

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

João Victor de Paula Correia

***VIOLÊNCIA INFANTIL: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL A
PARTIR DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS
DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)***

Belo Horizonte
2023

João Victor de Paula Correia

***VIOLÊNCIA INFANTIL: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL A
PARTIR DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS
DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em Odontopediatria.

Orientador (a): Prof. Dra. (a) Patrícia Maria de Pereira de Araújo Zarzar.

Coorientador (a): Prof. (a) Dra. Raquel Conceição Ferreira.

Belo Horizonte
2023

Ficha Catalográfica

C824v Correia, João Victor de Paula.
2023 Violência infantil: o perfil epidemiológico no Brasil a
T partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de
Notificação (SINAN) / João Victor de Paula Correia. -- 2023.

57 f. : il.

Orientadora: Patrícia Maria de Pereira de Araújo Zarzar.
Coorientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Maus-tratos infantis. 2. Notificação. 3. Criança. 4.
Perfil de saúde. 5. Sistemas de informação em saúde. I.
Zarzar, Patrícia Maria de Pereira de Araújo. II. Ferreira,
Raquel Conceição. III. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

VIOLÊNCIA INFANTIL: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL A PARTIR DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

JOÃO VICTOR DE PAULA CORREIA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração ODONTOPEDIATRIA.

Aprovada em 25 de setembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar - Orientadora
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Raquel Conceição Ferreira
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Camila Aparecida Silva de Oliveira Lima
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof. Fernando Henrique da Silva Oliveira
ANHANGUERA

Belo Horizonte, 25 de setembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Camilla Aparecida Silva de Oliveira Lima, Professora do Magistério Superior**, em 25/09/2023, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Conceição Ferreira, Professora do Magistério Superior**, em 25/09/2023, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar, Professora do Magistério Superior**, em 25/09/2023, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Henrique da Silva Oliveira, Usuário Externo**, em 25/09/2023, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2625834** e o código CRC **178714AC**.

Dedico esse trabalho a minha família e a todas as crianças.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus que me capacitou a chegar até aqui. Com todos os desafios, o Senhor me abençoou.

Agradeço a minha mãe, que nunca mediu esforços para que meus sonhos fossem realizados, que sempre me confortava com suas palavras motivacionais, me ajudando, dando carinho em meus momentos mais frágeis.

Agradeço ao meu pai (in memoriam), que sempre torcia empolgadíssimo pelas minhas vitórias - queria tanto que o senhor estivesse aqui pra ver esse momento, mas sei que do seu lugarzinho está feliz com esse passo em minha vida.

Agradeço a minha irmã pelo companheirismo e cumplicidade de todos os momentos e por todos os puxões de orelhas e surtos na maioria das vezes sem necessidade, te amo imensamente.

Agradeço aos meus amigos João F. Juliane, Thamiris e Raynan, que sempre estiveram ao meu lado no processo do mestrado. Sou imensamente grato a vocês por todas as palavras de incentivo e por toda motivação; obrigado por acreditarem em meu potencial e obrigado pela amizade e cumplicidade.

Agradeço a todos os meus amigos que sempre me apoiaram e que estiveram ao meu lado nesses anos. Sou imensamente grato por todas as palavras de motivação nos meus momentos mais frágeis - quando eu mais precisava vocês, estavam lá pra me colocar pra cima.

Agradeço aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo nesses dois anos juntos. Agradeço a minha amiga Ariany, que sempre esteve presente desde a graduação como uma das melhores pessoas que Deus poderia me dar como dupla de vida. Agradeço a minha amiga Nicole que está ao meu lado na direção do Bocão de Jacaré, com toda paciência, me incentivando e me alegrando durante todo o processo do mestrado. Sou extremamente grato por sua amizade. A minha cúmplice de mestrado Lorena, que com todo carisma me ajudou em toda pós-graduação. Obrigado por todos os ensinamentos.

Agradeço ao meu namorado Lucas que me apoia e incentiva em minha vida acadêmica. Obrigado por toda cumplicidade e todo amor, agradeço por estar ao meu lado no fim dessa etapa.

À Profa. Dra. Ivana Prado que sempre me deu suporte na pesquisa, me orientando e me guiando no processo, sempre tirando minhas dúvidas. Agradeço a

minha querida Profa. Dra. Kelly Oliva que acreditou em meu potencial logo no meu primeiro módulo de especialização, me impulsionou para que esse sonho fosse realizado, sou extremamente grato a Deus por ter cruzado nossos caminhos.

Agradeço ao Gabriel Ponte, coordenador da instituição onde sou professor, por me acolher tão bem e acreditar em meu trabalho, fazendo valer a pena os anos de estudo e desempenhar com tanto amor à docência.

Agradeço a minha grande orientadora Profa. Dra. Patrícia Zarzar por esses anos de orientação. Sou grato por todos os ensinamentos, por me receber em uma das maiores Universidades do Brasil - eu não tenho palavras que possam demonstrar a minha gratidão a você. Obrigado por me colocar sempre à frente, me mostrando que mesmo nos momentos difíceis, estávamos no caminho certo. Gratidão é a palavra!

Agradeço a minha coorientadora Profa. Dra. Raquel Ferreira por toda a paciência, toda disponibilidade e por toda a orientação.

A Profa. Dra. Camila Aparecida que desde o primeiro período da graduação me acompanha e sempre aos encontros me conforta com palavras de incentivo e me mostrando que sou capaz de chegar onde eu quiser. Nunca vou me esquecer da frase dita por ela “João tudo na nossa vida é processo, e você hoje está no processo”.

Agradeço ao Colegiado de Pós Graduação por todo apoio e aos queridos professores que pude ter o privilégio de conhecer na UFMG.

Agradeço às crianças, meus pacientes, que com todo o amor fazem meus dias melhores - sou apaixonado por cada baixinho que tenho a felicidade de atender.

Agradeço, também, aos seus responsáveis por confiarem a saúde bucal de seus filhos em minhas mãos. Aos demais que não cito neste texto, tenham certeza que estão em meu coração, cada um de vocês tem um lugar especial nessa trajetória e em minha vida. Posso dizer que esses dois anos não foram fáceis, pensei em desistir várias e várias vezes, mas, com o apoio de todos vocês hoje, concluo mais uma etapa tão sonhada e almejada em minha vida pessoal e acadêmica.

“Tudo tem o seu tempo determinado e há tempo para todo propósito debaixo do céu.”

Eclesiastes 3,1

RESUMO

Violência infantil é um fenômeno social e de saúde pública, que causa impactos no desenvolvimento da criança e conseqüentemente na vida adulta. O presente estudo teve por objetivo descrever casos notificados e comparar taxas de notificação dos tipos de violência por sexo e grupos etários, de 2011 a 2021. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação referentes aos casos notificados para cada ano no período. Analisou-se as bases de dados em relação ao tamanho e estrutura. A preparação dos dados foi por download semiautomatizado, seguida da análise de completude, duplicidade e tratamento. A estruturação desta base preservou a estrutura de espaço-temporal. Após removidas as duplicidades, foram obtidas as proporções de casos para caracterizar a ocorrência da violência, a vítima e os agressores. Os dados coletados das vítimas foram: Idade, sexo, raça/cor, presença de deficiência/transtorno. Dados da ocorrência incluíram: local de ocorrência, recorrência da violência, tipo de violência e meio de agressão. As variáveis do agressor foram: número de envolvidos, vínculo com a vítima da violência e suspeita de uso de álcool. Os dados foram submetidos a análise exploratória, obtenção de medidas sumárias das taxas de notificação para o Brasil e estratificadas por sexo e grupo etário (0-4 anos; 5-9 anos de idade). Apresentou-se as proporções de violência de acordo com variáveis da ocorrência, da vítima e do agressor para caracterizar as notificações de violência no Brasil. O total de casos de violência infantil notificados em crianças de 0 a 4 anos de idade foi de 254.980 (63,5%) e 146.577 (36,5%) em crianças de 5 a 9 anos de idade. Reincidência da violência ocorrida foi 99.324 (31,7%) sendo mais frequente nas meninas de ambas as faixas etárias. A mãe 189.076 (52,5%) e o pai 121.926 (34,6%) tiveram as maiores proporções de notificações. As maiores taxas de notificação de violência infantil foram de negligência no grupo etário de 0 a 4 anos de idade em ambos os sexos, 72.640(46,4%) no sexo feminino e 83.782 (53,6%) no sexo masculino. As taxas de violência sexual foram as segundas maiores para crianças do sexo feminino de ambas as faixas etárias. As violências psicológica e sexual foram, aproximadamente, 2 e 3,5 vezes mais notificada entre meninas, respectivamente nos dois grupos etários. As taxas de notificação de violência física e negligência foram semelhantes por sexo nos dois grupos etários. As razões das taxas de notificação de violência física, psicológica, negligência e violência sexual entre vítimas do sexo feminino e masculino revelou que, no grupo etário de 0-4 anos, as maiores taxas foram observadas para as meninas, na maioria dos anos, exceto para negligência, cujas taxas foram em torno de 10% menores nas meninas, e na faixa etária de 5 a 9 anos as maiores taxas foram observadas para os meninos, na maioria dos anos, exceto para a violência sexual e física. Nossos achados revelaram que a violência sexual e psicológica foram as que apresentaram maiores taxas de notificação nas meninas, sendo a residência o local de maior ocorrência da notificação e os responsáveis pela criança os principais agressores.

Palavras-chave: maus-tratos infantis; notificação; criança.

ABSTRACT

Childhood Violence: epidemiological profile in Brazil based on data from the notification diseases information system (SINAN).

Child violence is a social and public health phenomenon, which impacts children's development and, consequently, adult life. The present study aimed to describe reported cases and compare notification rates of types of violence by sex and age groups, from 2011 to 2021. Secondary data from the Notifiable Diseases Information System were used regarding cases reported for each year in the period. The databases were analyzed in relation to size and structure. Data preparation was via semi-automated download, followed by analysis of completeness, duplication and treatment. The structuring of this base preserved the space-time structure. After removing duplicates, the proportions of cases were obtained to characterize the occurrence of violence, the victim and the aggressors. The data collected from the victims were: Age, sex, race/color, presence of disability/disorder. Occurrence data included: place of occurrence, recurrence of violence, type of violence and means of aggression. The aggressor variables were: number of people involved, bond with the victim of violence and suspected alcohol use. The data were subjected to exploratory analysis, obtaining summary measures of notification rates for Brazil and stratified by sex and age group (0-4 years; 5-9 years of age). The proportions of violence were presented according to variables of the occurrence, the victim and the aggressor to characterize reports of violence in Brazil. The total number of cases of child violence reported in children aged 0 to 4 years was 254,980 (63.5%) and 146,577 (36.5%) in children aged 5 to 9 years. Recidivism of violence occurred was 99,324 (31.7%) and was more frequent in girls of both age groups. Mothers 189,076 (52.5%) and fathers 121,926 (34.6%) had the highest proportions of notifications. The highest notification rates of child violence were of neglect in the age group from 0 to 4 years of age in both sexes, 72,640 (46.4%) in females and 83,782 (53.6%) in males. Rates of sexual violence were the second highest for female children in both age groups. Psychological and sexual violence were approximately 2 and 3.5 times more reported among girls, respectively in the two age groups. Reporting rates of physical violence and neglect were similar by sex in both age groups. The reasons for the reporting rates of physical, psychological, neglect and sexual violence among female and male victims revealed that, in the 0-4 age group, the highest rates were observed for girls in most years, except for neglect, the rates of which were around 10% lower in girls, and in the age group of 5 to 9 years the highest rates were observed for boys, in most years, except for sexual and physical violence. Our findings revealed that sexual and psychological violence were the ones with the highest notification rates among girls, with the residence being the place of greatest occurrence of notification and those responsible for the child being the main aggressors.

