

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

Pollyanna Barbosa Muzzi Moreira

***VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE
UTILIZANDO OS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE
AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) DE 2011 A 2021 E
CAPACITAÇÃO SOBRE ABUSO INFANTIL***

**Belo Horizonte
2024**

Pollyanna Barbosa Muzzi Moreira

**VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NO BRASIL: *UMA ANÁLISE
UTILIZANDO OS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE
AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) DE 2011 A 2021 E
CAPACITAÇÃO SOBRE ABUSO INFANTIL***

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 Saúde Pública.

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

Coorientadora: Prof(a). Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte
2024

Ficha Catalográfica

M838v Moreira, Pollyanna Barbosa Muzzi.
2024 Violência sexual infantil no Brasil: uma análise
T utilizando os dados do Sistema de Informação de Agravos de
Notificação (SINAN) de 2011 a 2021 e capacitação sobre abuso
infantil / Pollyanna Barbosa Muzzi Moreira. -- 2024.

88 f. : il.

Orientadora: Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar.

Coorientadora: Raquel Conceição Ferreira.

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

1. Abuso sexual na infância. 2. Notificação. 3. Ensino.
I. Zarzar, Patrícia Maria Pereira de Araújo. II. Ferreira,
Raquel Conceição. III. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB 6/2727.

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE UTILIZANDO OS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) DURANTE 11 ANOS

POLLYANNA BARBOSA MUZZI MOREIRA

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

Aprovada em 29 de julho de 2024, 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

Prof. Carlos José de Paula Silva
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos
Universidade de Pernambuco

Belo Horizonte, 29 de julho de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Conceição Ferreira, Professor(a)**, em 29/07/2024, às 16:22, 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 **Carlos Jose de Paula Silva, Professor do Magistério Superior**, em 29/07/2024, às 16:24, 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 **Patrícia Maria Pereira de Araujo Zarzar, Professora do Magistério Superior**, em 29/07/2024, às 16:25, 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 **Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos, Usuária Externa**, em 29/07/2024, às 16:26, 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 **3357458** e o código CRC **24A42920**.

Dedico este trabalho aos meus pais, Ana Maria e Ciro, ao meu companheiro Bruno e aos meus amados filhos Lucca, Maya e Bruna, por todo amor, carinho, paciência e incentivos recebidos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a Deus, cuja orientação e força me sustentaram durante toda essa jornada acadêmica..

Agradeço infinitamente aos meus pais, Ciro e Ana Maria, pelo amor incondicional e sacrifícios incontáveis que foram os alicerces sobre os quais construí cada conquista alcançada. Suas palavras de encorajamento e incentivo foram fontes de inspiração nos momentos de dúvida e dificuldade.

Aos meus filhos, Lucca, Maya e Bruna, muito obrigada! Vocês foram minha fonte de inspiração e motivação, lembrando-me diariamente do propósito maior por trás de cada desafio enfrentado. Suas risadas, abraços e palavras de amor foram o combustível que alimentou minha determinação até o fim. Vocês são minha vida!

Agradeço ao meu companheiro, Bruno, pela compreensão, pelo apoio e por respeitar minhas escolhas, oferecendo encorajamento e apoio emocional.

Obrigada a minha irmã Natasha. A amizade e o seu carinho me ajudaram a enfrentar as dificuldades.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Zarzar, pela disponibilidade, pela dedicação, presteza, pelo aconselhamento assertivo e pelo estímulo permanente, que muito contribuíram para aumentar o desafio e melhorar a profundidade e a clareza do estudo. Seu profissionalismo e competência serão sempre lembrados. Obrigada por acreditar em mim.

A Professora Doutora Raquel, minha coorientadora, minha gratidão. Seu apoio e colaboração foram inestimáveis ao longo deste processo. Você é um grande exemplo.

Agradeço ao Vitor pela boa vontade e ajuda mesmo distante.

A todos os professores do Mestrado Profissional, obrigada pelos ensinamentos e contribuições em minha formação.

Agradeço aos amigos do Mestrado Profissional – UFMG, pelo carinho e pela convivência harmoniosa.

Obrigada à Faculdade de Odontologia da UFMG e ao Colegiado de Pós-Graduação pelo comprometimento com a qualidade e excelência do ensino.

Também agradeço à Prefeitura Municipal de Mariana e a minha coordenadora e colega Vânia Godoy, por valorizar a educação permanente e por contribuir no engrandecimento da minha formação.

Gratidão a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste projeto e que contribuíram para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”

Martin Luther King

RESUMO

A violência sexual contra crianças é uma violação de direitos frequentemente observada no cenário social brasileiro. A incidência desse tipo de violência é alarmante, especialmente entre crianças de 0 a 9 anos, com consequências físicas e psicológicas graves a longo prazo. O Brasil tem buscado combater essa violência através de políticas e leis, reforçando a importância da proteção integral das crianças no Sistema Único de Saúde. A colaboração entre profissionais e setores é crucial para a proteção das crianças, destacando-se o papel do Sistema de Informações e Agravos de Notificações (SINAN) na coleta de dados epidemiológicos e no planejamento de ações de saúde. O objetivo do estudo foi descrever os casos notificados de violência sexual infantil utilizando dados públicos do SINAN e comparar as taxas de acordo com grupo etário (0-4 e 5-9 anos) e sexo, no Brasil e regiões de 2011 a 2021, bem como, desenvolver um produto técnico de capacitação sobre abuso infantil com profissionais da saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares e gestores. Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, observacional, descrito através dos dados secundários, de domínio público, do SINAN. As proporções de casos foram obtidas para caracterizar a vítima, a ocorrência e o agressor. Taxas de notificação foram calculadas por sexo e grupo etário para cada ano e região brasileira e razões das taxas obtidas para comparação entre os grupos. No período, foram notificados 107.250 casos, dos quais o estupro foi o tipo mais frequente de violência sexual (69,8%). Maiores proporções de notificações foram observadas para crianças de 5 a 9 anos (55,5%), do sexo feminino (75,6%), negros (53,8%), ocorridos em residência (88,9%) e recorrente (52,9%). Em ambas as idades, as maiores proporções de casos foram observadas entre crianças do sexo feminino no qual o agressor foi o conhecido/amigo, seguido do pai e do padrasto. As taxas de notificação foram maiores no sexo feminino, independente do grupo etário, com razões entre taxas variando de 2,0 a 7,52. Além disso, as razões das taxas de violência sexual infantil entre meninas e meninos é maior no grupo etário de 0 a 4 anos comparado a 5 a 9 anos. Houve variação regional no Brasil com menores taxas de notificação para a região nordeste. Quanto ao produto técnico, os participantes da capacitação discutiram com a equipe de professores e mestranda do Mestrado Profissional da FAO/UFMG sobre a identificação e notificação de abuso infantil, apontando as barreiras e facilitadores para o enfrentamento do abuso infantil, além do esclarecimento de dúvidas quanto ao fluxo de notificação com metodologias interativas e participativas. Este estudo concluiu que a violência sexual infantil foi alta, vitimizando principalmente as meninas de 0-4 anos, com desigualdade regional e menores taxas na região nordeste e a capacitação realizada foi avaliada pelos participantes como muito boa/boa e foram sugeridas novas capacitações.

Palavras-chave: violência sexual infantil; criança; abuso; notificação.

ABSTRACT

Child sexual violence in Brazil: an analysis using data from the Notification of Injury Information System (SINAN) from 2011 to 2021 and training on child abuse

Sexual violence against children is a rights violation frequently observed in the Brazilian social context. The incidence of this type of violence is alarming, especially among children aged 0 to 9 years, with severe long-term physical and psychological consequences. Brazil has been striving to combat this violence through policies and laws, emphasizing the importance of the comprehensive protection of children within the Unified Health System. Collaboration among professionals and sectors is crucial for the protection of children, with the role of the Information and Notification of Diseases (SINAN) system being particularly noteworthy in collecting epidemiological data and planning health actions. The aim of the study was to describe reported cases of child sexual violence using public SINAN data and to compare rates by age group (0-4 and 5-9 years) and sex, in Brazil and its regions from 2011 to 2021. Additionally, the study aimed to develop a technical training product on child abuse for health professionals, educators, social workers, guardianship counselors, and managers. This is an epidemiological, retrospective, observational study described through secondary, publicly available data from SINAN. Case proportions were obtained to characterize the victim, the occurrence, and the perpetrator. Notification rates were calculated by sex and age group for each year and Brazilian region, and rate ratios were obtained for comparison between groups. During the period, 107,250 cases were reported, with rape being the most frequent type of sexual violence (69,8%). Higher proportions of notifications were observed for children aged 5 to 9 years (55.5%), female children (75,6%), black race (53,8%), occurring in residences (88,9%), and recurrent cases (52,9%). In both age groups, the highest proportions of cases were observed among female children, where the perpetrator was an acquaintance/friend, followed by the father and stepfather. Notification rates were higher for females, regardless of age group, with rate ratios ranging from 2.0 to 7.52. Additionally, the rate ratios for child sexual violence between girls and boys were higher in the 0-4 years age group compared to the 5-9 years group. There was regional variation in Brazil with lower notification rates in the Northeast region. Regarding the technical product, training participants discussed with the FAO/UFMG Professional Master's team about the identification and notification of child abuse, pointing out barriers and facilitators for addressing child abuse, as well as clarifying doubts about the notification flow with interactive and participatory methodologies. This study concluded that child sexual violence was high, primarily affecting girls aged 0-4 years, with regional disparities and lower rates in the Northeast region, and the training conducted was evaluated by participants as very good/good with suggestions for new trainings.

Keywords: child sexual violence; child; abuse; notification.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de dados do manual de normas do SINAN.....	19
Figura 2 – Tela de acesso a página do SINAN.....	20
Figura 3 – Tela de acesso ao link para o Tabwin.....	20
Figura 4 – Tela de acesso ao site do DATASUS.....	21
Figura 5 – Tela de acesso a informações.....	21
Figura 6 – Tela de transferência de dados.....	22
Figura 7 – Tela de transferência de arquivos.....	22
Figura 8 – Tela da lista com dados em formato de banco de dados (DBC).....	23
Figura 9 - Fluxograma de acesso ao site do SINAN e extração de dados.....	23
Quadro 1 – Variável dependente e sua respectiva classificação.....	26
Quadro 2 – Variáveis coletadas no estudo e suas respectivas classificações.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	METODOLOGIA EXPANDIDA.....	17
3.1	Desenho e local do estudo.....	17
3.2	Fonte de dados.....	17
3.3	População do estudo.....	24
3.4	Etapas de análise de dados.....	24
3.5	Análise de completude e duplicidade.....	24
3.6	Crterios de inclusão.....	25
3.7	Variáveis.....	25
3.8	Extração, processamento e análise de dados.....	28
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	31
5	RESULTADOS.....	32
5.1	Artigo.....	32
5.2	Produto técnico.....	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXO A – Ficha de notificação individual (SINAN).....	87

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência sexual intrafamiliar contra crianças é uma violação de direitos que vem ocorrendo cotidianamente no cenário social brasileiro. 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, psicológicos, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças. Em específico, a violência sexual, para a OMS, caracteriza-se como um problema global presente em todos os níveis da sociedade, que acomete pessoas de todos os sexos e idades. Apesar de variar de acordo com abordagens científicas, sociais, países e regiões, a violência sexual é definida como qualquer ato sexual ou tentativa de obtê-lo, utilizando de força ou coerção, ameaças de danos, por qualquer pessoa, independente do grau de relação com a vítima e do ambiente no qual a violência ocorre (OPAS, 2012). No contexto da infância, violência sexual pode ser caracterizada como o ato ou jogo sexual, cometido por pessoas em estágio de desenvolvimento psicossocial mais avançado que a vítima, que tem por finalidade estimular sexualmente a criança ou adolescente, para obter satisfação sexual. É algo que abrange relações homo e heterossexuais, de forma não consentida, ou seja, que acontece de maneira imposta, e pode se caracterizar como estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, exposição à pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, imposição de intimidades, exibicionismo, práticas eróticas e/ou “voyerismo” (Brasil, 2010).

A violência sexual contra crianças tornou-se de interesse global devido à alta prevalência e incidência e ao grande prejuízo e consequências para vida adulta que traz para as vítimas. Estimativas globais sugerem que a violência sexual contra crianças pode ser até 30 vezes maior do que o relatado oficialmente (Hills *et al.*, 2016).

A OMS caracteriza o abuso sexual na infância como uma “urgência sanitária silenciosa” de importância internacional, cujas consequências negativas a longo prazo são extensas, incluindo um risco aumentado para o abuso de álcool e drogas, obesidade, violência, depressão e suicídio (OMS, 2004). Wang *et al.* (2023) realizaram um estudo de coorte prospectivo com modelos multivariáveis de risco proporcional de Cox, ao longo de 18 anos e concluíram que o abuso sexual infantil pode estar associado a um maior risco de mortalidade prematura em adultos. A atividade sexual forçada na infância foi associada a maior risco de mortalidade por

doença cardiovascular, lesão externa ou envenenamento, suicídio e doença respiratória. Uma revisão sistemática realizada por Rehan *et al.* (2023) concluíram que existe uma associação significativa entre relatos de história de abuso infantil com o desenvolvimento de esclerose múltipla. E Assini-Meytin *et al.* (2022) mostraram que, homens e mulheres que experimentaram violência sexual infantil tinham menor nível de escolaridade, menores chances de serem financeiramente estáveis e uma diminuição na renda familiar. De 2017 a 2020, 180 mil crianças e adolescentes sofreram violência sexual no Brasil, uma média de 45 mil por ano (UNICEF, 2021). Uma criança vítima de abuso tem maior probabilidade de abusar de outras pessoas quando adulta, de modo que a violência pode ser transmitida de uma geração para outra (WHO, 2022).

Desde a década de 80 o Brasil tem buscado enfrentar o problema com programas, políticas e leis, com destaque à Constituição Federal de 1988, no parágrafo 4o, do artigo 227, pela importância atribuída ao enfrentamento da violência sexual contra crianças (Brasil, 1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069/90), o grande marco legal de proteção aos direitos da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). O ECA é considerado um avanço significativo na legislação brasileira por reconhecer as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos plenos e por promover uma abordagem mais inclusiva e protetiva em relação a essa faixa etária. É um marco que busca garantir que todas as crianças tenham as condições necessárias para um desenvolvimento saudável e direito a proteção integral.

Importante destacar que a Lei Federal nº 14.679, de 18 de setembro de 2023 (Brasil, 2023), altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e determina a alteração do artigo 7, para acrescentar o inciso XV, que estabelece como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) a “proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes”.

É difícil pensar em políticas públicas sem ter dados e estatísticas. A articulação em rede entre profissionais, serviços e setores que atuam junto às crianças e aos adolescentes, é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de ações de proteção integral e desenvolvimento dos menores vulneráveis. Com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e aferir a magnitude desses graves problemas de

Saúde Pública, em 2006 foi implantada a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), pelo Ministério da Saúde (MS). A partir de 2009, o VIVA passou a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. Em 2010, foram estabelecidas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e das gestões nas Regiões de Saúde, ano em que o MS também implementou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, objetivando promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados (Brasil, 2010).

Dentro desta perspectiva o SINAN recebe notificações de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificações compulsórias (Brasil, 2017). O SINAN permite a identificação da realidade epidemiológica de um determinado local além de ser um instrumento importante para planejamento em saúde, uma vez que reúne dados de várias unidades de saúde de todo o país. A partir de 2011, através da Portaria 104, a notificação de violências no âmbito da saúde passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados (Brasil, 2011), e em 2014, com a Portaria 1271, os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima (Brasil, 2014).

De acordo com estudo recente realizado por Platt *et al.* (2022), os dados do SINAN no que se refere a da violência sexual contra crianças em Santa Catarina foram considerados adequados nos quesitos avaliados quanto à completude, consistência e não duplicidade; justificando a utilização dos dados secundários.

A identificação da violência contra as crianças suscita a necessidade de protegê-las, e esta ação se inicia oficialmente a partir da notificação, a qual é considerada compulsória, e a partir disso é possível investigar vários fatores relacionados à violência, tornando a notificação um poderoso instrumento de política pública. A notificação possibilita a criação de um elo entre a área da saúde e o sistema legal, com formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação (Rates *et al.*, 2015).

Posto isso, e analisando os casos de violência sexual infantil notificados desde 2011 no Brasil, levantou-se o seguinte questionamento: houve uma mudança nas características das notificações de violência sexual infantil neste período?

