Hospital in Macapá from 2015 to 2019. This is research with a quantitative, descriptive, retrospective and documentary approach, carried out at a public hospital in Macapá. The sample comprises 122 participants between zero and 12 years of age. Among the main results, children and adolescents who have suffered some types of violence are mostly female, aged between zero and 12 years old, are children of separated parents, belong to the lower class, lived in urban areas, and how much the type of violence predominated sexual violence, and some were the result of a sexually transmitted infection. it can be deduced that violence causes negative results for its victims, hence the great importance of describing the characteristics of this population so that prevention and follow-up can be found.

Keywords: violence; children; adolescents.

RESUMEN

La violencia contra la niñez y la adolescencia se configura actualmente como un problema de salud pública, considerando los diversos traumas ocasionados en las distintas dimensiones del ser humano, ya sea físico, psicológico o social, que requieren de diferentes formas de atención en todos los niveles de salud, tales como en la creación de nuevas políticas públicas que permitan identificar los factores de riesgo que ocasionaron este problema, entre ellos, la creación de nuevas estrategias que permitan desde la denuncia hasta la recuperación de la salud mental de las víctimas. El objetivo de este trabajo es analizar el perfil epidemiológico de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes atendidos en el Hospital de la Niñez y la Adolescencia de Macapá de 2015 a 2019. Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y documental realizada en un hospital público de Macapá. La muestra está compuesta por 122 participantes entre cero y 12 años. Entre los principales resultados, los niños, niñas y adolescentes que han sufrido algún tipo de violencia son en su mayoría mujeres, con edades comprendidas entre cero y 12 años, son hijos de padres separados, pertenecen a la clase baja, vivían en zonas urbanas, y cuánto el tipo de violencia la violencia predominaba en la violencia sexual y algunas eran el resultado de una infección de transmisión sexual. Se puede deducir que la violencia genera resultados negativos para sus víctimas, de ahí la gran importancia de describir las características de esta población para que se pueda encontrar prevención y seguimiento.

Palabras llave: violencia; niños; adolescentes.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Percentual de casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência no Hospital da Criança e adolescente (HCA).....	41
Figura 2 – Percentual de crianças e adolescentes vítimas de violência por ano de ocorrência, segundo idade, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá, Brasil (2015-2019).	43
Figura 3 – Percentual de crianças e adolescentes vítimas de violência segundo a raça e o ano de ocorrência (2015-2019).	45
Figura 4 – Porcentagem da relação das vítimas com os agressores.	54
Figura 5 – Contato do agressor com alguma parte dos corpos que não são os órgãos genitais.	57
Figura 6 – Percentual de Criança ou adolescente que relata ter sofrido de violência sexual. .	59
Figura 7 – Tipos de violência sexual por ano (2015-2019).....	63
Figura 8 – Tipos de Penetração durante a violência sexual.	64
Figura 9 – Ejaculação durante a violência sexual.....	65
Figura 10 – Duração da Violência.	66
Figura 11 – Lesões encontradas no exame físico.	67
Figura 12 – Requisição de exames no primeiro atendimento.	68
Figura 13 – Solicitação de parecer para crianças e adolescentes vítimas de violencia.....	69
Figura 14 – Medicações administradas depois da violência sexual.	70
Figura 15 – Renda Familiar das crianças e adolescentes vítimas de violencia.	72
Figura 16 – Benefício de transferência de renda.	73
Figura 17 – Aspectos da família das crianças e adolescentes vítimas de violencia.	74
Figura 18 – Crianças e Adolescentes vítimas de violência que convivem com os pais.	74
Figura 19 – Encaminhamento e atendimento realizados.....	76
Figura 20 – Falta de atendimento no hospital.	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de prontuários analisados por ano entre 2015 e 2019	42
Tabela 2 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a faixa etária do ECA, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).....	44
Tabela 3 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo ao sexo, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).....	46
Tabela 4 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o nível de escolaridade, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	47
Tabela 5 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo sua deficiência ou transtorno, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	48
Tabela 6 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o município de residência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	49
Tabela 7 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a zona de residência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).....	50
Tabela 8 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a zona de ocorrência da violência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	50
Tabela 9 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a repetição da violência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	52
Tabela 10 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a idade estimada do agressor, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	53
Tabela 11 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência segundo o suposto estado da consciência do agressor, no Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019)...	56

Tabela 12 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o tipo de violência sexual, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).	58
Tabela 13 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o estado de consciência durante a violência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019)..	60
Tabela 14 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo os meios de agressão e intimidação, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRINQ	Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
ANDI	Agência de Notícias dos Direitos da Infância
BHCG	Beta Gonadotrofina Coriônica Humana
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEIAI	Delegacia Especializada na Investigação de Atos Infracionais
DERCCA	Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HCA	Hospital da Criança e do Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMML	Hospital da Mulher Mãe Luzia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
POLITEC	Perícia Oficial e Identificação Técnica
RX	Raio X
SAVVI	Serviço de Atendimento à Vítimas de Violência
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USG	Ultrassonografia
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE DIREITOS E PROTEÇÃO INTEGRAL	20
3.2	VIOLÊNCIA: CLASSIFICAÇÃO, TIPOLOGIA E FATORES DE RISCO.....	24
3.3	CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNDO E NO BRASIL	29
3.3.1	Incidência dos casos no exterior.....	29
3.3.2	Incidência dos casos no brasil	32
4	MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1	TIPO DA PESQUISA.....	37
4.2	LOCAL DA PESQUISA	38
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
4.4	COLETA DE DADOS	39
4.5	CONSIDERAÇÃO ÉTICAS	40
4.6	TRATAMENTO DOS DADOS.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS.....	43
5.1.1	Incidência quanto a idade das crianças e adolescentes vítimas de violência	43
5.1.2	Incidência quanto a vítimas por ano de ocorrência segundo a faixa etária.....	44
5.1.3	Crianças e adolescentes vítimas de violência segundo a raça	45
5.1.4	Crianças e adolescentes vítimas de violência, por ano de ocorrência segundo o sexo	46
5.1.5	Nível de escolaridade das crianças e adolescentes vítimas de violência.....	47
5.1.6	Deficiência ou transtorno das crianças e adolescentes vítimas de violência	48
5.1.7	Município de residência das crianças e adolescentes vítimas de violência	49
5.1.8	Zona de residência das crianças e adolescentes vítimas de violência.....	49
5.1.9	Zona de ocorrência da violência.....	50
5.1.10	Repetição da violência	51

5.2	PERFIL DO AGRESSOR.....	53
5.2.1	Idade estimada dos agressores das crianças e adolescentes vítimas de violência .	53
5.2.2	Relação das crianças e adolescentes vítimas de violência com os agressores	53
5.2.3	Suposto estado da consciência dos agressores das crianças e adolescentes vítimas de violência	56
5.2.4	Contato do agressor com alguma parte do corpo da vítima	56
5.3	TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA.....	57
5.3.1	Dados sobre a ocorrência da violência sexual.....	59
5.3.2	Estado de consciência das crianças e adolescentes vítimas durante a ocorrência da violência.....	60
5.3.3	Meios de agressão e intimidação utilizados contra as crianças e adolescentes vítimas de violência	61
5.3.4	Tipos de violência sexual	62
5.3.5	Tipos de penetrações durante a violência sexual.....	64
5.3.6	Ejaculação durante a violência sexual	65
5.3.7	Duração da violência	66
5.3.8	Lesões durante a violência.....	67
5.4	PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (SAVVI)	68
5.4.1	Requisição de exames no primeiro atendimento	68
5.4.2	Solicitação de parecer para crianças e adolescentes vítimas de violência	69
5.4.3	Medicações administradas depois da violência sexual	70
5.4.4	Informações do atendimento do serviço social e situação socioeconômica	72
5.4.5	Benefícios de transferência de renda	73
5.4.6	Aspecto da família das crianças e adolescentes vítimas de violência	73
5.4.7	Convivência das crianças e adolescentes vítimas de violência	74
5.4.8	Encaminhamento e atendimento realizados em outros serviços	75
5.4.9	Acompanhamento das crianças e adolescentes após a violência	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A – Instrumento da pesquisa.....	86
	ANEXO A – Parecer do CEP/UNIFAP	90
	ANEXO B – Autorização da direção do HCA	93

1 INTRODUÇÃO

A violência em seu sentido amplo é denominada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2016) como sendo o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Portanto, a violência vai além de atos que provocam danos físicos ou morte, também pode incluir danos psicológicos, doenças transmissíveis e não transmissíveis, comportamentos de risco, deficiência de desempenho educacional ou ocupacional e o envolvimento em crimes (OPAS, 2018).

De acordo com a OMS, a violência contra crianças é vista como um problema global, sendo responsável por afetar, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidades. Este grupo, somado aos adolescentes, são apontados como as vítimas mais vulneráveis à violência, em decorrência do estágio peculiar de desenvolvimento em que se encontram, resultando em consequências muitas vezes irreversíveis e danos físicos e psicológicos, além do prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação.

Souto *et al.* (2017) destacam que a violência contra a criança se manifesta sob diversas formas, seja ela física, sexual, através da negligência e entre outras, gerando diversas consequências. A violência infantil é ilegal e priva crianças e adolescentes de uma infância normal, impedindo-os de desenvolver de maneira saudável todas as suas capacidades e habilidades.

De acordo com o Artigo 2 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a infância define-se no período entre o nascimento e puberdade, ou seja, de zero a 12 anos de idade incompletos, já a adolescência é caracterizada como o período 12 e os 18 anos (Brasil, 1990). De acordo com Araújo *et al.* (2018), o processo transitório da infância à idade adulta, é marcado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que ele está inserido. Nesta fase são observadas as mudanças corporais da puberdade, que se encerra quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, por estes motivos, a infância e a adolescência demandam cuidados e proteção especiais.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2019), toda criança e todo adolescente têm direito a um ambiente seguro, seja em casa, na escola ou na comunidade, porém, nem todos têm esse direito garantido. Em diferentes partes do mundo, crianças e adolescentes estão expostos a diversas formas de violência, que os afastam da

escola e colocam suas vidas em risco. Se as tendências atuais permanecerem, quase dois milhões de crianças e adolescentes serão mortos por atos de violência até 2030.

Em muitos países, segundo Krug *et al.* (2002) a verdadeira dimensão do problema é bastante subestimada, em parte, associado ao fato de que as estimativas de prevalência da violência na infância e juventude estejam baseadas em dados oficiais utilizados pelos sistemas de saúde e judiciário, e não por dados de pesquisas nacionais; e em parte, pelas crenças amplamente difundidas que levam as pessoas, inclusive as crianças, a normalizar a violência, e não a tratar como um problema que exige atenção. Outro fator relaciona-se ao estigma que meninas e meninos violentados são submetidos, além de serem desacreditados por vezes não há intervenção alguma.

No Brasil, a violência estrutural, responsável pela desigualdade social, contribui com o desenvolvimento da violência nos diferentes segmentos sociais, em especial na dinâmica e no modelo familiar (COSTA *et al.*, 2007), pois a violência relacionada às desigualdades passa a necessitar de maior cuidado, uma vez que este problema tem sido comumente associado aos pobres, crianças de rua ou institucionalizadas (COELHO *et al.*, 2014). Deste modo, é proposto tratar a violência estrutural articulado às questões sociais, inclusive pela existência de grupos voltados para a limpeza social como álibi para o extermínio, execuções e homicídios (MINAYO, 2001).

Para a Fundação Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos – ABRINQ (2019) pelos Direitos da Criança e do Adolescente, a desigualdade é um dos principais desafios estruturais que o Brasil precisa enfrentar para que seja possível construir um novo paradigma de desenvolvimento no país. Uma vez que crianças e adolescentes são um dos grupos sociais mais vulneráveis, devido suas condições peculiares de desenvolvimento e as desigualdades regionais severas para esse grupo, configurando, inclusive, uma sobreposição de violações de direitos quando desagregamos os dados em relação a gênero, raça, etnia, renda e local de origem.

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 (SANTOS, 2014). Contudo, grande parte dessa violência é previsível e pode ser prevenida por meio de programas que abordem suas causas e fatores de risco (PAHO, 2016). Pois, embora o entendimento do que é violência tenha se transformado nas últimas décadas, deveria ter uma mudança de discurso e uma tomada de consciência acerca da importância de proteger essa parcela da população (CEZAR *et al.*, 2017).

Para Marra e Costa (2016), a proteção da infância e adolescência é entendida como fundamental para o desenvolvimento da autonomia e da personalidade do indivíduo. Uma vez que a adolescência é uma das etapas do desenvolvimento com maior vulnerabilidade à exposição direta ou indireta de violência, e esta exposição na comunidade tem sido relacionado aos sintomas de estresse, ansiedade e depressão, que deterioram a saúde emocional da criança e do adolescente e, portanto, seu desenvolvimento saudável (HEWITT *et al.*, 2014; DAPIEVE; DALVOSCO, 2017).

Segundo Paho (2018), os progressos na compreensão e na prevenção da violência infanto-juvenil, do nascimento até os 18 anos de idade, vêm avançando rapidamente, embora sejam necessários maiores investimentos para aumentar o conhecimento a respeito da melhor maneira de prevenir a violência neste grupo. Há, atualmente evidências suficientes que permitem deter a violência e substituí-la por ambientes seguros, estáveis e estimulantes nos quais as crianças possam desenvolver-se plenamente. Mostrando-se essencial a responsabilidade acerca da prevenção da violência e proteção às crianças, visando gerar impactos positivos sobre uma ampla gama de desafios, sendo eles em saúde, sociais e econômicos com que se defrontam os países, pois a violência contra crianças e adolescentes pode ser evitada com a ação imediata da comunidade global (OPAS/OMS, 2015).

De acordo com o ECA, nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, devendo ser garantido o direito à proteção à vida e à saúde (MALT *et al.*, 2014). Estabelecida pelo setor de saúde, a notificação compulsória da violência deve ser compreendida como uma ferramenta de garantia dos direitos e de proteção social de crianças e adolescentes, em razão de possibilitar aos profissionais de saúde, assim como da educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça, adotarem medidas de cuidado às vítimas da violência (SOUTO *et al.*, 2017).

Segundo Espindola (2013), torna-se imprescindível que os profissionais que realizam o atendimento à vítima estejam capacitados para qualquer intervenção, haja vista que a falta de preparo dos profissionais como um todo é considerado um obstáculo para obter-se a informação correta, além da escassez de ferramentas de notificações, totalizando um número indescritível de subnotificações ou dados incompletos como em relação à violência sexual por exemplo.

De acordo com Silva *et al.* (2019), observa-se que a maioria dos profissionais de saúde não se sente capacitado para atender a esses casos, pois muitos sentimentos estão envolvidos no processo de cuidado às crianças e adolescentes vítimas de violência, fato que

gera impacto na abordagem dos casos pelos profissionais envolvidos. Além disso, esses profissionais estão expostos a sofrer represálias por parte do autor da violência que, muitas vezes, já tem um histórico de perpetração de violência. O medo surge como sentimento recorrente nos profissionais envolvidos no cuidado, pela exposição dos mesmos a situações de risco, quando o autor da violência é um membro da família da criança. Porém, mesmo diante destes cenários, alguns profissionais não se retraem e confrontam e confrontam os perigos para ajudar a vítima a sair do ciclo de agressões.

A complexidade do fenômeno, que costuma ser tratado de forma velada tanto por agressores como vítimas, justifica e exige o envolvimento dos profissionais que atendem essa clientela para notificar os casos, especialmente pela relevância quanto ao dimensionamento do problema. As prioridades para a atenção das vítimas nas diferentes populações e a definição de planejamento e implementação de políticas e programas estratégicos de prevenção e intervenção devem ser discutidas (SILVA *et al.*, 2017).

Este fato tem exigido dos profissionais de saúde, que lidam com o fenômeno, a contribuição para o enfrentamento do problema, uma vez que tem sido uma das demandas mais alarmantes na rotina dos serviços que possuem como foco a criança e o adolescente. Desta forma, os espaços de saúde têm desempenhado papel fundamental na implementação das estratégias necessárias frente a esta problemática, por se apresentarem como locais propícios à revelação e à notificação dos casos (SILVA *et al.*, 2017).

Deste modo, as abordagens de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes passam, necessariamente, pelo amplo reconhecimento da sociedade com relação ao problema, pelo avanço da legislação e criação de estruturas de atendimento céleres e eficazes, por meio do reconhecimento de que a criança e o adolescente, enquanto seres frágeis e vulneráveis, necessitam de proteção e cuidados ampliados, os quais serão de grande impacto no crescimento e desenvolvimento destes (LEITE *et al.*, 2021).

Portanto, este estudo tem a função de dar visibilidade às crianças e adolescentes vítimas de qualquer tipo de violência, demonstrar o percurso para assistência adequada, promover uma ampla reflexão sobre a infância e a adolescência e sua relação com a violência. Os resultados servirão de base e suporte para futuras pesquisas sobre esta problemática, de forma a contribuir na qualidade de vida infanto-juvenil na cidade de Macapá, uma vez que não existem estudos demonstrando o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes submetidos à violência na capital do estado do Amapá.

É evidente que a infância é um período de vulnerabilidade para diferentes agravos, seja físico ou psicológico. Portanto, para conhecer mais profundamente questões relacionadas

a violência na infância, foi desenvolvida a seguinte pergunta: Qual é o Perfil das crianças e dos adolescentes vítimas de violência atendidos no Hospital da Criança e do Adolescente do Amapá, de 2015 até 2019?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência atendidos no hospital da criança e do adolescente em Macapá de 2015 a 2019.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as vítimas de violência de acordo com o sexo, idade e local de primeiro atendimento no hospital;
- Identificar os índices de casos de violência neste grupo de acordo com mês e ano;
- Descrever a tipologia de violência praticada, segundo o momento, local, frequência e tempo de abuso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE DIREITOS E PROTEÇÃO INTEGRAL

As crianças e os adolescentes têm direito de viver livres da violência. No entanto, o número de crianças e adolescentes que continuam a sofrer os efeitos negativos da violência, sem contar com apoio ou serviços que possam oferecer um caminho para a recuperação são bastante elevados (OMS, 2016).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos impulsionou, por sua vez, a revisão da Declaração dos Direitos da Criança de 1924, pois os efeitos das guerras foram ainda mais devastadores para as crianças e os adolescentes. Assim, onze anos mais tarde, em 1959, foi adotada, por meio de Resolução da Assembleia Geral da ONU, a Declaração dos Direitos da Criança, composta por dez princípios que garantem direitos básicos, como o direito à igualdade, à proteção especial, ao nome e à nacionalidade, à alimentação, à moradia, à educação, entre outros direitos. A declaração trouxe a grande mudança de paradigma: crianças e adolescentes deixaram de ser apenas objetos de proteção para se tornarem sujeitos de direitos (JENSEN, 2018).

A declaração Universal dos Direitos da Criança (ONU, 1959) é a Carta Magna para as crianças de todo o mundo, por ser o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal. Ela inaugurou o que conhecemos por doutrina da proteção integral, enunciada no seu princípio 2: a criança gozará proteção social e ser-lhe-ão proporcionadas oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade.

A legislação brasileira referente aos direitos de crianças e adolescentes é reconhecida como uma das mais modernas do mundo, incorporando os tratados e convenções internacionais que normatizam os diferentes temas ligados à infância e adolescência. Embora a doutrina da proteção integral, inaugurada na Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, só tenha sido incorporada em nosso ordenamento jurídico com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, o Brasil enfim elevou a criança e o adolescente à condição de sujeitos de direitos e de pessoa em desenvolvimento, no Artigo 227 da Carta Magna.

A convenção de Haia relativa à proteção das crianças e à cooperação em matéria de adoção internacional, tem como objetivo estabelecer garantias para assegurar que as adoções

internacionais sejam feitas no interesse superior da criança e no respeito dos seus direitos fundamentais, nos termos do direito internacional.

Em 2007, foi criada a Agenda Social da Criança e do Adolescente, com o objetivo de criar compromissos para reduzir a violência contra a criança, envolvendo 47 ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente (SDH/PR, 2015). A luta pela conquista da proteção integral de crianças e de adolescentes não se encerra pelo reconhecimento formal de direitos pelo Estado, esse desafio demanda envolvimento constante por parte do governo e da sociedade, para permitir que as crianças e os adolescentes brasileiros tenham melhoras expressivas em sua qualidade de vida, possibilitando-lhes um futuro melhor (ECA, 2016).

Outro aliado que assegura os direitos das crianças e adolescentes, além do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, é o Conselho Tutelar, o qual coube a missão de fazer cumprir a lei prevista, por meio de mecanismos diversos, porém estruturado, pois não há uma prescrição de como o conselheiro deve agir, mas ele deve estar capacitado para interagir com a criança ou adolescente agredido, assumindo uma postura interdisciplinar e com o olhar voltado a toda família.

A Constituição Federal, no Artigo 5, garante o direito à vida como um direito fundamental e, em seu artigo 227, assegura esse direito com prioridade para crianças e adolescentes, impondo à família, à sociedade e ao Estado o dever de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, devendo se punir severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

Antes da promulgação da Constituição Federal brasileira, crianças e adolescentes eram considerados incapazes e o exercício de seus direitos dependia da intermediação dos pais ou responsáveis legais. A partir de 1988, crianças e adolescentes passaram a ter seus direitos integralmente protegidos pela lei. Entretanto, a capacidade de exercer autonomamente seus direitos e em nome próprio somente passou a ser possível a partir de 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

De acordo com a Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Art. 2º, é considerada criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. O ECA é o principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente e que defende seus direitos em todos os aspectos. Nos direitos fundamentais e do direito da vida e da saúde, do direito à liberdade, ao respeito e a dignidade, o ECA (2019) fala desses artigos:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Art. 18-A. A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014). (BRASIL, 1990).

