



Revista Médica Herediana
ISSN: 1018-130X
ISSN: 1729-214X
juan.miyahira@upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Epidemiologia da violência contra adolescentes no Brasil: Análise de dados do sistema de vigilância de violência e acidentes *

Salazar López, María Esther; Linch, Graciele; Aparecida Paz, Adriana; Vidal Valenzuela, Lupe; Centenaro Levandowski, Daniela; Tannhauser Barros, Helena Maria
Epidemiologia da violência contra adolescentes no Brasil: Análise de dados do sistema de vigilância de violência e acidentes *

Revista Médica Herediana, vol. 32, núm. 2, 2021
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338068009003>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v32i2.3981>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Epidemiologia da violência contra adolescentes no Brasil: Análise de dados do sistema de vigilância de violência e acidentes *

Epidemiology of violence against adolescents in Brazil: Data analysis of the violence and accident surveillance system

María Esther Salazar López^{a d *}

*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Brasil*

m.esthersalazar@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0953-3204>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v32i2.3981>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338068009003>

Graciele Linch^{aa e}

*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Brasil*

 <https://orcid.org/0000-0002-8802-9574>

Adriana Aparecida Paz^{aaa ee}

*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Brasil*

NOTAS DE AUTOR

a Enfermeira

d Doutora em Ciências da Saúde

aa Enfermeira

e Doutora em Enfermagem

aaa Enfermeira

ee Doutora em Enfermagem

b Médica

c Psicóloga

f Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento

h Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq

bb Médica

g Doutora em Neuropsicofarmacologia

hh Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq

Correspondência: María Esther Salazar López. Rua Sarmento Leite 245 Sala 604 CEP 90050-170, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
Endereço eletrônico: m.esthersalazar@gmail.com / melopez@hcpa.edu.br

DECLARACIÓN DE INTERESES

* Os autores declaram não haver conflito de interesse.

 <https://orcid.org/0000-0002-1932-2144>

Lupe Vidal Valenzuela^b
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Daniela Centenaro Levandowski^{c f h}
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-6338-7287>

Helena Maria Tannhauser Barros^{bb g hh}
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-0779-7732>

Recepción: 19 Marzo 2020
Aprobación: 25 Marzo 2021

RESUMO:

Objetivo: Descrever as características da violência contra adolescentes notificados a partir do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/VIVA, no Brasil. **Material e métodos:** Estudo descritivo, com dados do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/VIVA, Brasil, no período de 2009 a 2016. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, raça, local de ocorrência, vínculo do agressor com a vítima e suspeita de uso de álcool nos casos de violência física, psicológica/moral e sexual. Utilizou-se estatística descritiva e o teste de tendência de proporções no STATA. **Resultados:** A taxa de prevalência da violência física na faixa de 15-19 anos alcançou 104,4 por 100 000 casos, e a prevalência da violência sexual na faixa de 10-14 anos foi de 38,5 por 100 000 casos. A violência sexual alcançou nas meninas a prevalência de 52,0 por 100 000 casos, enquanto que, nos meninos, de 4,5 por 100 000 casos. Houve tendência crescente significativa de violência física na faixa de 15-19, e de violência sexual na faixa de 10-14 anos. Ambos tipos de violência atingiram as raças parda e indígena, acontecendo na residência da vítima, sendo o agressor o namorado. No caso de violência sexual, cresceu a suspeita de uso de álcool pelo agressor. A variação percentual na violência física e psicológica aumentou em mais de 400%. **Conclusões:** Houve aumento de todos os tipos de violência nestes oito anos. Foram mais frequentes as notificações de violência física e sexual, atingindo principalmente as meninas, na residência, sendo o amigo/conhecido ou namorado da vítima os principais agressores.

PALAVRAS-CHAVE: Maus-tratos infantis, Monitoramento epidemiológico, Notificação de abuso, sistemas de informação em saúde, exposição à violência, causas externas.