Keywords: child abuse; notification; child.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Acesso a página do SINAN.....	18
Figura 2- Acesso ao link para o Tabwin	19
Figura 3 - Acesso ao site do DATASUS.....	19
Figura 4-Acesso a informações.....	20
Figura 5-Transferência de dados	20
Figura 6- Transferência de dados	21
Figura 7- Lista com dados em formato DBC	21
Figura 8- Fluxograma de acesso ao site do SINAN e extração de dados.	22

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxas anuais de notificações de violência infantil física, negligência/abandono, psicológica e sexual de acordo com sexo e grupo etário das crianças no período de 2011 a 2022	36
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos casos notificados de violência infantil entre 2011 e 2022 no Brasil segundo tipo de violência, tipo de violência, meio de agressão, local da ocorrência e reincidência da ocorrência.....	33
Tabela 2- Distribuição dos casos notificados de violência infantil entre 2011 e 2022 no Brasil segundo raça/cor da vítima, Número de agressores envolvidos, relação do agressor com a vítima e suspeita de uso de álcool pelo agressor.	34
Tabela 3- Razão das taxas de notificação de violência física, psicológica, negligência/abandono e sexual entre vítimas do sexo feminino e masculino e entre vítimas de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade no período de 2011 a 2022.	36
Tabela 4- Razão das taxas de notificação de violência física, psicológica, negligência/abandono e sexual entre vítimas do sexo feminino e masculino e entre vítimas de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade no período de 2011 a 2022.	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLANEVCA - Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes

Pnud - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SINAN - Sistema de Informações e Agravos de Notificações

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	METODOLOGIA EXPANDIDA.....	18
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Coleta de dados	22
3.2.1	População do estudo:	22
3.2.2	Critérios de Inclusão:	22
3.2.3	Variáveis:	23
3.2.4	Extração, processamento e análise de dados	24
3.2.5	Considerações éticas.....	24
4	RESULTADOS	26
	ANEXO A – Ficha De Notificação Individual SINAN	55
	ANEXO B - Contribuições Acadêmicas	57

1 INTRODUÇÃO

A violência é definida como qualquer uso de força física ou do poder real ou ameaça, contra si ou outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que possa resultar ou que tenha a possibilidade de lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). A violência infantil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é caracterizada em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, podendo resultar em danos físicos, psicológico, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). A violência infantil é considerada um fenômeno social e de saúde pública, causando impacto no desenvolvimento da criança e conseqüentemente na vida adulta, podendo inclusive levar a óbito (NUNES, 2016). Entre esses impactos podemos citar o transtorno por uso de álcool, depressão, tabagismo, obesidade, transtorno por uso de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, comportamento violento, ideação suicida (JATOBÁ; BASTOS, 2007), uma vez que dependendo da idade da criança a violência pode impactar na estrutura e função cerebral (BRASIL, 2012; FRANÇA, 2016).

A partir da década de 1990, essa problemática teve maior relevância e visibilidade através da incorporação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com a Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990), com a finalidade “garantir as crianças e ao adolescente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e a notificação de violência”. Através do ECA, a legislação Brasileira reconhece a infância e adolescência como as fases de desenvolvimento peculiares e estabelece a necessidade de proteção integral da criança e do adolescente garantindo seu desenvolvimento com condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1990).

Em agosto de 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc). A Pnaisc incorpora em suas ações a prática de cuidado integral a criança de 0 a 9 anos de idade e apresenta como um de seus eixos estratégicos a Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz. Este eixo consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos

serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território.

Entretanto, apesar termos incorporado ECA desde 1990 e instituído a **Pnaisc** a tantos anos no Brasil, o combate à violência infantil ainda precisa avançar muito. Tem-se observado um aumento das notificações de violência cometidas em crianças no Brasil que são de fundamental importância para o combate do abuso infantil. Estudo desenvolvido em Santa Catarina com o banco de dados do SINAN (Sistema de Informações e Agravos de Notificações) revelou um aumento de notificações de abuso sexual de crianças menores de 10 anos de idade de 662.5% de 2009 a 2019 (PLATT *et al.*, 2022). Já em Pernambuco, entre 2009 e 2012, houve aumento de 212% no número de notificações de violência contra crianças. (BRASIL, 2011)

O SINAN recebe notificações de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificações compulsórias (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V – Capítulo I). As notificações realizadas a partir do sistema permitem um diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, além de indicar os riscos a pessoa sujeita para a identificação da realidade epidemiológica de um determinado local. Ele é um instrumento importante para planejamento em saúde, definindo as prioridades para intervenção e permitindo a avaliação dos impactos de tais intervenções. O SINAN categoriza a violência infantil como um agravo que deve ser notificado obrigatoriamente aos órgãos competentes. Quando o profissional da saúde constata a violência infantil, ela deve ser notificada imediatamente, como previsto pelo ECA (BRASIL, 2016). O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções

Apesar deste aumento das notificações identificados nos estudos desenvolvidos com dados do SINAN, uma revisão de escopo sobre identificação e notificação de abuso infantil revelou que profissionais de saúde apresentaram um comportamento de não notificação, evidenciado pela discrepância entre as taxas de

identificação e de notificação. Estes dados apontam para uma tendência mundial para a subnotificação de casos de abuso infantil por profissionais de saúde. (BRAGANÇA-SOUZA *et al.*, 2023)

De acordo com a OMS é de suma importância a prevenção de maus tratos contra adolescentes e crianças, assim como a necessidade de monitoramento epidemiológico (SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020). Ressalta-se a importância da identificação e notificação da violência infantil por profissionais da saúde para que crianças e adolescentes recebam assistência adequada e para que ações e políticas de saúde pública sejam implementadas no intuito de proteger, prevenir e coibir a violência infantil

A notificação é a mais importante ferramenta para enfrentamento da violência infantil, e a integração desses dados de violência infantil no SINAN permite estimar quais os investimentos são necessários para o aperfeiçoamento da rede de proteção da criança e do adolescente (DESLANDES *et al.*, 2011). O conhecimento desses dados é benéfico para aplicação de referencial teórico em diferentes níveis contextuais envolvidos na violência, bem como as possíveis interseções entre eles, atuando assim em sua prevenção (CICCHETT *et al.*, 2006). O conhecimento epidemiológico dos casos de violência infantil em nível nacional e ao longo do tempo podem contribuir para avaliações de tendências e possibilitar ações e políticas públicas assertivas que possam prevenir e detectar a violência, evitando assim, os impactos da violência infantil na saúde e bem-estar da criança. Dessa forma, o presente estudo pretende avaliar o perfil epidemiológico de violência contra a criança no Brasil a partir de dados de notificação registrados no SINAN no período de 2011 a 2021 de acordo com o sexo e idade da criança.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o perfil epidemiológico de violência infantil no Brasil, com base nos dados do SINAN no período de 2011 a 2021.

2.2 Objetivos específicos

a) Caracterizar os casos de notificações de violência em crianças de 0 a 9 anos a partir dos dados do SINAN, no período de 2011 a 2021, de acordo com o sexo e o grupo etário (0 a 4 e 5 a 9 anos).

b) Avaliar a distribuição dos casos de notificações de violência em crianças de 0 a 9 anos em relação à caracterização da ocorrência, da vítima e do agressor.

c) Estimar as taxas anuais de notificação de violência infantil no período de 2011 a 2021 e, separadamente, por sexo e grupo etário (0 a 4 e 5 a 9 anos).

d) Comparar as taxas anuais de notificação de violência infantil entre sexo e grupo etário.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários, de domínio público, obtidos por meio de consulta ao SINAN no sistema TABWIN.

A extração e processamento dos dados do SINAN foram realizados no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023, por um único pesquisador.

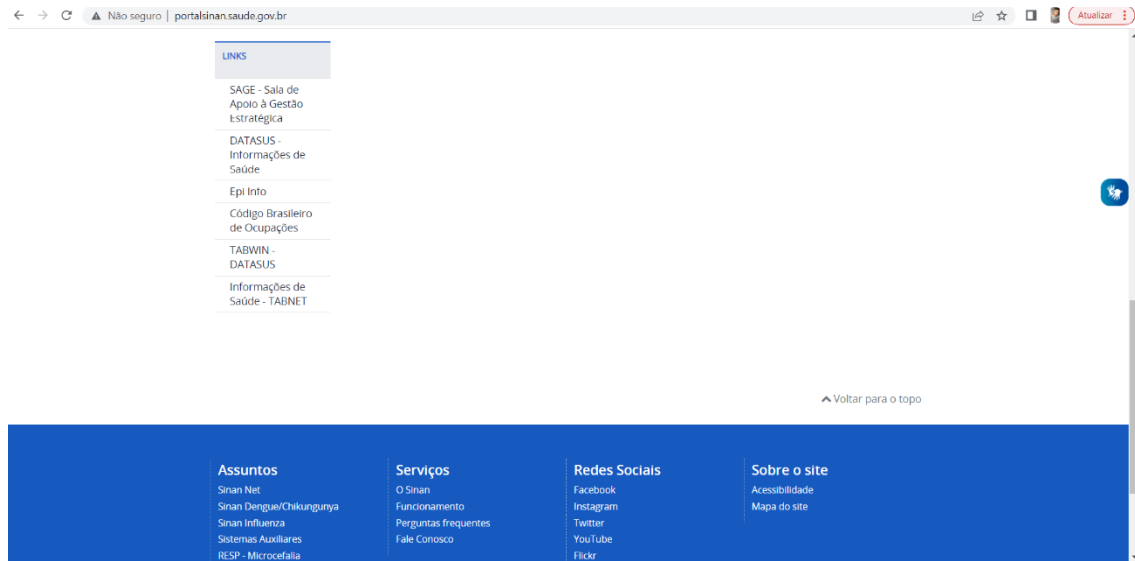
Os dados podem ser acessados através do site do SINAN (portalsinan.saude.gov.br). Pelo site é acessado o link para o TABWIN – DATASUS, que direciona ao site do DATASUS, onde é possível realizar a transferência de dados através do download dos arquivos desejados. No momento da transferência de arquivos é possível selecionar as informações desejadas, como a fonte, no caso o SINAN, a modalidade do arquivo, o tipo de arquivo, tendo sido selecionado os arquivos de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” e o ano. O passo a passo para a extração de dados encontra-se nas Figuras 1 a 7 e o fluxograma completo do processo encontra-se na Figura 8.