O ECA traz a concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direito e cidadãos em situação específica de desenvolvimento, o que demanda um tipo de proteção especial e prioritária. Para garantir essa proteção, o Estatuto concebeu um Sistema de Garantia de Direitos (SGD), que estabelece uma ampla parceria entre o Poder Público e a sociedade civil. Trata-se de uma complexa rede composta por três eixos:

- a) Promoção de Direitos: atua de forma transversal e intersetorial para materializar o direito previsto na lei. Aqui, encontram-se os serviços e programas de políticas públicas de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes, de execução de medidas de proteção de direitos e de execução de medidas socioeducativas, como ministérios do governo federal, secretarias estaduais e municipais, Organizações Não Governamentais (ONG) entre outras.
- b) Defesa de Direitos: atua de modo a fazer cessar as violações de direitos e responsabilizar o autor da violação. É composto por Conselhos Tutelares, Ministério Público Estadual e Federal, Judiciário, Defensorias Públicas, Órgãos da Segurança Pública etc.
- c) Controle Social: neste eixo são realizados o monitoramento e a fiscalização das ações que visam a promoção e defesa. O controle é feito pelo Ministério Público, Poder Legislativo, Defensorias Públicas, Conselhos Tutelares e sociedade civil, entre outros.

O Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, criado pela Lei nº 8.242/1991, é o principal órgão do SGD, encarregado de definir as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, de acordo com as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O cenário atual, porém, aponta que são grandes os desafios para a garantia da proteção integral de crianças e adolescentes. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, quanto à violência letal, somente em 2017 ocorreram 63.743 homicídios

no Brasil. Desses, 11.733 foram assassinatos de crianças e adolescentes com idade entre zero e 19 anos (18,4% dos homicídios), o que representa uma taxa de, aproximadamente, 17,1 homicídios por 100 mil habitantes de zero a 19 anos, sendo esta a principal causa de morte nessa faixa etária. Ainda, 80,4% (9.437) dessas mortes foram causadas por armas de fogo.

É importante destacar também o alto índice de letalidade das intervenções policiais do país. Segundo dados disponíveis, em 2017, as mortes de jovens entre zero e 19 anos de idade correspondem a 31,3% dos homicídios provocados por ações policiais. Ao olharmos para esses homicídios, chama a atenção o fato de 71,9% das vítimas do ano de 2017 serem negras e 26,8% brancas. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM, 2017).

Quanto à violência sexual, de acordo com os casos notificados no sistema de saúde, em 2011, mais de 70% dos estupros foram cometidos contra crianças e adolescentes no Brasil e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA estima que apenas 10% dos casos são notificados no país (Nota Técnica: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde). A pessoa apontada como agressor, em 71% dos casos, é familiar ou pessoa próxima da vítima (IPEA, 2014).

Para a ABRINQ (2019), a partir deste cenário, foi percebido que é fundamental discutir e implementar políticas públicas voltadas à prevenção e redução da violência contra crianças e adolescentes, efetivando a doutrina da proteção integral prevista na Constituição Federal.

Na 55ª Legislatura, foram apresentadas e tramitaram 337 proposições que se relacionam, direta ou indiretamente, à violência contra a criança e o adolescente. Dessas, 91 tratavam sobre posse e porte de armas e alterações na legislação sobre o desarmamento. Outras 154 tratavam sobre diversos tipos de violência (sexual, doméstica, física, psicológica, policial etc.), a maioria na lógica de agravar a punição do agente, após a prática da violência.

Visando a prevenção ou a redução da violência contra crianças e adolescentes, a produção legislativa foi menor. Trataram sobre políticas públicas voltadas à Segurança Pública somente 14 proposições e, em alguns casos, elas se revelavam de pouca efetividade ou não inovavam o ordenamento jurídico vigente.

Então, muitos dos projetos de lei intitulados como política nacional voltada a determinada área padecem de vício de inconstitucionalidade em razão da matéria ser de iniciativa legislativa privativa do Poder Executivo, já que é ele o autorizado exclusivo a legislar sobre o funcionamento e a composição de seus órgãos (aos quais sempre competem a governança e a execução das políticas públicas).

Há, contudo, aprimoramentos legais necessários e que devem ser objeto de debate pelos legisladores para viabilizar o fortalecimento da Segurança Pública e permitir a elaboração de políticas eficazes de enfrentamento e prevenção à violência.

É indispensável, todavia, a ampla participação de organizações da sociedade civil, redes, fóruns, especialistas e órgãos públicos, entre outros, nos debates de cada uma dessas questões, a fim de que sejam aprovadas e promulgadas modificações eficazes, que possibilitem a construção de políticas eficientes e proporcionem resultados relevantes na redução da violência contra crianças e adolescentes (ABRINQ, 2019).

Os movimentos de prevenção e de atenção especializada surgem em consequência do reconhecimento da morbimortalidade por violência como um problema muito sério, tanto para a saúde nos seus aspectos sociais, como objeto de atenção primária, secundária e terciária (MINAYO, 2001).

3.2 VIOLÊNCIA: CLASSIFICAÇÃO, TIPOLOGIA E FATORES DE RISCO

A violência contra criança e adolescente é descrita como toda a forma de violência física ou mental, ofensas ou abusos, negligência ou tratamento displicente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança e o adolescente estiverem sob a custódia da mãe, do pai, do tutor legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela (UNICEF, 2019). As principais formas de violência definidas pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância – UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde – OMS são:

- Maus-tratos infantis: abuso ou negligência nos cuidados de crianças menores de 18 anos de idade. Inclui todas as formas de tratamento prejudicial físico e/ou emocional, abuso sexual, falta de atenção, negligência e exploração comercial ou de outro tipo, que resultem em prejuízo para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2016);
- Negligência ou abandono: Omissão pela qual se deixa de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. O abandono é uma forma extrema de negligência, sendo o tipo mais comum de violência contra crianças (UNICEF, 2019);

- **Violência Física:** Entendida como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico. Compreende as chamadas disciplina violenta, punição física e corporal, além da tortura (UNICEF, 2019);
- **Violência Psicológica:** Qualquer conduta de discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional. Compreende também ato de alienação parental, assim entendido como a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente, promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou por quem os tenha sob sua autoridade, guarda ou vigilância, que leve ao repúdio de genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculo com este e, por fim, qualquer conduta que exponha a criança ou o adolescente, direta ou indiretamente, a crime violento contra membro de sua família ou de sua rede de apoio, independentemente do ambiente em que cometido, particularmente quando isto a torna testemunha (UNICEF, 2019);
- **Violência emocional ou psicológica:** inclui restrição dos movimentos de uma criança, atitudes que denigrem, ridicularizam, ameaçam e intimidam, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil; testemunhar violência pode envolver a situação de forçar uma criança a observar um ato de violência, ou a situação em que uma criança presencia acidentalmente atos de violência entre duas ou mais pessoas (OMS, 2016);
- **Violência Sexual:** Entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda: abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro ou exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico (UNICEF, 2019);

- Tráfico: Recrutamento, transporte, transferência e alojamento de crianças ou adolescentes recorrendo à ameaça, ao rapto, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade para exploração sexual ou trabalho sem remuneração, inclusive o doméstico, escravo ou de servidão. O casamento servil ou o tráfico para a remoção e comercialização de órgãos, com emprego ou não da força física, também são considerados formas de tráfico humano (UNICEF, 2019);
- Trabalho infantil: Toda atividade econômica e/ou de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro e remuneração, executada por crianças e adolescentes menores de 16 anos o que é proibido. Acima de 14 anos, os adolescentes de ambos os sexos podem ser admitidos no emprego somente na condição de aprendizes, desde que em funções que não ofereçam risco à sua saúde, segurança e integridades física e mental. É proibido ainda o trabalho ou emprego noturno, perigoso e insalubre para adolescentes que não completaram 18 anos (UNICEF, 2019);
- Violência Financeira: É o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais de meninos e meninas (UNICEF, 2019);
- Violência Institucional: É cometida por agente legal público (polícia ou outro servidor público no exercício de sua função). Pode ocorrer com abuso de autoridade, discriminação, uso de armas de fogo, explosivos, gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão física e verbal, constrangimento e até a morte (UNICEF, 2019);
- Violência autodirigida: violência que uma pessoa inflige a si mesma, classificada como comportamento suicida ou auto abuso (OMS, 2016);
- Violência coletiva: utilização instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo tenha ele duração temporária ou uma identidade mais permanente contra outro grupo ou conjunto de indivíduos, para alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais (OMS, 2016);
- Violência de gangues: utilização intencional de violência por uma pessoa ou um grupo de pessoas que fazem parte ou se identificam com grupos que atuam nas ruas, cujas características incluem envolvimento com atividade ilegal (OMS, 2016);

- Violência infligida por parceiro íntimo: comportamento em um relacionamento íntimo que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos aos parceiros na relação, inclusive atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e atitudes controladoras (OMS, 2016);
- Violência interpessoal: uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, por uma pessoa ou um grupo de pessoas contra outra pessoa ou outro grupo, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2016);
- Violência juvenil: violência que envolve pessoas entre 10 e 29 anos de idade;
- *Bullying* (inclusive *bullying* cibernético): é o comportamento agressivo indesejável de uma criança ou um grupo de crianças que não são irmãos nem têm relações afetivas com a vítima. Envolve danos físicos, psicológicos ou sociais recorrentes, e é praticado frequentemente em escolas e outros contextos em que as crianças se reúnem, e on-line (OMS, 2016).

Segundo Reppold *et al.* (2002), os fatores de risco são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Dentre tais fatores encontram-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, bem-estar ou o desempenho social do indivíduo.

Demais definições sobre fatores de risco são concordantes. Para Ramey (1998), crianças portadoras de determinados atributos biológicos e/ou sob efeito de determinadas variáveis ambientais têm maior probabilidade de apresentar distúrbio ou atraso em seu desenvolvimento, quando comparadas com crianças que não sofreram efeitos de tais variáveis. Estas variáveis são denominadas fatores de risco.

Para Garnezy (1985), os fatores de risco são aqueles fatores que, se presentes, aumentam a probabilidade de a criança desenvolver uma desordem emocional ou comportamental. Tais fatores podem incluir atributos biológicos e genéticos da criança e/ou da família, bem como fatores da comunidade que influenciam, tanto o ambiente da criança quanto de sua respectiva família.

Cabe salientar que os fatores de risco por si só não constituem uma causa específica, mas indicam um processo complexo que pode justificar a consequência de uma psicopatologia na criança (HOLDEN *et al.*, 1998).

De acordo com Brenes (2001), os fatores de risco relacionados à violência contra as crianças e adolescentes, podem ser divididos em: individuais, familiares, comunitários e sociais. Os individuais referem-se às mães muito jovens, desnutrição, gravidez indesejada e

história de violência por parte da mãe. Os fatores familiares se relacionam com a violência intrafamiliar, depressão, vulnerabilidade familiar, isolamento social e estresse. Os comunitários, são relacionados à segregação residencial, baixa qualidade de educação, acesso às drogas lícitas e ilícitas e ausência de serviços de atenção especializada voltada às crianças.

Barnett (1997) afirma que nenhum outro fator de risco tem uma associação mais forte com a psicopatologia do desenvolvimento do que uma criança maltratada, ou seja, o abuso e a negligência causam efeitos profundamente negativos no curso de vida da criança. Segundo tal autor, as sequelas do abuso e da negligência abrangem grande variedade de domínios do desenvolvimento, incluindo as áreas da cognição, linguagem, desempenho acadêmico e desenvolvimento socioemocional. As crianças maltratadas, geralmente apresentam déficit em suas habilidades de regular afeto e no comportamento geral.

Entende-se como fatores de risco ao desenvolvimento infantil todas as modalidades de violência doméstica, a saber: a violência física, a negligência e a violência psicológica, sendo que a última inclui a exposição à violência conjuga (BRANCALHONE *et al.*, 2004). A temática da violência intrafamiliar está cada vez mais presente no cenário atual, sendo frequentemente divulgada pela mídia. Diariamente, crianças e adolescentes vêm sendo submetidos, em seus próprios lares, a condições adversas, o que refletirá em prejuízo no seu desenvolvimento (MARCONDELLI *et al.*, 2005).

Como fatores de risco para a ocorrência da violência psicológica associados aos pais, pode-se destacar: habilidades parentais pobres, abuso de substâncias, depressão, tentativas de suicídio ou outros problemas psicológicos, baixa autoestima, habilidades sociais pobres, pais autoritários, perda da empatia, estresse social, violência doméstica e disfunção familiar (AMERICAN, 2002).

Segundo o Conselho de Supervisão dos Juízos da Infância e da Juventude do Paraná – CONSIJ-PR (2012), a situação de risco a que a criança e o adolescente estão expostos resulta por interferir no rendimento escolar e faltas frequente à escola, nas condições de saúde de forma geral e nas relações afetivas individuais, com sua família e com o mundo que os cerca, podendo levá-los a um circuito de sociabilidade marcado pela violência, pelo uso de drogas e pelos conflitos com a lei. Tais experiências podem facilitar a quebra dos vínculos familiares, colaborando para seu ingresso no circuito da rua e fatalmente, também, o encaminhamento para as instituições de acolhimento.

Importa-se dizer que as situações de risco e violência invertem a natureza das relações adulto/criança e adolescente definidas socialmente, tornando-as desumanas em lugar de humanas; desprotetoras em lugar de protetoras; agressivas em lugar de afetivas;

individualistas e narcisas em lugar de solidárias; dominadora em lugar de democráticas; dependentes em lugar de libertadora; perversas em lugar de amorosas; desestruturadoras em lugar de socializadoras (BRETAN, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CPF, 2020), os profissionais que trabalham nos tribunais para crianças e adolescentes precisam de ter uma compreensão multicausal e multifacetada da violência, para lhes permitir minimizar os fatores de risco individuais, bem como para apoiar a decisão judicial, descrevendo o contexto das relações familiares e comunitárias, a fim de realçar os aspectos que permitirão a intervenção mais apropriada com as crianças e as suas famílias.

3.3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNDO E NO BRASIL

3.3.1 Incidência dos casos no exterior

De acordo com a UNICEF (2019), milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo sofrem de violência física, castigo, agressão verbal, abuso sexual, exploração laboral, abandono e negligência, entre outros tipos de acontecimentos. De todas as formas de violência, a mais comum contra as crianças, especialmente as mais jovens, é o abuso físico e verbal.

Existem cerca de 300 milhões de crianças com idades compreendidas entre os dois e os quatro anos no mundo, três em cada quatro são regularmente sujeitas a disciplina violenta pelos seus cuidadores; e de 250 milhões, cerca de seis em cada dez são punidas com castigo físico. A exposição à disciplina violenta começa numa idade ainda mais precoce para muitas crianças. De acordo com dados de trinta países, seis em cada dez crianças de 0-23 meses de idade estão sujeitas a ela. Entre as crianças muito pequenas, quase metade são punidas fisicamente e uma proporção semelhante é exposta a abusos verbais (UNICEF, 2019).

A violência sexual, uma das formas de violência mais prejudiciais do ponto de vista psicológico, afeta cerca de 15 milhões de meninas adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade em todo o mundo. Dados de 28 países indicam que nove em cada dez adolescentes vítimas relatam que o autor da primeira violação foi um familiar ou conhecido. (UNICEF, 2019)

Segundo a OMS (2019), a cada sete minutos, em algum lugar no mundo, uma criança ou adolescente com idades compreendidas entre os 10-19 anos é morto como resultado de

violência. Sem voz, indefesa, sem acesso a plenos direitos, a parte da população que deveria ser mais cuidada e protegida sofre diariamente violações.

De acordo com Agência de Notícias dos Direitos da Infância – ANDI (2019), por serem vulneráveis, as crianças e adolescentes são alvo de todos os tipos de violência, tais como espancamentos, torturas, humilhações, abusos sexuais, negligência. Os sofrimentos são múltiplos, assim como os alcoses, que vão desde a família até ao Estado.

Segundo a Santos M. Said, Representante Especial do Secretário-Geral da ONU, numa entrevista relata que a cada cinco minutos morre uma criança em consequência de violência. Segundo ela, metade das crianças do mundo sofreu alguma forma de violência psicológica, física ou sexual, salientando que a situação é alarmante na América Latina, que tem 8% da taxa mundial de homicídios de crianças (ONU, 2017).

Um estudo realizado de 1 de outubro de 2018 a 31 de julho de 2019, no departamento de ginecologia-obstetrícia do Hospital Central de Yaoundé Cameroun. Registraram 47 pacientes com idades entre 2 e 18 anos, com idade média de 10,5 anos. Os alunos do ensino fundamental foram os mais representados (53,2%). A agressão foi realizada principalmente em locais conhecidos (65,9%), durante o dia (74,5%) e por pessoas famosas (70,2%). A ameaça verbal foi a forma de coerção mais utilizada (57,4%). As agressões sexuais foram penetrações principalmente vaginais (85, 1%;). 24 pacientes (51,2%) foram admitidos para consulta nas primeiras 24 horas após o ataque. As lesões genitais dominaram a apresentação clínica (68%). Entre os pacientes, (72,3%) receberam profilaxia ARV e 34% receberam contracepção de emergência (NGO MEKA UM *et al.*, 2020).

Uma pesquisa sobre a associação entre risco de suicídio e exposição à violência em casa, na rua, na escola, na televisão entre adolescentes em Santa Marta (Colômbia); foi avaliada uma amostra de 210 adolescentes entre os 12 e 19 anos de idade. Relativamente à exposição à violência em diferentes contextos, 41,9% referiram exposição à violência na escola, 53,8% à violência na rua, 61% à violência em casa e 50% à violência na televisão. Do mesmo modo, os tipos de violência registados são 44,3% de exposição à violência física, 45,2% de exposição a ameaças de violência e 49,5% de violência verbal (SUAREZ *et al.*, 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Pública de Quebec – INSPQ (2018), em Quebec a forma de abuso mais frequentemente confirmada é a negligência, independentemente do ano de estudo. Em 2014, estima-se que 4,0 crianças por mil na população Québec eram conhecidas pelos serviços de proteção como vítimas de negligência.

O abuso físico aumentou entre 1998 e 2014 (de 1,9 a 2,9 por mil). O abuso psicológico, que envolveu 1,3 criança mil em 1998, aumentou para atingir 1,6 criança por mil em 2014.

No México, dados de violência e disciplina relatam que seis em cada 10 meninas, meninos e adolescentes entre um e 14 anos experimentaram algum método violento de disciplina infantil em suas casas. um em cada duas meninas, meninos e adolescentes sofreram alguma agressão psicológica por um membro da família. um em cada 15 meninos e meninas recebeu algum tipo de punição física severa (puxões de orelha, tapas ou golpes fortes) como método de disciplina (UNICEF, 2017).

A escola e a via pública são dois ambientes onde ocorrem oito em cada 10 ataques contra crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos; enquanto a casa é o terceiro lugar onde as crianças são expostas à violência. um em cada 10 meninas, meninos e adolescentes entre 10 e 17 anos sofreu algum tipo de agressão em casa. Meninas e adolescentes são os mais afetados, já que sete em cada 10 foram vítimas de agressão em suas casas (UNICEF, 2017).

De acordo com o trabalho Suhurt *et al.* (2015) em uma população pediátrica que recebeu atendimento psicológico no Serviço de Ambulatório do Departamento de Psiquiatria no Paraguai, onde foram analisados os dados da conformação das características sociodemográficas do contexto familiar, tipos de família, registrados em todos os prontuários entre três e 18 anos; foi realizada uma revisão retrospectiva dos prontuários de 120 pacientes, dos quais 71,7% (n = 86) relataram ter sido vítimas de violência e 28,3% (n = 34) não foi vítima. Na comparação das características demográficas entre as vítimas e não da violência, verificou-se que a frequência de violência foi maior no grupo entre 15 e 18 anos com 80,6%.

Em relação à origem, os moradores de Assunção apresentaram a maior proporção. As famílias nucleares apresentaram níveis mais baixos de violência (67,4%) do que as famílias monoparentais, também com elas tinham convivência com outros parentes ou com estranhos. Em relação ao horário de início do problema e à primeira consulta, observou-se que aqueles que levaram mais de dois anos para comparecer à consulta desde o início do problema apresentaram maior frequência de violência, 83,3% (35). A duração do tratamento foi em maior proporção entre um e seis meses, nos quais 77,8% (49) foram vítimas de violência.

Em relação ao tratamento, 19 pacientes o possuíam anteriormente e destes, 78,9% (15) referiram ser vítimas de violência. 82,8% (24) do total (29) que tinham parente com transtornos mentais foram vítimas de violência e 74,4% (61) do total (82) com problemas na escola, relataram ser vítima. Entre os que tiveram mais tempo de ir à clínica após o início do problema, estavam aqueles que foram expostos a abuso sexual infantil, 85,7% (12) do total (14).

3.3.2 Incidência dos casos no Brasil

Segundo a UNICEF (2019), no total, quase 27 milhões de crianças e adolescentes brasileiros sofrem com privações múltiplas, sem a garantia de seus direitos fundamentais como acesso à moradia e saneamento. Eles são praticamente metade (49,7%) da população brasileira até 17 anos. Entre 2012 e 2013, foram registrados 27.625 casos de abandono e negligência no país sendo 61% de crianças com até 4 anos.

Entre 2007 e 2017, os assassinatos de meninas e meninos de 10 e 19 anos subiram 47%. Desde 2012, a taxa de homicídios de adolescentes é mais alta do que a da população em geral (UNICEF, 2019). Dados do Atlas da Violência (2019) mostram que, de cada 10 meninos de 15 a 19 anos que morreram no Brasil, seis foram vítimas de homicídios.

Embora as vítimas de violência sexual sejam, em sua maioria, meninas, é importante ressaltar que os meninos também sofrem desse tipo de ocorrência. No Brasil, 70% das notificações de vítimas de estupro referem-se a crianças e adolescentes. É o tipo de violência mais atendido nas unidades de saúde na faixa de 0 a 13 anos. E em 70% dos casos, os agressores são amigos, conhecidos da vítima ou mesmo familiares mais próximos como pais, padrastos e irmãos (UNICEF 2019).

Entre 2011 e 2017, foi registrado no Brasil um aumento de 83% nas notificações de violências sexuais contra crianças e adolescentes. No total, foram 184.524 casos, mais da metade deles (51,2%) foram contra crianças entre 1 e 5 anos. Vale ressaltar que há subnotificação desse tipo de violência no país, onde as crianças representam 30% de todos os indivíduos traficados em 142 países. Em 2016, quase 25.000 de pessoas que foram traficadas no planeta, 20% eram meninas vítimas de exploração sexual (UNICEF, 2019).