A investigação da violência sexual em crianças desde o surgimento da obrigatoriedade da notificação compulsória de violências poderá trazer informações importantes que possam contribuir para conscientização sobre o problema, alertar os profissionais de saúde, as instituições públicas e a sociedade para a necessidade de serem reforçadas ações para prevenção do agravo, proteção, atendimento adequado às vítimas, proposição de políticas públicas para o seu enfrentamento com aumento do investimento em medidas de coibição do abuso infantil, além de apoiar a promoção de uma cultura de paz. Assim, é necessário o acompanhamento das notificações de violência infantil, pois este é um instrumento de garantia de direitos importante na proteção às vítimas, especialmente em períodos excepcionais como o vivenciado recentemente. Uma abordagem multiprofissional e intersetorial é fundamental para desenvolver intervenções eficazes na identificação e notificação do abuso infantil na área da saúde.

O presente estudo, diferentemente de outros estudos, revela a disparidade nas taxas de violência sexual infantil com base em região, gênero e idade, destacando a vulnerabilidade das crianças. Sua importância é enfatizada pela necessidade de compreender a extensão desse problema no Brasil e suas variações regionais que podem afetar a incidência do abuso. Este estudo propõe descrever os casos notificados de violência sexual infantil utilizando dados públicos do SINAN e comparar as taxas de acordo com grupo etário (0-4 e 5-9 anos) e sexo, no Brasil e regiões de 2011 a 2021, e fornecer informações que possam orientar ações de prevenção, proteção e intervenção para enfrentar esse grave problema de saúde pública. Além disso, profissionais de saúde e de outros setores necessitam de capacitações e intervenções educativas devido à complexidade do abuso infantil, para que melhores intervenções possam ser planejadas e desenvolvidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever os casos notificados de violência sexual infantil utilizando dados públicos do SINAN e comparar as taxas de acordo com grupo etário (0-4 e 5-9 anos) e sexo, no Brasil e regiões de 2011 a 2021.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das crianças, de 0 a 9 anos, vítimas de violência sexual notificadas no Brasil.
- Caracterizar o local da ocorrência de violência sexual notificados no Brasil.
- Caracterizar o perfil do agressor de crianças vítimas de violência sexual notificados no Brasil.
- Avaliar as notificações de violência sexual infantil do SINAN de acordo com as regiões do Brasil de 2011 a 2021.
- Comparar taxas anuais de notificação de violência sexual infantil por sexo, idade e entre as regiões.
- Desenvolver uma capacitação sobre abuso infantil, identificação e notificação com profissionais da saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares e gestores.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

Este projeto foi desenvolvido junto ao Programa de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O projeto foi composto em duas etapas: 1) análise de um estudo epidemiológico da violência sexual infantil no Brasil, retrospectivo, observacional, descrito através dos dados do SINAN, e 2) desenvolvimento de Produto Técnico/Tecnológico (PTT) através de uma Capacitação por meio de um evento no tema de abuso infantil, desenvolvido na cidade de Mariana/Minas Gerais em parceria com a Prefeitura Municipal.

ETAPA 1

3.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, observacional, descrito através dos dados secundários, de domínio público, do SINAN no sistema TABWIN (<https://portalsinan.saude.gov.br>).

A extração e processamento dos dados das notificações de violências sexuais contra crianças foram realizadas por um único pesquisador, no período de 2023 e 2024.

Este estudo faz parte de uma outra pesquisa: "Violência infantil: o perfil epidemiológico no Brasil a partir de dados do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)".

3.2 Fonte de dados

Neste estudo, são utilizados dados extraídos do DATASUS no SINAN, que recebe notificações de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificações compulsórias (Brasil, 2017). As notificações realizadas a partir do sistema permitem um diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, além de indicar os riscos à pessoa sujeita, para a identificação da realidade epidemiológica de um determinado local.

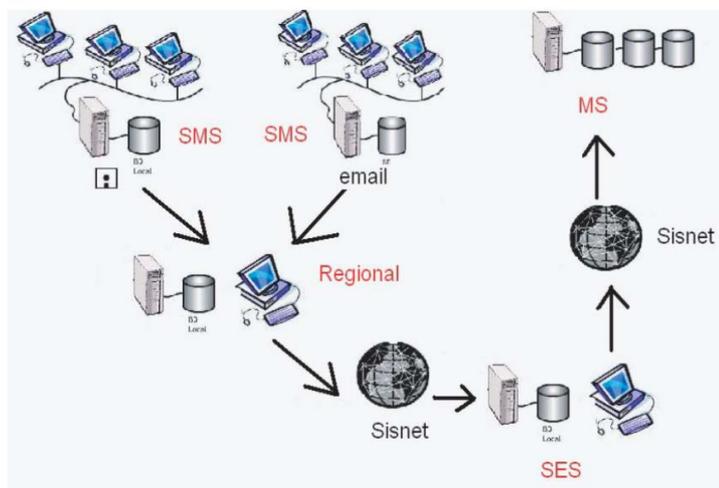
A vigilância epidemiológica no Brasil tem como uma das principais fontes de dados os sistemas de informação em saúde do DATASUS, que é o Departamento de Informática do SUS vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, criado em 1991. O DATASUS tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde de diferentes sistemas de informação. Além disso, é função do DATASUS administrar informações de saúde, incluindo informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas (CONASS, 2024).

No Brasil, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Sistema VIVA) foi criado em 2006. O Sistema VIVA é composto por dois componentes: um voltado para o atendimento de vítimas de acidentes e violências em serviços de emergência e realizado por meio de inquéritos (Inquérito VIVA), enquanto o outro prevê a vigilância contínua das violências interpessoais e autoinfligidas identificadas nos serviços de saúde (VIVA SINAN). Desde 2009, os casos de violência e acidentes são registrados no SINAN; no entanto, a violência só foi incluída na Lista Nacional de Agravos de Notificação Obrigatória a partir de 2011, e a notificação compulsória tornou-se universal em todo o país. A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual ou autoinfligida, tráfico de pessoas, escravidão, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violência homofóbica contra mulheres e homens de todas as idades.

A ficha de notificação de violência interpessoal e lesão autoprovocada intencional é composta por variáveis agrupadas em blocos, a saber: dados gerais; notificação individual; dados de residência; dados da pessoa atendida; dados da ocorrência; violência; violência sexual; dados do provável autor da violência; encaminhamentos; e dados finais (ANEXO A). Os dados são alimentados por meio da ficha de notificação e investigação dos casos de violências, enviadas por profissionais dos serviços públicos e privados. Esses formulários são inseridos no SINAN pelas Secretarias Municipais de Saúde e os dados são transferidos para as esferas estadual e federal, para compor as bases de dados municipal, estadual e nacional (FIGURA 1) (Brasil, 2016).

Figura 1 - Fluxograma de dados do manual de normas do SINAN.

3.1.7 FLUXOGRAMA DE DADOS



Fonte: Brasil (2007)

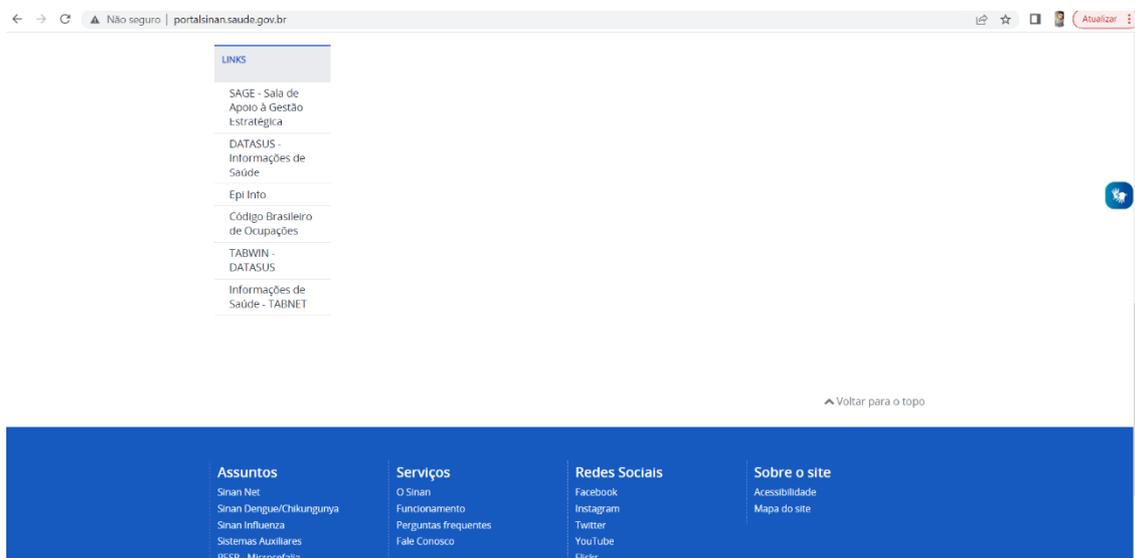
Pelo site (portalsinan.saude.gov.br) é acessado o *link* para o TABWIN – DATASUS que direciona ao site do DATASUS, onde é possível realizar a transferência de dados através do *download* dos arquivos desejados. No momento da transferência de arquivos é possível selecionar as informações desejadas, como 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 no fluxograma completo do processo (FIGURA 9), e no passo a passo nas Figuras 2 a 8.

Figura 2 – Tela de acesso a página do SINAN.



Fonte: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/> (2024)

Figura 3 – Tela de acesso ao link para o Tabwin.



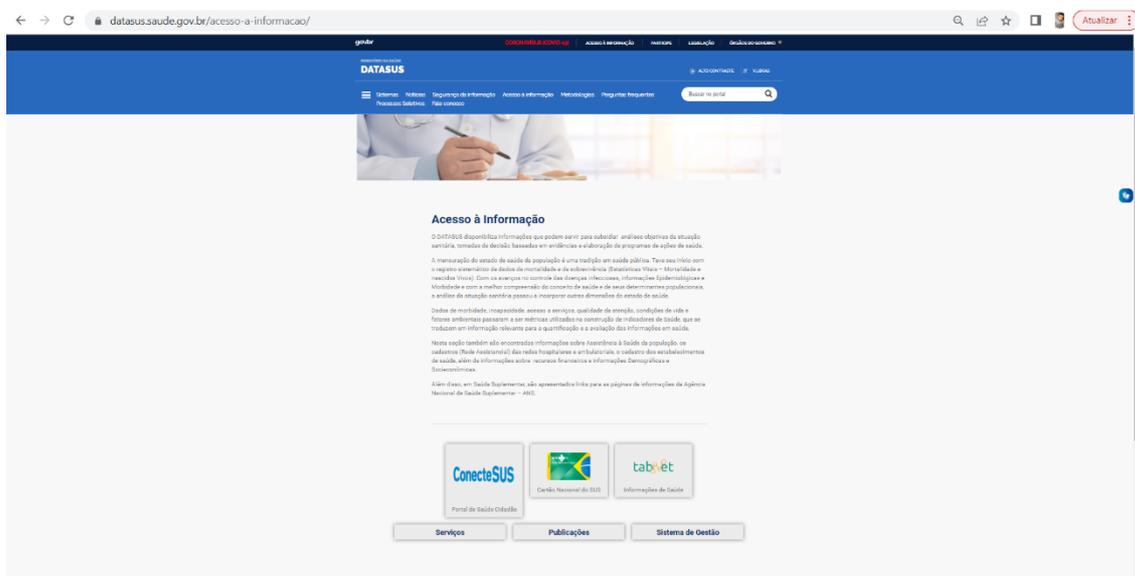
Fonte: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/> (2024)

Figura 4 – Tela de acesso ao site do DATASUS.



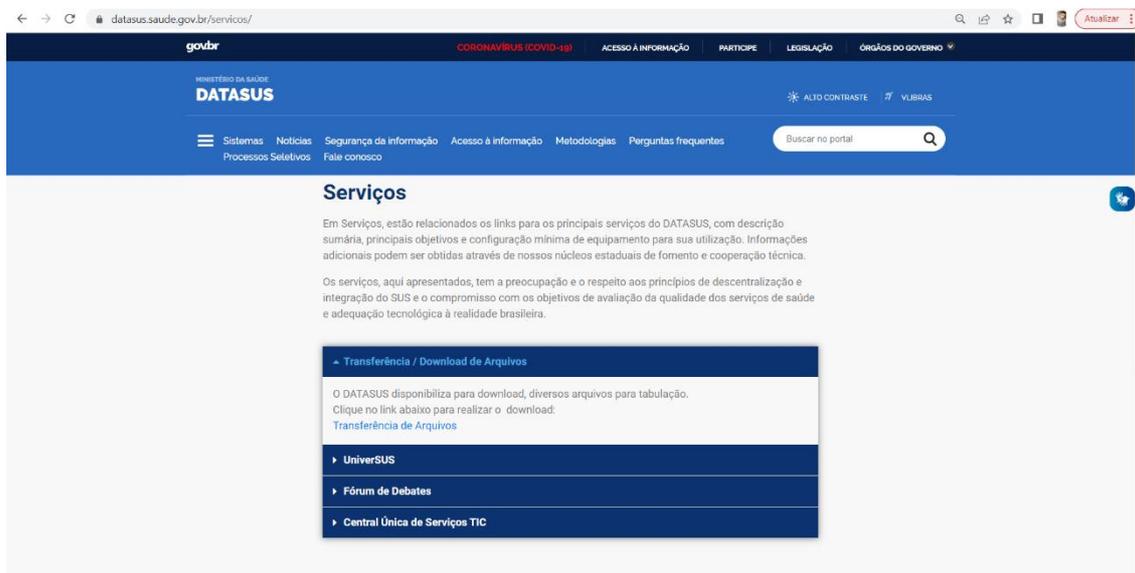
Fonte: <https://datusus.saude.gov.br/> (2024)

Figura 5 – Tela de acesso a informações.



Fonte: <https://datusus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/> (2024)

Figura 6 – Tela de transferência de dados.



Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/servicos/> (2024)

Figura 7 – Tela de transferência de arquivos.



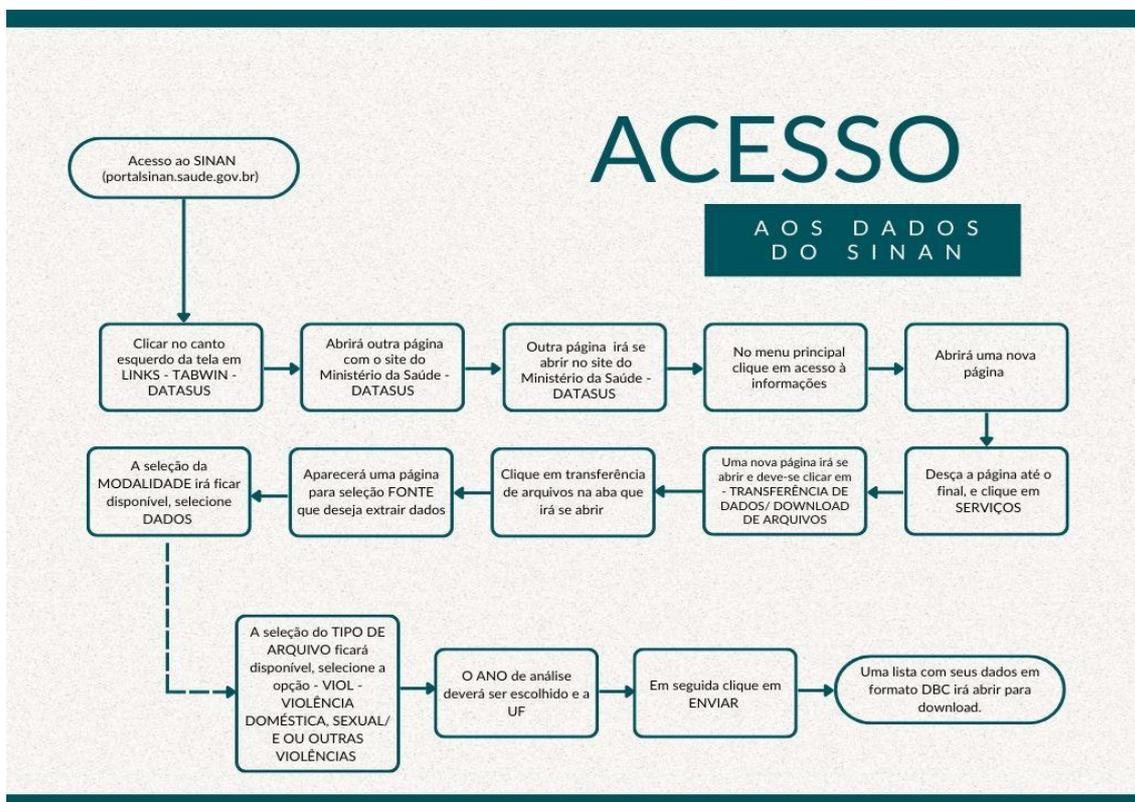
Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/> (2024)

Figura 8 – Tela da lista com dados em formato de banco de dados (DBC).