Figura 1- Acesso a página do SINAN



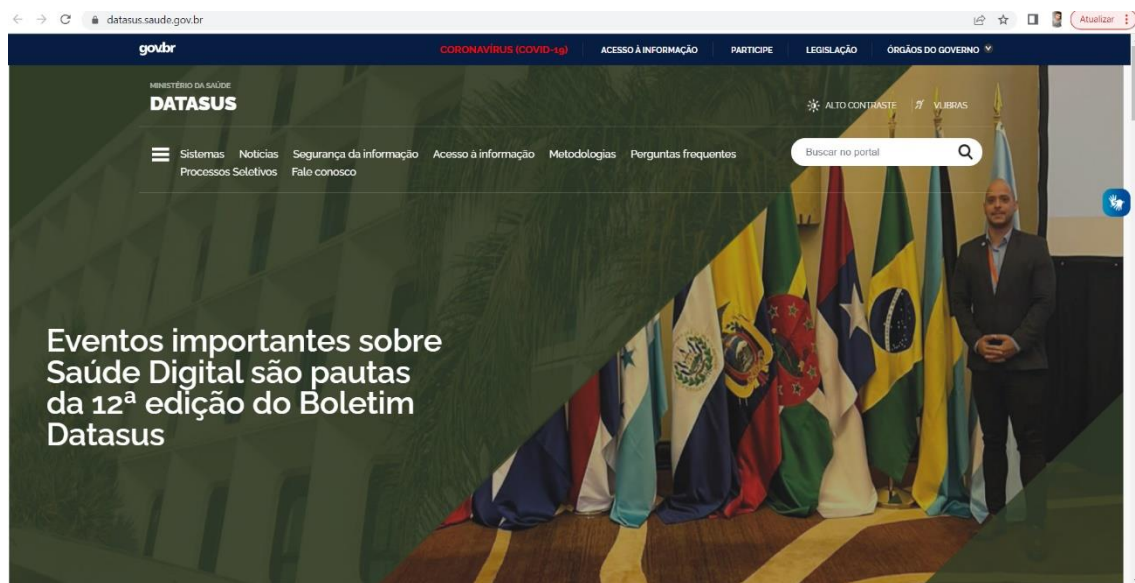
Fonte: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>

Figura 2- Acesso ao link para o Tabwin



Fonte: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>

Figura 3 - Acesso ao site do DATASUS



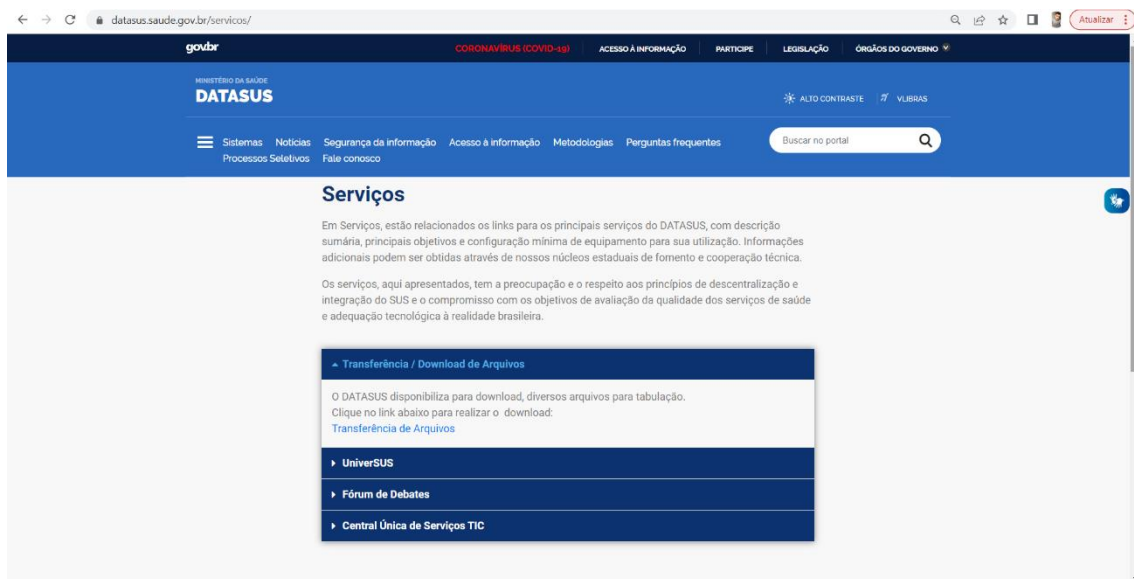
Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/>

Figura 4-Acesso a informações



Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/>

Figura 5-Transferência de dados



Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/servicos/>

Figura 6- Transferência de dados

The screenshot shows the 'Transferência de Arquivos' page with the following filters:

- Fonte:** SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
- Modalidade:** Dados
- Tipo de Arquivo:** VIOL - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências
- Ano:** 2019
- UF:** BR

Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>

Figura 7- Lista com dados em formato DBC

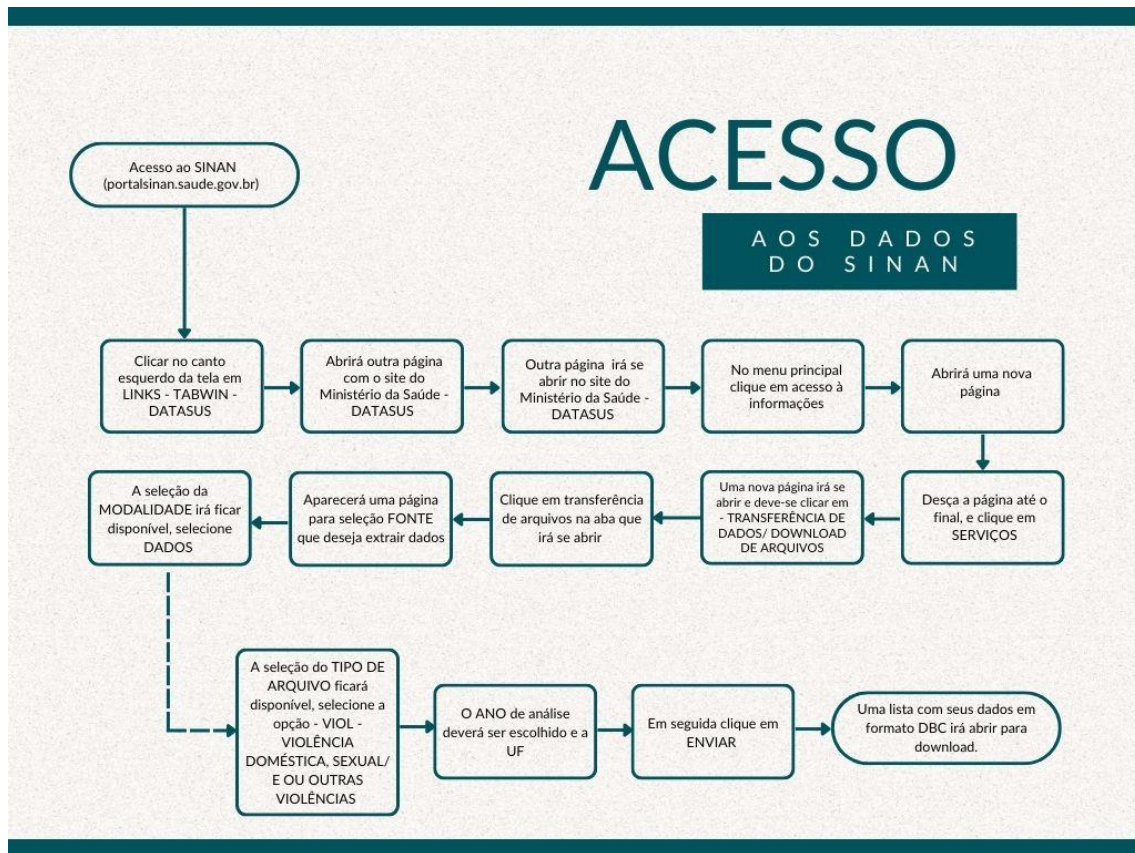
The screenshot shows a list of data files in DBC format. The table below represents the data shown in the interface:

#	Fonte	Modalidade	Tipo de Arquivo
0	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR11.dbc
1	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR12.dbc
2	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR13.dbc
3	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR14.dbc
4	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR15.dbc
5	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR16.dbc
6	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR17.dbc
7	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR18.dbc
8	SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR19.dbc
9	SINAN_p	Dados - Preliminares	VIOLBR20.dbc
10	SINAN_p	Dados - Preliminares	VIOLBR21.dbc

Download

Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>

Figura 8- Fluxograma de acesso ao site do SINAN e extração de dados.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2023, p. 28

3.2 Coleta de dados

3.2.1 População do estudo

A população do estudo foi selecionada a partir de dados do SINAN, que comporta o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes -VIVA. Estes dados são alimentados por meio da ficha de notificação e investigação dos casos de violências, enviadas por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde. Foram selecionadas notificações referentes a crianças de ambos os sexos, pertencentes a faixa etária de 0 a 9 anos.

3.2.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídas todas as notificações de violência interpessoal de casos suspeitos ou confirmados contra crianças de ambos os sexos, de 0 a 9 anos de idade, inseridas no SINAN no período de 2011 a 2021.

Foram excluídas notificações incompletas, que não continham informações necessárias para identificação do tipo de violência, sexo e faixa etária. Também foram excluídas notificações duplicadas.

3.2.3 Variáveis

Foram avaliadas as variáveis referentes a caracterização da ocorrência, da vítima e do agressor registradas na ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil. As variáveis analisadas e categorias de registro estão descritas no Quadro 1. Foram selecionadas apenas variáveis pertinentes para caracterizar os casos de violências entre crianças na faixa etária estudada.

Quadro 1_ Variáveis da Ficha de Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais.

Nome das variáveis	Categorias de registro na ficha de notificação*
Caracterização da ocorrência	
Ano da notificação	2011 a 2021
Local de ocorrência	Residência; Habitação Coletiva; Escola; Local de Prática Esportiva; Bar ou Similar; Via Pública; Comércio/ Serviços; Indústrias/ Construção; Outros.
Reincidência da ocorrência	Sim, Não.
Meio de agressão	Força Corporal; Enforcamento; Objeto Contundente; Objeto Perfurocortante; Substância/ Objeto Quente; Envenenamento; Arma de Fogo; Ameaça; Outros.
Tipo de violência	Física; Psicológica/ Moral; Tortura; Sexual (Assédio, Exploração Sexual, Pornografia Infantil, Estupro); Tráfico de Seres Humanos; Financeira/ Econômica; Negligência/ Abandono; Trabalho Infantil; Intervenção Legal; Outros.
Caracterização da Vítima	
Idade	Data de Nascimento.
Sexo	Masculino; Feminino.
Raça/Cor	Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena.
Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	Sim; Não.
Caracterização do Agressor	
Número de envolvidos	Um; Dois ou Mais.
Relação com a pessoa atendida	Mãe; Pai; Amigos/ Conhecidos; Irmão; Desconhecido; Madrasta; Padrasto; Cuidador.
Sexo do provável agressor	Masculino; Feminino; ambos os Sexos.
Suspeita de uso de bebidas alcoólicas	Sim; Não.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2023, p.30

Os nomes das variáveis foram retirados do dicionário do SINAN, disponibilizado pelo DATASUS.