Dados do Ministério da Saúde revelam que, desde 2007, por causa do trabalho infantil, mais de 45 mil crianças e adolescentes tiveram problemas de saúde, 27.180 meninos e meninas sofreram acidentes graves e 268 morreram. Os dados vão de 2007 até 2019.

Segundo o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil – FNPETI, há 1,7 milhão de crianças e adolescentes que, além de trabalharem, estudam e realizam afazeres domésticos. Essa longa jornada de trabalho aumenta o abandono à escola e, quando não causa o abandono, prejudica o desempenho das crianças na escola. Já os acidentes podem ser graves, causando até mesmo mutilações e mortes. Foram 698 amputações traumáticas no nível do pulso e da mão entre 2007 e 2019.

Segundo Márcia *et al.* (2018), depois de avaliar as características e os variantes de violência contra crianças de 0 até 12 anos, notificados na Coordenação Geral de Vigilância

Sanitária do Porto Alegre de 2010 a 2016, foram encontradas 8.803 notificações sobre o tipo de violência, número superior aos casos de violência encontrada, porque algumas crianças sofreram mais de um tipo de violência na história de notificação. Os tipos de violência mais prevalentes foram: negligência (36,25%), sexual (32,28%), psicológico (19,48%), físico (10,88%) e outros (1,11%).

Entre janeiro e junho de 2018, o Ministério dos Direitos Humanos registrou 8,5 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país por meio do Disque 100. Em 2017, em todo o ano, foram mais de 20 mil ocorrências. No Distrito Federal, o sistema computou 133 agressões até junho de 2018 e 319 durante o ano de 2017. Como nem todos os crimes sexuais contra a população de 0 a 17 anos chegam a ser denunciados, o número total de casos deve ser muito maior.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA estima que apenas 10% dos casos são notificados no país 2014, em 71% dos casos, o agressor é um familiar ou alguma pessoa próxima da vítima. Entre os 8.581 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes registrados na primeira metade do ano passado, 47,99% foram praticados contra meninas, 40,70% contra meninos, e 11,31%, o gênero não foi informado. A maior quantidade de agressões foi registrada contra crianças de quatro a sete anos, que correspondem a 21,47% das vítimas. Em 17,76% dos crimes, as crianças tinham até três anos.

Em seguida, aparecem pornografia infantil (15,52%), *sexting* divulgação de conteúdos eróticos por meio de celulares (1,26%), *grooming*, sedução virtual (1,13%) e exploração sexual do turismo (0,09%). Com relação à essa última modalidade, a Polícia Rodoviária Federal publica todos os anos um balanço de pontos vulneráveis nas rodovias brasileiras. Em 2018, foram constatados 2.487 pontos vulneráveis.

No estudo analítico dos casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN de 2013 a 2015 de violência a menores de 19 anos, em 53 municípios de Minas Gerais, foram notificados 1.481 casos. Houve uma diminuição das notificações de 7% no sexo feminino e aumento de 27,2% no masculino. Verificou-se modificação no padrão das notificações, como aumento de 130,7% em negligência/abandono e diminuição de 33% no abuso sexual. Maior violência por pai e mãe ocorre nas faixas de um a nove anos (SOUTO, 2017).

No Brasil, segundo dados de 2016 do Ministério de Direitos Humanos, o País registrou 396 ocorrências por dia, ou 16 a cada hora, de maus-tratos a crianças e adolescentes. Segundo Waiselfisz (2015), a morte de adolescentes de 16 e 17 anos no Brasil que ocorrem por causas externas (acidentes de transportes, outros acidentes, homicídio e suicídio) crescem

de forma lenta e contínua ao longo do período: passam de 16.457 em 1980 para 22.041 em 2013; aumento de 33,9%.

Maiores índices de mortalidade estão na faixa dos 16 e 17 anos quando se considera as causas externas, e os homicídios têm centralidade nesse contexto, representando 46% do total de óbitos de jovens no ano de 2013 um crescimento de 372,9% em relação ao ano de 1980. No período de 1980 a 2013, as taxas de óbito (por 100 mil) por acidentes de transporte e suicídio, nessa faixa etária, cresceram 38,3% e 45,5%, respectivamente; a taxa por homicídio cresceu 496,4% (WAISELFISZ, 2015).

A Pesquisa Violência contra a juventude negra no Brasil apontou que a maioria dos brasileiros (71%) acredita que os negros são as grandes vítimas da violência no país. Apenas 17% dos respondentes acham que a violência atinge pessoas independente da sua cor ou raça (DATA SENADO, 2015).

A violência de gênero começa já na infância e juventude. As denúncias acolhidas pelo Disque 100, em 2015 (153.962), revela que meninas são as maiores vítimas (54%), seguidas de meninos (46%). Com relação a faixa etária, a mais atingida é de 04 a 11 anos, somando 40%, seguido das faixas etárias de 12 a 17 anos com 31% e de 0 a 03 anos com 16%. Considerando raça/cor as meninas e meninos negros/ pardos somam 57,5% e brancos 41,6%.

Outros indicadores recentes revelam que do total de atendimentos do Sistema único de Saúde (SUS) do sexo feminino (198.036), a maior incidência está na violência física com 48,7% dos atendimentos, com especial incidência nas etapas jovem e adulta da vida da mulher (WAISELFISZ, 2015).

Em segundo lugar, a violência psicológica, presente em 23,0% dos atendimentos em todas as etapas, principalmente da jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos (23.630), com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade (29,0% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%). Destaque entre as crianças, a negligência/abandono por parte dos pais ou responsáveis é registrada em 28,3% dos atendimentos nessa faixa (WAISELFISZ, 2015).

Silva *et al.* (2017), em estudo descritivo e documental, de abordagem quantitativa, analisadas em 800 prontuários do Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS do Sul do Brasil a partir dos registros das notificações no período entre janeiro de 2009 e maio de 2014, abordou variáveis sociodemográficas selecionadas das vítimas, dos agressores e a modalidade de violência. O perfil prevalente foi de crianças e adolescentes

brancas, do sexo feminino, com idades entre sete e 14 anos, residentes em bairros periféricos. Observou-se o predomínio da violência sexual, física e psicológica.

Num estudo realizado utilizando informação do Sistema Informação de Agravos de Notificação – SINAN, base de dados de formulários de notificação de violência na cidade de Belém (PA), de 2009 a 2011, foram sistematizadas 3.267 notificações, 87,5% das quais contra jovens dos 0 aos 19 anos de idade. Relativamente ao género das vítimas, 83,2% dos casos envolveram mulheres e violência sexual, com 41,8%, seguidos de violência psicológica com 26,3%, e de violência física com 24,0% (VELOSO *et al.*, 2013).

Numa investigação sobre os registos de 798 casos de abuso no Conselho Tutelar de Caruaru, a negligência foi o tipo mais detectado (49,2%), seguido de abuso psicológico (28,9%), abuso físico (17,6%) e abuso sexual (4,7%). Todos estes casos dizem mais frequentemente respeito a crianças do sexo masculino, com excepção da violência sexual (83,8% para o sexo feminino) (GRANVILLE *et al.*, 2006).

Em outra investigação, junto ao Programa Saúde da Família, no município de Niterói (RJ), foi identificada violência psicológica em 96,7% dos domicílios, e castigo corporal foi referido por 93,8% das crianças respondentes (N = 278). Dados de violência física grave, por sua vez, foram encontrados em 19,8% dos pesquisados. A mãe destacou-se enquanto a principal autora de todos os tipos de maus-tratos relatados (ROCHA; MORAES, 2011).

Segundo uma pesquisa de Pelisoli *et al.* (2010), num estudo de 4.294 fichas de assistência num centro de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Estado do Rio Grande do Sul, encontraram um perfil predominante de meninas (75%). Comparando as idades, mais de 50% das consultas tinham entre 5 e 12 anos de idade. As referências foram feitas principalmente pelas redes de proteção e assistência social (cerca de 77%), seguidas pelas redes de saúde (11%) e escolar (1%).

Dentre os locais que mais fizeram encaminhamentos, destacaram-se as delegacias e os conselhos tutelares. Investigação realizada em Porto Alegre, que examinou 674 relatórios psicológicos e psiquiátricos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, identificou o abuso intrafamiliar como o mais comum (66,9% dos casos). Comparando as vítimas por sexo, 82,8% eram mulheres. Quanto à idade, 43,7% tinham entre 11 e 14 anos, seguidos de 38,3% entre sete e 10 anos, e 17,9% entre 15 e 19 anos (GAVA *et al.*, 2013).

Segundo o Disque 100, canal de denúncias do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, em 2018 registrou 1.147 denúncias de violência física contra meninos e meninas no Distrito Federal. Os casos de violência psicológica foram 1.621. E os dados nem

representam, de fato, a realidade, porque os abusos, muitas vezes, são praticados às escondidas, no seio da família.

Atualmente, o Disque Direitos Humanos (Disque 100) é um serviço de utilidade pública de emergência/urgência da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, especialmente as que atingem populações mais vulneráveis.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, descritiva, de corte transversal, retrospectiva e documental, onde foram incluídos dados de registros das fichas do Serviço e Atendimento às Vítimas de Violência – SAVVI do período de 2015 a 2019, acessado através dos prontuários disponíveis no serviço de atendimento a vítima de violência sexual e outros tipos de violências do Hospital em menção.

Para Leite (2008), a abordagem quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem que descreve as causas de um fenômeno propiciando ao pesquisador um melhor entendimento dos dados coletados.

Os estudos quantitativos foram destinados a confirmar e a prever os fenômenos estudados, procurando regularidades e relações causais entre os elementos. Isto significa que o principal objetivo era a formulação e demonstração de teorias. Para esta abordagem, o processo foi seguido rigorosamente e, de acordo com regras lógicas, os dados gerados têm os padrões de validade e fiabilidade, as conclusões derivadas irão contribuir para a geração de conhecimento. Esta abordagem utiliza um raciocínio lógico e dedutivo, que parte da teoria e se desloca para expressões lógicas chamadas hipóteses que a pesquisadora testou. (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2017).

Quanto aos estudos descritivos, o objetivo era especificar as características e perfis das crianças e adolescentes vítimas de violência, que foram analisados pela pesquisadora e revisado pela direção da investigação. O objetivo era medir e recolher informação independentemente sobre os conceitos e variáveis referidas, não para indicar como estão relacionados. Os estudos descritivos foram úteis para mostrar os ângulos precisos deste fenômeno. (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2017).

O estudo retrospectivo foi elaborado com base em registros do passado com seguimento até o presente. Os estudos de coorte apresentam limitações, como a não utilização do critério de aleatoriedade na formação dos grupos e a necessidade de uma amostra significativamente grande. Nos estudos de coorte retrospectivos, a identificação dos grupos é feita em algum momento do passado e estes grupos são acompanhados até o presente, com objetivo de identificar um evento ocorrido (GORDIS, 2014).

A pesquisa documental corresponde a toda a informação recolhida, seja de forma oral, escrita ou visualizada. Consiste na recolha, classificação, disseminação e utilização de

tudo o tipo de informação, incluindo as técnicas e métodos que facilitam a sua pesquisa e identificação (FACHIN, 2017). A característica da investigação documental era tomar como fonte de recolha de dados apenas documentos, escritos, que constituem o que se chama fontes primárias (MARCONI *et al.*, 2019). Para a pesquisa documental, utilizar-se os prontuários de crianças e adolescentes, que eram uma fonte documental porque os materiais consultados eram internos à HCA (GIL, 2019).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu no Hospital da Criança e do Adolescente (HCA) localizado no Município de Macapá, capital do Estado do Amapá, o qual possui uma população recenseada em 503.327 habitantes distribuídos em 16 municípios (IBGE, 2019).

Trata-se de uma instituição pública, sem fins lucrativos, com finalidade assistencial à comunidade a nível secundário, além de dar apoio ao ensino e pesquisa, pois serve de campo para estágio aos cursos de saúde e profissões afins. Considerado um hospital de médio porte, referência Estadual, atende a clientela de 29 dias a 17 anos e 11 meses. Segundo o Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES, possui 175 leitos cadastrados, destes são 10 leitos de UTI, 10 leitos de clínica cirúrgica, cinco leitos de agravos e 150 leitos de clínica pediátrica.

O pronto atendimento infantil é a porta de entrada de Urgência e Emergência, atende crianças na faixa etária de 29 dias a 12 anos de idade, além de ser referência estadual no atendimento às crianças vítimas de violência. O HCA conta com a única UTI pediátrica do Estado do Amapá, atendendo a demanda de outros estados circunvizinhos como Afuá, Breves e Chaves e da rede de hospitais privados.

O centro cirúrgico atende a clientela de 0 a 17 anos e onze meses, realiza cirurgias de pequeno porte na especialidade de cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, bucomaxilo-facial, cirurgia ginecológica (casos de violência sexual), cirurgia traumatológicas de pequeno porte, as demais especialidades e cirurgias de grande porte são encaminhadas ao Hospital de Clínicas Alberto Lima.

A infraestrutura do hospital consiste em serviços de farmácia hospitalar, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, psicologia, nutrição, enfermagem, medicina, comissão de revisão de prontuário, comissão de ética de enfermagem, controle de infecção hospitalar, núcleo de epidemiologia, núcleo de educação permanente e serviço de

atendimento a vítimas de violências. Ainda possui ambulatório de nutrição pediátrica que faz o atendimento no ambulatório do HCAL.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A presente pesquisa contou com dados de prontuários de crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Atendimento à Vítimas de Violência (SAVVI) do Hospital da Criança e Adolescente no período compreendido entre 2015 e 2019.

De um total de 324 prontuários, foram considerados 122 (37,7%), onde optou-se por excluir do estudo os prontuários preenchidos de forma incompleta e fora do período determinado. Os critérios de inclusão consideraram todos os prontuários de crianças e adolescentes vítimas de violência atendidos no período dos 2015 até 2019 preenchidos com as informações completas.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se por meio de levantamento manual em prontuários, utilizando-se o formulário previamente elaborado pela própria pesquisadora (Apêndice A), contendo questões fechadas com as seguintes variáveis, sendo elas:

- Dados relacionados ao perfil epidemiológico da vítima;
- Dados relacionados à agressão e ao agressor;
- Dados relacionados à tipologia da violência;
- Dados relacionados ao atendimento da vítima.

Quanto a vítima, analisou-se a data do atendimento, hora, nome, idade, raça, data de nascimento, sexo, identidade de gênero, se é portador de deficiência ou transtorno, filiação, nome do acompanhante, endereço, município de residência e escolaridade. Quanto ao agressor, a data de ocorrência, hora de ocorrência, período da ocorrência, endereço de ocorrência, município de ocorrência, local da ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local da prática esportiva, bar ou similar, via pública, instituição pública/privada), nome do suposto agressor, idade estimada, raça e relação com a vítima.

Quanto a tipologia de violência verificou-se a prevalência de relato de violência sexual, tipo de violência sexual (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual, outros), se houve penetração (vaginal, anal e oral), se houve ejaculação, se o agressor

usou preservativo, se houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais (seios, nádegas, coxas, pescoço), vínculo entre agressor e vítima de abuso sexual (pai, padrasto, vizinhos, amigo(a) da família, namorado da mãe, colega de escola, desconhecido, outros), local em que ocorreu (residência da vítima, residência do agressor, residência de parentes, via pública, escola, outro), frequência e duração. Para o atendimento, foram investigados os procedimentos realizados, como: hemograma transaminases, anti-HIV, sorologia para hepatite B e C, VDRL, Urina, BHCG, bacterioscopia de secreção vaginal, cultura de secreção vaginal, *swab* anal, *swab* uretral, testes rápidos para HIV, raio x, USG e outros exames.

4.5 CONSIDERAÇÃO ÉTICAS

Este estudo obedeceu aos critérios éticos em pesquisas com seres humanos, conforme a resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP, sob parecer nº 4.505.067 (Anexo A). O estudo teve autorização da direção do HCA, como demonstrado no Anexo B.

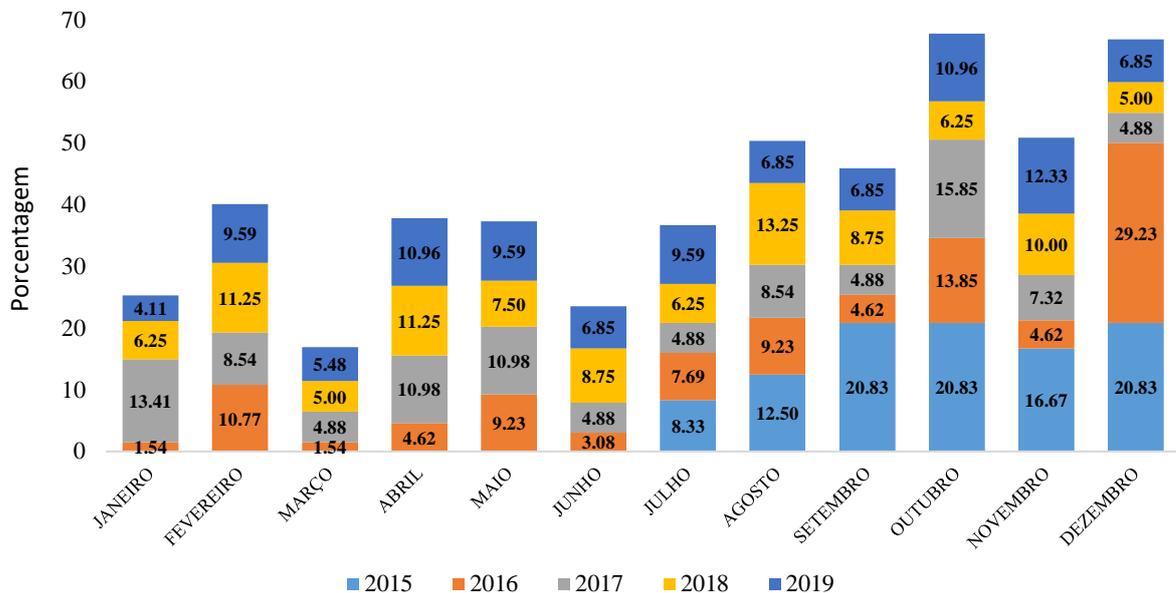
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Todos os formulários foram codificados e processados através uma planilha criada no Excel (2019) para tabulação dos dados. Para caracterização da análise descritiva das respostas aos questionários, foram utilizadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do perfil dos casos de violência contra crianças e adolescentes, entre 2015 e 2019 do HCA do Município de Macapá foi elaborado através de uma perspectiva quantitativa e descritiva, tendo como finalidade identificar contextualmente o perfil de crianças e adolescentes vítimas de violência, em frequências absolutas e relativas, considerando as variáveis do trabalho. A seguir serão apresentados o percentual de casos de violência contra crianças e adolescentes atendidos por ano no HCA (Figura 1).

Figura 1 – Percentual de casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência no Hospital da Criança e adolescente (HCA).



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Com relação à distribuição dos prontuários por mês de ocorrência, de acordo com a Figura 1, os meses de outubro e dezembro apresentaram as percentagens mais elevadas de casos de violência infantojuvenil, com percentagens de 12,35% e 11,42% respectivamente.

De acordo com os registros dos prontuários, entre 2015 e 2019, foi registrado um total de 324 casos de violência contra crianças e adolescentes. Verificou-se que o ano de 2017 concentrou o maior número de casos de violência para este grupo, seguido dos anos 2018 e 2019. Dos 24 prontuários no ano de 2015, apenas 12 (50%) foram analisados, no ano de 2016 houve 23 analisados (35,38%) de 65, em 2017 houve 41 (50%) de 82, em 2018 apenas 25 (31,25%) de um total de 80, em 2019 houve 21 (28,77%) analisados de um total 73

prontuários (Tabela 1). Aqueles que não foram analisados não atenderam aos critérios de inclusão.

Tabela 1 – Quantidade de prontuários analisados por ano entre 2015 e 2019

Variável	Período de 2015-2019					
Anos	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Prontuários	12	23	41	25	21	122

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

O Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência – SAVVI foi criado no Hospital da Criança e do Adolescente no ano de 2014, mas só em julho de 2015 é que o hospital começou a registrar crianças e adolescentes vítimas de violência. De julho de 2015 a dezembro de 2019, foram registrados mais de 324 casos de violência.

De acordo com Araújo (2019), a violência contra crianças e adolescentes é atualmente configurada como um problema de saúde pública, dados os vários traumas causados nas diferentes dimensões do ser humano, quer físicos, psicológicos ou sociais, que requerem diferentes formas de cuidados a todos os níveis de saúde, bem como a criação de novas políticas públicas que permitem a identificação dos fatores de risco que causaram este problema. Entre elas, a criação de novas estratégias que permitem passar da denúncia à recuperação da saúde mental das vítimas.

Em diferentes bairros de Macapá, a violência contra crianças e adolescentes ainda está muito presente. São seres muito frágeis e vulneráveis e mesmo as pessoas que devem proteger violam, abusam e ameaçam. Eles sofrem vários tipos de violência, tais como sexual, física, psicológica, abuso e abandono. O maior problema é quando os pais ou membros da família decidem não denunciar ou cancelar a denúncia de violência porque foi feita por um membro da família, este é outro problema que precisa de ser resolvido.

De acordo com a ECA, todos os casos de violência contra crianças e adolescentes devem ser denunciados, independentemente se o agressor seja um desconhecido ou um membro da família, para o bem-estar da criança ou do adolescente. Segundo a UNICEF (2019), a violência contra criança e adolescente inclui violência física ou mental, ofensas ou abusos, negligência ou tratamento displicente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança e o adolescente estiverem sob a custódia da mãe, do pai, do tutor legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela.

De acordo com a OMS (2020), a violência pode resultar em morte, ferimentos e deficiências. Ao longo de sua vida, as crianças expostas à violência possuem maior risco de desenvolvimento de doenças mentais e transtornos de ansiedade; comportamentos de alto

risco como abuso de álcool e drogas, tabagismo e sexo inseguro; doenças crônicas como câncer, diabetes e doenças cardíacas; doenças infecciosas como HIV; e problemas sociais, incluindo subentendimento educacional, maior envolvimento em violência e crimes.