#	Fonte	Modalidade	Tipo de Arquivo
0	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR11.dbc
1	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR12.dbc
2	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR13.dbc
3	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR14.dbc
4	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR15.dbc
5	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR16.dbc
6	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR17.dbc
7	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR18.dbc
8	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Finais	VIOLBR19.dbc
9	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Preliminares	VIOLBR20.dbc
10	<input checked="" type="checkbox"/> SINAN_p	Dados - Preliminares	VIOLBR21.dbc

Fonte: <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/> (2024)

Figura 9 - Fluxograma de acesso ao site do SINAN e extração de dados.



Fonte: Correia (2023)

Este estudo utiliza dados do SINAN de todo o Brasil. O Brasil apresenta uma área territorial de 8.510.345,538 Km², com uma população estimada em 215.220.383 habitantes (IBGE, 2022). O país é dividido em cinco regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e em 26 Unidades Federativas mais o Distrito Federal.

3.3 População do estudo

O estudo foi realizado com crianças com idade de 0 a 9 anos, de ambos os sexos e vítimas de violência sexual. A faixa etária foi escolhida conforme a convenção elaborada pela OMS e adotada pelo MS do Brasil que entende crianças como indivíduos de 0 a 9 anos.

3.4 Etapas de análise de dados

A análise dos dados incluiu as seguintes etapas:

1. Entendimento dos dados: com os dados disponibilizados, as bases de dados foram analisadas em relação ao tamanho e estrutura.
2. Preparação dos Dados: nesta etapa, os dados passaram por processos semiautomatizados de *download*, limpeza, análise de completude e duplicidade, e tratamento, além de estruturação das bases de dados, criando repositórios, preservando sua estrutura espaço-temporal.

3.5 Análise de completude e duplicidade

Para a análise de completude, foram calculados os valores absolutos e relativos de dados faltantes das variáveis selecionadas nas bases do SINAN. Esses valores foram calculados considerando as regiões.

Para a remoção de duplicidades do SINAN, foi selecionado um conjunto de variáveis para determinar se uma dada notificação é duplicata de outra ou não: município de residência, data de nascimento, idade, sexo e data de notificação. Em caso de coincidência simultânea ou de valores faltantes (*missings*) também

coincidentes dessas variáveis foram definidas então duplicidade e foram retidas na base a primeira notificação ou aquela mais completa quando a primeira for incompleta.

3.6 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as notificações de violência sexual 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 setembro de 2021 (incluindo período da pandemia COVID-19).

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

3.7 Variáveis

Os dados foram apresentados estratificados por sexo segundo características demográficas: faixa etária (0 a 4 anos; 5 a 9 anos), raça/cor (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado), região de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste); e características das ocorrências: tipo de violência sexual (estupro; assédio sexual; pornografia infantil; exploração sexual; outras), se ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado), local de ocorrência (residência; escola; via pública; habitação coletiva; local de prática esportiva; bar ou similar; comércio/serviços; indústrias/construção; outros; ignorado), número de envolvidos (um; dois ou mais; ignorado), vínculo do agressor (familiares; amigos/conhecidos; desconhecidos; parceiros íntimos; outros). Quanto à variável vínculo do agressor, a categoria “familiares” inclui os campos pai, mãe, irmão, madrasta e padrasto.

A variável dependente utilizada está descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Variável dependente e sua respectiva classificação.

Variável dependente	Descrição	Categorização
Violência sexual infantil	Violência sexual é definida como qualquer ato sexual ou tentativa de obtê-lo, utilizando de força ou coerção, ameaças de danos, por qualquer pessoa, independente do grau de relação com a vítima e do ambiente no qual a violência ocorre (OPAS, 2012)	Presença ou ausência

Fonte: Autora (2024)

Todas as variáveis independentes coletadas estão descritas no Quadro 2.

A seleção de variáveis sofreu mudanças em função da qualidade dos dados disponibilizados pelo SINAN. Os seguintes dados das vítimas foram coletados: idade, sexo, raça/cor. Os dados da ocorrência coletados foram: regional, local de ocorrência, se a violência ocorreu outras vezes e qual tipo de violência sexual. As variáveis referentes ao possível agressor foram: número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida e suspeita de uso de álcool (QUADRO 2).

Quadro 2 – Variáveis coletadas no estudo e suas respectivas classificações.

CATEGORIA DA VARIÁVEL	NOME DA VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO
VARIÁVEIS DA VÍTIMA/CRIANÇA	IDADE (em anos)	Quantitativa discreta
	SEXO	Qualitativa nominal: M- Masculino F-Feminino
	RAÇA/COR	Qualitativa nominal: 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena
	REGIONAL	Qualitativa nominal 1-Nordeste 2-Norte 3-Sudeste 4-Sul 5-Centro-oeste
	LOCAL DE OCORRÊNCIA	Qualitativa Nominal: 1- Residência 2- Habitação Coletiva 3- Escola 4- Local de Prática Esportiva 5- Bar Ou Similar 6- Via Pública 7- Comércio/Serviços 8- Industrias/Construção 9- Outros
	OCORREU OUTRAS VEZES?	Qualitativa Nominal: 1- Sim 2- Não
	SE OCORREU VIOLÊNCIA SEXUAL, QUAL O TIPO?	Qualitativa Nominal: 1- Assédio Sexual 2- Estupro 3- Pornografia Infantil 4- Exploração Sexual 5- Outros
VARIÁVEIS DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO	NÚMERO DE ENVOLVIDOS	Quantitativa Discreta 1- Um 2- Dois Ou Mais
	VÍNCULO/ GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA ATENDIDA	Qualitativa Nominal: 1- Pai 2- Mãe 3- Padrato 4- Madrasta 5- Irmão(Ã) 6- Amigos/Conhecidos Desconhecido(A) 7- Cuidador(A) 8- Policial/Agente Da Lei 9- Outros
	SUSPEITA DE USO DE ALCOOL	Qualitativa Nominal: 1- Sim 2- Não

Fonte: Autora (2024)

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, 2024).

3.8 Extração, processamento e análise de dados

Inicialmente os dados foram submetidos a análise exploratória, com obtenção de medidas sumárias das taxas de notificação para o Brasil e para todas as crianças e estratificadas por sexo. Foram também apresentadas as proporções de acordo com variáveis da vítima e do agressor para caracterizar as notificações de violência infantil no Brasil. Em seguida foi feita uma modelagem para análise das variações temporais das taxas de notificação de acordo com sexo.

Foi realizado o *download* dos arquivos DBC no SINAN dos casos de violência sexual infantil, 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.

Foi conduzida análise descritiva, com obtenção do total de casos de violência sexual 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 sexual foram utilizados dados de estimativa da população de 0 a 9 anos do IBGE, no Brasil e Regiões (IBGE, 2024), estratificadas por sexo.

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

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

Para comparar as taxas entre sexo, foi calculada a razão das taxas, dividindo a taxa anual observada para determinada região entre crianças do sexo feminino, pela taxa anual observada para a mesma região entre crianças do sexo masculino para cada grupo etário.

ETAPA 2

3.9 Produto técnico

O produto técnico realizado foi um curso de formação profissional de Capacitação com foco na identificação e notificação do abuso infantil para profissionais de distinto setores. Classificado dentro do “Eixo 2 – Formação” pela Capes para o PTT. Formação é caracterizada por atividades de educação relacionadas a diferentes níveis de formação profissional, com público-alvo interno ou externo a instituição de origem. O Curso de Formação Profissional está dividido em 3 subtipos. O Produto técnico em questão se encaixa no subtipo - Organização de atividade de capacitação, em diferentes níveis e é classificado em estrato T3 (CAPES, 2019).

O evento atendeu a uma demanda da Prefeitura Municipal de Mariana/MG e fez parte do Projeto de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria de desenvolvimento Social e Cidadania e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente de Mariana/MG.

Mariana é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil. Tornou-se a primeira capital mineira por participar de uma disputa onde a Vila que arrecadasse maior quantidade de ouro seria elevada a Cidade sendo a capital da então Capitania de Minas Gerais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população em 2022 foi estimada em 61.387 habitantes; a área territorial é de 1.194,208km²; apresentou Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 de 0,742; o Produto Interno Bruto per capita em 2021 foi de R\$ 119.155,4 e o índice de Mortalidade Infantil foi de 11,38 óbitos por mil nascidos vivo em 2022 (IBGE, 2024).

O público participante contou com profissionais de saúde, gestores de saúde e de desenvolvimento social, profissionais da educação, da assistência social, estudantes de graduação e pós-graduação de saúde de Mariana e profissionais do

conselho tutelar, um total de 64 participantes. Foi um evento presencial no Centro de Convenções, com duração de 4 horas ofertado no dia 08 de maio. O evento foi organizado em 3 momentos e com a participação dos profissionais. O evento foi avaliado pelos participantes ao final do turno por meio de questionários. Os aspectos abordados foram relativos à organização do evento, conteúdo, métodos utilizados, corpo docente/discente, materiais de apoio utilizados.

4 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.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em formato de artigo, submetido para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública, Qualis A1, fator de impacto 1,9.

5.1 Artigo

Violência sexual infantil por sexo, faixa etária e regiões do Brasil: uma análise de 2011 a 2021

Child Sexual Violence by Gender, Age Group, and Regions of Brazil: An Analysis from 2011 to 2021

Violencia sexual infantil por sexo, grupo etário y regiones de Brasil: un análisis de 2011 a 2021

Pollyanna Barbosa Muzzi^a; Fernando Silva-Oliveira^b; Raquel Conceição Ferreira^c; Patrícia Maria Zarzar^d

^a Estudante de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha, CEP: 31270-901, Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil. E-mail: pollymuzzi@gmail.com. ORCID: 0009-0008-3201-2707

^b Professor substituto do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil. E-mail: nando.sol@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3167-9362

^c Professora Associada do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 Campus

Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil. Telefone: +55 31 34092457. E-mail: raquelconceicaoferreira@gmail.com. ORCID: 0000-0001-8897-9345

^dProfessora Titular do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha, CEP: 31270-901, Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil. Telefone: +55 31 34092432. E-mail: patriciamariazarzar@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6952-5767. Autor correspondente.

Resumo

A violência sexual contra crianças é uma violação de direitos frequentemente observada no Brasil, especialmente entre crianças, com consequências graves a longo prazo. O objetivo do estudo foi descrever os casos notificados de violência sexual infantil e comparar as taxas de acordo com grupo etário (0-4 e 5-9 anos) e sexo, no Brasil e regiões. Foram utilizados dados públicos do Sistema de Informações e Agravos de Notificações (SINAN) de 2011 a 2021. As proporções dos casos notificados foram estimadas segundo características da vítima, da ocorrência e do agressor. Taxas de notificação foram calculadas por sexo e grupo etário para cada ano e regiões brasileiras e razões das taxas obtidas para comparação entre os grupos. No período, foram notificados 107.250 casos, dos quais o estupro foi o tipo mais frequente de violência sexual (69,8%). Maiores proporções de notificações foram observadas para crianças de 5 a 9 anos (55,5%), do sexo feminino (75,6%), negros (53,8%), ocorridos em residência (88,9%) e recorrente (52,9%). Em ambas as faixas etárias, as maiores proporções de casos foram observadas entre crianças do sexo feminino no qual o agressor foi o amigo/conhecido, seguido do pai e padrasto. Houve variação regional das taxas de notificação no Brasil, com menores valores na região nordeste. As taxas de notificação foram maiores no sexo feminino, independente do grupo etário, com razões entre taxas variando de 2,0 a 7,52. Maiores razões de

taxa entre vítima do sexo feminino e masculino foram observadas no grupo de 0 a 4 anos de idade. Os números da violência sexual infantil foram expressivos, vitimizando principalmente o sexo feminino, com desigualdade regional e menores taxas na região nordeste.

Palavras-chave: Abuso Sexual na Infância; Criança; Violência; Notificação de abuso

Abstract

Child sexual violence is a frequent human rights violation observed in Brazil, especially among children, with severe long-term consequences. The aim of the study was to describe reported cases of child sexual violence and compare rates by age group (0-4 and 5-9 years) and gender, in Brazil and its regions. Public data from the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) from 2011 to 2021 were used. The proportions of reported cases were estimated according to victim, occurrence, and perpetrator characteristics. Notification rates were calculated by gender and age group for each year and Brazilian region, and rate ratios were obtained for comparison between groups. During the period, 107,250 cases were reported, with rape being the most frequent type of sexual violence (69,8%). Higher proportions of notifications were observed for children aged 5 to 9 years (55,5%), females (75,6%), black-race individuals (53,8%), occurring in residences (88,9%), and recurring cases (52,9%). In both age groups, the highest proportions of cases were observed among female children where the perpetrator was a friend/acquaintance, followed by the father and stepfather. There was regional variation in notification rates across Brazil, with lower values in the Northeast region. Notification rates were higher among females, regardless of age group, with rate ratios ranging from 2.0 to 7.52. The highest rate ratios between female and male victims were observed in the 0 to 4 years age group. The numbers of child sexual violence cases were significant, primarily affecting females, with regional disparities and lower rates in the Northeast region.

Keywords: Child Sexual Abuse; Child; Violence; Notificacion

Resumen

La violencia sexual contra niños es una violación de derechos frecuentemente observada en Brasil, especialmente entre los niños, con graves consecuencias a largo plazo. El objetivo del estudio fue describir los casos notificados de violencia sexual infantil y comparar las tasas según grupo etario (0-4 y 5-9 años) y sexo, en Brasil y sus regiones. Se utilizaron datos públicos del Sistema de Información de Agravos de Notificación (SINAN) de 2011 a 2021. Se estimaron las proporciones de los casos notificados según las características de la víctima, de la ocurrencia y del agresor. Se calcularon las tasas de notificación por sexo y grupo etario para cada año y regiones brasileñas, y se obtuvieron razones de las tasas para comparación entre los grupos. Durante el período, se notificaron 107.250 casos, siendo la violación el tipo más frecuente de violencia sexual (69,8%). Se observaron mayores proporciones de notificaciones para niños de 5 a 9 años (55,5%), del sexo femenino (75,6%), de raza negra (53,8%), ocurridos en el domicilio (88,9%) y recurrente (52,9%). En ambos grupos etarios, las mayores proporciones de casos se observaron entre niñas en las que el agresor era un amigo/conocido, seguido del padre y el padrastro. Hubo variación regional en las tasas de notificación en Brasil, con valores más bajos en la región Nordeste. Las tasas de notificación fueron mayores en el sexo femenino, independientemente del grupo etario, con razones entre tasas que varían de 2,0 a 7,52. Las mayores razones de tasa entre víctimas de sexo femenino y masculino se observaron en el grupo de 0 a 4 años de edad. Los números de violencia sexual infantil fueron significativos, afectando principalmente al sexo femenino, con desigualdades regionales y menores tasas en la región Nordeste.

Palabras clave: Abuso Sexual en la Infancia; Niño; Violencia; Notificación

Introdução

A violência sexual é um problema global que afeta pessoas de todos os sexos e idades. No contexto da infância, violência sexual pode ser caracterizada como ato ou jogo sexual, não consentidos, cometido por pessoas em estágio de desenvolvimento psicossocial mais avançado que a vítima, que tem por finalidade estimular sexualmente a criança ou adolescente, para obter satisfação sexual ¹.

A OMS caracteriza o abuso sexual na infância como uma “urgência sanitária silenciosa” de importância internacional, cujas consequências negativas a longo prazo são extensas, incluindo um risco aumentado para o abuso de substâncias, problemas sociais, violência, depressão e suicídio ², maior risco de mortalidade prematura ³, associação com o desenvolvimento de esclerose múltipla ⁴ e um menor nível de escolaridade e menor renda familiar na vida adulta ⁵.

No mundo, estima-se que até 1 bilhão de crianças e adolescentes de 2 a 17 anos sofrem violência, de acordo com uma revisão sistemática realizada em 2014 e 2015 ⁶. A OMS em 2022 revelou que uma em cada 5 mulheres e um em cada 13 homens relatam ter sofrido abuso sexual quando tinham entre 0 e 17 anos de idade ⁷. De 2017 a 2020, 180 mil crianças e adolescentes sofreram violência sexual no Brasil, uma média de 45 mil por ano e crianças de até 10 anos representam 62 mil das vítimas nesses quatro anos – ou seja, um terço do total ⁸.

Desde a década de 80 o Brasil tem buscado implementar políticas e leis voltados à proteção da criança e adolescente, com destaque para a Constituição de 1988 ⁹ e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069/90) ¹⁰, o grande marco legal de proteção aos direitos da Criança e do Adolescente. Importante destacar que a Lei Federal nº 14.679, de 2023 ¹¹, altera a Lei nº 8.080, para acrescentar o inciso XV, que estabelece como princípio do Sistema Único de Saúde a “proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à

identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes”.