Para análise dos dados, a variável idade foi categorizada em dois grupos etários: 0 a 4 anos e 5 a 9 anos, seguindo a classificação etária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2023).

3.2.4 Extração, processamento e análise de dados

Inicialmente, foi realizado o *download* dos arquivos DBC no SINAN dos casos de violência interpessoal, os quais estavam separados por ano na base original. Em seguida, por meio do uso do software estatístico R (R Foundation), os arquivos extraídos foram integrados em um único arquivo de formato CSV, de modo que o tratamento e a análise dos dados fossem conduzidos nos softwares estatísticos SPSS® versão 26 (IBM Corporation) e Stata® versão 17 (Timberlake). A variável idade foi utilizada para filtrar os casos entre crianças.

A duplicidade dos dados foi verificada. Para a remoção de duplicidades do SINAN, selecionou-se um conjunto de variáveis para determinar se uma dada notificação era duplicata de outra ou não. Foram utilizadas as variáveis para avaliação de duplicidade: município de residência, data de nascimento, idade, sexo e data de notificação, recorrência do caso e tipo de violência. Em caso de coincidência simultânea dessas variáveis, definiu-se haver então duplicidade e foram removidas da base a primeira notificação ou aquela mais incompleta, nos casos em que a primeira era a notificação mais completa. Valores faltantes (*missing*) simultaneamente coincidentes também foram considerados como duplicidade.

Foi conduzida análise descritiva, com obtenção do total de casos de violência notificados entre crianças de 0 a 9 anos, no período de 2011 a 2021, e a proporção dos casos segundo as características da ocorrência, da vítima e do agressor. Esta mesma análise foi conduzida separadamente por sexo e grupo etário.

Para o cálculo das taxas de violência foram utilizados dados de estimativa da população de 0 a 9 anos do IBGE, no Brasil e Regiões (IBGE, 2023). Foram calculadas as taxas de notificação para cada tipo de violência, separadas para sexo e grupo etário.

As taxas de notificação foram calculadas de acordo com a fórmula descrita para todo o Brasil e separadamente por sexo e grupo etário.

Taxa de notificação

$$\frac{\text{Número de notificações por violência entre crianças, no ano e no município avaliado}}{\text{População total residente, na metade do ano, no município avaliado}} \times 100.000$$

3.2.5 Considerações éticas

Os dados secundários utilizados no presente estudo não apresentam identificação dos indivíduos e são de domínio público no SINAN, não sendo necessária a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Institucional.

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em formato de artigo, submetido para publicação no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, Qualis A1, fator de impacto 1.7.

VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL: perfil e comparação das taxas de notificação por sexo e idade, 2011-2021.

Resumo

Objetivos: Descrever os casos notificados e comparar taxas de notificação dos tipos de violência por sexo e grupos etários, de 2011 a 2021. **Método:** Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação referentes aos casos notificados para cada ano no período. As proporções de casos foram obtidas para caracterizar a ocorrência, a vítima e o agressor. Taxas foram obtidas para cada ano para o Brasil e estratificadas por sexo e grupo etário (0-4 anos; 5-9 anos). **Resultados:** 401557 notificações foram identificadas, sendo a maioria em crianças de 0-4 anos (63,5%). A residência da criança obteve a maior proporção de notificações (84,9%), sendo a mãe (52,5%) e o pai (34,6%) os agressores mais notificados. As maiores taxas de notificação de violência infantil foram de negligência/abandono no grupo etário de 0 a 4 anos de idade em ambos os sexos. As violências psicológica e sexual foram, aproximadamente, 2 e 3,5 vezes mais notificada entre meninas, respectivamente nos dois grupos etários. Nossos achados revelaram que a violência sexual e psicológica foram as que apresentaram maiores taxas de notificação nas meninas, sendo a residência o local de maior ocorrência da notificação e os responsáveis pela criança os principais agressores.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; notificação; criança

Child Violence in Brazil: profile and comparison of notification rates by sex and age, 2011-2021.

ABSTRACT

Objectives: To describe reported cases and compare reporting rates of types of violence by sex and age groups, from 2011 to 2021. **Method:** Secondary data from the Notifiable Diseases Information System referring to reported cases for each year in the period were used. The proportions of cases were obtained to characterize the occurrence, the victim, and the aggressor. Rates were obtained for each year for Brazil and stratified by gender and age group (0-4 years; 5-9 years). **Results:** 401557 notifications were identified, the majority in children aged 0-4 years (63.5%). The child's residence obtained the highest proportion of notifications (84.9%), with the mother (52.5%) and father (34.6%) being the most notified aggressors. The highest reported rates of child abuse were neglect/abandonment in the 0-4 age group for both genders. Psychological and sexual violence were approximately 2 and 3.5 times more reported among girls, respectively in both age groups. Our findings revealed that sexual and psychological violence had the highest notification rates in girls, with the residence being the place with the highest occurrence of notification and those responsible for the child being the main aggressors.

Keywords: Child abuse; notification; child

1 Introdução

A violência é definida como qualquer uso de força física ou do poder real ou ameaça, contra si ou outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, ou que tenha

possibilidade de resultar em lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é caracterizada em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, podendo resultar em danos físicos, psicológico, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação da criança², conseqüentemente, na vida adulta, podendo inclusive levar a óbito³.

Crianças são consideradas as mais vulneráveis aos diversos tipos de violência⁴ e estudos apresentam o domicílio como o local mais propício para acontecer a violência infantil, sendo o agressor uma pessoa próxima à criança, muitas vezes da própria família^{5,6,7}. A violência doméstica perpetradas contra uma criança e/ou adolescente consistem em atos intencionais de força física ou poder no domicílio familiar, ou omissão cometida pelos pais, parente ou responsável, resultando em dano físico, sexual ou lesões psicológicas, e na negligência ou privação, sendo o abandono o caso extremo. Isso pode transformar um ambiente que deveriam estar seguros em um local desprovido de qualquer tipo de respeito e proteção⁸. Fatores sociodemográficos estão associados à ocorrência de violência infantil, como a raça, a idade e o status socioeconômico, porém esses padrões podem variar de acordo com a região do país⁷. Em relação ao sexo, estudos brasileiros demonstram que as meninas são as mais acometidas pela violência infantil^{6,9,10}.

A notificação é a mais importante ferramenta para enfrentamento da violência infantil, e a integração desses dados de violência infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) permite estimar quais os investimentos são necessários para o aperfeiçoamento da rede de proteção da criança e do adolescente¹¹. Desde 2011, com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, no país¹². Além disto, estudos com dados dos indicadores

epidemiológicos gerados pelo SINAN permitem avaliar o perfil das vítimas de violência seguindo sua evolução no tempo e no espaço, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas que busquem o enfrentamento da violência infantil^{13,14}. Este estudo tem por objetivo descrever os casos notificados e comparar taxas de notificação dos tipos de violência infantil por sexo e grupos etários, de 2011 a 2021.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários, de domínio público, obtidos por meio de consulta ao SINAN via sistema TABWIN. O SINAN é um sistema de informação de Agravos de Notificação, com o objetivo de coletar transmitir e disseminar os dados obtidos rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação dando subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória, que comporta o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes -VIVA. A extração e processamento dos dados do SINAN foram realizados no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023, por um único pesquisador.

A população do estudo compreendeu todos os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal contra crianças de ambos os sexos, de 0 a 9 anos de idade, notificados SINAN no período de 2011 a 2021. O período escolhido para análise foi devido a implementação da portaria nº104/2011 onde a violência infantil passou a ser um agravo de notificação compulsória em todos os níveis de atenção à saúde.

Estes dados são alimentados no SINAN a partir do registro da ocorrência na ficha de notificação e investigação dos casos de violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, enviadas por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde em todo o território nacional.

Para caracterizar os casos de violências entre crianças, na faixa etária estudada, foram analisadas variáveis referentes a caracterização da ocorrência (local, reincidência ou não, meio de agressão, tipo de violência), da vítima (idade, sexo, raça/cor, presença de algum tipo de deficiência/ transtorno) e do agressor (número de envolvidos, relação da vítima com o agressor, sexo do provável agressor, suspeita de uso de bebidas alcoólicas). O grupo etário foi separado em duas categorias devido a pirâmide etária de acordo com a classificação do IBGE. A variável idade foi calculada a partir da data de nascimento e constituiu-se em filtro para selecionar somente os casos notificados de vítimas crianças de 0 a 9 anos de idade no momento da notificação. Em seguida, a idade foi categorizada em dois grupos etários: 0 a 4 anos e 5 a 9 anos, seguindo a classificação etária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁵.

A ficha Individual de Notificação é preenchida através das unidades assistenciais para cada paciente quando acontece a suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. O instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação ou vigilância epidemiológica das Secretárias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretárias Estaduais de Saúde. A ficha contém atributos comuns a todos os agravos, como dados gerais sobre o agravo e unidade notificadora, dados do paciente (nome, idade, sexo, escolaridade, etc.), dados de residência do paciente. Ela deve ser utilizada para registro

de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de Inquérito de Tracoma.

As bases de dados foram extraídas do SINAN ¹⁶ via área de transferência de dados. Foram selecionados os arquivos de violência doméstica, sexual e outras violências e os anos de interesse. Os arquivos foram disponibilizados em formato DBC para cada ano, separadamente. Em seguida, por meio do uso do *software* estatístico R (R Foundation), os arquivos extraídos foram integrados em um único arquivo de formato CSV, de modo que o tratamento e a análise dos dados fossem conduzidos nos *softwares* estatísticos SPSS® versão 26 (IBM Corporation) e Stata® versão 17 (Timberlake). As notificações incompletas, sem registros para as variáveis tipo de violência, sexo e faixa etária, foram excluídas. Também foram excluídas notificações duplicadas. As seguintes variáveis foram selecionadas para determinar se uma dada notificação era duplicata de outra ou não: município de residência, data de nascimento, idade, sexo e data de notificação, recorrência do caso e tipo de violência. Em caso de coincidência simultânea dessas variáveis, definiu-se haver duplicidade e foram retidas da base a primeira notificação ou aquela mais incompleta, nos casos em que a primeira era a notificação mais completa. Valores faltantes simultaneamente coincidentes também foram considerados como duplicidade. A base resultante era organizada com cada caso notificado em determinada data de ocorrência em uma linha.