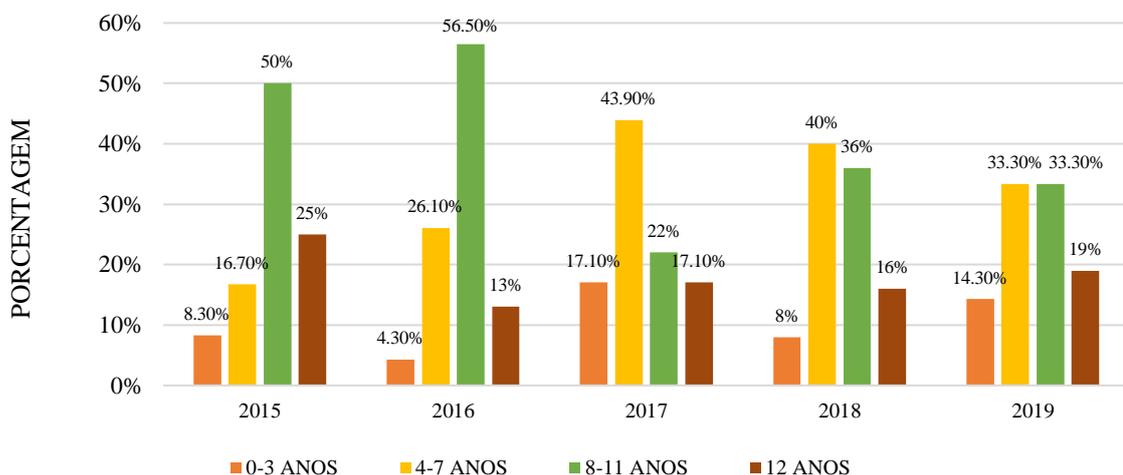
A OMS (2020) também estima que um bilhão de crianças ou uma em cada duas crianças em todo o mundo sofrem alguma forma de violência a cada ano. Além de seus danos imediatos para indivíduos, famílias e comunidades, a violência contra crianças é pernicioso e produz efeitos ao longo da vida que prejudicam o potencial dos indivíduos, e quando agregados em bilhões de pessoas, pode impedir o desenvolvimento econômico.

5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS

5.1.1 Incidência quanto a idade das crianças e adolescentes vítimas de violência

A distribuição por faixa etária indicou que, em ambos os sexos, os grupos mais envolvidos foram os de 4-12 anos, com uma proporção mais elevada entre os 8-11 anos, como mostra o gráfico da Figura 2.

Figura 2 – Percentual de crianças e adolescentes vítimas de violência por ano de ocorrência, segundo idade, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá, Brasil (2015-2019).



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

De acordo com a Figura 2, durante os anos 2017 observou-se (43,9%), e 2018 (40%), as crianças entre os 4 e os 7 anos de idade foram as mais afetadas pela violência. Durante 2019, as crianças de 4-7 e 8-11 anos (33,3; 33,3% respectivamente) foram as mais acometidas pela violência.

Segundo a UNICEF (2019), no Brasil, 70% das notificações de vítimas de estupro referem-se a crianças e adolescentes, sendo o tipo de violência mais frequente nas unidades de saúde na faixa de 0 a 13 anos. Num estudo realizado por Pedroso e Leite (2021) sobre Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no estado do Espírito Santo, observou-se uma maior frequência de crianças na faixa etária dos 6 aos 9 anos (48,6%), que foram vítimas de violência.

De acordo com o Ministério de Direitos Humanos (2018), todos devem trabalhar em conjunto para garantir que as crianças e adolescentes na faixa etária 0-19 anos tenham direito à vida, saúde, dignidade e respeito. Devem também ser feitos esforços para os proteger de todas as formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

5.1.2 Incidência quanto a vítimas por ano de ocorrência segundo a faixa etária

O ECA, no seu Artigo 2º, considera uma criança como sendo uma pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária entre os 12 e os 18 anos de idade. Esse conceito legal foi adotado nesta pesquisa com a finalidade de classificar as vítimas como crianças ou adolescentes.

Considerando o número de 122 prontuários analisados de crianças e adolescentes vítimas de violência registrados entre 2015 e 2019, destacou-se que a maior percentagem de acometimento em crianças dos 0-11 anos de idade (84,43%) e no adolescente de 12 anos de idade em torno de 15,57% (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a faixa etária do ECA, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

FAIXA ETÁRIA	PERÍODO 2015 - 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Crianças 0-11 ANOS	9	75	20	87	35	85,4	21	84	18	85,7	103	84,43
Adolescentes 12 ANOS	3	25	3	13	6	14,6	4	16	3	14,3	19	15,57
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

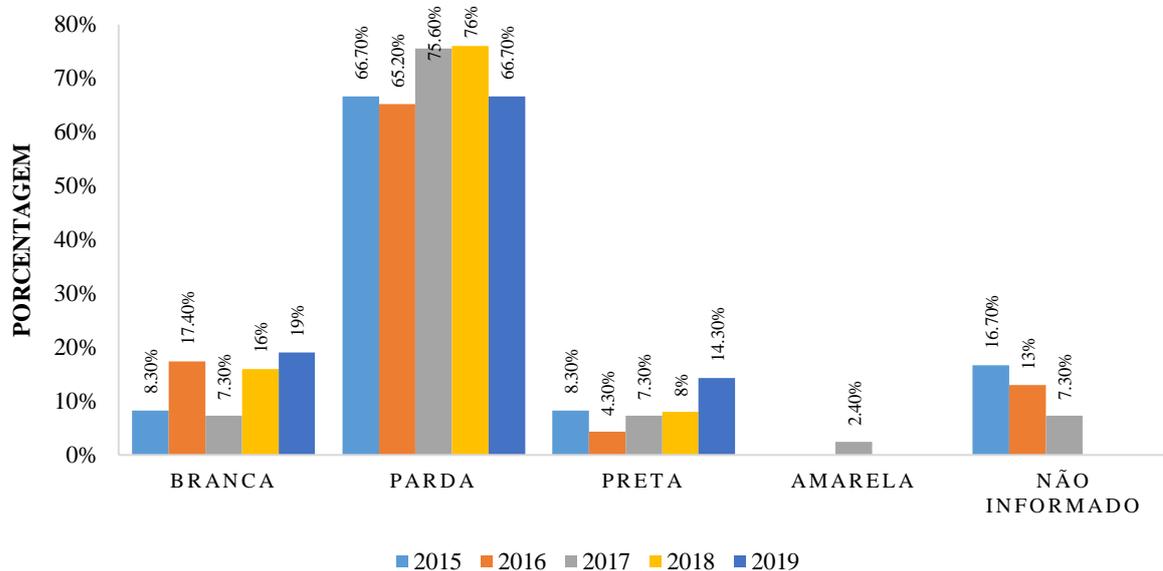
Globalmente, estima-se que um em duas crianças de 2 a 17 anos sofrerá alguma forma de violência a cada ano e estima-se que 120 milhões de meninas tenham sofrido alguma forma de sexo forçado antes dos 20 anos (OMS, 2020).

Em estudo descritivo realizado por Oliveira *et al.* (2020), que envolveu dados das fichas de notificação das violências interpessoais/autoprovocadas do Sinan em Manaus, relativamente ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016. Em quase metade dos casos, as vítimas tinham idade entre 1 e 5 anos. Observou-se que o percentual de casos em menores de 1 ano dobrou no período estudado, em relação a 2009 e 2016.

5.1.3 Crianças e adolescentes vítimas de violência segundo a raça

Raça é um conceito usado para classificar diferentes populações de uma mesma espécie biológica, como suas características físicas como cor da pele, estatura física etc. Este é um termo historicamente usado para identificar categorias de seres humanos socialmente definidas. (SANTOS *et al.*, 2010). As crianças e adolescentes vítimas de violência foram divididos por raças em ambos os sexos. Houve uma predominância de violência sobre a raça parda, como observado no gráfico da Figura 3.

Figura 3 – Percentual de crianças e adolescentes vítimas de violência segundo a raça e o ano de ocorrência (2015-2019).



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Do total de vítimas, a predominância parda foi encontrada em 2015 (66,7%), 2017 (75,6%), 2018 (76%) e 2019 (66,7%). Quando da raça negra, em 2015, 2017 e 2019 (8,3, 7,3 e 14,3%, respectivamente). Houve também a raça branca em 2016, 2018 e 2019 (17,4%; 16% e 19%, respectivamente).

De acordo com Oliveira *et al.* (2020) em um estudo sobre a violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016, a maioria desses adolescentes tinha a raça/cor da pele parda (70,2%).

5.1.4 Crianças e adolescentes vítimas de violência, por ano de ocorrência segundo o sexo

Estes dados indicam que as crianças do sexo feminino predominaram em relação ao sexo masculino. Essa desproporção é provavelmente resultado do elevado número de casos de violência sexual entre esse grupo, e um tipo de violência que parece ser bastante maior que a física e preponderante entre as crianças e adolescentes. O ano 2018 teve um aumento de casos de violência em crianças e adolescentes do sexo masculino, em relação aos outros anos, representando 36% do total (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo ao sexo, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

SEXO	PERÍODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMININO	11	91,7	18	78,3	35	85,4	16	64	19	90,5	99	81,15
MASCULINO	1	8,3	5	21,7	6	14,6	9	36	2	9,5	23	18,85
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Quanto ao ano de ocorrência da violência por gênero, houve predominância do sexo feminino, correspondendo a 81,15% contra 18,85% do sexo masculino. Segundo o Disque 100, no período de 2011 a 2015, analisando os indicadores pelo perfil das vítimas de acordo com o gênero, os registros de denúncias de violações mostram que o sexo feminino mantém uma taxa elevada em comparação com o sexo masculino durante o período de 2011 a 2015.

De acordo com Wailselfisz (2012), considerando apenas o atendimento por violência sexual de crianças e adolescentes notificados no SINAM, em 2012 (total de 10.425), verificou-se que a grande maioria é do sexo feminino com 83,2%, tendo poucas oscilações entre as faixas etárias, verificou-se que entre os 15 e os 19 anos os índices femininos atingem a sua expressão máxima, com 93,8%.

Assim, pode-se ver que o fenômeno da violência baseada no gênero começa muito cedo no ciclo de vida das meninas brasileiras (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018). Essas pesquisas mostraram que as crianças e adolescentes já são vítimas principalmente porque são meninas e a sua condição é agravada pela discriminação racial.

5.1.5 Nível de escolaridade das crianças e adolescentes vítimas de violência

A maioria das crianças e adolescentes vítimas de violência eram estudantes no ensino fundamental, conforme apresenta a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o nível de escolaridade, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

ESCOLARIDADE	PERÍODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENSINO FUNDAMENTAL	10	83,3	16	69,6	19	46,3	15	60	13	61,9	73	59,84
ENSINO INFANTIL	-	-	-	-	4	9,8	5	20	2	9,5	11	9,02
NÃO SE APLICA	2	16,7	7	30,4	18	43,9	5	20	6	28,6	38	31,15
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100,0	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Na avaliação de nível de escolaridade das crianças e adolescentes vítimas de violência, 59,84% estavam no ensino fundamental e 31,15% não declararam o nível de escolaridade ou não tinham idade suficiente para ir à escola.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE (2012), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, indicou que 10,6% dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental (faixa de 13 a 15 anos) já haviam sofrido agressão física por um adulto da família. Este tipo de violência foi declarado por 11,5% das meninas e 9,6% dos meninos.

Segundo Fukumuto *et al.* (2011), em um estudo seccional para avaliar o perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atendidos pelo serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (n = 216), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008. Foram encontrados os seguintes resultados: Não alfabetizados 61 (28,24), ensino fundamental incompleto 148 (68,52), ensino fundamental completo 3 (1,39) e ensino médio incompleto 4 (1,85).

5.1.6 Deficiência ou transtorno das crianças e adolescentes vítimas de violência

Segundo a OMS (2019), crianças com deficiência são um subgrupo em risco particular de maus-tratos infantis. Uma meta-análise de estudos internacionais mostrou que eles eram 3,7 vezes mais propensos a ser vítimas de qualquer tipo de violência, 3,6 vezes mais chances de serem vítimas de abuso físico e 2,9 vezes mais chances de serem vítimas de abuso sexual.

Crianças com problemas mentais ou deficiências intelectuais são 3,1, 4,6 e 4,3 vezes mais parecidas com as vítimas de doenças físicas, violência, violência sexual e abuso emocional, respectivamente (OMS, 2019). Nessa pesquisa, algumas das crianças e adolescentes vítimas de violência foram portadores de diversas deficiências e transtornos, como se pode ver na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo sua deficiência ou transtorno, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

DEFICIÊNCIA OU TRASTORNOS	PERÍODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	-	-	2	8,7	3	7,3	2	8,0	-	-	7	5,74
NÃO	12	100	21	91,3	38	92,7	23	92,0	21	100	115	94,26
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

De acordo com a Tabela 5, das 122 vítimas, 7 (5,745%) foram portadores de deficiência e transtorno como epilepsia, dificuldade de aprendizagem, crises convulsivas, afasia, encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE), transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), paralisia facial, hemiparesia esquerda, autismo, entre outras.

Na avaliação das denúncias no Brasil, um dado de exploração para caracterização da vítima envolve a questão sobre criança ou adolescente ser portador de deficiência apontam que 95% das vítimas não possuem qualquer deficiência (DISQUE 100, 2019).

A UNICEF afirmou no relatório Situação Mundial da Infância, publicado em 2013, que as crianças portadoras de deficiência são mais vulneráveis à negligência, abuso e violência sexual. A pesquisa publicou os resultados de 17 estudos realizados em países de alta renda, que concluiu que crianças com deficiência estavam mais expostas a sofrer violência, esse índice é 3,6 vezes superior para a violência física e 2,9 vezes maior para violência sexual.

5.1.7 Município de residência das crianças e adolescentes vítimas de violência

As crianças e adolescentes vítimas de violência foram residentes nos diversos municípios do Amapá, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o município de residência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

MUNICIPIO	PERIODO 2015 - 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAILIQUE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,8	1	0,82
CALÇOENE	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	1	0,82
FERREIRAS GOMES	-	-	-	-	3	7,3	-	-	-	-	3	2,46
ITAUBAL	-	-	-	-	1	2,4	2	8	-	-	3	2,46
MACAPA	12	100	20	87,0	35	85,4	22	88	20	95,2	109	89,34
MAZAGAO	-	-	1	4,3	-	-	-	-	-	-	1	0,82
SANTANA	-	-	2	8,7	2	4,9	-	-	-	-	4	3,28
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Das 122 crianças e adolescentes vítimas de violência atendidas no HCA, 89,34% foram residentes no município de Macapá, 3,28% no município de Santana e outros foram residentes no município Bailique (0,82%), Calçoene (0,82%), Ferreira Gomes (2,46%) e Mazagão (0,82%). No ano de 2015, 100% das vítimas foram residentes no município de Macapá.

Na pesquisa de Magalhães *et al.* (2016), analisaram-se os 210 municípios do sertão cearense, dentre eles os municípios que receberam destaque para casos de denúncias por abuso sexual contra crianças e adolescentes foram Acopiara com 18 (10,8%), Pedra Branca com 17 (10,2%) e Crateús com 15 (9,3%). Já para os casos de exploração sexual, destaca-se Quixadá e Crateús com 07 (18,4%) e 05 (13,1%) respectivamente.

5.1.8 Zona de residência das crianças e adolescentes vítimas de violência

Os bairros se referem à divisão da zona urbana municipal, enquanto no perímetro rural há a presença dos distritos, com um total de quatro em Macapá (além da sede) sendo eles

Bailique, Carapanatuba, Fazendinha e São Joaquim do Pacuí. As crianças e adolescentes vítimas de violência residiram na zona urbana, rural e Peri urbana (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a zona de residência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

ZONA	PERIODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO INFORMADO	-	-	11	47,8	6	14,6	-	-	-	-	17	13,97
PERIURBANA	-	-	-	-	4	9,8	-	-	-	-	4	3,28
RURAL	1	8,3	4	17,4	1	2,4	3	12	2	9,5	11	9,02
URBANA	11	91,7	8	34,8	30	73,2	22	88	19	90,5	90	73,77
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Entre 2015 e 2019 no estado de Macapá 73,77% das crianças e adolescentes vítimas da violência foram residentes na zona urbana. De acordo com Pedroso e Leite em seu estudo sobre violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo observou-se maior frequência das vítimas foram residentes na zona urbana/periurbana (88,4%)

5.1.9 Zona de ocorrência da violência

A maioria das crianças vítimas mora na zona urbana e as ocorrências tiveram lugar na zona urbana e noutras zonas Peri urbanas e rurais. Muitas crianças e adolescentes que foram estuprados vivem com os seus pais, mesmo que estejam separados. O fato de estarem em um momento com a mãe e noutra com o pai, resulta-se às vezes na questão que os pais não sabem exatamente onde a criança foi estuprada. Têm tido crianças e adolescentes abusados em áreas diferentes da sua área de residência (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a zona de ocorrência da violência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

(Continua)

ZONA DE OCORRENCIA	PERIODO 2015- 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
URBANA	5	41,7	7	30,4	23	56,1	21	84,0	18	85,7	74	60,66

(Conclusão)

ZONA DE OCORRENCIA	PERIODO 2015- 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PERIURBANA	-	0	-	0	1	2,4	1	4,0	-	-	2	1,64
RURAL	-	0	3	13,0	4	9,8	2	8,0	3	14,3	12	9,84
NÃO RELATA	7	58,3	13	56,5	13	31,7	1	4,0	-	00	34	27,87
TOTAL	12	100	23	100	41	100	21	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Dos casos analisados, 60,66% da violência teve lugar na zona urbana, 9,84% na zona rural e 1,64% na zona periurbana. 27,87% não indicou o local da violência. Na tabela 6, 73,77% das vítimas viviam na zona urbana, podemos ver no quadro 7 que 60,66% da violência ocorreu nesta zona, o resto ocorreu fora da zona onde as vítimas viviam.

Em Macapá, os bairros que fazem parte da zona urbana são: Alvorada, Araxá, Beirol, Boné Azul, Brasil Novo, Buritizal, Cabralzinho, Central, Cidade Nova, Congós, Infraero, Jardim Equatorial, Jardim Felicidade, Jesus de Nazaré, Laguinho, Marco Zero, Nova Esperança, Novo Buritizal, Novo Horizonte, Pacoval, Pedrinhas, Perpétuo Socorro, Santa Inês, Santa Rita, São Lázaro, Trem, Universidade e Zerão.

Estudo transversal, descritivo e analítico, com dados secundários do SINAN. Nele se analisaram todos os casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual infantil, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, notificados por um hospital pediátrico de Florianópolis, Santa Catarina. O perímetro urbano foi a zona mais citada (98,5%), sendo a residência da vítima ou do autor o local mais frequente da prática do abuso (81,6%), em ambos os sexos (PLATT *et al.*, 2018).

5.1.10 Repetição da violência

Muitas crianças e adolescentes afirmam ter sido vítimas de violência mais de uma vez e outros que eram muito pequenos e não tinham capacidade para dizer quantas vezes foram vítimas e suas violações foram descobertas por seus pais (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a repetição da violência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

VIOLÊNCIA REPETIDA	PERÍODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	6	50,0	9	39,1	21	51,2	16	64,0	9	42,9	61	50,0
NÃO	4	33,3	14	60,9	15	36,6	9	36,0	12	57,1	54	44,26
NÃO RELATA	2	16,7	-	-	5	12,2	-	-	-	-	7	5,74
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Os dados mostram que 50% foram vítimas mais de uma vez, 44,26% uma vez e 5,74% não tiveram a capacidade de relatar quantas vezes a ação ocorreu.

Oliveira *et al.* (2020) realizaram um estudo descritivo, considerando-se 38 campos da ficha de notificação no sistema; a análise da completude embasou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Este estudo objetivou descrever os casos de violência contra crianças e adolescentes e a completude das fichas de notificação registradas no Sinan, Manaus, AM, no período de 2009 a 2016. Em mais de 1/4 dos casos, a violência ocorreu mais de uma vez ao longo da vida da criança.

Martins e Jorge (2010), num estudo descritivo de corte transversal, de crianças e adolescentes de zero a 14 anos, vítimas de abuso sexual, observaram que mais da metade das vítimas sofreu o abuso sexual pela primeira vez (52,1%). Entretanto, houve casos em que a violência sexual havia sido cometida por quatro ou mais vezes (36,6%).

De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde (2007) os tipos de abuso extrafamiliar com agressor conhecido, desconhecido ou intrafamiliar podem ser classificados em violência sexual aguda (episódio único) e violência sexual crônica (episódios repetitivos). A primeira forma, na maioria das vezes, demanda atendimento médico imediato, em caráter de urgência; enquanto a segunda tende a exigir, além do atendimento inicial, intervenção mais aprofundada por parte da equipe multidisciplinar, em caráter ambulatorial, se a criança ou adolescente puder ser mantida protegida, sem risco de revitimização.

5.2 PERFIL DO AGRESSOR

5.2.1 Idade estimada dos agressores das crianças e adolescentes vítimas de violência

Os agressores das crianças e adolescentes vítimas de violência tiveram idades estimadas entre 11 e 80 anos, mas a maioria eram jovens entre 11 e 20 anos (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo a idade estimada do agressor, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

IDADE ESTIMADA DO AGRESSOR	PERIODO 2015- 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11-20	2	16,7	8	34,8	8	19,5	6	24,0	7	33,3	31	25,41
21-30	5	41,7	3	13,0	6	14,6	8	32,0	5	23,8	27	22,13
31-40	3	25,0	4	17,4	7	17,1	4	16,0	3	14,3	21	17,21
41-50	1	8,3	1	4,4	2	4,9	2	8,0	-	-	6	4,92
51-60	-	-	2	8,7	1	2,4	-	-	1	4,8	4	3,28
61-70	-	-	1	4,3	1	2,4	-	-	1	4,8	3	2,46
71-80	-	-	-	-	1	2,4	-	-	-	-	1	0,82
NAO RELATA	1	8,3	4	17,4	15	36,6	5	20,0	4	19,0	29	23,77
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

A maioria dos agressores de crianças e adolescentes foi estimada entre os 11 e 20 anos de idade, ou seja, 25,31%. Em 2015 (41,7%) e 2018 (32%), estimava-se que a maioria dos agressores tinha entre 21 e 30 anos de idade.