A articulação em rede entre profissionais, serviços e setores que atuam junto às crianças e aos adolescentes, é condição imprescindível para ações de proteção integral e desenvolvimento das crianças vulneráveis. Dentro desta perspectiva o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) recebe notificações de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificações compulsórias. O SINAN permite a identificação da realidade epidemiológica de um determinado local além de ser um instrumento importante para planejamento em saúde de todo o país. A partir de 2011, a notificação de violências no âmbito da saúde passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados ¹², e em 2014 os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima ¹³. A identificação da violência contra as crianças suscita a necessidade de protegê-las, e esta ação se inicia oficialmente a partir da notificação, sendo este um poderoso instrumento de política pública ¹⁴. De acordo com estudo recente realizado por Platt *et al.* ¹⁵, os dados do SINAN no que se refere a violência sexual contra crianças em Santa Catarina foram considerados adequados nos quesitos avaliados quanto à completitude, consistência e não duplicidade; justificando a utilização dos dados secundários.

O presente estudo, apresenta taxas de violência sexual infantil no Brasil com base em região, gênero e idade, destacando a vulnerabilidade das crianças. Sua importância é enfatizada pela necessidade de compreender a extensão desse problema no Brasil e suas variações regionais. Este estudo propõe descrever os casos notificados de violência sexual infantil utilizando dados públicos do SINAN e comparar as taxas de acordo com grupo etário (0-4 e 5-9 anos) e sexo, no Brasil e regiões de 2011 a 2021.

Metodologia

Desenho e fonte de dados

Este é um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo, que utiliza dados secundários disponíveis publicamente. Os dados foram obtidos por meio do SINAN, que é parte do Sistema de Vigilância Epidemiológica das esferas governamentais, e sua rede informatizada apoia a investigação e análise das informações de vigilância epidemiológica, incluindo o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). A extração e processamento dos dados do SINAN foram realizados no período de 2023 por um único pesquisador. Os dados são alimentados no SINAN a partir do registro da ocorrência do agravo 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. A ficha de notificação individual é preenchida pelos profissionais de saúde nas unidades assistenciais para cada indivíduo quando acontece a suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória. O instrumento deve ser encaminhado pelos profissionais de saúde de serviços públicos e privados em todo o território nacional aos serviços responsáveis pela informação ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos para as Secretarias Estaduais de Saúde.

As bases de dados foram extraídas do portal Sinanweb, via área de transferência de dados. Foram selecionados os arquivos de violência sexual infantil 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 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, duplicadas e sem registros para as variáveis tipo de violência, sexo e faixa etária, foram excluídas. As seguintes variáveis foram

selecionadas para determinar se uma dada notificação era duplicada: município de residência, data de nascimento, idade, sexo e data de notificação, recorrência do caso e tipo de violência. Em caso de coincidência simultânea ou de valores faltantes também coincidentes dessas variáveis, definiu-se haver duplicidade e foram retidas na base a primeira notificação ou aquela mais completa. A base resultante foi organizada com cada caso notificado em determinada data de ocorrência em uma linha.

A população do estudo compreendeu todos os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual contra crianças de ambos os sexos, de 0 a 9 anos de idade, notificados ao SINAN, no período de 2011 a 2021. O período escolhido para análise foi devido a implementação da Portaria nº104/2011, que tornou compulsória a notificação deste agravo.

Variáveis

Nesse estudo, para distinguir os casos foram analisadas variáveis referentes a caracterização da ocorrência (local, repetições, tipo de violência sexual), da vítima (idade, sexo, raça/cor) e do agressor (número de envolvidos, relação da vítima com o agressor, suspeita de uso de bebidas alcoólicas). Na variável raça, preto e pardo foram agrupadas como negros. A variável idade foi calculada a partir da data de nascimento e constituiu-se em filtro para selecionar somente os casos notificados de vítimas com idade entre 0 a 9 anos no momento da notificação. Em seguida, a idade foi categorizada em dois grupos etários: 0 a 4 e 5 a 9 anos, seguindo a classificação etária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Análise estatística

Foi realizada análise descritiva para obtenção da proporção de casos segundo as variáveis analisadas e estratificados por sexo de acordo com grupos etários e regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste. As taxas anuais de notificação foram calculadas dividindo-se o número total de notificações de violência sexual 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. A população brasileira em cada faixa etária e sexo é estimada pelo IBGE, para cada ano, e obtidas por acesso ao website do DATASUS do Ministério da Saúde do Brasil. Para comparar as taxas entre sexo, foi calculada a razão das taxas, dividindo a taxa anual observada para determinada região entre crianças do sexo feminino, pela taxa anual observada para a mesma região entre crianças do sexo masculino, para cada grupo etário.

Resultados

Um total de 421.105 casos de abuso infantil foram identificados no período analisado, sendo que 19.534 casos duplicados foram excluídos, permanecendo 401.573 casos. Dos 401.573 registros, 28.804 casos não possuíam registro do tipo de violência, totalizando 372.769, dos quais 16 registros foram excluídos (0,003%) devido à ausência de informações sobre o sexo da vítima. Deste total os casos de violência sexual totalizaram 107.250, correspondendo a 28,8% no Brasil, nas crianças menores de 10 anos, no período de janeiro 2011 a setembro de 2021.

No período, o total de casos de violência sexual infantil notificados em crianças de 0 a 4 e de 5 a 9 anos de idade foi de 47.703 (44,5%) e 59.547 (55,5%), respectivamente. Com relação ao sexo, para o total de casos notificados no período, a grande maioria era do sexo feminino (75,6%, n=81.130).

O tipo de violência sexual com maior proporção de notificações foi o estupro (69,8%, n=65.582), seguido de assédio (34,4%, n=32.169), pornografia infantil (4%, n=3.573), exploração sexual (3,3%, n= 3.003) e outros (10,5%, n= 9269).

A maioria das notificações foram de crianças negras (pardas: 45,9% n=43.397 e pretos: 7,9% n= 7513), seguida de crianças brancas (44,3% n=41.924). Principalmente entre crianças do sexo feminino para todas as raças/cor nos dois grupos etários. A grande parte dentre os casos

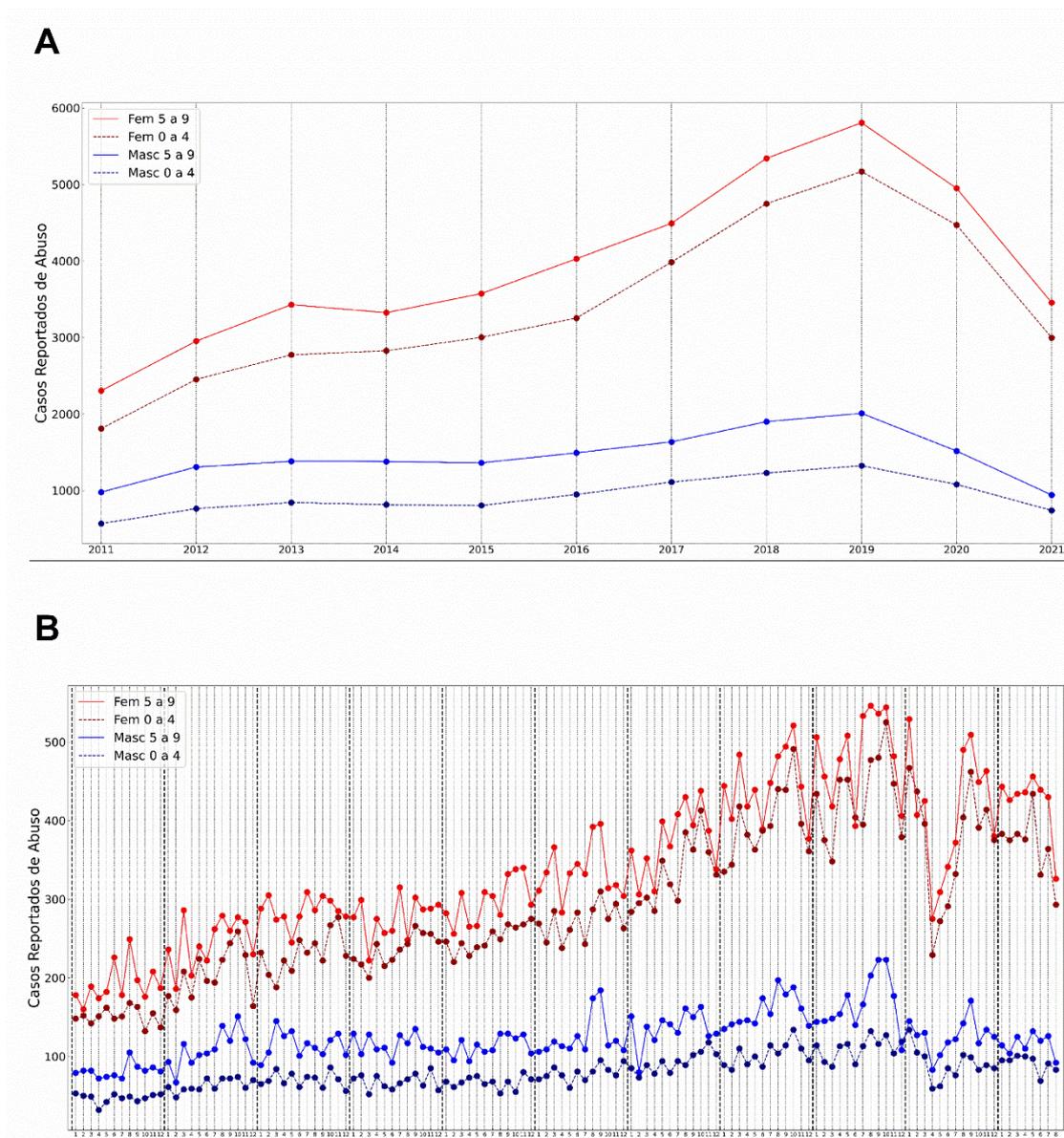
notificados ocorreu na residência da criança (88,9%, n=75.343), dos quais as vítimas foram com mais frequência crianças do sexo feminino nos dois grupos etários. A proporção de casos recorrentes foi 52,9% (n=36.845), sendo mais frequente nas meninas de ambas as faixas etárias. Em relação ao número de envolvidos, a maioria de casos notificados envolveu um agressor (85,2% n=80.122). No total de casos notificados o agressor com maior proporção foram os amigos/conhecidos (28,5% n=27.084) seguidos do pai (19,4% n=18.337) e do padrasto (12,8% n=12.107). Maiores proporções de abuso sexual em crianças do sexo feminino de ambas as idades foram observadas quando os agressores foram o padrasto seguido do pai. Houve registro de suspeita de uso de álcool pelo agressor em 19,2% (n=10.754) dos casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados de violência sexual infantil entre 2011 e 2021 no Brasil segundo características da vítima, local de ocorrência e características do agressor de acordo com grupo etário e sexo.

Variáveis	Total	0-4 anos		5-9 anos	
		F	M	F	M
Características da vítima					
<i>Raça/cor (88,2%)</i>					
Branca	41924 (44,3%)	15429 (78,3%)	4277 (21,7%)	16014 (72,1%)	6204 (27,9%)
Preta	7513 (7,9%)	2243 (76,9%)	672 (23,1%)	3368 (73,2%)	1230 (26,8%)
Amarela	602 (0,6%)	212 (79,1%)	56 (20,9%)	246 (73,7%)	88 (26,3%)
Parda	43397 (45,9%)	14457 (79,1%)	3824 (20,9%)	18754 (74,7%)	6362 (25,3%)
Indígena	1160 (1,2%)	394 (86,4%)	62 (13,6%)	632 (89,8%)	72 (10,2%)
Características da ocorrência					
<i>Local (79%)</i>					
Residência	75343 (88,9%)	25375 (78,9%)	6788 (21,1%)	33020 (76,5%)	10160 (23,5%)
Habitação coletiva	939 (1,1%)	273 (75,2%)	90 (24,8%)	347 (60,2%)	229 (39,8%)
Escola	4511 (5,3%)	1730 (72,8%)	645 (27,2%)	1078 (50,5%)	1058 (49,5%)
Local de prática esportiva	309 (0,4%)	55 (68,8%)	25 (31,3%)	98 (42,8%)	131 (57,2%)
Bar ou similar	278 (0,3%)	75 (70,8%)	31 (29,2%)	113 (65,7%)	59 (34,3%)
Via pública	2808 (3,3%)	693 (80,3%)	170 (19,7%)	1133 (58,3%)	812 (41,7%)
Comércio	419 (0,5%)	126 (80,3%)	31 (19,7%)	189 (72,1%)	73 (27,9%)
Indústria/construção	154 (0,2%)	27 (71,1%)	11 (28,9%)	52 (44,8%)	64 (55,2%)
<i>Ocorreu outras vezes? (64,9%)</i>					
Sim	36845 (52,9%)	8631 (77,0%)	2576 (23,0%)	19386 (75,6%)	6252 (24,4%)
Não	32769 (47,1%)	12069 (79,3%)	3158 (20,7%)	12564 (71,6%)	4978 (28,4%)
Características do agressor					
<i>Número de envolvidos (87,7%)</i>					
Um	80122 (85,2%)	26542 (78,8%)	7154 (21,2%)	34878 (75,1%)	11548 (24,9%)
Dois ou mais	13886 (14,8%)	4104 (73,3%)	1495 (26,7%)	5190 (62,6%)	3097 (37,4%)
<i>Relação com a vítima</i>					
Pai	18337 (19,4%)	8378 (80,7%)	2007 (19,3%)	6207 (78,1%)	1745 (21,9%)
Mãe	3579 (3,8%)	1324 (74,8%)	446 (25,2%)	1285 (71,0%)	524 (29,0%)
Padrasto	12107 (12,8%)	3377 (82,4%)	719 (17,6%)	6984 (87,2%)	1027 (12,8%)
Madrasta	453 (0,4%)	173 (74,2%)	60 (25,8%)	164 (74,5%)	56 (25,5%)
Irmão	4503 (4,8%)	1227 (74,4%)	423 (25,6%)	1978 (69,3%)	875 (30,7%)
Amigo/conhecido	27084 (28,5%)	6827 (74,5%)	2335 (25,5%)	11687 (65,2%)	6235 (34,8%)
Desconhecido	6568 (7,0%)	2640 (81,3%)	608 (18,7%)	2328 (70,1%)	992 (29,9%)
Cuidador	2005 (2,1%)	1076 (77,6%)	311 (22,4%)	429 (69,4%)	189 (30,6%)
<i>Suspeita uso de álcool (52,3%)</i>					
Sim	10754 (19,2%)	3476 (80,4%)	848 (16,9%)	5172 (80,45)	1258 (19,65%)
Não	45382 (80,8%)	14239 (77,1%)	4235 (22,9%)	19018 (70,7%)	7890 (29,3%)

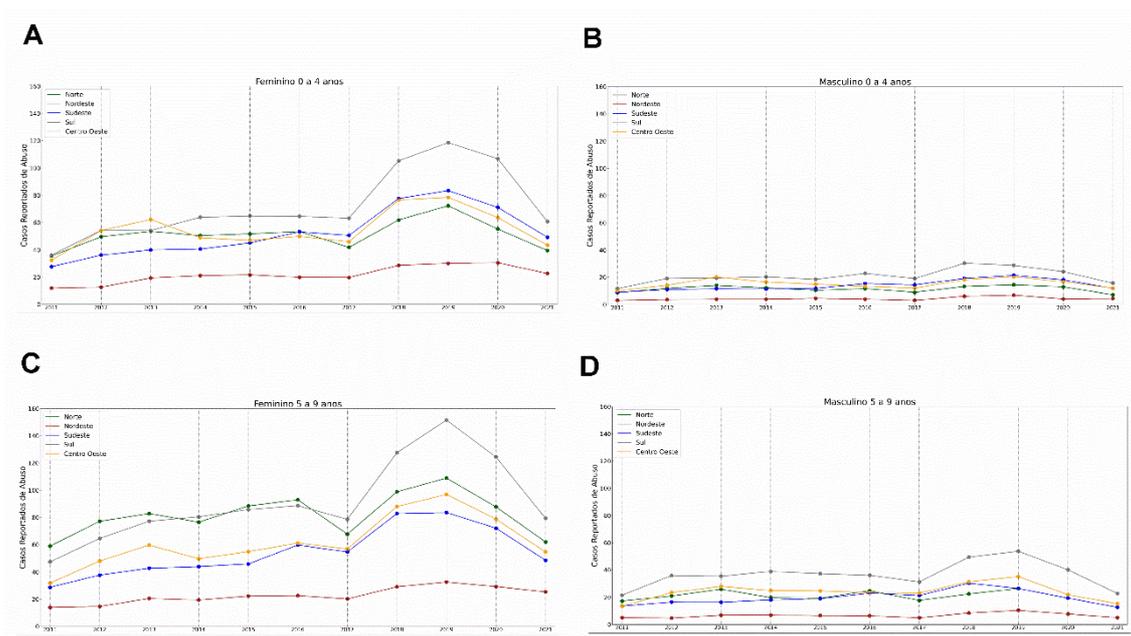
No Brasil foi observado um crescimento no número absoluto de casos notificados de 2011 a 2019, e uma significativa redução em 2020, sendo marcante em abril de 2020 (Figura 1).