Todos os casos, notificados no período completo analisado, foram considerados conjuntamente em uma análise descritiva para obtenção da proporção de casos segundo as variáveis analisadas e estratificados por sexo de acordo com grupos etários. As taxas foram obtidas através dos 4 tipos de violência sendo elas negligencia/abandono, física, sexual e psicológica, com finalidade teórica/didática para que se possa estudar e por se tratar dos quatro tipos de violência com maiores proporções no estudo. As taxas anuais de notificação foram calculadas dividindo-se o número total de notificações de um determinado tipo de

violência entre crianças de um grupo etário e sexo, em um ano definido, pela população total no mesmo grupo etário e sexo no mesmo ano e multiplicando-se por 100.000. O numerador para obtenção das taxas correspondeu ao total de casos notificados em cada ano para cada sexo no grupo etário de 0-4 anos e 5-9 anos de idade. O numerador foi a população brasileira em cada faixa etária e sexo, estimada pelo IBGE, para cada ano e obtidas por acesso ao website do DATASUS do Ministério da Saúde do Brasil.¹⁷ Para comparar as taxas entre sexo, foi calculada a razão das taxas, dividindo a taxa anual observada para determinado tipo de violência entre crianças do sexo feminino, pela taxa anual observada para o mesmo tipo de violência entre crianças do sexo masculino.

3 Resultados

Um total de 421.105 casos foram identificados nas bases de dados no período analisado, sendo que 19.534 casos duplicados foram excluídos, permanecendo 401.573 casos de violência contra crianças de 0 a 9 anos. Dos 401.573 registros, 16 registros foram excluídos (0,003%) devido à ausência de informações sobre a idade da vítima, totalizando 401.557 notificações. O total de casos de violência infantil notificados em crianças de 0 a 4 anos de idade foi de (63,5% n=254.980) e (36,5% n=146.577) em crianças de 5 a 9 anos de idade. Com relação ao sexo, para o total de casos notificados no período, houve semelhança na proporção entre meninas (54,3% n=217.747) e meninos (45,7% n=183.311).

O tipo de violência com maior proporção de notificações foi a negligência/ abandono (53,5%, n=204.467), sendo mais frequente este tipo de violência entre crianças do sexo masculino nos grupos etários de 0 a 4 anos (53,6%, n=83.782) e 5 a 9 anos (55,4%, n=26.599). A violência sexual foi o segundo tipo de violência mais frequente (28,8%, n=107.250) e resultou em maior proporção de vítimas do sexo feminino nos dois grupos etários (78,6%, n=37.481) e (73,3%, n=43.649) respectivamente, independentemente do tipo

(estupro, assédio, exploração sexual, pornografia infantil e outros). Dentre os casos de violência sexual, o estupro foi a com maior proporção de notificação. A violência física foi o terceiro tipo de violência com maior proporção (28, 2%, n=106.059), com proporções semelhantes entre meninas e meninos dois grupos etários. A força corporal/ espancamento foi o meio de agressão mais frequentemente registrado, com (22,2%, n=78.991). A maior proporção dos casos notificados ocorreu na residência da criança (84,9%, n=262.950), dos quais as vítimas foram com mais frequência crianças do sexo feminino nos dois grupos etários: 0 a 4 anos (54,2%, n=89.298) e 5 a 9 anos (59,1%, n=58.086). A proporção de casos notificados de violência reincidente foi (24,73%, n=99.324), sendo mais frequente nas meninas de ambas as faixas etárias (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos casos notificados de violência infantil entre 2011 e 2022 no Brasil segundo tipo de violência, tipo de violência, meio de agressão, local da ocorrência e reincidência da ocorrência.

Variáveis (taxa de não resposta %)	Grupos etários				Total (%)
	0 a 4 anos		5 a 9 anos		
	n (%) % por grupo etário	n (%) % por grupo etário	n (%) % por grupo etário	n (%) % por grupo etário	
Caracterização da ocorrência					
Local da ocorrência (22,93%)	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Total
Residência	89.298(54,2%)	75.436 (45,8%)	58.086(59,1%)	40.130(40,9%)	262.950(84,9%)
Via pública	5.161 (45,4%)	6.213 (54,6%)	3.977 (39,9%)	5.991 (60,1%)	21.342 (6,9%)
Escola	2.840 (59,6%)	1.924 (40,4%)	2.456 (39,3%)	3.792 (60,7%)	11.012 (3,5%)
Comércio/ serviços	3.269 (47,2%)	3.657 (52,8%)	881 (49,3%)	905 (50,7%)	8.712 (2,8%)
Habitação coletiva	833 (54,7%)	689 (45,3%)	724 (49,7%)	732 (50,3%)	2.978 (0,9%)
Bar ou similar	423 (48,6%)	447 (51,4%)	229 (51,2%)	218 (48,8%)	1.317 (0,4%)
Local de prática esportiva	154 (45,3%)	186 (54,7%)	184 (35,5%)	334 (64,5%)	858 (0,3%)
Indústrias e construção	68 (55,3%)	55 (44,7%)	71 (41,3%)	101 (58,7%)	295 (0,1%)
Tipo de violência (1,28%)					
Negligência/ abandono	72.640(46,4%)	83.782(53,6%)	21.446(44,6%)	26.599(55,4%)	204.467(53,5%)
Sexual	37.481(78,6%)	10.222(21,4%)	43.649(73,3%)	15.898(26,7%)	107.250(28,8%)
Estupro	21.435 (77,8%)	6.127 (22,2%)	27.658(72,7%)	10.387(27,3%)	65.607 (69,6%)
Assédio	10.030 (79,3%)	2.624 (20,7%)	14.970(76,6%)	4.575 (23,4%)	32.199 (34,3%)
Exploração sexual	927 (78,2%)	259 (21,8%)	1.313 (72%)	511 (28%)	3.010 (3,3%)
Pornografia infantil	905 (73,3%)	329 (26,7%)	1.630 (69,4%)	718 (30,6%)	3.582 (3,9%)
Outros	4.036 (80,7%)	963 (19,3%)	3.252 (75,5%)	1.056 (24,5%)	9.307 (10,5%)
Física	31.122 (52,8%)	27.775(47,2%)	22.591(47,9%)	24.571(52,1%)	106.059(28,2%)
Psicológica/ moral	16.381 (62,5%)	9.843 (37,5%)	21.579(59,5%)	14.662(40,5%)	62.465 (17%)
Tortura	1.651 (57,7%)	1.211 (42,3%)	1.882 (58,4%)	1.342 (41,6%)	6.086 (1,7%)
Financeira/ econômica	784 (55,4%)	630 (44,6%)	464 (53%)	411 (47%)	2.289 (0,6%)
Trabalho infantil	320 (48,4%)	341 (51,6%)	614 (46,8%)	697 (53,2%)	1.972 (0,5%)
Intervenção legal	205 (49,6%)	208 (50,4%)	198 (56,9%)	150 (43,1%)	761 (0,2%)
Tráfico de seres	88 (63,3%)	51 (36,7%)	54 (56,8%)	41 (43,2%)	234 (0,1%)

humanos					
Outros	4.629 (54%)	3.941 (46%)	1.834 (52,2%)	1.680 (47,8%)	12.084 (3,3%)
Reincidência da ocorrência (75,27%)	26.622(45,7%)	19.482(42,3%)	31.627(54,3%)	21.593 (52,6)	99.324(24,73%)
Meio de agressão (29,71%)					
Força corporal/ Ameaça	22.749(58,6%)	16.092(41,4%)	21.254(52,9%)	18.896(47,1%)	78.991 (22,2%)
Envenenamento	7.443 (66,7%)	3.722 (33,3%)	14.710(65,7%)	7.692 (34,3%)	33.567 (9,6%)
Substância/ objeto	7.267 (50,1%)	7.224 (49,9%)	1.569 (53%)	1.389 (47%)	17.449 (4,9%)
Objeto contundente	4.496 (41,8%)	6.250 (58,2%)	1.146 (41,9%)	1.590 (58,1%)	13.482 (3,8%)
Objeto perfurocortante	1.964 (48,3 %)	2.099 (51,7%)	1.647 (41,3%)	2.342 (58,7%)	8.052 (2,3%)
Arma de fogo	2.058 (47%)	2.325 (53%)	1.231 (42,4%)	1.669 (57,6%)	7.283 (2,1%)
Enforcamento	761 (40%)	1.163 (60%)	702 (46,2%)	817 (53,8%)	3.423 (1%)
Outros	850 (59,6%)	576 (40,4%)	557 (42,7%)	747 (57,3%)	2.730 (0,8%)
	42.842 (49,5%)	43.641(50,5%)	15.865(51,5%)	14.967(48,5%)	117.315(33,6%)

A raça/cor da pele com maior proporção de notificações foi a parda (46,2% n=158.547), seguida de crianças com cor de pele autodeclarada branca. Houve maior proporção de ocorrência entre crianças do sexo feminino para todas as raças/cor de ambos os sexos nos dois grupos etários. Do total de casos notificados, 4,3% (n= 12.909) das crianças vítimas de violência havia algum tipo de deficiência/ transtorno. Em relação ao número de envolvidos, a maior proporção de casos notificados envolveu um agressor (66,8% n=235.954). As mães foram as agressoras em mais da metade dos casos notificados (52,5% n=189.076). Quando o agressor foi a mãe, observou-se maior proporção de casos notificados entre os meninos nos dois grupos etários. Quando foi o pai, a proporção de casos entre meninos e meninas foi muito semelhante em ambos os grupos etários. Dos casos notificados, houve registro de suspeita de uso de álcool pelo agressor em 18,2% (n=39.659) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos casos notificados de violência infantil entre 2011 e 2022 no Brasil segundo raça/cor da vítima, Número de agressores envolvidos, relação do agressor com a vítima e suspeita de uso de álcool pelo agressor.