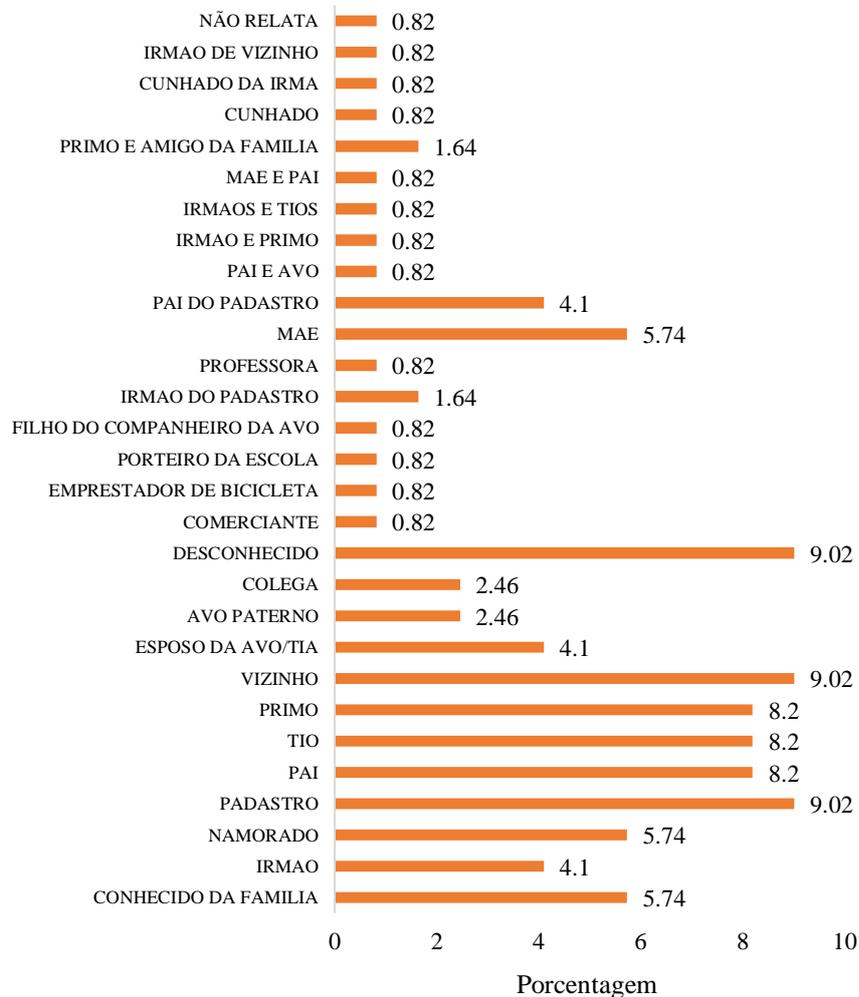
O exemplo da faixa etária do perfil do suspeito no total de denúncias do Disque 100 (2019), no grupo de Crianças e Adolescentes o suspeito possui uma faixa etária distribuída entre 18 e 59 anos, com uma concentração de 93% do total, sendo maior para a faixa do adulto entre 25 e 40 anos, cerca de 57%, independente do sexo.

5.2.2 Relação das crianças e adolescentes vítimas de violência com os agressores

Crianças e adolescentes têm sido vítimas de violência por parentes, vizinhos e desconhecidos. A maioria deles foi vítima de violência por padrasto e desconhecidos. As características do provável agressor mostram que os padrastos, vizinhos e desconhecidos aparecem em primeiro lugar, e os pais, tios, primos em segundo lugar, tanto para as crianças

como para os adolescentes, e para estes últimos, pessoa com relação afetiva apresenta-se com elevada proporção (Figura 4).

Figura 4 – Porcentagem da relação das vítimas com os agressores.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

A maioria das violências ocorre entre os membros da família: mãe (5,74%), pai (8,20%), tio (8,20%), primo (8,20%) ou por alguém conhecido da vítima (5,74%), padrasto (9,02%) vizinho (5,74) e por desconhecido (9,02%).

Numa pesquisa que foi realizada por Santos *et al.* (2011) na 1ª Vara da Infância e Juventude, cuja missão é garantir os direitos de crianças e adolescentes, por meio da prestação jurisdicional, assegurando-lhes condições para o pleno desenvolvimento individual e social, com fundamento na Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Os autores da violência sexual: Dentre os 41 agressores registrados, 17 eram os pais, e 10 os padrastos. Esses resultados são coerentes com os dados estatísticos da 1a VIJ/DF, que indicam a maior frequência do pai como agressor.

Martins e Jorge (2010), em um estudo descritivo, de corte transversal, de crianças e adolescentes de zero a 14 anos, demonstraram que o principal responsável da violência foi o padrasto, seguido de tios, cunhados, primos, vizinhos e amigos da família da criança violentada. Além disso, 97,3% eram do sexo masculino e, entre eles, 46,9% apresentavam 30 anos ou mais

Segundo Baptista *et al.* (2008), em relação aos agressores, demonstraram que no ambiente intrafamiliar, os principais agressores foram o padrasto e o pai, e no ambiente extrafamiliar, o namorado. De acordo com o Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes (2007) a relação entre o agressor e a criança ou adolescente é o principal determinante da forma de manifestação dos casos e pode apresentar-se das seguintes formas:

- Abuso sexual extrafamiliar com agressor desconhecido: Neste caso, a violência sexual geralmente ocorre uma única vez, de forma abrupta, e o abuso vem acompanhado de violência física. Como há ausência de qualquer vínculo com o agressor, a quebra do silêncio por parte da criança ou do adolescente e de sua família é impulsionada e, por isso, a denúncia acontece mais facilmente. Acomete mais frequentemente adolescentes do sexo feminino e a maioria dos casos acontece fora do ambiente doméstico, sendo comuns as situações em que ocorre penetração vaginal, anal ou oral;
- Abuso sexual extrafamiliar com agressor conhecido: Pode ocorrer mais de uma vez e tende a acontecer de forma gradual, ou seja, as atividades sexuais praticadas vão se tornando gradativamente mais intensas, até culminar com a relação sexual com penetração. Geralmente vem acompanhada de ameaças verbais e/ou de sedução, fazendo com que a criança ou adolescente mantenha o silêncio por medo, vergonha ou para se proteger, ou mesmo para proteger a família ou o próprio agressor;
- Abuso sexual intrafamiliar: Ocorre entre membros de uma mesma família que tenham algum grau de parentesco ou afinidade. É mais frequente dentro do ambiente doméstico, mas pode ocorrer também em outros espaços. A resistência para quebra do silêncio é mais intensa em decorrência do vínculo entre os envolvidos. É importante sempre lembrar que nestes casos todos os familiares estão de forma direta ou indiretamente envolvidos, não existindo uma única relação exclusiva entre agressor e criança ou adolescente. Esse tipo de violência também ocorre de forma gradual.

5.2.3 Suposto estado da consciência dos agressores das crianças e adolescentes vítimas de violência

Alguns dos agressores estão sob a influência de drogas ou álcool quando cometem violência, e a maioria das crianças e adolescentes vítimas de violência não estão conscientes do estado de consciência dos seus agressores.

Com relação ao consumo de álcool pelo agressor, na violência contra crianças e adolescentes, sua proporção foi de 9,2%. Com relação ao consumo de droga pelo agressor, nas violências contra crianças e adolescentes sua proporção foi de 5,74%, e ao consumo de álcool elevou-se para 9,02% (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência segundo o suposto estado da consciência do agressor, no Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

ESTADO DE CONSCIENCIA DO AGRESSOR	PRÍODO 2015- 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DROGADO	1	8,3	1	4,3	3	7,3	1	4	1	4,8	7	5,74
ALCOOLIZADO	-	0	2	8,7	3	7,3	4	16	2	9,5	11	9,02
OUTROS	-	0	-	0	1	2,4	-	0	-	0	1	0,82
IGNORADO	11	91,7	20	87	34	82,9	20	80	18	85,7	103	84,43
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

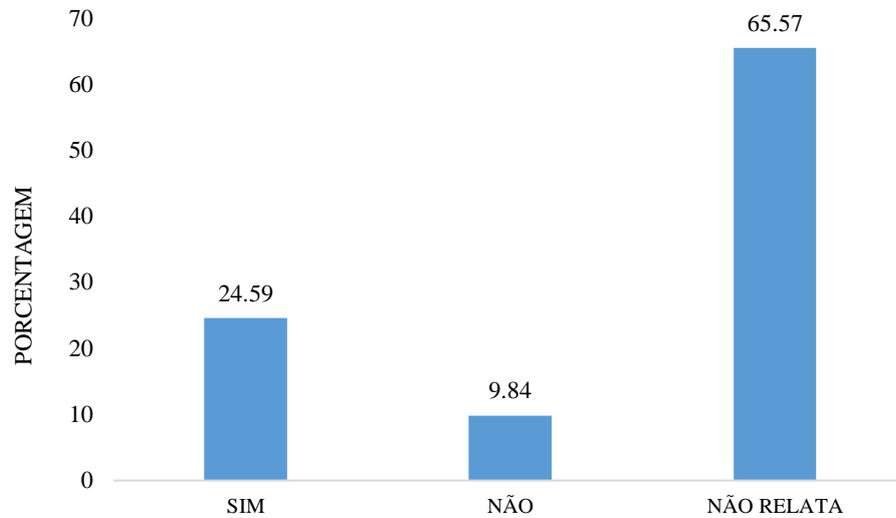
Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Segundo Martins et Jorge (2010) num estudo descritivo, de corte transversal, de crianças e adolescentes de zero a 14 anos, foram notificados 186 casos vítimas de abuso sexual, em município do sul do Brasil. Um elevado número de prontuários (66,1%) não trazia a situação de vulnerabilidade associada ao agressor (alcooolismo, drogadição, desemprego etc.). Ainda assim, o alcooolismo foi registrado como uma situação frequente (24,7%), seguido pela drogadição (4,3%), desemprego (4,3%) e distúrbio psiquiátrico (0,5%).

5.2.4 Contato do agressor com alguma parte do corpo da vítima

Muitos dos agressores durante a violência sexual tiveram contato com outras partes do corpo da criança ou adolescente além dos órgãos genitais, como boca, pescoço, seios, nádegas ou o corpo inteiro, estes dados estão presentes no gráfico a seguir (Figura 5).

Figura 5 – Contato do agressor com alguma parte dos corpos que não são os órgãos genitais.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Das 122 crianças e adolescentes vítimas de violência, 30 (24,59%) declararam que os agressores tinham tido contacto com partes do seu corpo que não são seus órgãos genitais.

Num estudo descritivo, de corte transversal, de crianças e adolescentes de zero a 14 anos, foram notificados 186 casos vítimas de abuso sexual, em município do sul do Brasil. Quase todos os casos de violência sexual (90,3%) ocasionaram lesão corporal. Nos demais, não foi possível determinar a presença de lesão em decorrência da qualidade da informação. Na grande maioria dos casos, o segmento corpóreo mais afetado foi a pelve (93,1%), seguida pelos casos em que foram afetadas múltiplas regiões (6,9%). Martins et Jorge (2010)

Segundo o Manual de Atendimento as Crianças e Adolescentes Vítimas de violência (2018), os resultados de exames não devem ser absolutos; no caso da violência sexual, por exemplo, um resultado negativo de corpo de delito não deve ser suficiente para desqualificar a violência, pois carícias e manipulações nem sempre deixam marcas visíveis, e a vítima pode ser remetida à condição de descrédito e a família induzida a uma falsa sensação de normalidade, e a inocência do agressor, legitimada, favorecendo a continuidade da prática sexual abusiva.

5.3 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

As crianças e adolescentes foram vítimas de vários tipos de violência, sejam sexuais, físicas, negligência e abandono, psicológicos e morais. A maioria foi vítima de violência

sexual. Tiveram aqueles que foram vítimas de mais de uma violência ao mesmo tempo, conforme a Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o tipo de violência sexual, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

TIPO DE VIOLENCIA	PERIODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXUAL	11	91,7	23	100	33	80,5	21	84,0	21	100	109	89.34
FISICA	1	8,3	-	-	6	14,6	13	52	6	28,6	26	21.31
NEGLIGÊNCIA E ABANDONO	-	-	-	-	7	17,1	4	16	-	-	11	9.02
PSICOLOGICA E MORAL	2	16,7	-	-	5	12,2	9	36	6	28,6	22	18.03

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Na análise total dos diferentes tipos de violência, a sexual foi o diagnóstico em 109 casos (89,34%). Tiveram aqueles que foram vítimas de mais de um tipo de violência como violência física, psicológica e moral que representaram 28,6%. No ano de 2019, 100% das crianças e adolescentes atendidas foram vítimas de violência sexual.

A violência física foi diagnosticada em 26 casos (21,31%) do total. Foram observados negligência e abandono em 11 casos, representando 9,02% do total. A violência psicológica esteve presente em 22 casos (18,03%). Em 2015, 2016, 2019, não houve casos de violência física e, em 2016, não houve nenhum diagnóstico de violência psicológica.

Uma pesquisa quantitativa, epidemiológica descritiva e documental realizada por Cezar *et al.* (2017) no objetivo de apresentar dados epidemiológicos de notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência, no período de 2009 a 2013, ocorridos e notificados em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram encontrados 316 documentos registros de notificação envolvendo a faixa etária entre 0 e 19 anos. No que se refere aos tipos de violência, as notificações revelaram que, na faixa etária entre 0 e 9 anos, predominou a negligência/abandono com 41 registros, acompanhada da violência psicológica/moral com 34, da violência sexual com 31 e da violência física com 29 registros. Na faixa etária entre 10 e 19 anos, prevaleceu a violência física com 98 registros, seguida da violência sexual com 60, de outros tipos de violência com 57.

O Manual de Atendimento as Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (2018) estima que o abuso físico seja responsável por aproximadamente 25% de todas as formas de abuso contra a criança e, proporcionalmente, a maior parte das mortes por abuso físico (80%) ocorre em crianças menores de 4 anos de idade.

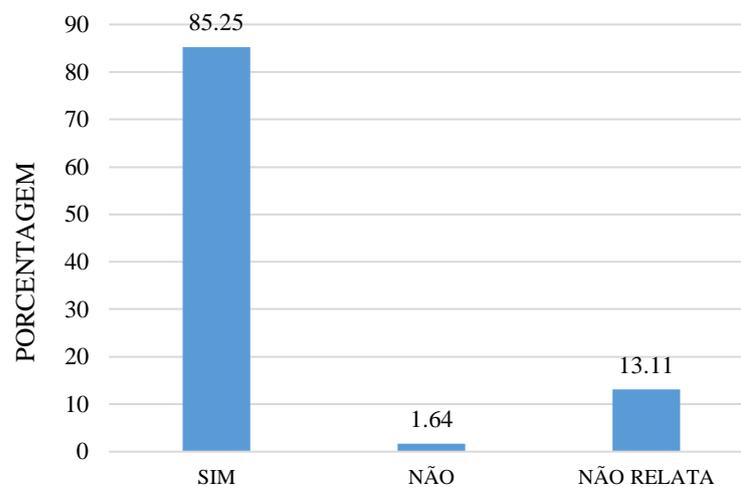
No Brasil, segundo o Sistema de Informação para Infância e Adolescência – SIPIA (2013), que recebe todas as notificações sobre violência dos conselhos tutelares, a negligência é responsável por cerca de metade das denúncias sobre violações de direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Dos 28.465 casos de problemas de convivência familiar e comunitária levados aos conselhos tutelares, 46,4% relatavam negligência dos pais.

Todas as crianças e todos os adolescentes vítimas de violência sexual, física, negligência ou abandono são vítimas também de violência psicológica/moral. Segundo o Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes (2007), a violência psicológica caracteriza-se por toda forma de submissão da criança ou adolescente aos pais ou responsáveis por meio de agressões verbais, humilhação, desqualificação, discriminação, depreciação, culpabilização, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição. É considerada também violência psicológica a utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de maus tratos podem causar danos, muitas vezes irreversíveis ao desenvolvimento biopsicossocial.

5.3.1 Dados sobre a ocorrência da violência sexual

A maioria das crianças e dos adolescentes disseram ter sido abusados sexualmente. Outros declararam que foi com o seu consentimento, mas como são crianças e adolescentes que não podem decidir por si próprios, é considerado como violação (Figura 6).

Figura 6 – Percentual de Criança ou adolescente que relata ter sofrido de violência sexual.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Das 122 vítimas de violência, 104 (85,25%) relataram que tinham sido vítimas de violência sexual. Destes, 2 (1,64%) disseram que houve consentimento com o agressor e 16 (13,11%) alegaram que tinham sofrido outros tipos de violência e outros não sabiam como a relatar. A alegação de violação por penetração vaginal, quer esteja ou não associada a outros atos sexuais, é registada em cerca de 60% dos crimes sexuais tratados pelo Instituto Medico Legal (IML) de São Paulo (DREZETT *et al.*, 2011).

Segundo o Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência, para o abuso sexual, a identificação do abuso sexual pode ser feita mediante o relato da vítima ou de um dos responsáveis, pela constatação da existência de lesões genitais ou anais após o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) ou gravidez.

Quando há o relato da criança/adolescente ou dos responsáveis, o direcionamento da anamnese torna-se mais objetivo, facilitando a abordagem do profissional de saúde. Em muitos casos, há a negação do fato, não se admitindo a possibilidade do abuso com o objetivo de proteger o abusador ou por se temer a ruptura do núcleo familiar.

5.3.2 Estado de consciência das crianças e adolescentes vítimas durante a ocorrência da violência

A maioria das crianças e adolescentes estavam conscientes quando foram vítimas de violência, permitindo-lhes relatar o que aconteceu e identificar os seus agressores. No entanto, outros estavam inconscientes ou dormindo (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo o estado de consciência durante a violência, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

ESTADO DE CONSCIENCIA	PERIOD 2015- 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSCIENTE	5	41,7	22	95,7	35	85,4	21	84	19	90,5	102	83,61
SONOLENTO	-	0	-	0	1	2,4	2	8	-	0	3	2,46
INCONSCIENTE	1	8,3	-	0	-	0	-	0	1	4,8	2	1,64
NÃO RELATA	6	50	1	4,3	5	12,2	2	8	1	4,8	15	12,30
TOTAL	12	100	23	100	41	100	25	100	21	100	122	100

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Durante as ocorrências da violência 83,61% das crianças e adolescentes vítimas de violência estavam conscientes. Durante 2015, declarou estar inconsciente aquando da

ocorrência da violência, o que representa 8,3%, e durante 2019, houve outro caso de uma vítima estar inconsciente aquando da ocorrência da violência, o que representa 4,8% para esse ano. Em 2017 (2,4%) e 2018 (8,0%), estavam sonolentos no momento da ocorrência da violência.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas ou drogas durante a violência poucos estudos incluem essa variável. Estudo epidemiológico descritivo de Lopez *et al.* (2021) baseado em dados secundários do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) do Brasil, registrados no SINAN, compreendendo as notificações de violência contra adolescentes entre 10 e 19 anos entre 2009 e 2016 no Brasil. Entre 2009 e 2016 foram notificados, no Brasil, 204989 casos de violência física, 75058 de violência psicológica, e 77760 casos de violência sexual perpetrados contra adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos. Houve suspeita de uso de álcool pelos agressores durante a ocorrência da violência, em média, em 34% dos casos notificados.

5.3.3 Meios de agressão e intimidação utilizados contra as crianças e adolescentes vítimas de violência

Os agressores usaram vários meios de agressão e intimidação, tais como força física, ameaças verbais, armas de fogo, tortura e outros para violar crianças e adolescentes. Os meios de agressão mais frequentemente utilizados são ameaças verbais e força física (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição de frequências absolutas e relativas, dos casos de violência contra crianças e adolescentes por ano de ocorrência, segundo os meios de agressão e intimidação, do Hospital da Criança e adolescente HCA, Amapá-Macapá Brasil (2015-2019).

(Continua)

MEIOS DE AGRESSÃO E INTIMIDAÇÃO	PERÍODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FORÇA FÍSICA	2	16,7	12	52,2	13	31,7	13	52	9	42,9	49	40,16
AMEAÇA VERBAL	4	33,3	16	69,6	12	29,3	11	44	8	38,1	51	41,80
ENVENENAMENTO/ INTOXICAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,8	1	0,82
TORTURA	-	-	-	-	1	2,4	1	4	1	4,8	3	2,46
FORÇA FÍSICA/ ESPANCAMENTO	-	-	-	-	1	2,4	5	20	4	19	9	7,38
SUBSTÂNCIA/ OBJETO QUENTE	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	1	0,82

(Conclusão)

MEIOS DE AGRESSÃO E INTIMIDAÇÃO	PERÍODO 2015 – 2019											
	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OBJETO PERFURO- CORTANTE	-	-	1	4,3	1	2,4	1	4	-	-	3	2,46
ARMA DE FOGO	-	-	3	13,0	-	-	1	4	-	-	4	3,28
OUTROS	-	-	2	8,7	1	2,4	-	0	1	4,8	4	3,28
NÃO RELATA	4	33,3	2	8,7	17	41,5	7	28,0	5	23,8	19	15,57

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

A ameaça verbal e a força física foram os principais meios pelos quais a violência foi perpetrada em ambos os sexos. 41,80% dos agressores usaram ameaças verbais e 40,16% usaram força física.