Figura 1 - Números absolutos de casos notificados de violência sexual infantil (A) anual e (B) mensal segundo sexo e grupo etário.



As menores taxas de notificação de violência sexual infantil foram registradas na região Nordeste independente do sexo e do grupo etário em todo período analisado. A região Sul apresentou as maiores taxas em todos os grupos a partir de 2017 (Figura 2).

Figura 2 - Comparação das taxas de violência sexual infantil por região do Brasil segundo sexo e grupo etário no período de 2011 a setembro de 2021. (A) Feminino de 0 a 4 anos, (B) masculino de 0 a 4 anos, (C) feminino de 5 a 9 anos e (D) masculino de 5 a 9 anos.



As razões das taxas das vítimas de violência sexual infantil evidenciam que são sempre maiores no sexo feminino do que no masculino, variando de 2,0 a 7,52. Além disso as razões das taxas de violência sexual infantil entre meninas e meninos é maior no grupo etário de 0 a 4 anos comparado a 5 a 9 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Razões das taxas de violência sexual infantil segundo grupo etário e sexo.

	Taxa feminino		Taxa masculino		Razão das taxas	
	0-4	5-9	0-4	5-9	0-4	5-9
Norte					F/M	F/M
2011	35,47	59,00	8,69	17,14	4,08	3,44
2012	49,52	77,21	11,98	20,88	4,13	3,70
2013	53,61	82,85	14,04	25,89	3,82	3,20
2014	50,41	76,60	12,31	19,72	4,09	3,88
2015	51,72	88,44	10,48	19,19	4,93	4,61
2016	53,40	93,00	11,73	24,72	4,55	3,76
2017	41,76	67,78	8,97	17,60	4,65	3,85
2018	61,91	98,84	13,30	22,36	4,65	4,42
2019	72,26	108,91	14,53	26,36	4,97	4,13
2020	55,20	87,76	13,00	19,31	4,25	4,54
2021	39,47	62,05	7,15	12,58	5,52	4,93
Nordeste						
2011	11,92	13,99	3,00	4,96	3,98	2,82
2012	12,65	14,68	3,63	5,65	3,48	2,59
2013	19,31	20,52	3,88	6,79	4,97	3,02
2014	21,05	19,39	3,94	6,80	5,34	2,85
2015	21,69	22,27	4,52	6,55	4,80	3,40
2016	19,83	22,65	3,94	6,32	5,03	3,58
2017	19,70	20,21	3,01	4,89	6,53	4,13
2018	28,62	29,11	6,06	8,36	4,72	3,48
2019	30,04	32,58	6,86	10,35	4,38	3,15
2020	30,53	29,29	4,06	7,67	7,52	3,82
2021	22,62	25,37	4,40	5,02	5,14	5,05
Sudeste						
2011	27,58	28,80	8,92	13,47	3,09	2,14
2012	36,07	37,68	11,01	16,43	3,27	2,29
2013	39,89	42,74	11,67	16,30	3,42	2,62
2014	40,57	43,95	11,45	17,96	3,54	2,45
2015	45,04	45,86	11,82	18,91	3,81	2,42
2016	53,16	59,79	15,41	23,04	3,45	2,59
2017	50,57	54,69	14,42	21,24	3,51	2,57
2018	77,62	82,91	19,14	30,31	4,05	2,74
2019	83,39	83,63	21,42	28,87	3,89	2,90
2020	71,08	72,15	18,13	22,57	3,92	3,20
2021	49,21	48,57	11,94	13,86	4,12	3,50
Sul						
2011	36,04	47,39	11,71	21,42	3,08	2,21
2012	54,24	64,62	19,15	35,89	2,83	1,80
2013	54,13	77,25	19,41	35,43	2,79	2,18
2014	63,87	80,50	20,31	38,87	3,14	2,07
2015	64,78	85,79	18,44	37,26	3,51	2,30
2016	66,57	88,71	22,90	36,08	2,91	2,46
2017	63,21	78,66	19,04	31,24	3,32	2,52
2018	105,25	127,53	30,31	49,34	3,47	2,58
2019	118,59	151,51	28,76	53,70	4,12	2,82
2020	106,79	124,37	24,13	40,11	4,43	3,10
2021	60,69	79,41	15,70	22,69	3,86	3,50
Centro Oeste						
2011	32,37	31,86	10,02	13,34	3,23	2,39
2012	54,11	48,01	14,13	23,37	3,83	2,05
2013	62,18	59,71	20,20	27,89	3,08	2,14
2014	48,83	49,71	16,57	24,86	2,95	2,00
2015	47,01	54,93	14,92	24,58	3,15	2,23
2016	49,83	61,16	13,42	23,37	3,71	2,62
2017	45,94	56,92	12,15	22,98	3,78	2,48
2018	76,57	88,03	18,25	31,30	4,20	2,81
2019	78,43	96,92	20,40	35,10	3,84	2,76
2020	63,56	78,79	16,78	21,80	3,79	3,61
2021	43,40	54,64	12,12	15,21	3,58	3,59

Brasil						
2011	25,18	30,16	7,54	12,28	3,34	2,46
2012	34,30	39,19	10,20	16,63	3,36	2,36
2013	38,95	46,08	11,31	17,78	3,44	2,59
2014	39,70	45,20	10,93	17,94	3,63	2,52
2015	41,85	49,28	10,70	17,96	3,91	2,74
2016	45,25	56,17	12,59	19,90	3,59	2,82
2017	42,22	49,18	11,04	17,41	3,82	2,82
2018	65,75	75,16	16,25	25,56	4,04	2,94
2019	71,50	81,69	17,48	27,01	4,09	3,02
2020	62,13	69,13	14,31	20,23	4,34	3,42
2021	41,74	48,13	9,82	12,52	4,25	3,84

Discussão

Dentre todos os casos notificados de violência sexual infantil no Brasil, no período de 2011 a 2021, 28,8% corresponderam a faixa etária da criança, objeto do presente estudo, confirmando que a violência sexual infantil é um problema de saúde pública de considerável magnitude. Embora os dados epidemiológicos dos estudos revisados não permitam estabelecer taxas de prevalência precisas, este fato não deve ser usado para subestimar a escala do problema revelada pelos dados aqui apresentados. Estimativas globais sugerem que a violência sexual contra crianças pode ser até 30 vezes maior do que o relatado oficialmente ⁶. Prevalências variam ao redor do mundo, com as menores prevalências na Europa (9,2%) e Ásia (10,1%), seguidas pela América (15,8%) e Oceania (23,9%), e a maior prevalência na África (34,4%) ¹⁶. Foi estimada uma prevalência global de violência sexual infantil de 11,8% segundo uma meta-análise de Stoltenborgh *et al.* ¹⁷. No entanto, há evidências de uma diminuição na prevalência em países como Canadá ¹⁸ e Croácia ¹⁹, possivelmente devido a esforços de prevenção e políticas de saúde pública.

No Brasil, especificamente contra crianças menores de 10 anos, faixa etária de interesse deste estudo, com dados do SINAN de 2011, estimou-se uma proporção de 37,0% de abuso sexual, ocupando o 3º lugar no ranking das violências perpetradas nessa faixa etária ¹⁴. Em 2022 um boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, apontou que 83.571 (41,2%) casos de violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos foram notificados de 2015 a 2021.

A violência sexual infantil mostrou predominância no sexo feminino, destacando a vulnerabilidade feminina nas relações de gênero, e no grupo de 5 a 9 anos. Esses resultados devem ser ainda considerados com bastante cautela, pois algumas idades podem estar sendo mais visíveis e notificadas quando comparadas a outras, podendo estes dados não refletirem a real magnitude da configuração da violência em nosso contexto social. De acordo com Farias *et al.*²⁰ as crianças mais novas sofrem maior risco de consequências sociais e emocionais negativas e repercussões de saúde por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento. A infância/adolescência é a fase na qual ocorre a determinação de princípios essenciais para a construção e desenvolvimento da personalidade, quanto mais cedo e frequentes forem esses maus-tratos, maiores os danos¹. Quanto menor a faixa etária, especificamente em menores de 3 anos, maior deve ser o estado de alerta, pois há maior dificuldade para exteriorização desse sofrimento. Araújo *et al.*²¹ verificaram a partir dos casos notificados pelo SINAN, que as crianças com idade entre 5 e 9 anos foram as mais violentadas, com prevalência de 18,09 a cada 10 mil crianças, assim como no boletim epidemiológico sobre notificações de violência sexual infantil de 2015 a 2021²².

No presente estudo foi possível identificar que as razões das taxas das vítimas de violência sexual infantil foram maiores no sexo feminino do que no masculino, em torno de 2 a 7 vezes mais. Dados estes que concordam com a literatura nacional e internacional, no qual o risco de abuso sexual é duas a três vezes maior em meninas do que em meninos^{14,16,17,21,22,23,24,25,26,27,28}. Esses dados refletem a cultura na qual o machismo estrutural tem um impacto significativo no abuso sexual infantil, contribuindo para a construção de uma concepção da sociedade de fragilidade relativa ao sexo feminino. Reforça relações de poder desiguais, onde homens frequentemente ocupam posições de autoridade ou controle. O sexismo, a dominação masculina, o patriarcado, são fatores reconhecidos como estruturantes

da violência. A violência contra as mulheres deve ser compreendida como parte de um contexto cultural, político e de poder ²⁰.

A análise da variável raça revelou uma maior frequência de casos de violência sexual em indivíduos negros, o que levanta questões sobre como a interseção de dimensões como raça, classe e gênero aumenta a vulnerabilidade e as desigualdades nas situações de violência. Estudos anteriores também mostraram que a violência sexual é mais prevalente em crianças de cor parda, reforçando um padrão étnico de vitimização ^{14,22,23,25}. A cor da pele parda/preta é identificada como um fator de risco para violência sexual contra crianças segundo Rates *et al.* ¹⁴, embora essa associação não seja observada em regiões com predominância da população branca, como no Sul do Brasil ²⁶.

O estudo apontou que a residência é o principal local de ocorrência de violência, uma constatação corroborada por diversos outros estudos ^{14,21,22,23,24,25,26,29}. A violência é muitas vezes camuflada e imperceptível, devido ao local onde é praticada, na maioria das vezes dentro da própria casa, e cujos agressores geralmente são seus familiares, pessoas próximas ou de confiança ³⁰.

O presente estudo revelou que tanto pais quanto padrastos e conhecidos são os principais agressores, entre crianças do sexo feminino. A violência cometida por pessoas próximas distorce a percepção de segurança da criança, afetando seu ambiente familiar e social. Vários estudos confirmam que agressores geralmente são conhecidos ou familiares das vítimas, incluindo genitores ^{22,26,29,31}. A dependência das crianças em relação aos familiares pode contribuir para a subnotificação dos casos e a falta de intervenção devido ao medo e à coerção, podendo ser facilitada por subornos e/ou privilégios. Segundo Lawson & Akay-Sullivan ³², a violência sexual infantil, especialmente quando perpetrado por um dos pais, pode resultar em sérios problemas físicos e psicológicos ao longo da vida. As crianças frequentemente tentam entender o abuso através de construções negativas, como culpabilizar a si mesmas. Segundo

Barbosa *et al.*²³, Souza *et al.*²⁴, Rates *et al.*¹⁴ e Oliveira *et al.*²⁵, os mais frequentes autores da agressão foram outros que não os pais.

De acordo com a tabela 2 e figura 2 podemos observar uma disparidade entre as regiões do Brasil, a qual a região Sul aparece com muito mais notificações do que a região Nordeste independente do sexo e grupo etário. Todas as regiões aparecem em uma crescente progressão a partir de 2011, ano que surgiu a obrigatoriedade da notificação compulsória de violências, tendo uma queda em 2020, a pandemia da Covid-19 parece ter contribuído para a redução dos registros de violência sexual, o que não necessariamente significa a redução da incidência. Segundo Araújo *et al.*²¹, observou-se um aumento no número de notificações nos anos subsequentes a 2011, com acréscimo percentual de 153% de 2011 para 2012 e de 235% de 2011 para 2014, ressaltando a importância das políticas públicas de combate à violência e o papel da vigilância epidemiológica no reconhecimento deste fenômeno tão complexo. Um estudo conduzido por Lemos *et al.*³¹, de 2010 a 2018, revelou um aumento constante nos casos de violência sexual em todas as regiões do Brasil, com as regiões Norte e Sul apresentando as maiores proporções. Em 2018, a região Sul superou as outras regiões, com uma proporção três vezes maior do que a Região Nordeste. Notavelmente no boletim epidemiológico, a Região Sudeste concentrou uma proporção significativa de casos²². Gaspar, Pereira e Lopes³³ destacam que a região Sul demonstrou maior variabilidade (414%), enquanto a Sudeste concentra o maior número de casos dentro do período analisado, isso pode ter se dado não só por esta região concentrar maior número de pessoas, mas por possuir maior número de unidades notificantes. Essa disparidade pode ser atribuída a melhoria da vigilância e comprometimento de seus gestores e equipe técnica sensibilizados com o tema. Portanto, é importante considerar que a aparente maior proporção de casos não necessariamente indica maior violência, mas sim ao maior grau de implantação da vigilância de causas externas nesta região¹⁴.

O estudo revela que a repetição da violência ocorreu em 52,9% dos casos, destacando-se como um aspecto preocupante, cujo índice chamou atenção em estudos anteriores^{14,22,23,24,29,33}, devido a violência sexual de repetição impactar negativamente na vida das crianças e ainda mais na saúde física e mental de suas vítimas. Em revisão de 10 anos de atendimento em um centro pediátrico, Hu *et al.*³⁴ encontraram maior risco (RC: 4,46) de comorbidades nas crianças vítimas de violência recorrente, em relação àquelas que sofreram violência sexual somente uma vez. O risco de desordens psiquiátricas, tentativa de suicídio, necessidade de tratamento com drogas antipsicóticas e decréscimo do rendimento escolar foi de 3,18; 4,23; 5,57 e 4,81 respectivamente, no primeiro grupo em relação ao segundo. A repetição demonstra a característica contínua e essa cronicidade é atribuída à diversas causas, incluindo a imaturidade e vulnerabilidade das vítimas, além do abuso de poder por parte do agressor, que muitas vezes ocorre no ambiente familiar³⁵. Essa natureza cíclica da violência indica que intervenções focadas apenas na ocorrência imediata não são suficientes, uma vez que a violência está enraizada nas relações familiares.

Nesta pesquisa, a classificação da violência sexual revelou o estupro o tipo mais frequente, indicando que outros tipos de abuso sexual podem não ser reconhecidos como violência. Segundo Araújo *et al.*²¹ e Barbosa *et al.*²³ o estupro prevaleceu conforme o tipo de violência sexual. Gaspar, Pereira e Lopes³³ destacam alarmantemente que a taxa de estupro aumentou 590,0%, de 2009 a 2013. Mais da metade dos casos notificados de violência sexual foram de estupro, tanto em meninas quanto em meninos²².

A queda abrupta nas notificações de violência sexual em abril de 2020, conforme observado na Figura 1, pode ser atribuída à influência da pandemia de COVID-19, quando o distanciamento social se tornou necessário. Segundo Bohnenberger e Bueno³⁶, os dados disponíveis indicam que houve queda expressiva das notificações criminais provenientes de dados da Segurança Pública nos primeiros meses de distanciamento social. Os registros, que se

mantinham mais ou menos estáveis caem abruptamente a partir do final de fevereiro e em abril a média fica muito abaixo a verificada ao longo da série. A partir de maio, no entanto, os números voltam a crescer. Levandowski *et al.* ³⁷ mostraram uma queda das notificações em 54% em 2020 na comparação ao mesmo período de 2019. Isso é atribuído à menor atenção e cuidado voltados para crianças devido ao distanciamento social e ao fechamento de escolas e serviços. Não indica necessariamente uma redução real na incidência de violência, mas sim uma diminuição nas oportunidades de identificação e notificação ³⁸.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizado neste estudo, tem sido reconhecido pela sua adequação em termos de completude, consistência e não duplicidade ^{15,39,40}. Essa qualidade dos dados é essencial para gerar informações epidemiológicas precisas.