VARIÁVEIS	GRUPOS ETÁRIOS				TOTAL (%)
	0 a 4 anos n (%) % por grupo etário		5 a 9 anos n (%) % por grupo etário		
CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA					
RAÇA/COR (14,57%)	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
PARDA	51.924 (52,3%)	47.370 (47,7%)	33.500 (56,5%)	25.753 (43,5%)	158.547 (46,2%)
BRANCA	54.903 (54,5%)	45.856 (45,5%)	30.821 (55,6%)	24.573 (44,4%)	156.153 (45,5%)
PRETA	7.088 (54,9%)	5.825 (45,1%)	5.784 (56,5%)	4.447 (43,5%)	23.144 (6,7%)
INDÍGENA	1.419 (68,4%)	655 (31,6%)	950 (74,0%)	334 (26%)	3.358 (1%)
AMARELA	594 (57,7%)	435 (42,3%)	463 (57,7%)	340 (42,3%)	1.832 (0,5%)
POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA/ TRANSTORNO (96,78%)	2.931 (51,9%)	2.719 (48,1%)	3.094 (42,6%)	4.165 (57,4%)	12.909 (4,3%)
CARACTERIZAÇÃO DO AGRESSOR					
NÚMERO DE ENVOLVIDOS (12,01%)					
UM	78.582 (55,9%)	62.069 (44,1%)	56.606 (59,4%)	38.697 (40,6%)	235.954 (66,8%)
DOIS OU MAIS	38.502 (48%)	41.710 (52%)	17.253 (46,4%)	19.906 (53,6%)	117.371 (33,2%)

RELAÇÃO do agressor COM vítima (0,47%)					
MÃE	65.876 (46,8%)	74.889 (53,2%)	21.844 (45,2%)	26.467 (54,8%)	189.076 (52,5%)
PAI	41.856 (49,9%)	41.994 (50,1%)	18.819 (49,4%)	19.257 (50,6%)	121.926 (34,6%)
AMIGOS/ CONHECIDOS	9.309 (64,8%)	5.054 (35,2%)	13.858 (57,9%)	10.094 (42,1%)	38.315 (11%)
PADRASTO	5.171 (65,6%)	2.708 (34,4%)	9.137 (71,4%)	3.657 (28,6%)	20.673 (5,9%)
DESCONHECIDO	4.236 (60,3%)	2.789 (39,7%)	3.345 (55,9%)	2.641 (44,1%)	13.011 (3,7%)
IRMÃO	2.251 (59,5%)	1.534 (40,5%)	2.944 (59%)	2.050 (41%)	8.779 (2,5%)
CUIDADOR	2.134 (59,4%)	1.460 (40,6%)	839 (55,2%)	682 (44,8%)	5.115 (1,5%)
MADRASTA	590 (53,2%)	519 (46,8%)	878 (53,9%)	782 (47,1%)	2.769 (0,8%)
SUSPEITA DE USO DE ÁLCOOL (90,12%)	13.019 (57,1%)	9.773 (42,9%)	10.022 (59,4%)	6.845 (40,6%)	39.659 (18,2%)

As maiores taxas de notificação de violência infantil foram de negligência/abandono no grupo etário de 0 a 4 anos de idade em ambos os sexos, com crescimento de 2011 a 2019 e padrão semelhante de redução em 2020 e 2021. As taxas de violência sexual foram as segundas maiores para crianças do sexo feminino de 0-4 anos e as maiores para aquelas de 5 a 9 anos de idade. Para os dois grupos etários, as taxas foram semelhantes de 2011 a 2017, com aumento em 2018 e 2019 seguido de redução em 2020 e 2021. Para crianças do sexo masculino, houve pouca variação nas taxas de notificação de violência física, psicológica e sexual ao longo do tempo. Para as meninas, houve menores variações das taxas ao longo do tempo para violência física e psicológica nos dois grupos etários. Para as meninas de 5 a 9 anos, as taxas de violência física, psicológica e sexual foram muito semelhantes no período completo. As razões das taxas de notificação de violência física, psicológica, negligência e violência sexual entre vítimas do sexo feminino e masculino revelou que, no grupo etário de 0-4 anos, as maiores taxas foram observadas para as meninas, na maioria dos anos, exceto para negligência, cujas taxas foram em torno de 10% menores nas meninas. Para violência sexual, as taxas de notificação nas meninas de 0 a 4 anos foram de 3,33 a 4,25 vezes maior do que as observadas para os meninos. Para as crianças de 5 a 9 anos, observou-se também maiores taxas entre as meninas para os casos notificados de violência sexual e psicológica em todos os anos.

Comparando as taxas de notificação dos tipos de violência entre grupos etários, observou-se, tanto para meninos como meninas, maior taxa de notificação entre crianças de 0

a 4 anos de idade para violência física e negligência para a maioria dos anos. As taxas de notificação de violência psicológica e sexual foram maiores nas crianças de 0 a 5 anos.

Gráfico 1 Taxas anuais de notificações de violência infantil física, negligência/abandono, psicológica e sexual de acordo com sexo e grupo etário das crianças no período de 2011 a 2022

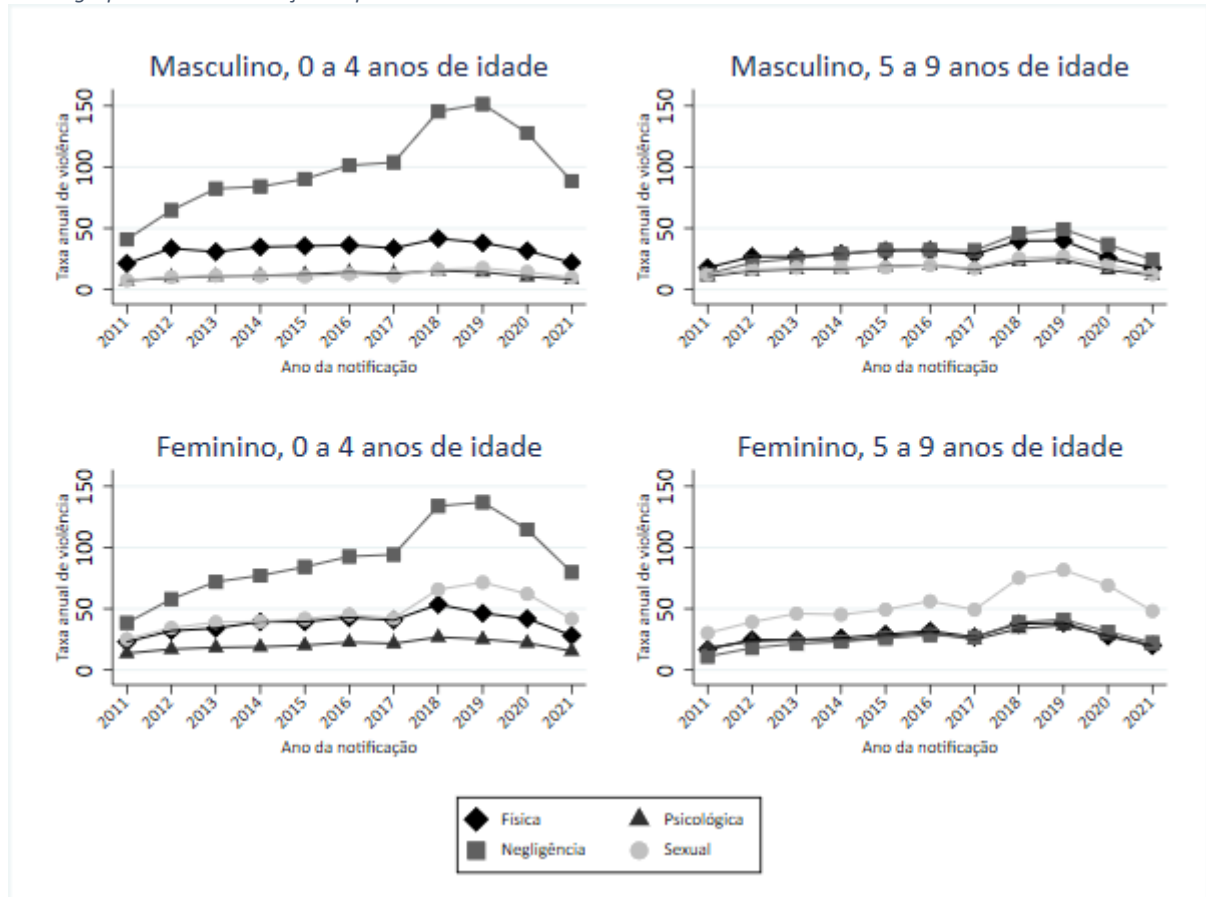


Tabela 3- Razão das taxas de notificação de violência física, psicológica, negligência/abandono e sexual entre vítimas do sexo feminino e masculino e entre vítimas de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade no período de 2011 a 2022.

Razão: Taxas de violência no sexo Feminino / Taxas de violência no sexo masculino para crianças de 0 a 4 anos de idade				
Ano	Física	Psicológica	Negligência	Sexual
2011	1,08	1,85	0,93	3,33
2012	0,95	1,80	0,89	3,36
2013	1,10	1,69	0,87	3,44
2014	1,13	1,66	0,91	3,62
2015	1,10	1,61	0,93	3,90
2016	1,17	1,60	0,91	3,35
2017	1,20	1,64	0,90	3,82
2018	1,28	1,74	0,92	4,04

2019	1,21	1,76	0,90	4,08
2020	1,32	2,09	0,89	4,33
2021	1,27	1,85	0,90	4,25
Razão: Taxas de violência no sexo Feminino / Taxas de violência no sexo masculino para crianças de 5 a 9 anos de idade				
2011	0,94	1,68	0,86	2,45
2012	0,91	1,60	0,81	2,35
2013	0,92	1,50	0,83	2,59
2014	0,89	1,39	0,79	2,51
2015	0,91	1,44	0,80	2,74
2016	0,99	1,52	0,88	2,82
2017	0,93	1,51	0,83	2,82
2018	0,94	1,47	0,84	2,94
2019	0,96	1,49	0,83	3,02
2020	1,07	1,77	0,85	3,41
2021	1,13	1,71	0,91	3,84

Tabela 4- Razão das taxas de notificação de violência física, psicológica, negligência/abandono e sexual entre vítimas do sexo feminino e masculino e entre vítimas de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade no período de 2011 a 2022.

Razão: Taxas de violência 0 a 4 anos / Taxas de violência 5 a 9 anos para crianças do sexo feminino				
2011	1,36	0,75	3,48	0,83
2012	1,29	0,69	3,21	0,87
2013	1,38	0,74	3,36	0,84
2014	1,50	0,80	3,33	0,87
2015	1,35	0,74	3,25	0,84
2016	1,34	0,74	3,25	0,75
2017	1,51	0,87	3,53	0,85
2018	1,42	0,79	3,44	0,87
2019	1,20	0,69	3,32	0,87
2020	1,51	0,77	3,67	0,89
2021	1,40	0,77	3,57	0,86
Razão: Taxas de violência 0 a 4 anos / Taxas de violência 5 a 9 anos para crianças do sexo masculino				
2011	1,19	0,68	3,21	0,61
2012	1,25	0,62	2,95	0,61
2013	1,15	0,65	3,21	0,63
2014	1,18	0,67	2,87	0,60
2015	1,11	0,66	2,80	0,59
2016	1,12	0,70	3,13	0,63
2017	1,17	0,79	3,25	0,63
2018	1,04	0,66	3,17	0,63
2019	0,95	0,58	3,07	0,64
2020	1,22	0,66	3,48	0,70
2021	1,25	0,71	3,62	0,78

4 Discussão

O presente estudo identificou que as maiores taxas de notificação de violência infantil foram de negligência/abandono no grupo etário de 0 a 4 anos de idade em ambos os sexos, com crescimento de 2011 a 2019 e padrão semelhante de redução em 2020 e 2021.