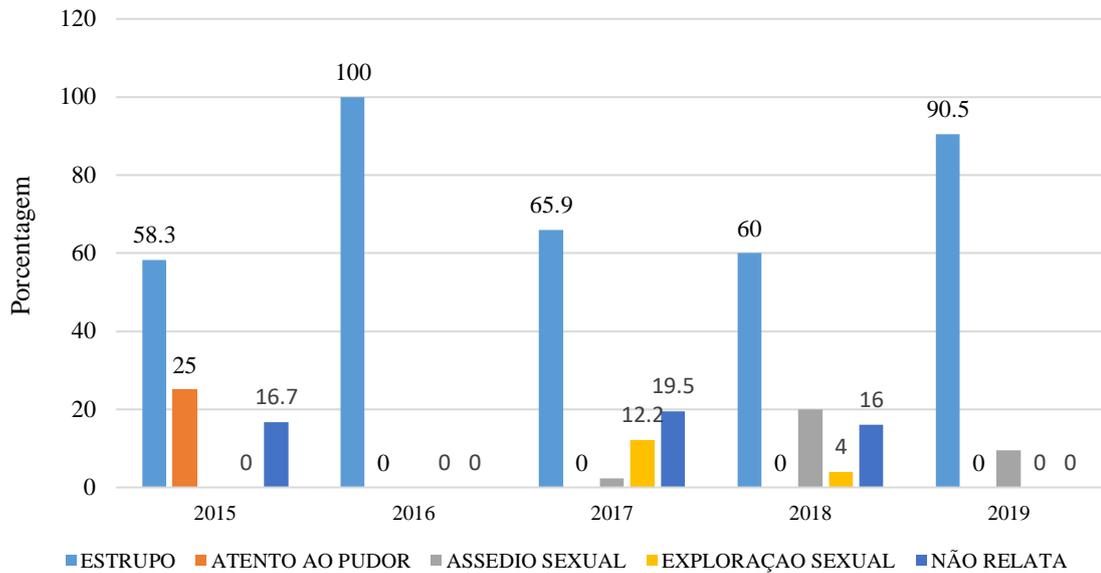
Um estudo descritivo realizado por Oliveira *et al.* (2020) dos casos de violência contra crianças e adolescentes e a completude das fichas de notificação registradas no Sinan, Manaus/AM, no período de 2009 a 2016 (N = 10.333). A força corporal e/ou espancamento (29,7%) e a ameaça (23,8%) foram os meios de agressão mais usados.

Segundo o Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes (2007), nos primeiros estágios da agressão nem sempre é fácil reconhecer as características da violência, pois o agressor pode se utilizar, inicialmente, de táticas de coerção, abuso emocional e psicológico para controlar a pessoa abusada. Muitas vezes, o controle sobre a criança e o adolescente se dá com a desculpa de boas intenções, de carinho ou como meio de educação (por exemplo, com o uso de palmadas como forma de educar). Este é um aspecto que pode tornar muito sutil o limite entre o que é ou não violência, sendo necessário que a equipe de profissionais da saúde esteja atenta aos detalhes da história do paciente ou de seu responsável e às suas contradições.

Para o agressor, a necessidade de manter o controle sobre a criança e o adolescente através da violência é crescente, podendo desencadear um incidente agudo, geralmente de agressão física, que pode ser avaliado por outras pessoas como fato isolado, se não forem considerados os antecedentes que não provocaram lesões ou sequelas físicas.

5.3.4 Tipos de violência sexual

Entre os tipos de violência sexual, estupro, atentado ao pudor, assédio sexual e exploração sexual foram identificados. (Figura 7)

Figura 7 – Tipos de violência sexual por ano (2015-2019).

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Das 122 vítimas de violência sexual, 91 (74,50%) foram vítimas de estupro, 3 (2,46%) atentado ao pudor, 8 (6,56%) assédio sexual, 6 (4,92%) exploração sexual e 14 (11,48) que não puderam relatar ou foram vítimas de outros tipos de violência. Durante 2016, 100% de crianças e adolescentes foram vítimas de estupro.

Conforme Kristensen *et al.* (2001), o abuso sexual se dividiria nas seguintes categorias:

1. Incesto: compreendido como qualquer relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente, entre um adolescente e uma criança, ou ainda, entre adolescentes, quando existe um laço familiar, direto ou não, ou mesmo uma mera relação de responsabilidade;
2. Estupro: do ponto de vista legal, é a situação em que ocorre penetração vaginal com uso de violência ou grave ameaça;
3. Sedução: situação em que há penetração vaginal sem uso de violência em adolescentes virgens, de 14 a 18 anos incompletos;
4. Atentado violento ao pudor: circunstância em que há constrangimento de alguém a praticar atos libidinosos, sem penetração vaginal, utilizando violência ou grave ameaça, sendo que, em crianças e adolescentes de até 14 anos, a violência é presumida, como no estupro;
5. Assédio sexual: propostas de contrato sexual; na maioria das vezes, há posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo agressor;

6. Exploração Sexual: é a inserção de crianças e adolescentes no mercado do sexo. Inclui a pornografia infantil e a prostituição.

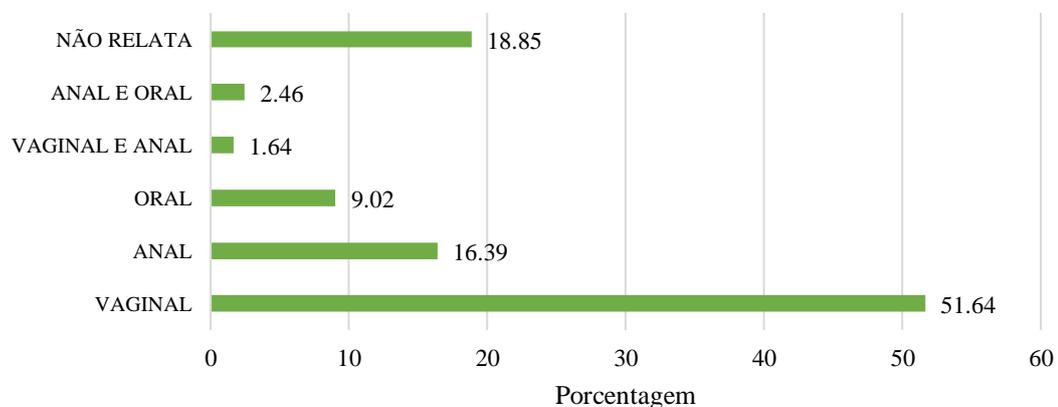
Segundo o Ministério de Direitos Humanos (2018), o estupro é o tipo mais frequente de violência sexual que demanda atendimento. Em 2011, concentrou 59% do total de atendimentos por violências sexuais notificadas, sendo maior sua incidência na faixa de 10 a 14 anos de idade, com uma taxa de 17,7 atendimentos para cada 100 mil crianças e adolescentes nessa faixa etária, mas também, em escala menor, nas faixas contíguas: 5 a 9 e 15 a 18 anos de idade, com taxas em torno de 10.

Em segundo lugar, com 19,2% dos atendimentos, vem o assédio sexual. As maiores taxas de atendimento foram registradas também na faixa de 10 a 14 anos e, em segundo lugar, na faixa de 5 a 9 anos de idade. Em terceiro lugar tem o atentado violento ao pudor, representando 15,1% dos atendimentos, e tem maior peso dos 5 aos 9 anos, mas também dos 10 aos 14 anos de idade. Com incidência relativamente menor, os atendimentos por exploração sexual representam 4,1% e de pornografia infantil totaliza 2,7%. Em ambos os casos, as maiores vítimas são crianças e adolescentes na faixa dos 5 aos 14 anos de idade.

5.3.5 Tipos de penetrações durante a violência sexual

Quanto ao tipo de penetração houve diferentes formas, como vaginal, anal e oral, sendo que algumas destas crianças tiveram mais de um tipo de penetração na ocorrência, assim como teve outras crianças que não relataram este acontecimento (Figura 8).

Figura 8 – Tipos de Penetração durante a violência sexual.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Durante a violência sexual sobre as crianças e adolescentes, observa-se que 51,64% tiveram penetração vaginal, 1,64% tiveram penetração vaginal e oral e 2,46% tiveram penetração anal e oral.

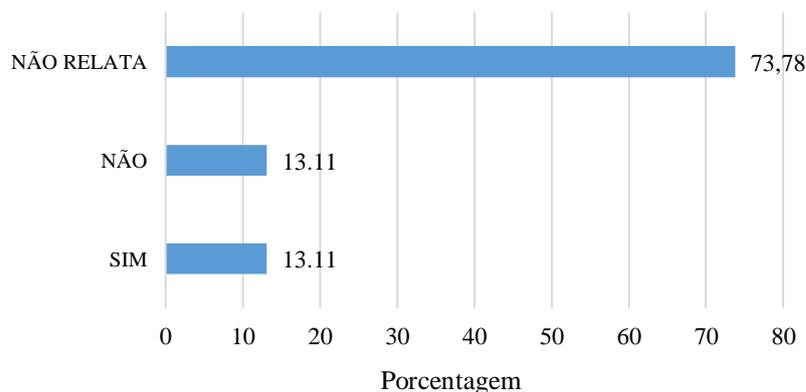
Segundo Neto (2018), a violência sexual tem duas formas principais, que são o estupro e o assédio sexual. O estupro, por definição, exige penetração de um orifício (boca, ânus ou vagina) por alguma parte do corpo como pênis ou objeto com uso de força ou incapacitação. O assédio, por sua vez, é um termo mais amplo que inclui situações como qualquer tipo de toque não desejado com conotação sexual ou atitudes como forçar uma pessoa a assistir pornografia ou agressão verbal com conotação sexual.

Drezett *et al.* (2011) realizaram um estudo retrospectivo com dados de 137 prontuários de adolescentes do sexo feminino vítimas de estupro, matriculadas no Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CER-CA) entre janeiro de 1995 e dezembro de 2004. O crime de violação com penetração vaginal foi notificado em 55 casos (40,1%), violação com penetração anal em 51 casos (37,2%) e violação com penetração vaginal e anal em 31 casos (22,6%).

5.3.6 Ejaculação durante a violência sexual

Durante o ato de violência sexual algumas crianças e adolescentes relataram que seus agressores haviam ejaculado, e outros que não sabiam relatar (Figura 9).

Figura 9 – Ejaculação durante a violência sexual.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Destas 122 crianças e adolescentes vítimas de violência, destacar-se que 16 (13,11%) declararam que a ejaculação tinha ocorrido durante o ato de violência sexual, 16 (13,11%)

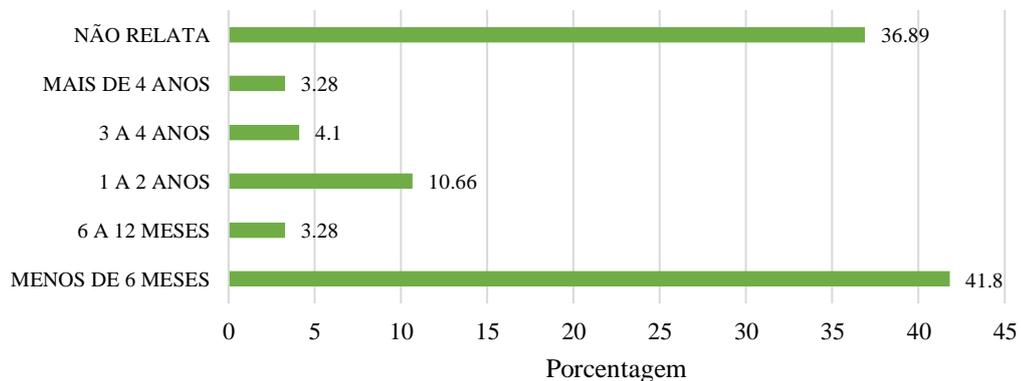
declararam que não tinha ocorrido nenhuma ejaculação e 90 (73,77) ignoram o dito acontecimento.

Segundo o Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes (2007), para identificação de espermatozoides nos casos em que houver demandas médicas urgentes ou emergenciais, as provas forenses devem ser colhidas nos locais de atendimento, a partir de coleta de secreção vaginal (colher em até 72 horas) ou anal (colher em até 6 horas) em 3 lâminas de vidro (deixar secar em ar ambiente e proteger em embalagem própria para lâminas).

5.3.7 Duração da violência

As crianças e adolescentes foram vítimas de violência em um período de 6 meses até 4 anos. A maioria da violência durou menos de 6 meses, conforme a Figura 10.

Figura 10 – Duração da Violência.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

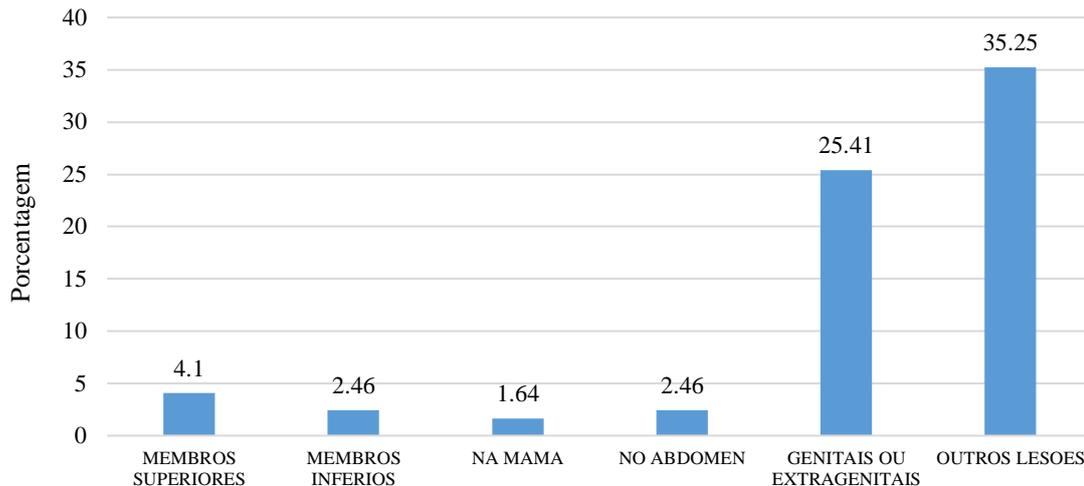
O gráfico mostra que 41,80% de crianças e adolescentes relataram ser vítimas de violência durante um período menos de 6 meses e 10,66% por 1 a 2 anos. Num estudo descritivo, de corte transversal realizado por Martins e Jorge (2010), com crianças e adolescentes de zero a 14 anos vítimas de abuso sexual, observou-se que a duração do abuso foi menos de seis meses em 57,0% dos casos. Uma pequena parcela (29,0%) sofreu a violência sexual por um período de um a dois anos antes que o caso fosse notificado.

As crianças e adolescentes são expostos à violência por um período mais ou menos longe e não é incomum que cresçam em um clima de violência crônica. A experiência de violência suportada assume muitas formas, exhibe vários graus de gravidade e tem consequências diferentes para as pessoas de referência que são vítimas (UNICEF, 2020).

5.3.8 Lesões durante a violência

Muitas crianças e adolescentes durante a violência tiveram lesões em diferentes partes dos seus corpos, como membros superiores e inferiores, mama, abdômen, genitais ou extragenitais e outras lesões (Figura 11).

Figura 11 – Lesões encontradas no exame físico.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Das crianças e adolescentes vítimas de violência 25,41% tiveram lesões genitais ou extragenitais e 35,25% tiveram outras lesões na parte dos seus corpos como pescoços, seios e cicatrizes.

Segundo Fumoko *et al.* (2011), num estudo seccional para avaliar o perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atendidos pelo serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008. Foram incluídos pacientes com idade menor ou igual aos 14 anos 11 meses e 30 dias (n=216). Os danos físicos, como consequências para a vítima, foram: lesões orgânicas em 19,91% dos casos, sendo 6,02% no ânus, 3,24% na vagina, 2,32% na região perineal, 1,85% em outras regiões, e em 4,17% uma associação destes. Houve rotura do hímen em 17,59% dos casos e gravidez em 1,85% dos casos.

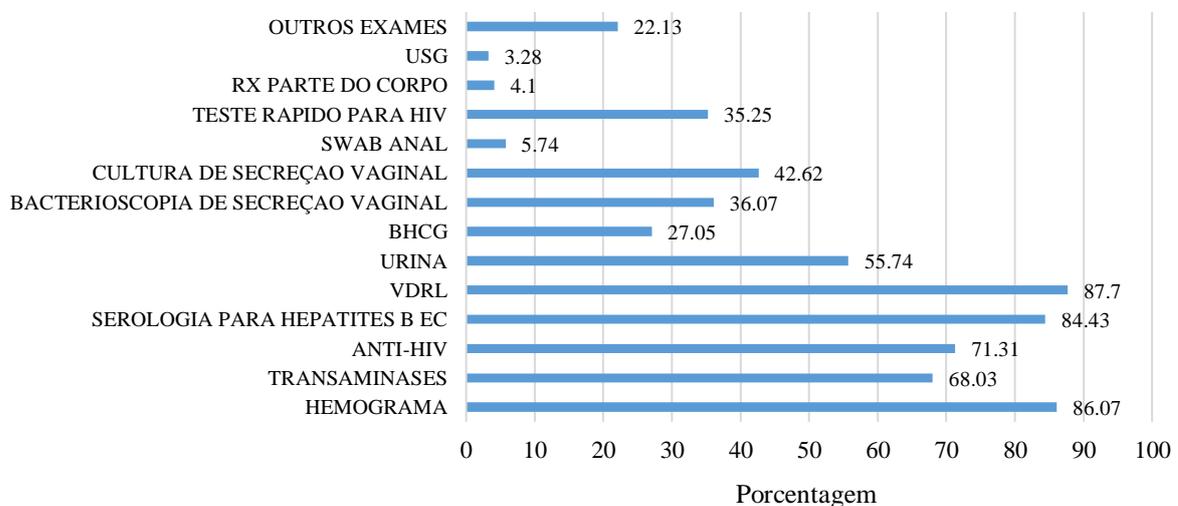
De acordo com Pfeiffer (2005), o exame físico de toda a criança e adolescente deve ser completo, e a inspeção dos genitais e ânus, uma rotina. Dessa forma, o profissional familiariza-se com os dados normais e fica mais habilitado e seguro para reconhecer qualquer alteração dessa área.

5.4 PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (SAVVI)

5.4.1 Requisição de exames no primeiro atendimento

No primeiro atendimento, as crianças e os adolescentes vítimas de violência foram submetidas a vários exames, conforme explicitado no gráfico abaixo (Figura 12).

Figura 12 – Requisição de exames no primeiro atendimento.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Segundo o gráfico, do total das 122 crianças e adolescentes vítimas de violência, 105 (86,07%) foram submetidos ao hemograma, 107 (87,70%) fizeram VDRL. Em 2019, 100% de criança e adolescentes vítimas de violência fizeram hemograma, transaminases e VDRL.

De acordo com Beltrão (2018), a coleta imediata de sangue deve ser realizada no momento de admissão da vítima de violação/violência sexual, sendo necessária para estabelecer a eventual presença de IST, HIV ou hepatites previamente à violência sexual, bem como determinar as condições de saúde da vítima a fim de estabelecer parâmetros para o acompanhamento futuro. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início da profilaxia que deve ser iniciada na sala de exames. Conteúdo vaginal: exame bacterioscópico (Clamídia, Gonococo e Trichomonas), cultura para gonococo e PCR para clamídia, se possível descrever se tem presença de espermatozoides no material.

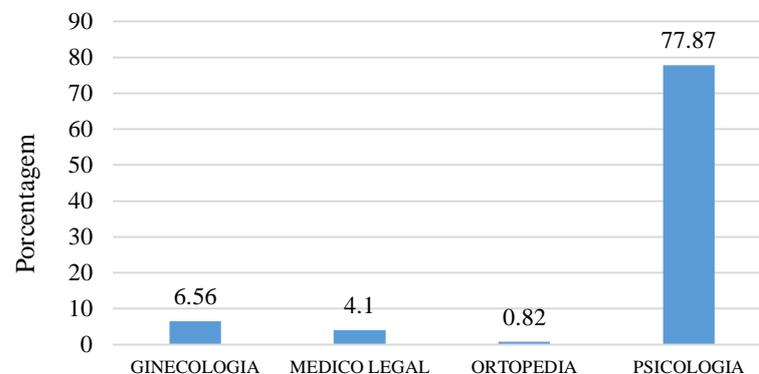
Sangue: Anti HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); Hepatite C (anti HCV); Sífilis; Transaminases; Hemograma e beta HCG (para mulheres em idade fértil). Para os exames de HIV, Hepatite B e Sífilis serão realizados testes rápidos.

Exames forenses: os exames laboratoriais de interesse médico legal são realizados pelo médico perito do IML e subsidiam a investigação e identificação do(s) agressor(es), assim como a elaboração de laudos periciais. São eles: sangue da pessoa agredida (para possível posterior confronto de DNA, para dosagem alcoólica/toxicológica e beta HCG para mulheres em idade fértil), urina para análise toxicológica, *swabs* para pesquisa de sangue, espermatozoide e PSA (antígeno prostático específico), nas seguintes regiões: vagina, boca, vulva, ânus e pênis (esfregaços de regiões excepcionais podem ser realizados, dependendo do histórico da agressão).

5.4.2 Solicitação de parecer para crianças e adolescentes vítimas de violência

As crianças e adolescentes vítimas de violência foram enviados para outros especialistas tais como ginecologistas, ortopedistas, médicos legistas e psicólogos, para um melhor atendimento dos casos (Figura 13).

Figura 13 – Solicitação de parecer para crianças e adolescentes vítimas de violência.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Conforme o gráfico, verifica-se que 95% de crianças e adolescentes foram atendidos por um psicólogo, 6,46% por ginecologista, 4,10% médico legista e 0,82% um ortopedista. Segundo o Manual de Atendimento as Crianças e Adolescentes vítimas de violência, médicos são importantes na detecção de casos, devendo analisá-los e encaminhá-los a outros serviços sempre que necessário, notificando-os às autoridades competentes para que o panorama epidemiológico da violência possa ser mais completo, e seu combate, mais eficaz (BRASIL, 2018).