Essa análise epidemiológica e situacional destaca a importância de compreender a violência sexual infantil considerando fatores como racismo estrutural, sexismo, relações de poder no âmbito das estruturas e das representações sociais, políticas e culturais. A articulação do racismo com o sexismo no Brasil produz efeitos violentos sobre a mulher/menina negra em particular ⁴¹, como identificado no presente estudo, que necessita de uma abordagem interseccional. A violência sexual infantil se mostra como um fenômeno sexista e racista enraizado em interações sociais e culturais, e afeta todas as comunidades ao longo da história. É crucial romper o silêncio e a invisibilidade desses crimes.

O presente estudo apresenta limitações pois além dos entraves do processo de notificação, o estudo é transversal, não longitudinal, tendo o viés das respostas, o não preenchimento de alguns campos pela ausência da informação do SINAN cujos dados foram ignorados ou não informados, e a impossibilidade de resgatá-los, devido à utilização de dados secundários, que distanciam o pesquisador dos participantes do estudo. Outros desafios incluem o lapso temporal entre o ocorrido e a notificação, bem como o viés de memória das crianças e

pelo fato de que o fornecimento dos dados é realizado por uma segunda pessoa, responsável pela criança. É importante reconhecer que os dados de notificação representam apenas um pequeno fragmento da realidade pois ainda perdura uma elevada subnotificação dos casos.

Este estudo oferece uma análise abrangente e detalhada das taxas de violência sexual infantil no Brasil ao longo de 11 anos, destacando os pontos positivos e desafios significativos no enfrentamento desse grave problema. Ao abordar as taxas por região, sexo e faixa etária, o estudo lança luz sobre as crianças mais vulneráveis e expõe a fragilidade do sexo feminino, que é mais frequentemente acometido por esse tipo de violência. A importância deste estudo não pode ser subestimada. Ele fornece dados valiosos que ajudam a entender a magnitude da violência sexual infantil no Brasil e suas nuances regionais. Além disso, ao examinar 11 anos de notificações, o estudo permite identificar tendências ao longo do tempo, que podem influenciar a incidência de violência sexual infantil.

Para prevenir e combater a violência infantil, são necessárias abordagens multifacetadas e intersetoriais que abordem tanto os fatores de risco individuais quanto os contextuais e estruturais. Fornecer essas informações podem orientar ações de prevenção, proteção e intervenção para enfrentar esse grave problema de saúde pública. Com base na descrição deste estudo, é fundamental investir em educação para todas as crianças e conscientização sobre violência sexual infantil, como também na criminalização da violência sexual. É fundamental também, que não só as crianças sejam envolvidas neste processo educativo, mas que sejam incluídos, pais, educadores, profissionais de saúde e gestores. Por fim, é necessário promover políticas públicas que abordem as causas subjacentes da violência infantil, incluindo a desigualdade de gênero, raça e a falta de acesso aos serviços. Somente por meio de um esforço conjunto envolvendo governos, sociedade civil e setor privado podemos criar um ambiente seguro e protetor para todas as crianças, onde possam crescer saudáveis, felizes e livres do trauma do abuso sexual.

Contribuição dos autores:

P.B.M.M. – Auxiliou na análise dos dados, responsável pela redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

F.S.O. – Fez contribuições substanciais para a redação e revisão do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

R.C.F. – Responsável pela concepção das ideias, fez contribuições substanciais na concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada

P.M.P.A.Z. - Responsável pela concepção das ideias, fez contribuições substanciais na concepção e desenho, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Considerações éticas

Este estudo foi realizado utilizando base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, de acesso público, não sendo necessária aprovação pelo Comitê de Ética.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010 [acesso em 20 abr. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf.

2. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Abuso sexual de crianças: uma urgência sanitária silenciosa. Comitê Regional Africano, 2004, 54 [acesso em 10 abr. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/112069>
3. Wang YX, Sun Y, Missmer SA, Rexrode KM, Roberts AL, Chavarro JE, *et al.* Association of early life physical and sexual abuse with premature mortality among female nurses: prospective cohort study. *BMJ* 2023; 3, 381:e073613.
4. Rehan ST, Khan Z, Shuja SH, Salman A, Hussain HU, Abbasi MS, *et al.* Association of adverse childhood experiences with adulthood multiple sclerosis: A systematic review of observational studies. *Brain Behav* 2023; 13(6):e3024.
5. Assini-Meytin LC, Thorne EJ, Sanikommu M, Green KM, Letourneau EJ. Impact of Child Sexual Abuse on Socioeconomic Attainment in Adulthood. *J Adolesc Health* 2022; 71(5):594-600.
6. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016; 137(3):e20154079.
7. World Health Organization (WHO). Child maltreatment. Geneve: WHO, 2022 [acesso em 10 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
8. UNICEF. Brasil e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Panorama of lethal and sexual violence against children and adolescents in Brazil. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública: UNICEF Brasil, 2021 [acesso em 3 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17341/file/panorama-lethal-sexual-violence-against-children-adolescents-in-brazil.pdf>.
9. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [1988] [acesso em 17 maio 2024]. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

10. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9th ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2012 [acesso em 17 maio 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
11. Brasil. Lei nº 14.679, de 18 de setembro de 2023. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de setembro de 2023 [acesso em 17 maio 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14679.htm.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 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. Brasília, DF, 2011 [acesso em 3 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014 [acesso em 23 jan. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
14. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. Ciênc. Saúde Colet 2015; 20(3):655-665.

15. 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* 2022; 31(2):e2021441.
16. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(4):328-38.
17. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011; 16(2):79-101.
18. Shields M, Tonmyr L, Hovdestad WE. The Decline of Child Sexual Abuse in Canada: Evidence From the 2014 General Social Survey. *Can J Psychiatry* 2019; 64(9):638-646.
19. Ajdukovic M, Susac N, Rajter M. Gender and age differences in prevalence and incidence of child sexual abuse in Croatia. *Croat Med J* 2013; 54(5):469-79.
20. Barsted, LL. O avanço legislativo contra a violência de gênero: A Lei Maria da Penha. *Rev EMERJ* 2012; 15(57):90-110.
21. Araujo G, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches LC. *et al.* Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná – Brasil. *Rev Espaço para a Saúde* 2019; 20(2):42-54.
22. Brasil. Ministério da Saúde Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021: Boletim Epidemiológico, 2024; 54(8).
23. Barbosa LV, Cruz KVA, Soares ACGM, Silva RA. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente* 2013; 1(2):9-20.
24. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2014; 19(3):773-784.

25. Oliveira HC, Pinto Jr EP, Tavares LT, Guimaraes MAP, Oliveira MAD. Notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes. *Arq Cienc Saude*. 2015; 22(4):26-30.
26. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018; 23(4):1019-1031.
27. Hassan M, Gary FA, Killion C, Lewin L, Totten V. Patterns of sexual abuse among children: Victims' and perpetrators' characteristics. *J. Aggress. Maltreat. Trauma* 2015; 24(4):400-418.
28. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013; 58(3):469-83.
29. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2012; 58(6):659-665.
30. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr* 2005; 81(5):197-204.
31. Lemos AQ, Costa SC, Nascimento NG, Cristo GS, Constante FC, Sousa JDC, *et al*. Prevalence of Child Sexual Violence in Brazil in the Period 2010-2018: an Ecological Study. *J. Health Sci* 2021; 23(4):334-8.
32. Lawson DM, Akay-Sullivan S. Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest. *Journal of Child Sexual Abuse* 2020; 29(6):677–696.
33. Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(11):e00172617.
34. Hu MH, Huang GS, Huang JL, Wu CT, Chao AS, Lo FS, *et al*. Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(14):e0236.

35. 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 Saúde*. 2009; 18(4):315-34.
36. Bohnenberger M, Bueno S. Os registros de violência sexual durante a pandemia de COVID-19. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2020 [acesso em 18 abr. 2024]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/7-os-registros-de-violencia-sexual-durante-a-pandemia-de-covid-19.pdf>
37. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Publica* 2021; 37(1):e00140020.
38. Melo BD, Andrada BC, Schmidt B, Melo BD, Lima CC, Fernandes CM, *et al*. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: crianças na pandemia COVID-19. *Manuais e Procedimentos técnicos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
39. Delzivo CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2018; 27(1):e20171493.
40. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Ser Saúde* 2014; 23(1):131-42.
41. Gonzalez, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, 1984, p.223-244

5.2 Produto técnico

MESTRADO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA DE SAÚDE PÚBLICA PRODUTO TÉCNICO

TÍTULO: ABUSO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

AUTORES: Pollyanna Barbosa Muzzi Moreira, Fernando Henrique da Silva, Viviane Elizângela Gomes, Raquel Conceição Ferreira, Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar.

Produto técnico: capacitação por meio de um evento no tema de abuso infantil, desenvolvido na cidade de Mariana/Minas Gerais em parceria com a Prefeitura, Secretarias de Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A violência contra as crianças é universal e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública em todo o mundo e que afeta, a cada ano, milhões de crianças. Desde a década de 80 o Brasil tem buscado enfrentar o problema com programas, políticas e leis, com destaque à Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069/90), o grande marco legal de proteção aos direitos da Criança e do Adolescente, portanto a articulação em rede entre profissionais, serviços e setores que atuam junto às crianças e aos adolescentes, é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de ações de proteção integral e desenvolvimento das crianças vulneráveis. A partir de 2011, a notificação de violências no âmbito da saúde passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados (Brasil, 2011), e em 2014 os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima (Brasil, 2014). A identificação da violência contra as crianças suscita a necessidade de protegê-las, e esta ação se inicia oficialmente a partir da notificação, a qual é

considerada compulsória, e a partir disso é possível investigar vários fatores relacionados à violência, tornando a notificação um poderoso instrumento de política pública. A notificação possibilita a criação de um elo entre a área da saúde e os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, com formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação (Rates *et al.*, 2015). O fluxo de atendimento estabelecido com a proposta de trabalho em rede é reconhecido como fundamental para o enfrentamento da violência. No âmbito da atual política de saúde, as equipes da atenção primária, por se encontrarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva, têm maior possibilidade de identificar as situações de violências em crianças e adolescentes, por meio do acolhimento e atendimento, bem como, notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social (Paixão; Deslandes, 2011). Os profissionais de saúde brasileiros, especialmente aqueles que oferecem atenção primária nos serviços públicos, estão em posição estratégica para o reconhecimento, notificação de abusos e proteção de crianças devido aos seus laços estreitos com a comunidade e o fato de que a atenção básica é a porta de entrada para o atendimento do público brasileiro no sistema de saúde (Silva-Oliveira *et al.*, 2020). Dentre os profissionais de saúde, o cirurgião dentista tem a oportunidade de identificar não somente sinais clínicos do abuso infantil, mas também o comportamento da criança que está sofrendo abuso, além de poder observar a relação da criança com seu representante legal/responsável em virtude das várias visitas ao longo do tempo (Nunes *et al.*, 2021). Entretanto, pesquisas revelaram que o cirurgião dentista tem sido identificado como um dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, que menos identifica e notifica abuso infantil (Silva-Oliveira *et al.*, 2020; Nunes *et al.*, 2021).

Uma abordagem multiprofissional e intersetorial é fundamental para desenvolver intervenções eficazes na identificação e notificação do abuso infantil na área da saúde. Essa cooperação intersetorial permite uma resposta mais abrangente e efetiva, abordando não apenas as consequências imediatas do abuso, mas também suas causas subjacentes e a prevenção futura, há uma maior probabilidade de identificar precocemente casos de abuso infantil e oferecer suporte adequado às vítimas e suas famílias. Isso contribui para resultados mais positivos no tratamento das vítimas e na prevenção de novos casos.

Sendo assim, o evento buscou incluir como público-alvo profissionais de saúde, gestores de saúde e de desenvolvimento social, profissionais da educação, da

assistência social e profissionais do conselho tutelar da Prefeitura de Mariana (MG), além de estudantes de graduação e pós-graduação da área de saúde.

Os profissionais de saúde necessitam de capacitações e intervenções educativas como também profissionais dos conselhos tutelares, gestores e da educação devido à complexidade do abuso infantil, bem como, a necessidade de uma abordagem intersetorial para que melhores intervenções possam ser planejadas e desenvolvidas. De acordo com um estudo realizado por Nunes (2020), participantes apontaram que cursos de capacitação poderiam levar a maior segurança para identificar e notificar casos, tendo o potencial de transformar a concepção de abuso infantil e melhorar o sistema de notificação e proteção de crianças e adolescentes. Porém é frequentemente vista de maneira negativa tanto entre os profissionais quanto na comunidade, devido à crença de que notificar casos suspeitos pode causar mais danos do que benefícios às crianças. Está diretamente ligado à falta de confiança dos profissionais, na confidencialidade do processo de notificação e ao medo de serem identificados e sofrerem retaliações.

No Brasil, um estudo realizado com profissionais de saúde na atenção primária, incluindo os dentistas, observou que a notificação de abuso infantil esteve positivamente associada com a participação em treinamento específico sobre o tema e com informações sobre onde e como notificar casos de abuso infantil (Moreira *et al.*, 2014).

2 OBJETIVO

Desenvolver uma capacitação com foco na identificação e notificação do abuso infantil no contexto dos serviços públicos de saúde pelos profissionais de saúde e profissionais de outros setores. Esta atividade visou possibilitar o conhecimento e preparação dos profissionais criando um vínculo entre saúde e proteção à criança e ao adolescente para facilitar a investigação e o desenvolvimento de políticas públicas futuras no Município de Mariana e visou também discutir o fluxo de notificação, barreiras e facilitadores para a notificação em colaboração com os gestores de saúde e cidadania e o encaminhamento para rede de cuidados e de proteção social.

3 METODOLOGIA

Foi um evento presencial, no Centro de Convenções, com duração de 4 horas ofertado no dia 08 de maio de 2024 no município de Mariana/MG com apoio do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Mariana/MG. O evento foi organizado em 3 momentos. Como encaminhamento, será elaborada uma proposta colaborativa de novas capacitações futuras para dentistas com relação a identificação e notificação do abuso infantil. O evento foi avaliado pelos participantes ao final do turno por meio de questionário. Os aspectos abordados foram relativos à organização do evento, conteúdo, métodos utilizados, corpo docente/discente, materiais de apoio utilizados.

O produto técnico em questão atendeu a uma demanda da Prefeitura Municipal de Mariana /MG e fez parte do Projeto de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria de desenvolvimento Social e Cidadania e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente de Mariana/MG (ANEXO 1 e 2).

O público participante contou com profissionais de saúde, gestores de saúde e de desenvolvimento social, profissionais da educação, da assistência social, estudantes de graduação e pós-graduação de saúde de Mariana e profissionais do conselho tutelar, um total de 64 participantes.

1º Momento: apresentação de casos de abuso infantil sob formato de vinhetas a serem respondidas pelos participantes presentes em seus respectivos celulares, gerando discussões sobre o tema. As vinhetas tiveram o propósito de criar uma apresentação dinâmica com a participação de todos os presentes, onde foi discutido as principais barreiras e/ou dificultadores para identificar e notificar possíveis vítimas de abuso infantil. Foi apresentado inicialmente um caso para interação com os participantes.

Figura 1 - (a) Exposição do conteúdo teórico, (b) apresentação teórica e (c) vinheta 1.

(a) 

(b) 

(c)

VINHETAS CASO 2

Paciente de 7 anos comparece à Unidade de Saúde junto ao responsável com queixa principal de "dor de dente". Ao realizar o exame odontológico, você repara lesão cariosa em vários dentes, com muitas coroas totalmente destruídas e fístulas em várias regiões. O paciente é de uma família socioeconomicamente vulnerável. Você realizou o procedimento de urgência e, ao marcar o paciente para o início do tratamento, o paciente não compareceu à consulta. Responda:

- 1) Você acha que pode ser um caso de abuso/negligência? (Responda "Não" OU "se sim, qual o tipo")
- 2) Qual a sua conduta (se achar que é um tipo de abuso)?