Em um estudo realizado por AQUINO et al, (2021) verificou-se que a negligência/abandono foi o tipo de violência mais perpetrado contra crianças e adolescentes no município analisado ⁹. Já em outro estudo realizado por SANTOS et al, (2020) verificou que a violência do tipo física foi a mais prevalente na faixa etária de 11 a 12 anos idade ¹⁸. Entretanto, quando se avaliou crianças menores de 5 anos foi possível identificar que a negligência foi a mais frequente nesta faixa etária. Apesar da negligência ser o tipo de violência mais comum em crianças, a mesma tem recebido relativamente pouca atenção tanto na pesquisa como nas políticas públicas. No mundo, uma em cada seis crianças sofre de negligência física ou psicológica à medida que cresce. Em casos de negligência grave, alterações na anatomia e fisiologia do cérebro estão associadas a distúrbios na cognição, atenção, controle de impulsos e comportamento social. Estudos em outros países demonstraram que a negligência, comparada aos outros tipos de maus-tratos, pode estar associada aos maiores danos no desenvolvimento da criança, sendo vivenciada de forma crônica, podem levar a consequências que podem se manifestar no plano físico, causar a mortalidade das crianças; na exposição a outras formas de maus tratos, na restrição de relações propiciadas à criança, na família e no ambiente de vida e no seu meio social. ^{19,20,21}

A negligência representa uma omissão em relação às obrigações da família e também da sociedade, de prover necessidades físicas e emocionais de uma determinada criança. Sendo ela na falta de um alimento, de vestimentas, cuidados escolares, e saúde, quando o fracasso não é causado por circunstâncias fora do controle e da influência daqueles que são responsáveis pelas crianças. Sendo um tipo de ação difícil de ser qualificada ou quantificada, quando as famílias estão em situações de miséria. Em uma pesquisa conduzida por Deslandes,

encontrou-se um percentual de notificações de 23,4% das violências registradas, só abaixo das agressões físicas. Ela observa que a relevância da negligência, ao que tudo indica, pode estar associada a situações de limítrofes entre a pobreza e maus-tratos. A negligência pode ser reconhecida como ausência de condições econômicas de famílias, e muitas vezes dificulta o julgamento mais preciso entre prática abusiva e proveniente de atenção. a escassez de dados sobre as classes médias e altas que não podem esconder hipótese de que, possivelmente nesses grupos sociais, a negligência e o abuso psicológico, além das agressões físicas constituam problemas relevantes. Para reduzir o risco de negligência, são necessárias medidas preventivas universais nos níveis individual e comunitário, visando pais e filhos que precisam de apoio específico. Os cuidados de saúde podem desempenhar um papel central na prevenção e detecção precoce da negligência ^{11,22}.

Acredita-se que o aumento das taxas de notificações no Brasil relacionado à violência infantil encontrado no presente estudo ocorreu devido a implementação da portaria nº104/2011 onde a violência infantil passou a ser um agravo de notificação compulsória em todos os níveis de atenção à saúde. Entretanto, foi possível identificar que a partir de 2020 houve uma diminuição nas taxas, que provavelmente está relacionada ao confinamento devido ao risco de contaminação no período da pandemia COVID 19, podendo ter levado a uma subnotificação²³.

Ao analisar os dados pode-se verificar que o local de ocorrência da violência prevaleceu na residência da criança. Um estudo elaborado com crianças e adolescentes com idade entre 0 a 19 anos no estado do Paraná, no período de 2012 a 2016 com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico de violência contra crianças e adolescentes concluiu que a residência é local mais prevalente de acontecer a violência infantil. O trabalho demonstrou que crianças e adolescentes se tornam vítimas da violência na própria residência pelo fato de muitas das vezes os agressores serem pessoas próximas a elas⁴. Em outro estudo realizado por

Oliveira et al, (2021), observou-se que a ocorrência da violência infantil era predominantemente como a própria residência da vítima (94,3%)²⁴. Nesse estudo verificou-se que as mães são as principais responsáveis pelas agressões, devido a sua função de provedora e cuidadora de seus filhos pode-se pensar que estão no direito de usar a violência como forma de educação, visto que muitas das vezes também são vítimas da violência em sua própria residência. Através de registros históricos, desde o século XVI tem-se tratado de forma violenta os comportamentos das crianças que saem do esperado pelo sujeito adulto ou responsável pela mesma e por sua disciplina. O “bater para educar” dita e repetida diversas vezes, inclusive atualmente, representa marcas de séculos de autorização da punição física contra as crianças e adolescentes.

A violência física foi muito frequente no presente estudo, sendo a terceira categoria com maior taxa de notificação de casos, no qual a força corporal/ espancamento foi o meio de agressão mais frequente em ambas as faixas etárias afetando mais o sexo feminino.

O sexo feminino foi também o mais afetado com relação a violência sexual no presente estudo. Analisando as razões das taxas pôde-se verificar que violência sexual acometeu aproximadamente três vezes mais as meninas do que os meninos.

Historicamente o sexo feminino sempre foi considerado mais frágil onde a sociedade machista determinava que mulheres deveriam ser submissas, primeiro aos pais, depois ao companheiro, gerando um ciclo de dominância²⁵. O significado das imagens sociais das mulheres enraizadas em relacionamentos violentos também determina a subordinação das crianças em suas vidas, e sua identificação com as meninas pode colocá-las em uma posição socialmente inferior²⁶. Meninas são as maiores vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental por apenas pertencerem ao sexo feminino^{27,28}, gerando uma reflexão sobre a cultura do estupro que deixa claro que desde a infância mulheres e meninas são impostas a um sistema de submissão aos homens, que acaba por sustentar atos violentos com caráter de

vitimologia feminina ²⁹. Na sociedade patriarcal prevalece relações de poder e também domínio dos homens sobre as mulheres, esta cultura, além de dominação e opressão leva a violência,, se manifestando na violência infantil sexual e física contra as meninas e se estende na vida adulta na violência á mulher, ou seja podemos considerar meninas como grupos vulneráveis, especialmente para o abuso sexual, enfrentar o abuso sexual infantil, inclui o enfrentamento do machismo, misoginia, da cultura do patriarcado, das relações opressivas de poder entre os gêneros. O patriarcado é o período da história em que os homens são considerados superiores às mulheres e começam a dominá-las. O patriarcado é uma forma social em que os homens detêm o poder. Simplificando, o poder pertence aos homens. Portanto, é quase sinônimo de “dominação masculina” ou opressão das mulheres ³⁰. As desigualdades culturais e sociais entre homens e mulheres são causadas pela discriminação masculina, que é facilmente identificada através dos papéis que a sociedade lhes atribui. Às mulheres são atribuídos papéis de submissão, vulnerabilidade e passividade, enquanto se espera que os homens cumpram os seus papéis, que são caracterizados pela força, superioridade e liderança. As injustiças contra as mulheres têm as suas raízes na desigualdade de gênero e, para controlá-las com noções de pureza, modéstia e honra, as práticas de exclusão social são muitas vezes levadas a cabo pelas próprias mulheres, que consideram estas injustiças benéficas. ³¹

A violência infantil é um fator que pode desencadear fatores importantes na etiologia de transtornos psicológicos e também na gravidade dos sintomas³² podendo afetar seu desenvolvimentos cognitivo, social e afetivo. A vulnerabilidade da vítima após a experiência está associada ao desencadeamento de transtornos psicopatológicos, como por exemplo o transtorno de estresse pós traumático depressão e também transtornos de ansiedade.^{33,34} Apesar de existirem políticas públicas de combate à violência infantil no Brasil, como a campanha de nacional de prevenção aos crimes sexuais contra crianças e

adolescentes em ambiente virtual, o Plano Nacional de Enfrentamento À Violência contra Crianças e Adolescentes (PLANEVCA), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), dentre outros, é possível perceber que se faz necessário um maior investimento em outras política públicas que possam contribuir para redução das taxas de violência infantil encontradas no presente estudo, principalmente no que se refere a políticas de gênero, de respeito, proteção e empoderamento do sexo feminino, que poderia estar em políticas públicas escolares como forma de ampliar esta discussão desde a formação das nossas crianças, bem como, capacitar melhor nossos profissionais de saúde e educação para o enfrentamento do combate à violência infantil^{35,36}.

Entretanto, recentemente o governo brasileiro criou uma comissão intersetorial de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, cujo objetivo, é articular ações e políticas públicas relativas a temática, entre as quais, a revisão e atualização do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes³⁷.

Como limitações do presente estudo é possível identificar as informações incompletas no preenchimento das fichas do SINAN, podendo levar a subnotificações dos casos de violência infantil.

Os dados obtidos e discutidos no presente estudo poderão auxiliar e guiar ações/ mecanismos que busquem combater a violência infantil no Brasil. Gestores de saúde pública, políticos e a sociedade precisam ter um olhar mais atento quanto a prevenção e combate da violência infantil, com atenção especial para as meninas para que se possa desenvolver ações intersetoriais em âmbito nacional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência infantil é um problema de saúde pública, caracterizada como qualquer uso de força física ou do poder real ou ameaça, contra si ou outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que possa resultar ou que tenha a possibilidade de lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação ¹.

O conhecimento dos dados epidemiológicos é de extrema relevância para o desenvolvimento de políticas públicas ³⁸ O aumento do número de casos de violência contra crianças, com base em dados epidemiológicos mundiais e brasileiros, aponta cada vez mais para a necessidade de exigir ações de controle por meio de medidas preventivas de setores sociais relevantes, bem como de profissionais e responsáveis de saúde ^{4,39,40}.

O presente estudo identificou que o local de ocorrência mais suscetíveis à violência infantil é a própria residência da criança, acometendo o sexo feminino nas duas faixas etárias analisadas. De acordo com o estudo, meninas tem aproximadamente 4 vezes mais chances de sofrer violência sexual do que os meninos, podendo gerar grandes problemas sociais, e emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida, podendo apresentar posteriormente comportamentos prejudiciais à saúde, tais como: abuso de substâncias psicoativas, álcool e também outras drogas, iniciação precoce à atividade sexual. Além destas consequências, a saúde mental e as relações sociais podem ficar extremamente alteradas, podendo gerar consequências como a ansiedade, transtornos depressivos, alucinações, baixo desempenho escolar, alterações na memória e até mesmo tentativas de suicídio.

Lamentavelmente, ainda persiste um pensamento acrítico de comportamentos da população que desde a infância buscam enquadrar a mulher na sociedade de forma subordinada, configurando uma mulher que é fraca, passiva e o oposto do homem, que é forte e masculino. e racionais. Infelizmente, essas percepções persistem há décadas, e é preciso

buscar soluções em relação aos valores sociais em direção ao empoderamento feminino, não somente diante dos casos violentos, mas para enfrentamento do preconceito e ideologia equivocada de gênero.

As notificações realizadas pelos profissionais de saúde, familiares, educadores e a população de forma geral, são ferramentas muito importantes e úteis para o planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas no combate à violência infantil.

Apesar das dificuldades de notificações nos sistemas de vigilância em saúde, alguns estudos tem apontado resultados uma boa completude e confiabilidade dos dados no que se refere a violência infantil ^{41,42}.

Considero que o presente estudo é relevante pois apresenta dados confiáveis do SINAN da violência contra crianças de 0 a 9 anos de todo o país de acordo com sexo, que poderão servir de base para futuros planejamentos, discussões e melhoramentos de políticas públicas, bem como, possibilitar aos profissionais de saúde uma amplitude e melhor compreensão do problema do abuso infantil no país. contribuindo para que a saúde da criança possam ser prioridade para seu pleno desenvolvimento.