De acordo com Drezett *et al.* (2012), a complexidade das situações de abuso sexual demanda o atendimento por profissionais de diversas áreas de atuação, cada qual com seu

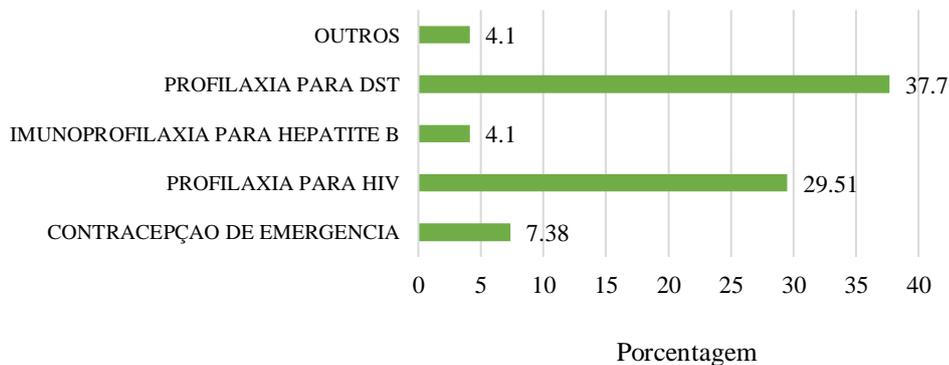
papel, foco de intervenção, linguagem e metodologia próprios. A comunicação entre esses diversos especialistas é fundamental para que sejam compreendidas as peculiaridades de cada caso, evitando-se redundância ou contradição entre os múltiplos procedimentos. As equipes devem estar atentas para a dinâmica das famílias abusivas, que tende a contaminar o atendimento, sendo frequentes a confusão de papéis e as tentativas de manter a situação em segredo, que repercutem especialmente com relação a profissionais que atuam de forma isolada, o que não é recomendado.

A institucionalização do atendimento favorece o esclarecimento de informações contraditórias e protege os profissionais, assim como o registro completo das informações de história e exame físico do paciente em prontuário.

5.4.3 Medicamentos administrados depois da violência sexual

As crianças os adolescentes que chegaram até 72 horas após a violência iniciaram profilaxia para DST/HIV segundo a esquema preferencial da sua idade, e a contracepção emergência para os que chegaram antes de 24 horas após a violência, seguiram o seguinte esquema: para menores de 12 anos por faixa etária e peso, foi indicado 0-14 dias Zidovudina (AZT) sol. oral + Lamivudina (3TC) sol. oral+ Nevirapina (NVP) Sol. Oral. 14 dias- 2 anos: Zidovudina (AZT) sol. Oral + Lamivudina (3TC) sol. Oral + Lopinavir/r (LPV/r) sol. Oral. 2 anos-12 anos: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL) 1 COMPRIMIDO 12/12. Esquema preferencial para PEP para gestantes de 12 anos: Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) 300/300mg 1 com/dia + Raltegravir (RAL) 400mg, 1 comprimido de 12/12h (Figura 14).

Figura 14 – Medicamentos administrados depois da violência sexual.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Conforme o gráfico anterior, um total de 70% de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual aderiram à profilaxia para IST, 29,51% foram submetidos a profilaxia para HIV. 7,38% tomaram contracepção de emergência e 4,1% imunoprofilaxia para Hepatite B.

Um estudo de coorte retrospectivo realizado no Centro de Saúde da Mulher do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas (UNICAMP) por Torres *et al.* (2020). Este hospital é um serviço de referência para mulheres sobreviventes de violência sexual. Foi avaliado todos os registros médicos de mulheres com idade até 18 anos, que procuraram o programa de atendimento de emergência para mulheres vítimas de violência sexual, de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2018. Um total de 1174 sobreviventes femininas de violência sexual receberam atendimento de emergência; destas, 521 (44,3%) eram adolescentes entre 10-18 anos de idade, o que constituiu a amostra deste estudo. Consequentemente, 61% dos adolescentes receberam contracepção de emergência, 77% receberam profilaxia para infecções de transmissão sexual bacteriana, 63,7% iniciaram a profilaxia para HIV e 65,4% para o vírus da hepatite B.

Em estudo transversal, descritivo e analítico, com dados secundários do SINAN realizado por Platt *et al.* (2018), analisaram todos os casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual infantil, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, notificados por um hospital pediátrico de Florianópolis, Santa Catarina N=477. Quanto aos procedimentos realizados, referidos no momento da notificação, observou-se que a maioria das vítimas não fez profilaxia para IST (71,7%), para HIV (72,9%) ou para Hepatite B (78,6%). Não houve coleta de sêmen em 89,2% dos casos e de secreção vaginal em 75,4%. No período analisado, cinco adolescentes (3,5%, IC95% 0,4-6,5) foram encaminhadas para a interrupção legal da gestação e 48 (16,7 %, IC95% 93,5-99,6) fizeram uso da medicação utilizada para contracepção de emergência. Houve um caso de gravidez (1,0%) que foi levada a termo, e doze casos de ISTs (3,4%), decorrentes do abuso.

Num estudo seccional para avaliar o perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atendidos pelo serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008. Foram incluídos pacientes com idade menor ou igual aos 14 anos 11 meses e 30 dias (n=216), por ser a faixa etária atendida pela pediatria no serviço citado; ter sido vítima de violência sexual e ter realizado o preenchimento do protocolo de atendimento na avaliação do Pronto-socorro. A profilaxia, com medicamentos contra doenças de transmissão sexual, foi prescrita para 24,3% das vítimas (FUKUMOTO *et al.*, 2011).

Segundo o Manual de atendimento as crianças e adolescentes vítimas de violência, entre os procedimentos realizados incluem-se as diversas profilaxias indicadas apenas nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, que devem ser adotadas o mais precocemente possível, sendo consideradas ineficientes após esse período ou em casos de abusos repetidos (BRASIL, 2018).

Na norma técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (2012) apresenta os procedimentos profiláticos relacionados a agravos consequentes à violência sexual, para a profilaxia de emergência de gestação há a indicação de anticoncepção de emergência (levonorgestrel via oral em dose única).

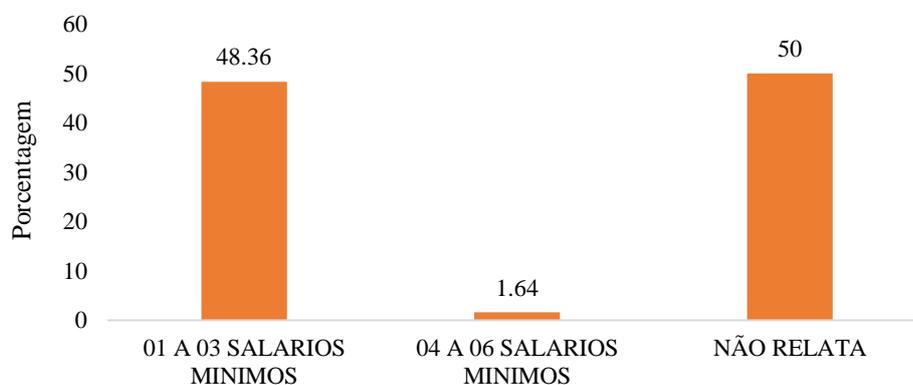
Para infecções sexualmente transmissíveis não virais os pacientes não vacinados contra a hepatite B ou com situação vacinal desconhecida devem receber imunoglobulina específica anti-hepatite B, além da complementação do esquema vacinal. A quimioprofilaxia antirretroviral deve ser utilizada criteriosamente, pois devem ser tomadas por um período relativamente longo (28 dias) e não são isentas de efeitos colaterais.

Os critérios para a adoção aos antirretrovirais indicam somente em casos agudos com penetração anal ou vaginal, em um intervalo de exposição e início do tratamento de 72 horas e o status sorológico do agressor. O esquema de escolha inclui mais de uma droga, podendo ser adaptado individualmente e acompanhado de perto para evitar abandono do tratamento.

5.4.4 Informações do atendimento do serviço social e situação socioeconômica

A maioria das crianças e adolescentes que foram vítimas de violência viveram numa família que tinha uma renda de 01 a 03 salários-mínimos (Figura 15).

Figura 15 – Renda Familiar das crianças e adolescentes vítimas de violência.



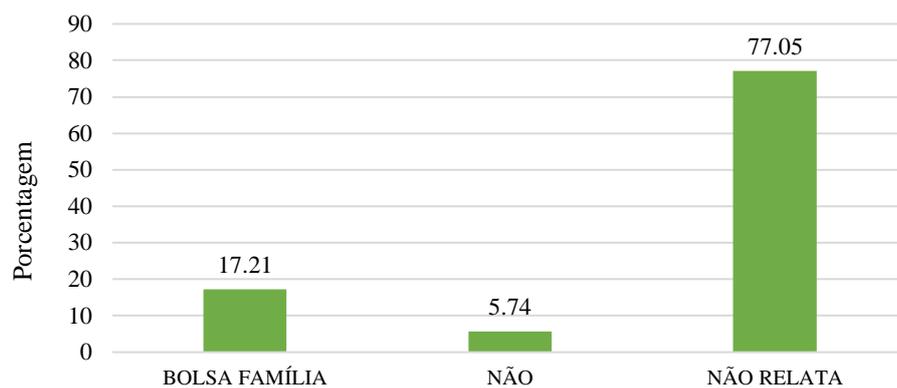
Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Dos 122 casos, 48,36% tiveram uma renda familiar de 01 a 03 salários-mínimos e 1,64% tiveram uma renda familiar de 04 a 06 salários-mínimos. No Brasil, 18 milhões de crianças e adolescentes moram em domicílios com renda insuficiente, os números preocupam, mas o problema pode ser ainda maior, isso porque a renda é um fator importante, mas ela não é suficiente para explicar os múltiplos aspectos que envolvem o bem-estar e a garantia de direitos de meninas e meninos (UNICEF, 2018).

5.4.5 Benefícios de transferência de renda

Os pais das crianças e adolescentes vítimas de violência receberam benefícios de transferências de programas sociais (Figura 16).

Figura 16 – Benefício de transferência de renda.

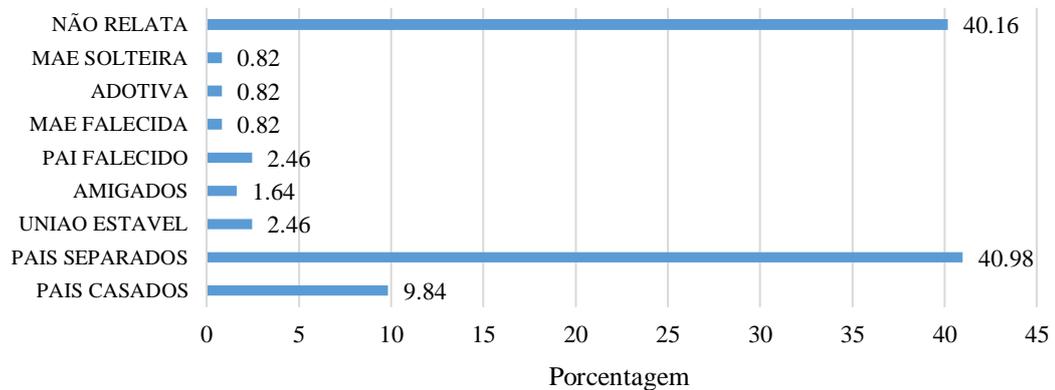


Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Um total de 17,21% das famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência relataram que receberam bolsa família. Segundo a Secretaria Especial do Desenvolvimento Social (2015), o Programa Bolsa Família atende às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza, utilizando um limite de renda para definir esses dois patamares. Assim, podem fazer parte do Programa: todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais e famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos.

5.4.6 Aspecto da família das crianças e adolescentes vítimas de violência

A maioria dos pais de crianças e adolescentes vítimas de violência eram separados e alguns tiveram mães ou pais falecidos (Figura 17).

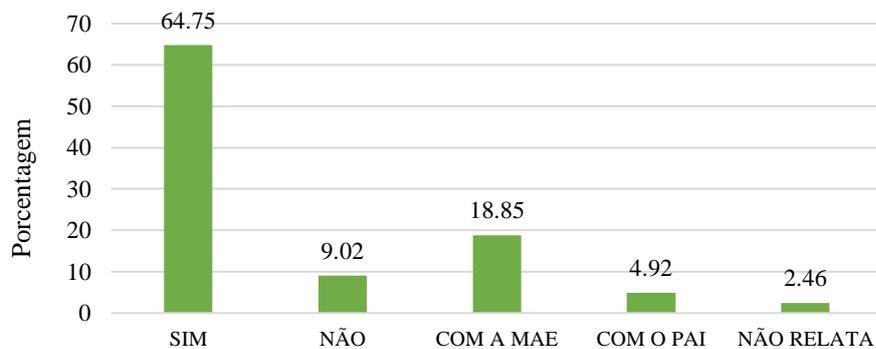
Figura 17 – Aspectos da família das crianças e adolescentes vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Quanto ao aspecto familiar das crianças e adolescentes vítimas de violência, 9,84% dos pais eram casados, e 40,98% eram separados. Segundo o Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes, a ruptura dos vínculos familiares faz com que a segurança e o bem-estar físico e emocional dos filhos não seja o objetivo dos pais ou responsáveis. Nessa situação, crianças e adolescentes passam a representar um peso, um fardo a carregar e isso pode ser demonstrado nas mais variadas formas de violência (BRASIL, 2007).

5.4.7 Convivência das crianças e adolescentes vítimas de violência

As criança e adolescentes vítimas de violência conviveram com seus pais ou com suas mães, as vezes com os dois (guarda compartilhada), e outros que moravam no abrigo após a violência e foram vítimas de violência outra vez por colegas (Figura 18).

Figura 18 – Crianças e Adolescentes vítimas de violência que convivem com os pais.

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

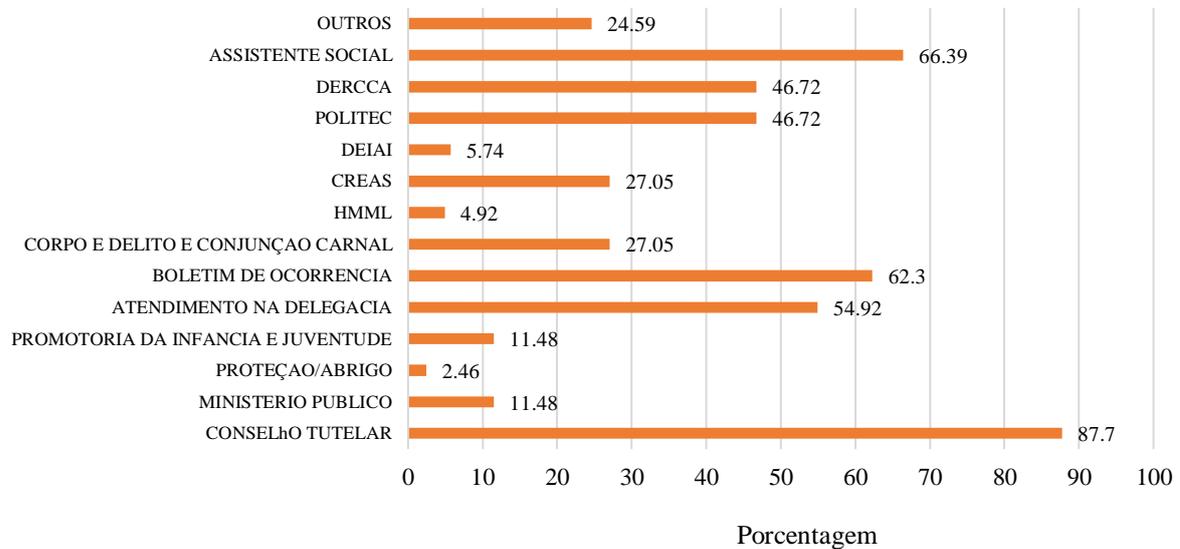
Conforme mostra o gráfico, destas crianças e adolescentes vítimas de violência, 64,75% relataram que convivem com as mães e os pais juntos, 18,85% apenas com suas mães, 4,92% apenas com seus pais e 9,02% em outros lugares. Uma criança ou um adolescente é exposta a qualquer tipo de violência ao crescer em uma família em onde a violência doméstica é prevalente ou quando ele permanece lá regularmente. A criança ou o adolescente pode ser confrontado com este flagelo em diferentes situações familiares, por exemplo na sua própria família, na sua família de acolhimento ou na nova família do progenitor separado.

Numa pesquisa que foi realizada por Santos *et al.* (2011), na 1ª Vara da Infância e Juventude, cuja missão é garantir os direitos de crianças e adolescentes, por meio da prestação jurisdicional, assegurando-lhes condições para o pleno desenvolvimento individual e social, com fundamento na Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Das 26 crianças, 6 residiam com a mãe e o pai na época em que sofreram violência, 13 residiam na companhia da mãe e do padrasto, 4 moravam apenas com a mãe, e outras 3 viviam com outros familiares.

De acordo com a Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências, Art. 19, toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, em caso de família substituta, assegurada a convivência familiar comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

5.4.8 Encaminhamento e atendimento realizados em outros serviços

As crianças e adolescentes vítimas de violência foram encaminhados e atendidos a outros serviços após seu primeiro atendimento de acordo das suas necessidades (Figura 19).

Figura 19 – Encaminhamento e atendimento realizados.

Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Segundo a figura 19, 87,7% das crianças e adolescentes foram encaminhados ao conselho Tutelar, 66,39% para assistente social, 62,3% fizeram boletim de ocorrência e 46,72% foram encaminhados a DERCCA e POLITEC.

Num estudo realizado por Oliveira *et al.* (2014), são analisadas a seguir 1.418 notificações de violência sexual perpetradas em crianças e adolescentes no período de 2001 a 2010, com média de notificação anual de 142 registros, cerca de 10 casos ao mês e três a cada semana. verifica-se que a maior proporção dos casos de violência sexual foi registrada nos Conselhos Tutelares (cerca de 58,2%), sendo a maioria sem outros eventos violentos concomitantes (78,2%). Os encaminhamentos mais encontrados foram para os Conselhos Tutelares, CREAS e Delegacias especializadas.

Segundo o manual prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes é fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar as organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das delegacias da mulher e da criança e do adolescente, do conselho tutelar, do conselho de direitos de crianças e adolescentes, CRASS, CREAS, do Instituto Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, das creches, entre outros (BRASIL, 2012).

Segundo o Manual de atendimento as Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência para o roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento, deve envolver: conselho tutelar ou vara da infância e juventude; boletim de ocorrência (direito exclusivo da vítima ou de seu

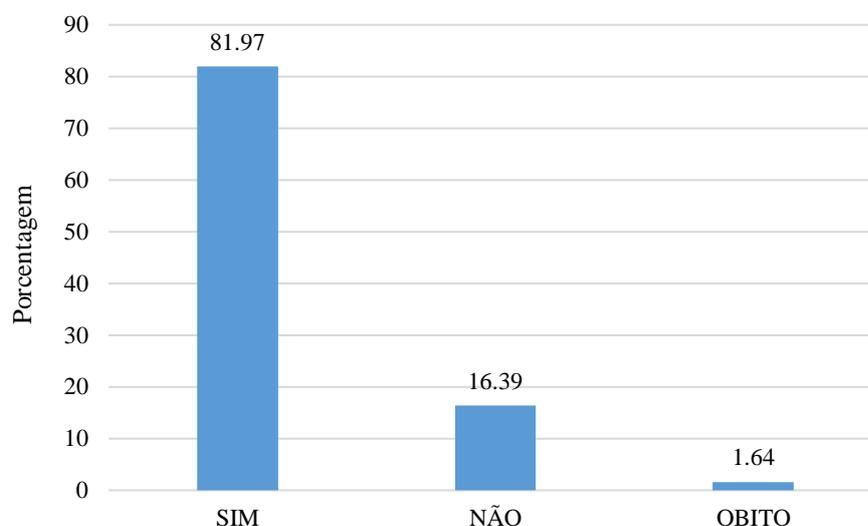
responsável legal, exceto quando o agressor possui poder familiar sobre a vítima, caso em que o boletim de ocorrência pode ser feito pela equipe de saúde); serviços de vigilância epidemiológica; Delegacia Especializada na Investigação de Atos Infracionais (DEIAI) registra o boletim de ocorrência, expede requisição de exames de corpo de delito, lavra o auto de Infração em flagrante ou instaura o auto de Investigação Social (AIS) quando o ato infracional for atribuído a adolescente. Encaminha o AIS conclusivo para o Ministério Público.

Promotoria de Justiça da Infância e Juventude: de posse do auto de apreensão, boletim de ocorrência ou Autos de Investigação Social (AIS), procede a oitiva do adolescente a quem se atribui a autoria do ato infracional, de seus pais ou responsáveis, da vítima e testemunhas. Analisa o AIS e adota as medidas previstas em lei, adequadas ao caso: arquivamento, concessão de remissão ou representação ao juiz para aplicação de medida socioeducativa (art. 180 /ECA). Determina e acompanha a aplicação de medidas protetivas à vítima e demais providências cíveis necessárias.

5.4.9 Acompanhamento das crianças e adolescentes após a violência

As crianças e os adolescentes vítimas de violência deveriam retornar ao hospital 4 vezes durante um período de 6 meses após o primeiro atendimento. A maioria faltou nos atendimentos e não terminou o processo. Tiveram dois que foram internados e depois evoluíram ao óbito e essas crianças tinham menos de um ano (Figura 20).

Figura 20 – Falta de atendimento no hospital.



Fonte: Dados da pesquisa do SAVVI do HCA, 2020.

Das 122 crianças e adolescentes vítimas de violência, observar-se que 20 (16,39%) estiveram de alta e 2 (1,64%) morreram, vítimas de negligência e abandono. De acordo com Ministério dos Direitos Humanos (2018) a falta no atendimento ao Hospital é uma negligência.

Num estudo seccional realizado por Fukumoto *et al.* (2011) para avaliar o perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atendidos pelo serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008. Entre os 216 pacientes, apenas um compareceu ao chamado de retorno após a alta e, nos demais, a tentativa de contato por telefone ou via endereço, fornecidos, mostrou que mudanças de rua, bairro, ou cidade e telefones que simplesmente não existem, não nos permitiram construir esta resposta. Tais circunstâncias nos levam a pensar se isso fora apenas uma coincidência ou se foi uma forma de se esconderem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência é uma importante forma de contribuir para aumentar a visibilidade desta realidade vivenciada por inúmeras de crianças et adolescentes em Macapá. Nessa cidade, no período do estudo, foi observado que as meninas tenham maior probabilidade de sofrer a violência em comparação com os meninos e a violência sexual foi a mais frequentemente notificada. Do total dos casos de violências notificados, 5,74% foram contra crianças com diagnostico de deficiência ou transtorno. A maioria dessas crianças e adolescentes tinha a raça/cor da pele parda, residentes em zona urbana, em idade de zero a 12 anos, cursando o ensino fundamental, vítimas mais de uma vez, morou com pais separados. Quanto ao local de ocorrência, a residência da própria vítima permaneceu como o principal cenário para o desfecho. A maior frequência de ocorrências de violência em função da região aconteceu na zona urbana. Identificou-se que existem diferentes autores da violência, podem ser outras crianças, podem ser adolescentes, podem ser adultos, podem ser mulheres, podem ser homens. A maioria dos agressores usou a ameaça verbal, eram de cor parda, alcoolizado, tiveram idade entre 11 e 20 anos, foram padrasto, pai, tio, primo, vizinho e conhecido da família. Relacionados às consequências depois a violência, verificou-se que alguns tiveram fraturas e doenças sexualmente transmissível.