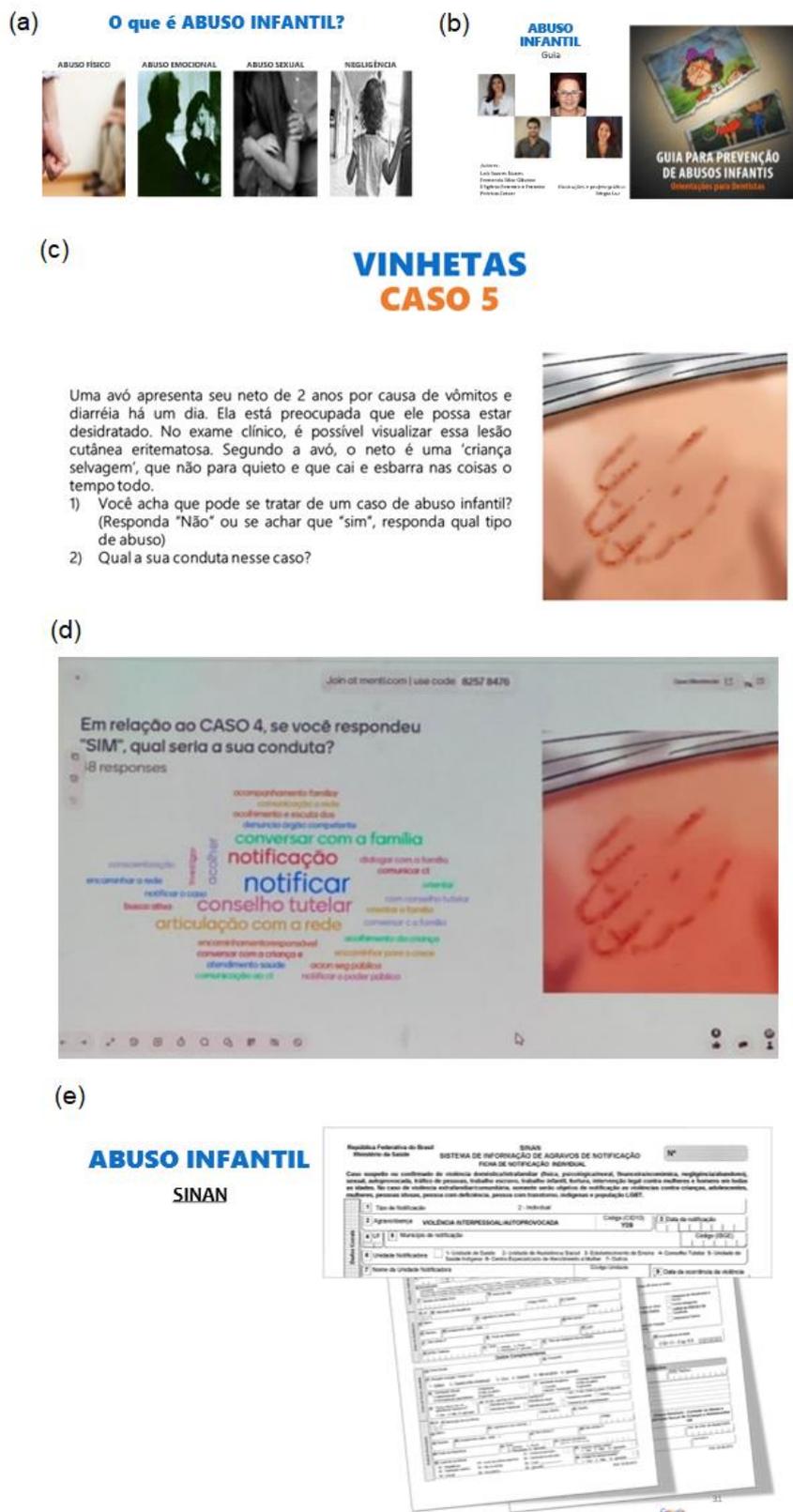


Fonte: Autora (2024)

2º Momento: exposição teórica explicando o conceito de abuso infantil, seus tipos, os dados epidemiológicos do abuso infantil no Brasil e no mundo, de como identificar e notificar o abuso infantil, seu fluxo, a importância dos profissionais de saúde como agentes de proteção e finalizando com os resultados das pesquisas qualitativas e quantitativas sobre identificação e notificação de abuso infantil. No fim do segundo tempo tivemos uma apresentação do guia para prevenção de abusos infantis:

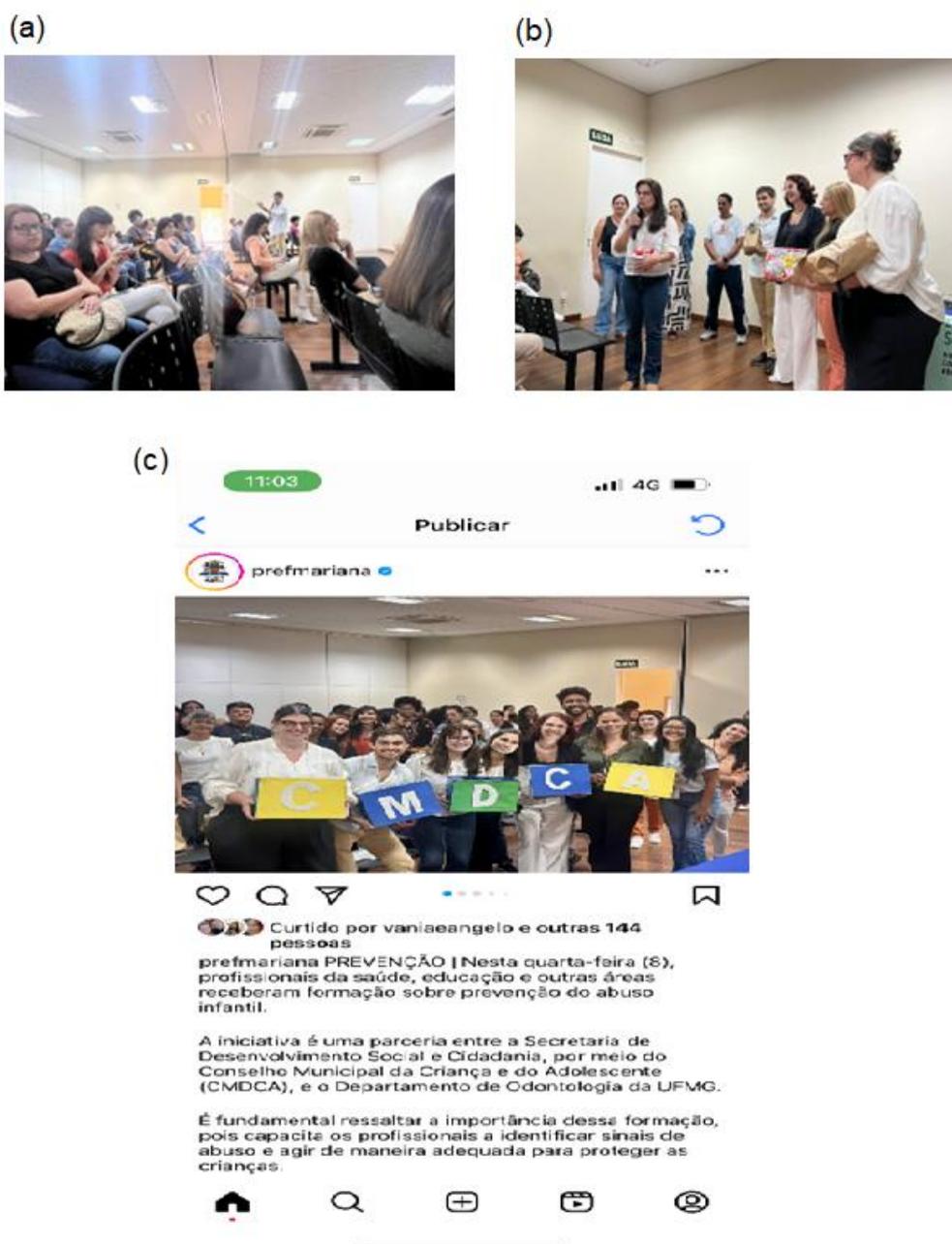
orientações para dentistas, apresentação da ficha do SINAN e apresentação de outras duas vinhetas.

Figura 2 - (a) Conceito, (b) apresentação do guia, (c, d) vinhetas, e (e) apresentação da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).



3º Momento: roda de conversa sobre as experiências de abuso infantil identificadas e/ou notificadas pelos participantes no contexto do serviço, bem como, sugestões para melhora das notificações e reconhecimento do abuso infantil. Em seguida foram distribuídos formulários para preenchimento pelos participantes com questões sobre barreiras e facilitadores para identificação e notificação de abuso infantil, bem como a avaliação do evento (anexo 3 e 4).

Figura 3 - (a) Roda de conversa, (b) agradecimentos e (c) rede social.



Fonte: Autora (2024)

4 RESULTADOS

Foram um total de 64 participantes, que tinham entre 2 meses e 22 anos de tempo de trabalho no Município, foram preenchidos 50 formulários. Identificar e notificar possíveis vítimas de abuso infantil pode ser uma tarefa complexa devido a várias barreiras e dificultadores, e a maioria das opiniões incluíram:

1. **Contato com a família e omissão:** Profissionais podem enfrentar resistência das famílias, que podem negar ou minimizar os sinais de abuso, dificultando a obtenção de informações necessárias.
 2. **Dificuldade no andamento do caso na rede de proteção:** levando a atrasos ou à falta de continuidade na proteção da vítima.
 3. **Medo e insegurança:** Profissionais podem hesitar em reportar casos de abuso devido ao medo de retaliação por parte dos perpetradores ou da própria comunidade.
 4. **Despreparo e falta de capacitação:** A falta de treinamento específico para lidar com casos de abuso infantil pode levar à falta de habilidades necessárias para identificar, notificar e apoiar adequadamente as vítimas.
 5. **Falta de conhecimento do fluxo de notificação:** Profissionais podem não estar cientes dos procedimentos corretos de notificação e dos recursos disponíveis para ajudar vítimas de abuso infantil.
 6. **Desinteresse ou falta de prioridade:** Em alguns casos, pode haver uma falta de priorização na abordagem, o que pode resultar em negligência.
- Abordar essas barreiras requer um esforço conjunto de capacitação contínua, melhoria nos protocolos de intervenção, sensibilização da comunidade e suporte adequado aos profissionais envolvidos na proteção infantil.

A maioria das opiniões sobre os principais facilitadores para identificar e notificar foram:

1. **Experiência de trabalho:** Profissionais com experiência e capacitados têm maior sensibilidade para reconhecer os sinais e sintomas associados ao abuso.
2. **Fluxo eficiente de notificação:** Ter um fluxo claro e eficiente para a notificação de casos de abuso infantil facilita o processo, garantindo que as informações sejam encaminhadas rapidamente para as autoridades competentes.
3. **Escuta individualizada:** Uma abordagem sensível e individualizada ao ouvir as

crianças pode encorajar a revelação de informações cruciais sobre situações de abuso.

4. **Apoio dos setores e políticas públicas:** Apoio dos diferentes setores da sociedade podem fortalecer as estratégias de prevenção e intervenção no abuso infantil.
5. **Equipe treinada e capacitada:** Profissionais de diferentes áreas (saúde, educação, assistência social) devem receber treinamento regular sobre identificação de sinais de abuso infantil, procedimentos de notificação e intervenção adequada.
6. **Interprofissionalismo:** A colaboração entre diferentes profissionais pode melhorar a compreensão e o tratamento dos casos de abuso infantil, garantindo uma abordagem holística.
7. **Busca ativa de casos:** Realizar uma busca ativa por casos de abuso infantil, especialmente em ambientes onde as crianças podem estar vulneráveis (escolas, instituições de saúde, comunidades), pode ajudar na identificação precoce e na intervenção rápida.
8. **Diálogo aberto com a criança e a família:** Estabelecer um diálogo aberto e empático com a criança e sua família pode encorajar a confiança e facilitar a divulgação de informações sobre possíveis situações de abuso.

Esses facilitadores trabalham em conjunto para fortalecer a capacidade dos profissionais de identificar, notificar e intervir em casos de abuso infantil, visando a proteção e o bem-estar das crianças em situações vulneráveis.

Ao final do formulário foram sugeridas propostas para enfrentar o abuso e sugestões para uma futura capacitação. Entre as respostas estavam:

1. **Sensibilização nos locais de trabalho:** sobre os sinais de abuso infantil, suas consequências e a importância da intervenção precoce.
2. **Abordar sobre o fluxo e encaminhamento:** Capacitar os profissionais para entenderem o fluxo adequado de notificação de casos de abuso infantil, incluindo quem deve ser contatado e quais são os passos subsequentes.
3. **Fortalecer vínculos:** fortalecer os vínculos entre profissionais de diferentes áreas (saúde, educação, assistência social) para uma resposta integrada e eficaz aos casos de abuso infantil.
4. **Investir em capacitações e realizar oficinas:** Proporcionar formações regulares e específicas para os profissionais, abrangendo identificação de sinais de abuso, escuta e intervenção apropriada. Facilitar discussões sobre a importância da obrigação legal

de reportar casos suspeitos de abuso infantil, destacando os benefícios da intervenção precoce para a criança.

5. **Reforçar a importância da educação:** reforçar a importância da educação sexual nas escolas.
6. **Divulgação:** Promover campanhas de conscientização pública sobre o abuso infantil, seus sinais, consequências e como denunciar, utilizando diversos meios de comunicação e redes sociais.
7. **Elaborar manuais para identificar e notificar:** Desenvolver manuais práticos e orientações claras para profissionais sobre como identificar sinais de abuso infantil e notificar corretamente as autoridades competentes.
8. **Fluxograma e formas de abordagens:** Desenvolver fluxogramas claros e diretrizes.
9. **Grupos de pais e cartilhas educativas:** Criar grupos de apoio para pais e cuidadores, oferecendo orientações sobre práticas parentais saudáveis e sinais de alerta de abuso infantil, além de distribuir cartilhas educativas.
10. **Cuidado humanizado:** Promover um cuidado centrado na criança, com empatia e respeito, durante todo o processo de identificação, notificação e intervenção em casos de abuso infantil.

Para capacitar profissionais e enfrentar o abuso infantil de maneira eficaz, é essencial adotar uma abordagem abrangente que inclua sensibilização, formação específica, fortalecimento de vínculos comunitários e estratégias educativas. Aqui estão algumas propostas e sugestões detalhadas.

A avaliação do evento pelos participantes foi realizada através de formulários e foram preenchidos por 50 participantes. A maioria das respostas consideraram o evento excelente ou bom (96%) e muitos destes participantes relataram que o evento superou suas expectativas. Os participantes sugeriram maior tempo de atividade, continuidade desta capacitação em outros momentos e parceria da UFMG em outros eventos. Elogiaram a dinâmica, a linguagem, a metodologia, as trocas de conhecimento, a organização e a interação.

A autoavaliação do grupo que organizou o evento considerou que: o evento possibilitou interação da equipe com os participantes, viabilizou discussões críticas sobre o tema e sensibilizou os participantes quanto a identificação e notificação de abuso infantil. As sugestões escritas no formulário distribuído ao público-alvo poderão

auxiliar em eventos futuros para dar continuidade a capacitação sobre abuso infantil com a cooperação de profissionais de distintos setores.

5 POSSÍVEIS IMPACTOS

A produção técnica desenvolvida nesse projeto é apresentada a seguir, descrita de acordo com os critérios estabelecidos para esse tipo de produção pelo Grupo de Trabalho sobre Produção Técnica, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (CAPES, 2019).

5.1 Curso de formação profissional

O quadro 1 apresenta dados da identificação, classificação e outras informações pertinentes ao produto técnico sobre o curso de formação profissional de Capacitação em Abuso Infantil: Identificação e Notificação por Profissionais da Saúde (QUADRO 1).

Quadro 1 – Produto técnico. Capacitação em Abuso Infantil: Identificação e Notificação por Profissionais da Saúde.

TÍTULO:	Capacitação em Abuso Infantil: Identificação e Notificação por Profissionais da Saúde.
ANO:	2024
AUTORES:	Pollyanna Barbosa Muzzi Moreira, Fernando Henrique da Silva, Viviane Elizângela Gomes, Raquel Conceição Ferreira, Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar.
INSTITUIÇÃO PROMOTORA:	Prefeitura Municipal de Mariana/MG
LOCAL:	Centro de Convenções de Mariana
CIDADE:	Mariana/MG
DIVULGAÇÃO:	<input type="checkbox"/> filme <input type="checkbox"/> hipertexto <input type="checkbox"/> impresso <input checked="" type="checkbox"/> meio digital <input type="checkbox"/> meio magnético (ex.: CD-ROM) <input type="checkbox"/> vários <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> não se aplica a este PTT
QUALIS TECNOLÓGICO:	Produto: Curso de formação profissional Subtipo: Organização de atividade de capacitação, em diferentes níveis; Criação de atividade de capacitação, em diferentes níveis Estrato: T 3
FINALIDADE:	Capacitar e sensibilizar profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e de outros setores da Prefeitura de Mariana/MG para reflexão crítica sobre identificação e notificação de abuso infantil.
IMPACTO – nível:	<input checked="" type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> baixo
IMPACTO – demanda:	<input checked="" type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> por concorrência <input type="checkbox"/> contratada
IMPACTO – objetivo da pesquisa que originou o PTT:	<input type="checkbox"/> experimental <input checked="" type="checkbox"/> solução de um problema previamente identificado

() sem um foco de aplicação inicialmente definido

IMPACTO – área impactada pela produção:

(X) saúde
(X) educação
() ensino
() econômico

IMPACTO – tipo:

() potencial
(X) real

DESCRIÇÃO DO TIPO DE IMPACTO:

Profissionais de saúde, de educação, de assistência social, do conselho tutelar, gestores da secretaria de saúde e de desenvolvimento social do município da Mariana discutiram com a equipe de professores e mestrandos do Mestrado Profissional da FAO/UFMG sobre a identificação e notificação de abuso infantil, apontando as barreiras e facilitadores para o enfrentamento do abuso infantil, além do esclarecimento de dúvidas quanto ao fluxo de notificação. Esta atividade poderá ser uma porta de entrada para novas capacitações, além de que, os participantes poderão atuar como multiplicadores em seus respectivos espaços de trabalho, considerando os diversos setores como a saúde, educação, social e conselho tutelar.