O enfrentamento da violência é complexo e envolve diversos setores da sociedade, além de ser um tema sensível que perpassa sobre questões morais, éticas, políticas e culturais. Como possibilidade de enfrentamento da violência infantil, identifico que ações de sensibilização, campanhas nacionais institucionais que busquem desenvolver esta temática nas escolas, comunidades, família, serviços de saúde e outros setores da sociedade com foco nas crianças e no empoderamento feminino poderão ser muito úteis.

Através do estudo percebe-se que no Brasil existem múltiplas realidades, e com isso demonstra o quão vulnerável ficam as crianças, mostrando o quanto, nós, profissionais de saúde devemos estar atentos as situações que envolvem o paciente infantil não somente no

atendimento técnico como dentistas, mas como o meio da criança se expressar, suas reações, sua afetividade e o seu relacionamento com o profissional e com o seu responsável.

Acredito que este estudo contribuiu para o meu desenvolvimento emocional e pessoal, criando uma nova visão no sentido de acolhimento e maior atenção ao paciente e a sua família, pensando também, que como profissional, devo manter o limite de posicionamento quanto ao relacionamento profissional com o núcleo familiar, devendo sempre cumprir com o que a legislação determina.

5 REFERÊNCIAS

- 1- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health [Internet]. 2002 [Acesso em 02 set 2023]. Disponível em: [:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf).
- 2- Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Internet]. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). [Acessado em 02 set 2023] Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 3- Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Ciênc saúde colet 2016; 21(3):871–80.
- 4- Aguiar BF, Rozin L, Tonin L. Caracterização da violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná. Rev baiana saúde pública 2019; 43(1):180-193.
- 5- Almeida LAA, Sousa LS, Souza KAA. Epidemiologia da violência infantil em um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. Rev Prev Infecç Saúde 2017; 3(2):27-33.
- 6- Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. Ciênc saúde colet 2018; 23(4):1019–31.
- 7- Oliveira JR de, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG de, Nascimento OC do. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. Ciênc saúde coletiva 2014; 19(3):759–71.

- 8- Muraro, HMS, Trovão B, Sant'Ana, AS. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. 2008; 3:160p.
- 9- Aquino EV de O, Ataíde BDG, Oliveira IA de, Lima BMY, Machado HCP, Faria MRGV de. Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência. Aletheia. 2021; 54(1):96-104.
- 10- Oliveira PP, Pinheiro JMC, Rodrigues MF. Violência contra crianças e adolescentes em Goiás: uma emergência em saúde pública. Boletim Epidemiológico SES-GO. 2019, 22(5):1-12. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/epidemiologicos/diversos/2021/Viol%C3%Aancia%20contra%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes%20em%20Goi%C3%A1s%20-%20uma%20emerg%C3%Aancia%20em%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica.pdf>.
- 11- Deslandes S, Mendes CHF, Lima J de S, Campos D de S. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. Cad Saúde Pública 2011; 27(8):1633–45.
- 12- Brasil, Ministério da Saúde, Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [Internet]. Ministério da Saúde [Acessado em 02 set 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

- 13- Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GS de O, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam?. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(7):2609–16.
- 14- Barreto CS, Araújo RP, Martins Júnior DF. Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Bahia, Brasil - 2008 a 2012. *Rev Cienc Medicas Biol*. 2012, 11(2):140.
- 15- Painel de Indicadores | IBGE [Internet]. www.ibge.gov.br. Available from: <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>
- 16- SINANWEB - Página inicial [Internet]. portalsinan.saude.gov.br. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br>
- 17- Violência atingiu 29,1 milhões de pessoas em 2019; mulheres, jovens e negros são as principais vítimas | Agência de Notícias [Internet]. Agência de Notícias - IBGE. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30658-violencia-atingiu-29-1-milhoes-de-pessoas-em-2019-mulheres-jovens-e-negros-sao-as-principais-vitimas>.
- 18- Santos LF, Silva M da VFB, Santos N de SS, Pacheco LR, da Silva JB, Mutti CF. Perfil da violência contra crianças em uma capital brasileira: violência contra crianças em uma capital brasileira. *DRIUFT*. 2020; 7(1):36-43.
- 19- Steven L, Jernbro C. Försummelse av barn – ett försummat problem. *Läkartidningen*. 2014;111: 1-3.
- 20- Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*, 2012. 26(7):697-714.
- 21- Lacharité C., Éthier L., Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants, *Bulletin de Psychologie*. 2006; 59(4):381-394.

- 22- Nolin P, Turgeon, M. Relation entre la négligence et la capacité de mémorisation et d'apprentissage verbal chez les enfants. *Revue Québécoise de Psychologie*. 2004, 25(2):151-165.
- 23- Platt VB, Guedert JM, Coelho EBS. Violence against children and adolescents: notification and alert in times of pandemic. *Rev paul pediatri*. 2021; 39:e2020267. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>.
- 24- Oliveira SMT, Galdeano EA, da Trindade EMGG, Fernandez RS, Buchaim RL, Buchaim DV, da Cunha MR, Passos SD. Epidemiological Study of Violence against Children and Its Increase during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2021; 18(19):10061.
- 25- Siqueira DP, Samparo AJF. Os direitos da mulher no mercado de trabalho: da discriminação de gênero à luta pela igualdade. *Revista Direito em Debate*. 2017; 26(48):287-325.
- 26- Silva SG da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicol cienc prof*. 2010; 30(3):556–71.
- 27- Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p
- 28- Fonseca RMGS da, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG de. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta paul enferm*. 2012; 25(6):895–901.
- 29- Cyr K, Clément MÈ, Chamberland C. Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health. *J Interpers Violência*. 2014; 29(4):616-34.

- 30- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993; 113(1):164-80.
- 31- Miller AB, Schaefer KE, Renshaw KD, Blais RK. PTSD and marital satisfaction in military service members: examining the simultaneous roles of childhood sexual abuse and combat exposure. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(11):979-85.
- 32- Habigzang LF, Corte FD, Hatzenberger R, Stroehrer F, Koller SH. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicol Reflex Crit.* 2008; 21(2):338-44.
- 33- Participa + Brasil - Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes - Matriz 02: Exploração Sexual; [citado 26 ago 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/planevca-matriz-02-exploracao-sexual>.
- 34- Brasil | United Nations Development Programme [Internet]. UNDP. Available from: <https://www.undp.org/pt/brazil>.
- 35- Brasil, Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes [Internet]. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. [Acessado em 02 set 2023]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas/comissao-intersetorial-de-enfrentamento-a-violencia-sexual-de-criancas-e-adolescentes>.
- 36- Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saude* 2009;18(4):315-334.

- 37- Souto DF, Zanin L, Ambrosano GM, Flório FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1237-46.
- 38- Baptista RS, França IS, Costa CM, Brito VR. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4):602-8.
- 39- Platt VB, Coelho EBS, Bolsoni C, Höfelmann DA. Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022;31(2):e2021441. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000100012>
- 40- Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, Reichenheim ME. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016*. *Epidemiologia Serv Saude* 2020;29(1) :e2018438. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>
- 41- Platt VB, Coelho EBS, Bolsoni C, Höfelmann DA. Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022;31(2):e2021441. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000100012>
- 42- Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, Reichenheim ME. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016*. *Epidemiologia Serv Saude*

2020;29(1) :e2018438. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B. F.; ROZIN, L.; TONIN, L. Caracterização da violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná. **Rev. Baiana saúde pública**, Basil, v. 3, n. 1, p 180-193,2019.
- ALMEIDA, L.A.A; SOUSA, L.S; SOUSA K.A.A. Epidemiologia da violência infantil em um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. **Rev Prev Infec Saúde**, Brasil v. 3, n. 2, p. 27-33, 2017
- BRAGANÇA-SOUZA, K.K. et al. Profissionais de saúde: Identificando e denunciando abuso físico infantil – uma revisão do escopo. **Trauma, violência e abuso**, 2023.
- BRASIL. Lei no 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016.
- BRASIL. Lei No 8.069, de 13 de julho, 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasil, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V – Capítulo I, Brasil, 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Brasília (DF), 2012.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasil, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Boletim Epidemiológico. Brasília (DF), 2018.
- CERVANTES, G.V; JORNADA, L.K; TREVISOL, F.S. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª gerência regional de saúde de Tubarão, SC. **Rev AMRIGS**, Brasil, v. 56, n. 4, p. 325-329, 2012.
- CICCHETTI, D; VALENTINO, K. An ecological-transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence on child development.. **John Wileys & Sons**, New Jersey, v. 3, p. 129-201. 2006
- DESLANDES, S. et al.. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1633-45, 2011

FRANÇA, S.G. Dignidade humana como direito ao desenvolvimento da criança e do adolescente em conflito com a lei no município de Rio Verde/GO. 2016. 186f. Dissertação de mestrado - **Pontifícia Universidade Católica de Goiás**; Goiania 2016.

JATOBÁ, J. D. A. V. N., Bastos, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **J. bras. psiquiatr.**, Recife, v. 56, n. 3, p. 171-179, 2007.

NUNES, A. J; MAGDA, C. V. S. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

OLIVEIRA, J.R. *et al.* Violência sexual e ocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciênc Saúde Colet**, Brasil, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2014.

PLATTVB, B; HAUSCHILD,DB; GUEDER, T.J.M. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciênc Saúde Colet, Brasil** v. 23, n. 4, p. 1019-1031, 2018.

SILVA-OLIVEIRA, F. *et al.*. Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 107, 12 p., 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

ANEXO A – Ficha de notificação individual SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

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

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/>	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO B - Contribuições acadêmicas

APRESENTAÇÃO EM EVENTOS E RESUMO EM ANAIS

CORREIA, J. V. P. et al. Lesões traumáticas em dentes decíduos: um estudo retrospectivo de pacientes atendidos em projeto de extensão da fao/ufmg. In: III Encontro Multidisciplinar do Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde da Universidade Federal da Bahia, 2022.

CORREIA, J. V. P. et al. Perfil dos pacientes atendidos em uma clínica especializada em traumatismos dentários na dentição decídua em Belo Horizonte, Minas Gerais. In 39 Reunião anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa de Odontologia - divisão brasileira da IADR, Campinas, 2022.
<https://www.sbpqo.org.br/hotsite2022/resumos.asp?pag=75>

CORREIA J.V.P. et al. Fatores associados a tratamentos complexos em dentes decíduos traumatizados. In 40 Reunião anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa de Odontologia - divisão brasileira da IADR, Campinas, 2023.

MACHADO-SILVA C.B.B. et al. Reabilitação bucal em paciente com Hipomineralização Molar Incisivo: relato de caso clínico com avaliação do impacto na qualidade de vida e sensibilidade antes e pós tratamento In: 53 Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria. Ribeirão Preto, 2022.

MONITORIA

Monitoria Voluntária no Projeto de extensão Atendimento Odontológico a pacientes com traumatismos dentários em dentes decíduos na Faculdade de Odontologia da UFMG. Período: 2º semestre de 2022 – 1º semestre de 2023.