A análise dos dados sofreu limitações devido às informações incompletas nas fichas de notificação, essa falta de informações pode ser devida por falta de conhecimentos, ou negligência profissional no preenchimento. Na análise da completude dos prontuários como um todo, percebeu-se que a maioria não teve uma boa completude de preenchimento, O preenchimento correto de todas as informações permitiria uma análise mais sólida e, portanto, o desenvolvimento coerente de estratégias de controle da violência, bem como a conscientização e a segurança dos direitos de crianças e adolescentes.

Entretanto, seus resultados servirão de base ou suporte para futuras pesquisas sobre violência em crianças e adolescentes e contribuam para a melhoria da qualidade de vida infanto-juvenil. Servirão de referência e inspiração para os debates acerca da violência na infância e adolescência no Macapá, que uma vez que ainda não há um perfil epidemiológico deste evento no município de Macapá, fornecendo subsídios para propostas de intervenção e prevenção.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA EFE. **ONU: La violencia contra la infancia en América Latina requiere de leyes que la prohíban.** 2019.

ARAÚJO, G. S. **O trabalho infantil no Brasil: análise dos microdados da PnadC 2019.** Brasília, 2021. Disponível em: https://fnpeti.org.br/media/publicacoes/arquivo/pnadC2019_interativo_final.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2020.

ARAÚJO, R.; CONSTANTINO, A.; LADEWIG, V.; ANGELO, K.; MENDES, C. Visão contemporânea do tratamento do indivíduo padrão III: da infância à idade adulta. **Trabalho original.**, 51:332-339, 2018.

ARAÚJO, V. S. **A violência contra crianças e adolescentes: um estudo sobre o trabalho multiprofissional em um CREAS do sertão paraibano.** 2019. Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, 2019.

BECERRA TORRES, A. S.; DUARTE, C. A.; WITTMANN, B. Z.; *et al.* Care to female adolescents victims of sexual violence at a referral service in Brazil from 2011 to 2018. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 156(2):276-283, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33899927/>. Acesso em 5 de agosto de 2022.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, 20(4):5, 2006.

BRASIL. **Lei Federal no. 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente.** Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Brasil. Frequência por faixa etária segundo UF notificação, período 2014.** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em 19 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência á violência doméstica.** Ministério da Saúde – Brasília: MS, SASA, 1997. 26 p.

BRASIL. Secretaria da Saúde. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 60p.

BRASIL. **Violência contra a juventude negra – 2015.** DataSenado. 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/publicacaodatasenado?id=violencia-contra-a-juventude-negra-2015>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

BRETAN, M. E. A. N. **Violência sexual contra crianças e adolescentes mediada pela tecnologia da informação e comunicação: elementos para a prevenção vitimal.** Disponível

em: <https://library.org/document/y9drewvq-violencia-criancas-adolescentes-tecnologia-informacao-comunicacao-elementos-prevencao.html>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

CALZA, T. Z.; DELL'AGLIO, D. D.; SARRIERA, J. C. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. **Rev. SPAGESP**, 17(1):14-27, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 9 de abril de 2022.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicol., Ciênc. Prof.**, 37(2):432-445, 2017.

CHAVES, E.; FORTUNATO COSTA, L. La Doctrina de Protección Integral y el Sistema de Garantía de Derechos de Niños y Adolescentes. **Av. Psicol. Latinoam.**, 36(3):477-491, 2018.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência**: definições e tipologias [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2020). **Referências técnicas para a atuação de psicólogos(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual**. Disponível em: <https://bit.ly/3ozVkmW>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

COSTA MAIA, A.; BARRETO, M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. **Psicologia em Estudo**, 17(2):195-204, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287124798003>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

COSTA, M. C. O.; SOUSA, H. L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, 12(5):1129-1141, 2007.

DATASENADO. **Brasileiros reconhecem**: os negros são as maiores vítimas da violência no país. 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/materias/pesquisas/violencia-contra-a-juventude-negra-2015>. Acesso em 12 de setembro de 2020.

DISQUE DIREITOS HUMANOS. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos. **Relatório 2019**. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2020.

DREZETT, J.; JUNQUEIRA, L.; TARDELLI, R.; *et al.* Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. **Journal of Human Growth and Development**, 21(2):189-197, 2011.

DREZETT, J.; PEDROSO, D.; MEIRELLES, A. DE C.; GEBRIM, L. H. A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar. **O Mundo da Saúde**, 36(2):346-350, 2012.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

FARIAS, M. S.; SOUZA, C. D.; CARNESECA, E. C.; PASSOS, A. D.; VIEIRA, E. M. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. **Epidemiol Serv Saude**, 25(4):799-806, 2016.

FIGUEIREDO, M. C.; ROCHA, R. M.; MELGAR, X. C. Prevalencia de niños víctimas de violencia en la ciudad de Porto Alegre e influencia de sus variables en el ámbito odontológico. **Odontoestomatología**, 20(32):32-41, 2018.

FUKUMOTO, A. E. C. G.; CORVINO, J. M.; OLBRICH NETO, J. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Rev. Ciênc. Ext.**, 7(2):76, 2011.

FUNDAÇÃO ABRINQ PELOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Caderno Legislativo da Criança e do Adolescente**. 2019.

GAVA, L. L.; DA SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. **Psico**, 44(2):9, 2013.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T.; NEIS, I. A.; ABREU, S. P.; RODRIGUES, R. S. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2019. 248p.

GRANVILLE-GARCIA, A. F., DE MENEZES, V. A., TORRES FILHO, B.; Araújo, J. R., & Silva, P. F. R. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. **Pesquisa brasileira em Odontopediatria e Clínica integrada**, 6(1):65-70, 2006.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZW, A. B.; LOZANO, R.; eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LAFOREST, J.; MAURICE, P.; BOUCHARD, L. M. (dir.). **Rapport québécois sur la violence et la santé**. Montréal: Institut national de sante publique du Quebec, 2018.

LEITE, J. C. S.; OLIVEIRA, V. R.; LOPES, M. S. V.; ALBUQUERQUE, G. A. Cartilha educativa: enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes. **Rev Recien.**, 11(35):523-532, 2021.

LIMA, W. L. **A criança vitimizada**: as várias faces da violência. Postila de Pediatria / Faculdade de Medicina – FTC. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/99369894/violencia-na-crinaca>. Acesso em 27 de outubro de 2020.

MACEDO, D. M.; FOSCHIERA, L. N.; BORDINI, T. C. P. M.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciênc. Saúde colet.**, 24(2):487496, 2019.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, 13(2):91-103, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751425002>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

- MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A.; *et al.* A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. **Ciênc. saúde colet.**, 21(12):3729-3744, 2016.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 2019. 337 p.
- MARRA, M. M.; COSTA, L. F. Entre a revelação e o atendimento: família e abuso sexual. **Avances en Psicología Latinoamericana**, 36(3):459-475, 2018.
- MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, 19(2):246-255, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 1(2):91-102, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>. Acesso em 24 de outubro de 2020.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (BR). **Lei no 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências**. Brasília (DF): MJ, 1990.
- MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas / elaboração de Márcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p.
- MONTEIRO, C. F. S.; TELES, D. C. B. S.; CASTRO, K. L.; *et al.* Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. **Rev. bras. enferm.**, 61(4):459-463, 2008.
- NGO UM MEKA, E.; ESSIBEN, F.; OFAKEM, I.; *et al.* Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques des Agressions Sexuelles chez les Enfants et Adolescentes à l'Hôpital Central de Yaoundé. **Health sciences and diseases**, 21(2), 2020.
- OLIVEIRA, J. R.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; *et al.* Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19:759-771, 2014.
- OLIVEIRA, N. F.; MORAES, C. L.; JUNGER, W. L.; REICHENHEIM, M. E. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 29(1):e2018438, 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000100017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 de agosto 2022.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Organização mundial da Saúde. **Violência contra a mulher**. Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18386>. Acesso em 27 de outubro de 2020.

PAHO. Organização Pan-Americana da Saúde. **INSPIRE. Sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças.** Washington, D.C.: OPAS, 2018.

PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Recurrent violence against children: analysis of cases notified between 2011 and 2018 in Espírito Santo state, Brazil. **Epidemiol Serv Saude**, 9;30(3):e2020809, 2021.

PELISOLI, C.; PIRES, J. P. M.; ALMEIDA, M. E.; DELL'AGLIO, D. D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. **Temas em Psicologia**, 18(1):85-97, 2010.

PLATT, V. B.; BACK, I. C.; HAUSCHILD, D. B.; GUEDERT, J. M. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciênc. Saúde colet.**, 23(4):1019-1031, 2018.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3285-3296, 2011.

SALAZAR LÓPEZ, M. E.; LINCH, G.; PAZ, A. A.; *et al.* Epidemiologia da violência contra adolescentes no Brasil: Análise de dados do sistema de vigilância de violência e acidentes. **Revista Medica Herediana**, 32(2):79-90, 2021.

SAMPIERI, H.; COLLADO, F.; LUCIO, B. **Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças.** 2017. Disponível em: <https://statics-submarino.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/116717564.pdf>. Acesso em 24 de outubro de 2020.

SANCHES, L. C.; ARAUJO, G.; RAMOS, M.; *et al.* Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. **Revista Iberoamericana de Bioética**, (9):1-13, 2019.

SANTOS, V. A.; COSTA, L. F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 28(4):529-537, 2011.

SILVA, A. C. R.; COSTA, M. C. O. **Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Feira de Santana.** 2010.

SILVA, D. G. D.; GAVA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. **Aletheia**, (40):58-73, 2013.

SILVA, M. S.; MILBRATH, V. M.; FREITAG, V. L.; *et al.* Atendimento a vítimas de violência infantojuvenil: sentimentos de profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, 23(2):e20180215, 2019.

SILVA, P. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; AREJANO, C. B.; XIMENES, A. S.; RIBEIRO, J. P. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. **Enfermería Global**, 16(2), 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. 2. Ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. 328p.

SOUTO, D. F.; ZANIN, L.; AMBROSANO, G. M. B.; FLÓRIO, F. M. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Rev. Bras. Enferm.**, 71(suppl.3):1313-1323, 2018.

SOUZA, C. M.; VIZZOTTO, M. M.; GOMES, M. B. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. **Psic., Saúde & Doenças**, 19(2):222-233, 2018.

SUÁREZ, Y.; RESTREPO, D.; CABALLERO, C.; PALACIO, J. Exposure to Violence and Suicide Risk in Colombian Adolescents. **Ter Psicol**, 36(2):101-111, 2018.

SUHURT, C. H. A.; RAMÍREZ, A. C. A.; ARROM, C. M.; *et al.* Violencia intrafamiliar según características sociodemográficas en una población pediátrica. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, 13(3):58-63, 2015.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A.; SILVA, J. M.; ARAÚJO, M. V. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicologia & Sociedade**, 25(1), 90-102, 2013.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **A educação que protege contra a violência**. 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/4091/file/Educacao_que_protege_contra_a_violencia.pdf. Acesso em 27 de outubro de 2020.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2013: Crianças com Deficiência**. 2013. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2013_deficiencia.pdf. Acesso em 24 de outubro de 2020.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18:1263-1272, 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil**. Disponível em: www.flacso.org.br. Acesso em 27 de outubro de 2020.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde – Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS. 2015. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br. Acesso em 24 de outubro de 2020.

WEIHMULLER, V. C.; SIQUEIRA, V. H. F.; SILVA, A. C. Violência, juventudes e educação: uma leitura sobre construções discursivas. **Revista Inter Ação**, 43(2):341-359, 2018.

APÊNDICE A – Instrumento da pesquisa

1-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA:

Data do Atendimento:/...../.....
 Hora::

Nome:

Idade: () Criança () Adolescente

Raça: () Branca () Negra () Indígena () Parda () Amarela () Ignorado

Data de Nascimento:/...../.....

Sexo: (.) F () M

Portador de deficiência ou transtorno? () Não () Sim.

Qual o tipo?

Filiação: Pai..... Idade

Mãe..... Idade.....

() Pai () Mãe () Outros Qual?

Zonal: (.) Urbana () Periurbana () Rural () Ignorado

Escolaridade:

() Analfabeto () Educação Infantil () Ensino Fundamental () Ensino Médio

() Ensino Superior () Outro.

Qual?

2- DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA:

Data de ocorrência:/...../.....

Hora de ocorrência:/

Periodo da Ocorrência: () Manhã () Tarde () Noite () Madrugada () Ignorado

Endereço de Ocorrência: n°

Bairro: Complemento:

Zonal: () Urbana () Periurbana () Rural () Ignorado

Município de ocorrência: UF:

Local da Ocorrência:

() Residência () Habitação coletiva () Escola () Local de prática esportiva

() Bar ou similar () Via publica () Instituição Públicas/ Privadas () Ignorado

() Outros

Violência de Repetição:

() Não () Sim Início ha anos meses.....

Tipo de violencia:

() Física () Negligência e Abandono () Psicológica/Moral () Sexual

Durante a ocorrência da Violência encontravese:

() Consciente () Inconsciente () Sonolenta () Ignorado

Meios de Agressão e Intimidação: () Força Física () Ameaça Verbal () Enforcamento

() Tortura () Força Física/Espancamento () Envenenamento/Intoxicação

() Substância/Objeto Quente () Objeto Pérfuro-cortante () Objeto Contudente

() Arma de Fogo () Ignorado ()Outros:

Nome do Suposto Agressor:

Idade (estimada do agressor)

Raça: () Branca () Negra () Indígena () Parda () Amarela () Ignorada

Relação com a Pessoa que cometeu a Violência:

- Desconhecido N° de envolvidos: 01 02 Múltiplos: n°
 Conhecido do ciclo de relacionamento: Não. Sim. Qual?
 Conhecido, mas não do ciclo de relacionamento: Não Sim. Qual?
 Suposta Estado de Consciência do Agressor: Drogado Alcoolizado Ignorado
 Outros:

2.1 Dados sobre a ocorrência da violência sexual NÃO SE APLICA

- Relata ter sofrido violência sexual? Não Sim. Ignorado
 Tipo de violência Sexual: Assédio Sexual Estrupo Pornografia infantil
 Exploração Sexual Outros:
 Houve penetração? Vaginal Anal Oral Ignorado
 Houve Ejaculação? Não Sim Local do corpo?
 O agressor usou preservativo? Não Sim Ignorado
 Houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais?
 Não Sim Ignorado
 Local do corpo: Seios Nádegas Coxas Pescoço
 outros:

2.2 Vínculo entre agressor e vítima de abuso sexual:

- Pai Padrasto Vizinhos Amigo (a) da família
 Namorado da mãe Colega de escola Desconhecido Não informado
 Outros parentes:
 Outros:

2.3-Local em que ocorreu:

- Residência da vítima Residência do agressor Residência de parente
 Via pública Escola Não informado
 Outro:

2.4 Frequência:

- Uma vez Duas ou mais vezes Não informado

2.5 Duração:

- Menos de 6 meses 1 a 2 anos 6 a 12 meses 3 a 4 anos
 Mais de 4 anos Não informado Outro:

3-EXAME FÍSICO:

- Lesões na mama: Não Sim
 Lesões nos membros superiores: Não Sim
 Lesões no abdomen: Não Sim
 Lesões nos membros inferiores: Não Sim
 Lesões genitais ou extragenitais: Não Sim
 Outros:

4-HISTORIA GINECOLÓGICAS PREGRESSA: () NÃO SE APLICA

Menarca: () Não () Sim

Relações sexuais antes da violência sexual: () Não () Sim () Ignorado

5-REQUISIÇÃO DE EXAMES-PRIMEIRO ATENDIMENTO:

() Hemograma Transaminases () Anti-HIV () Serologia Para hematite B e C

() VDRL () Urina () BHCG

Conteúdo Vaginal: () Bacterioscopia de secreção vaginal () Cultural de secreção vaginal

() SWAB Anal () SWAB Uretral () Teste Rápido Para HIV

() Rx parted do corpo () USG

() Outros exames:

6-RESULTADOS DOS EXAMES DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL: () NÃO SE APLICA

() Gravidez () HIV positive () Sifilis () Hepatite. Qual?

() outros:

7- SOLICITAÇÃO DE PARECER:

() Nutrição () Ginecologia () Proctologia () Dermatologia

() Oftalmologia () Orthopedia

() Outros:

8- MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

Contracepção de Emergência: () Não () Sim. Qual?

Profilaxia Para HIV: () Não () Sim. Qual?

Imunoprofilaxia Para hepatite B: () Não () Sim. Qual?

Profilaxia Para Tétano: () Não () Sim. Qual?

Profilaxia Para DST's: () Não () Sim. Qual?

() Outro. Qual?

9- INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

Possui Certidão de Nascimento: () Não () Sim

Cartão de Vacina:

() BCG () HepatiteB () VIP/VOP () Rotavírus () Pneumocócica

() Meningocócica () Febre Amarela () HepatiteA () Tríplice Viral () Tetra Viral

() HPV () DTP () VOP () dt 10-10 anos () outros:

Renda familiar: () 01 a 03 Salários Mínimos () 04 a 06 Salários Mínimos

() 07 a 10 Salários Mínimos () acima de 10 Salários Mínimos

Família recebe Benefícios de Transferência de Renda (Programas Sociais):

() Não () Sim. Quais?

Família possui histórico de dependentes de substâncias psicoativas:

() Não () Sim

Escolaridade

Pai:
 Mãe:
 Profissão
 Pai:
 Mãe:
 Ignorado
 Aspecto da Família: Pais casados Pais separados Outros:
 A criança convive com os pais: Não Sim
 Caso não, possui guarda (termo de responsabilidade): Não Sim

10-ENCAMINHAMENTOS E ATENDIMENTO REALIZADOS EM OUTROS SERVICIOS:

Comunicação ao Consuelo Titular: Não Sim
 Comunicação ao Ministério Público: Não Sim
 Oferecimento de Proteção/ Antigo: Não Sim
 Promotoria da Infância e Juventude: Não Sim
 Realizado Atendimento na Delegacia: Não Sim. Qual?
 Registrou Boletim de Ocorrência: Não Sim
 Realizado Atendimento no Corpo e Delito e Conjunção Carnal: Não Sim
 Encaminhado Para o HMML: Não Sim
 Encaminhado ao CREAS: Não Sim
 Encaminhado ao CRDT: Não Sim
 Outros:

ANEXO A – Parecer do CEP/UNIFAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES VITIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAPÁ DE 2014 ATÉ 2019.

Pesquisador: Darleine Esther Joseph

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38051720.4.0000.0003

Instituição Proponente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.505.067

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

PENDÊNCIA ATENDIDA:

O pesquisador descreveu os possíveis riscos:

Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;3. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação.

Quanto ao esclarecimento dos riscos da pesquisa, está relacionado a garantir o sigilo da mesma, de modo de não ocasionar danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo. Declaro que os dados obtidos na investigação sejam apenas

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02	
Bairro: Bairro Universidade	CEP: 68.902-280
UF: AP	Município: MACAPA
Telefone: (96)4009-2805	Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 4.505.067

utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PESQUISA ATENDIDA:

O pesquisador solicitou dispensa de TCLE.

Propõe dispensa do TCLE?

Sim

Justificativa:

O projeto intitulado PERFIL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES VITIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAPÁ DE 2014 ATÉ 2019 é um estudo observacional retrospectivo, documental com abordagem quantitativa, onde serão incluídos dados de registros das fichas do serviço e atendimento às vítimas de violência (SAVVI) do período de 2014 a 2019, acessado através dos prontuários disponíveis no serviço de atendimento a vítima de violência sexual e outros tipos de violências do Hospital em menção, e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa. As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo: 1. Levantamento retrospectivo de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente; 2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional; 3. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento. Quanto ao esclarecimento dos riscos da pesquisa, está relacionado a garantir o sigilo da mesma, de modo de não ocasionar danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo. Declaro que os dados obtidos na investigação sejam apenas utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280
UF: AP Município: MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 4.505.067

Recomendações:

Conforme parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1615881.pdf	14/01/2021 17:55:28		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMO_DE_COMPROMISO.pdf	14/01/2021 17:54:52	Darleine Esther Joseph	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Cartaanuencia.pdf	31/08/2020 13:23:05	Darleine Esther Joseph	Aceito
Parecer Anterior	Projeto.docx	31/08/2020 13:22:43	Darleine Esther Joseph	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/08/2020 13:19:48	Darleine Esther Joseph	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADARLEINE.pdf	31/08/2020 13:06:44	Darleine Esther Joseph	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 20 de Janeiro de 2021

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280
UF: AP Município: MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

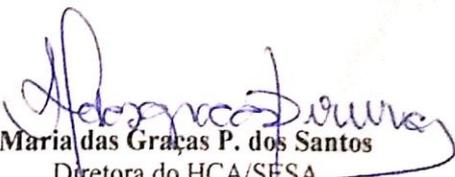
ANEXO B – Autorização da direção do HCA

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAPÁ - SESA
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HCA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que autorizo a pesquisadora **Darleine Esther Joseph**, executar a coleta de dados para a pesquisa intitulada “Perfil das crianças e dos adolescentes vítimas de violência atendidos no Hospital da Criança e do Adolescente de Macapá de 2014 até 2019” sob orientação da Profa. Dra. Anneli Celis de Cárdenas. O trabalho objetiva analisar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência atendidas no Hospital da Criança e do Adolescente.

Macapá, 18 de agosto de 2020.



Maria das Graças P. dos Santos
Diretora do HCA/SESA
Decreto nº 2029-01/07/2020