REPLICABILIDADE:

(X) sim
() não

ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:

(X) local
() regional
() nacional
() internacional

COMPLEXIDADE:

() alta
(X) média
() baixa

INOVAÇÃO:

(X) alto teor inovativo
() médio teor inovativo
() baixo teor inovativo
() sem inovação aparente

SETOR DA SOCIEDADE BENEFICIADO PELO IMPACTO:	<input checked="" type="checkbox"/> saúde humana e serviços sociais <input type="checkbox"/> atividades profissionais, científicas e técnicas <input type="checkbox"/> educação
HOUVE FOMENTO?:	<input checked="" type="checkbox"/> financiamento <input type="checkbox"/> cooperação <input type="checkbox"/> não houve
HÁ REGISTRO/DEPÓSITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL?:	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não
ESTÁGIO DA TECNOLOGIA:	<input type="checkbox"/> piloto/protótipo <input type="checkbox"/> em teste <input checked="" type="checkbox"/> finalizado/implantado
HÁ TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA/CONHECIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
PTT (URL):	Não se aplica a este PTT

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria 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. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

MOREIRA, G. A.; VIEIRA, L. J.; DESLANDES, S. F.; *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 10: p. 4267-4276, 2014.

NUNES, L. S. **Concepção e condutas relativas ao abuso infantil por dentistas da atenção primária**: um estudo de teoria fundamentada. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

NUNES, L. S.; SILVA-OLIVEIRA, F. H.; MATTOS, F. F.; *et al.* Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. **Ciêns Saúde Colet**, v. 26, s. 3: p. 5013-5022, 2021.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Abuso sexual infanto juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. **Ciêns Saude Colet**, v. 16, n. 10: p. 4189-4198, 2011.

RATES, S. M. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; *et al.* Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. **Ciêns Saude Colet**, v. 20, n. 3: p. 655-665, 2015.

SILVA-OLIVEIRA, F.; FERREIRA, R. C.; ALENCAR, G. P.; *et al.* Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. **Child Abuse Negl**, n. 107: e104571, 2020.

ANEXO 1 – Carta convite para evento



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Mariana, 17 de abril de 2024.

Prezados Professores,

Patricia Maria Pereira De Araujo Zarzar
Raquel Conceição Ferreira
Viviane Elisângela Gomes
Fernando Henrique Da Silva Oliveira

A Coordenação de Saúde Bucal do Município de Mariana tem a satisfação de convidar os senhores para participar do **EVENTO : ABUSO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE** a realizar-se no dia 08/05/2024, das 08:00 às 12:00hrs no Centro de Convenções do Município de Mariana, Minas Gerais.

A programação completa segue abaixo:

- **08:00 - Abertura do evento** – Apresentação
- **08:00 às 10:00** -Exposição teórica dos resultados das pesquisas realizadas sobre o tema **ABUSO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. Apresentação do Guia para Prevenção de abusos infantis: orientações para dentistas. Mediado pela equipe de facilitadores composta pelos docentes: Profa.Dra. Patrícia Maria Pereira Zarzar, Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira, Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes e Prof. Dr. Fernando Henrique Da Silva Oliveira.
- **10:00 às 10:30** – **Coffee break**
- **10:30 às 11:00** - **Roda de conversa** - Discussão com levantamento das experiências vivenciadas no contexto do serviço dos participantes.
- **11:00 às 12:00** - **Fechamento da oficina**

Cabe ressaltar que a Prefeitura Municipal de Mariana fornecerá o transporte dos professores (ida e volta), saindo da Universidade Federal de Minas Gerais.

Atenciosamente,

Coordenador de Saúde Bucal

Documento assinado digitalmente
gov.br VANIA MARIA GODOY PIMENTA BARROSO
Data: 17/04/2024 07:46:38-0300
verifique em <https://validar.it.gov.br>

Rod. Juscelino Kubitschek, S/n - Mariana, MG, 35420-000
Tel.: (31) 3557-9000

ANEXO 2 – Declaração do município de Mariana

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – Mariana – MG.

conselhomunicipaldacrianca@gmail.com.br

secretariaexecutiva.conselhos@yahoo.com.br

Rua das Laranjeiras, S/N, bairro Rosário.

DECLARAÇÃO DO MUNICÍPIO, DEMOSTRANDO INTERESSE NO DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA/PROJETO

Declaramos para fins de comprovação junto À PROEX/UFMG, que o município de Mariana, representado por Rossana Rosemarie Urzedo de Queiroz, tem interesse nas ações propostas pelo programa/evento **"ABUSO INFANTIL: OFICINA COLABORATIVA SOBRE IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE"**, coordenado por Patrícia Maria Pereira De Araújo Zarzar.

Mariana, 22/03/2024

Rossana R. Urzedo de Queiroz

Assinatura do representante.

Rossana Urzedo de Queiroz.

Presidente do CMDCA – Mariana/2024.

JUSTIFICATIVA (caso o proponente considere que a declaração acima não é necessária ou pertinente)

O CMDCA (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente) Mariana – MG, no uso de suas atribuições legais vem demonstrar interesse nas ações propostas pelo programa/evento "Abuso Infantil: Oficina Colaborativa sobre Identificação e Notificação para profissionais da saúde". Justifico tal solicitação, pois acreditamos na formação, como fonte inicial do trabalho para com as vítimas de abuso e exploração sexual. O município de Mariana, como parte do território brasileiro, apresenta números alarmantes e merecem a atenção e o desenvolvimento de ações voltadas a temática do Enfrentamento ao Abuso e a Exploração Sexual Infantil.

Por oportuno informamos que este conselho não está envidando esforços, para fomentar ações de combate ao abuso e a exploração sexual infantil, o fortalecimento dos serviços da rede de proteção à infância e a adolescência, aos trabalhadores que atendem crianças e adolescentes no município, e suas famílias. Será um prazer imensurável essa parceria.

Prof.

Coordenador do Projeto

ANEXO 4 – Formulário para avaliação



FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO

Atuação: () Gestor(a) do SUS
 () Trabalhador(a) do SUS
 () Estudante de Graduação
 () Estudante de Pós Graduação
 () Professor(a)
 () Outro: _____

Idade:
Gênero:
Tempo de trabalho no município:

Prezado participante,
 Sua participação neste evento foi muito importante. Com o objetivo de subsidiar a organização de atividades futuras similares a essa, pedimos a gentileza de preencher este formulário de avaliação.

1) Utilizando a escala abaixo, marque o quanto você está satisfeito, de um modo geral, com o evento:



2) Marque um X na alternativa que melhor representa a sua opinião em relação ao evento:

Critérios	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Expectativas atendidas					
Estratégia utilizada					
Material distribuído					
Instalações físicas					
Coordenação					
Duração do evento					
Produto da Oficina					

3) Agora, registre as suas impressões sobre o evento:

Que bom! (pontos positivos)



**PREVENÇÃO DE
ABUSOS INFANTIS**

Orientações para profissionais da saúde

FAO
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA

UFMG

CMDCA

PREFEITURA DE
MARIANA

Que pena! (pontos a melhorar)

Que tal? (sugestões)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo apresentado, diferentemente de outros estudos, revela a disparidade nas taxas de violência sexual infantil com base em região, gênero e idade, destacando a vulnerabilidade das crianças. Sua importância é enfatizada pela necessidade de compreender a extensão desse problema no Brasil. O estudo trouxe dados alarmantes, concluindo que a violência sexual infantil é predominantemente direcionada a meninas em torno de 2 a 7 vezes mais. A maioria dos casos ocorrendo em ambiente familiar e cometidos principalmente por pais, padrastos e conhecidos. Os dados apresentados ajudam a entender a magnitude da violência sexual infantil no Brasil e suas nuances regionais. Permitiu identificar tendências ao longo do tempo, bem como padrões sazonais ou cíclicos que podem influenciar a incidência de violência sexual infantil. A fragilidade feminina diante da violência sexual infantil se manifesta de maneira devastadora, especialmente devido à alta proporção de estupros perpetrados contra meninas. O machismo estrutural tem um impacto significativo no abuso sexual infantil, contribuindo para a construção da fragilidade feminina, criando e perpetuando desigualdades entre homens e mulheres e podendo levar a uma visão distorcida do comportamento abusivo como algo não tão grave ou inevitável. Essa estrutura social molda as oportunidades e as experiências das mulheres, contribuindo para uma fragilidade percebida ou real em diversos contextos. Reforça relações de poder desiguais, onde homens e meninos frequentemente ocupam posições de autoridade ou controle. Esse desequilíbrio de poder pode ser explorado por agressores para cometer abusos e manipular as vítimas, que podem se sentir incapazes de resistir ou buscar ajuda. A maioria das vezes, os agressores são figuras próximas e de confiança, como pais e padrastos, o que torna a situação ainda mais perversa. Crianças pequenas, em particular, são vulneráveis a esses abusos, pois dependem dos adultos para proteção e cuidado. As consequências a longo prazo para as vítimas incluem danos psicológicos, físicos e até ciclos de comportamento destrutivo. O estudo trouxe também a alta proporção da violência sexual infantil entre meninas negras envolve uma abordagem crítica que considera as interseções de raça, gênero e desigualdade social. O racismo estrutural contribui para a marginalização e desvalorização das vidas negras, naturaliza o poder sobre corpos negros, femininos e infantis. Meninas negras podem ainda enfrentar barreiras adicionais ao tentar denunciar abusos, incluindo medo de represálias, vergonha, e uma falta de confiança

nos sistemas de apoio. Fornecer essas informações podem orientar ações de prevenção, proteção e intervenção para enfrentar esse grave problema de saúde pública. Com base neste estudo, observou-se que é fundamental investir em educação e conscientização sobre abuso sexual infantil, principalmente para as meninas, com foco no empoderamento feminino. A falta de educação sexual adequada e a conscientização sobre direitos e consentimento são frequentemente resultado do machismo estrutural. A ausência de uma educação clara e abrangente sobre sexualidade e direitos pode deixar as crianças e adolescentes desinformadas sobre o que constitui abuso e como buscar ajuda. Sem esse conhecimento, a vulnerabilidade aumenta, pois as vítimas podem não reconhecer sinais de abuso ou não saber como reagir. É fundamental também, que não só as crianças sejam envolvidas neste processo educativo, mas que sejam incluídos, pais, educadores e profissionais de saúde. É necessário promover políticas públicas que abordem as causas subjacentes da violência infantil, incluindo o machismo estrutural, a desigualdade de gênero e a falta de acesso aos serviços. Somente através de um esforço conjunto envolvendo governos, sociedade civil e setor privado podemos criar um ambiente seguro e protetor para todas as crianças, onde possam crescer saudáveis, felizes e livres do trauma do abuso sexual.

Como funcionária pública da prefeitura de Mariana, constatei diariamente a urgente necessidade de ampliar o conhecimento e a capacitação dos profissionais em relação ao tema da violência sexual infantil. É preocupante constatar que muitos dos meus colegas de trabalho não possuem o conhecimento necessário para identificar sinais de abuso em crianças ou para notificar adequadamente casos suspeitos. Esta lacuna de conhecimento não apenas compromete a segurança e o bem-estar das crianças, mas também enfraquece nossa capacidade de responder de maneira eficaz a situações tão delicadas e devastadoras. Com base nessas observações, nossa equipe iniciou uma capacitação no Município de Mariana, como resultado do nosso produto técnico, mas de uma forma intersetorial incluindo profissionais de saúde, conselho tutelar, educação e conselhos de proteção à criança e adolescente, abordando vários assuntos sobre como identificar e notificar o abuso infantil, conceituando, mostrando resultados científicos, prevalências no Brasil e no mundo e a utilização da ficha do SINAN, além de fazer a distribuição de guias para prevenção de abuso infantil a todos os postos de saúde. A falta de habilidades para reconhecer

os sinais físicos e comportamentais do abuso infantil pode resultar em consequências desastrosas para as vítimas, prolongando seu sofrimento e perpetuando o ciclo de violência. Como funcionária pública comprometida com o serviço à comunidade, acredito firmemente na necessidade de implementar estes programas de capacitação contínua. O evento realizado foi extremamente positivo pois incluiu não apenas a identificação precisa do abuso, mas também orientações claras sobre os procedimentos adequados de notificação e as medidas de apoio que devem ser oferecidas às vítimas e suas famílias.

Investir nestas capacitações não apenas empodera os profissionais com as ferramentas necessárias para agir prontamente em casos de abuso, mas também fortalece nossa capacidade institucional de prevenir esses crimes hediondos. É fundamental que todos os funcionários públicos que trabalham com crianças estejam adequadamente informados e treinados, criando assim um ambiente mais seguro e protetor para nossa juventude. A proteção das crianças deve ser uma prioridade absoluta em nossa sociedade, e a capacitação contínua é um passo crucial na direção de assegurar que possamos cumprir esse dever com diligência e eficácia. A detecção precoce pode minimizar o impacto negativo a longo prazo sobre as vítimas. A capacitação destes profissionais é essencial para proteger as crianças de danos e intervir precocemente. Isso permite a identificação precisa de sinais de abuso, intervenções rápidas, notificações adequadas às autoridades, colaboração eficaz entre serviços, educação para prevenção e suporte contínuo às crianças e suas famílias.

Por fim, para prevenir e combater a violência infantil, são necessárias abordagens multifacetadas que abordem tanto os fatores de risco individuais quanto os contextuais.

REFERÊNCIAS

ASSINI-MEYTIN, L. C.; THORNE, J. E.; SANIKOMMU, M.; *et al.* Impact of Child Sexual Abuse on Socioeconomic Attainment in Adulthood. **J Adolesc Health**, v. 71, n. 5: p. 594-600, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**. 2ª ed. Brasília, DF: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria 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. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. **Lei nº 14.679, de 18 de setembro de 2023**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de setembro de 2023.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. 2024. Disponível:

<https://www.conass.org.br/guiainformacao/fontes-de-informacao/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

CORREIA, J. V. P. **Violência infantil**: o perfil epidemiológico no Brasil a partir de dados do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

HILLIS, S.; MERCY, J.; AMOBI, A.; *et al.* Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. **Pediatrics**, v. 137, n. 3: e20154079, 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Área territorial** - Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pirâmide Etária**. 2024. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em: 10 jun. 2024.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). **Abuso sexual de crianças**: uma urgência sanitária silenciosa. Comitê Regional Africano, 54. 2004. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/112069>. Acesso em: 29 nov. 2023.

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde (OMS). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**: ação e produção de evidência. 2012.

PLATT, V. B.; COELHO, E. B. S.; BOLSONI, C.; *et al.* Completude, 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**, v. 31, n. 2: p. e2021441, 2022.

RATES, S. M. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 20, n. 3: p. 655-665, 2015.

REHAN, S. T.; ZAYEEMA, K.; SYED, H. S.; *et al.* Association of adverse childhood experiences with adulthood multiple sclerosis: A systematic review of observational studies. **Brain Behav**, v. 13, n. 6: e3024, 2023.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Brasil e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Panorama of lethal and sexual violence against children and adolescents in Brazil**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública: UNICEF Brasil, 2021.

WANG, Y.; SUN, Y.; MISSMER, A. S.; *et al.* Association of early life physical and sexual abuse with premature mortality among female nurses: prospective cohort study. **BMJ**, v. 381: e073613, 2023.

World Health Organization (WHO). **Child maltreatment**. Geneve: WHO, 2022.

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.

Acesso em: 20 mar. 2024.

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	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	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 <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarilla <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 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 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					

Violência	55 Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	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 _____	
Violência Sexual	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 _____		
	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		
Dados do provável autor da violência	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"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
Encaminhamento	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		
	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		
Dados finais	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		TELEFONES ÚTEIS	Disque Direitos Humanos
136		Central de Atendimento à Mulher	100
180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015