ABSTRACT:

Objective: To describe the characteristics of violence against adolescents in Brazil reported from the Violence and Accident Surveillance System (VIVA). **Methods:** A descriptive study, based on data from the VIVA, Brazil, from 2009 to 2016. The variables analyzed were age, gender, race, place of occurrence, bond between the aggressor and the victim, and suspected of alcohol use in cases of physical, psychological/moral and sexual violence. Descriptive statistics and tends proportion test with STATA were used. **Results:** The prevalence rate of physical violence in the 15-19 years age bracket reached 104.4 per 100,000 cases, and the prevalence of sexual violence in the 10-14 years age bracket was 38.5 per 100,000 cases. Sexual violence reached 52.0 per 100,000 cases in girls, compared to 4.5 per 100,000 in boys. There was a significant upward trend in physical violence in the 15-19 years age bracket, and in sexual violence in the 10-14 years age bracket. Both types of violence affecting more frequently brown and indigenous races, and happening at the victim's home, with the perpetrator being the adolescent's boyfriend. In cases of sexual violence, the suspicion of alcohol use by the aggressor has grown. The percentage change in physical and psychological violence increased by more than 400%. **Conclusions:** Regardless of the type of violence, there was an increase in the eight years. Notifications of physical and sexual violence were more frequent, affecting mainly girls, in their residence, being a friend/acquaintance or boyfriend of the victim the main aggressors.

KEYWORDS: Child abuse, epidemiological monitoring, mandatory reporting, health information systems, exposure to violence, external causes.

INTRODUÇÃO

A violência contra os adolescentes é uma das formas mais visíveis de violência na sociedade, considerada como um relevante problema de saúde pública (1,2,3,4), que depende de fatores individuais, da família e comunidade (2,4), estando profundamente enraizada nas práticas culturais, econômicas e sociais (2,4,5,6,7). O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecem crianças e adolescentes como mais vulneráveis à violência, que pode se manifestar sob as formas física (VF), sexual (VS) e psicológica (VP), cometida pelos pais ou pessoas próximas, no contexto de uma relação de confiança (2,4,8,9,10,11,12).

Pesquisas tem mostrado a idade como um fator de risco para o aumento da vulnerabilidade à VF ou VS, apresentando variações conforme o país. Estimativas indicam que 22,6% dos adultos em todo o mundo sofreram abusos físicos na infância e 36,3% sofreram abuso emocional (9), enquanto que as taxas de abuso sexual tendem a crescer após o início da puberdade (4,9). O sexo da vítima é outra variável que aumenta a vulnerabilidade para a violência. Conforme o Mapa da Violência 2012 contra Crianças e Adolescentes, elaborado a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Brasil, mais da metade dos casos notificados (60,3%) tem as meninas como vítimas. A VF é a mais frequente, representando 40,5% dos casos atendidos, estando a vítima, em 77% desses casos, na faixa de 10 a 19 anos (13). Já os agressores variam de acordo com a idade e a maturidade da vítima, podendo ser os pais, padrastos e madrastas, irmãos, outros familiares e cuidadores (4,10,14), algumas vezes justificando o uso de violência como uma medida disciplinar (4,6,14).

A vigilância epidemiológica da violência é uma estratégia útil para dar visibilidade aos casos notificados, caracterizar o perfil da vítima e as circunstâncias da agressão, contribuindo, assim, para a formulação de políticas públicas e a implementação de medidas preventivas. Com a finalidade de dimensionar a magnitude do problema no país e avaliar tendências históricas, buscou-se descrever as características da violência contra adolescentes a partir das notificações do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes, no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo, baseado em dados secundários do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) do Brasil, registrados no SINAN, compreendendo as notificações de violência contra adolescentes entre 10 e 19 anos entre 2009 a 2016 no Brasil. O VIVA foi implantado pelo MS em 2006, com a finalidade de viabilizar dados e divulgar informações. Esse sistema foi estruturado em dois componentes: o primeiro relacionado à vigilância contínua de violência doméstica, sexual e outros tipos de violências interpessoais e autoprovocadas; e o segundo relacionado à vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares. A partir de 2009, o componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao SINAN.

Nosso estudo baseou-se na definição de adolescente utilizada pela OMS e pelo MS (9,13,15). Foram incluídos todos os casos notificados de violência contra adolescente de 10-19 anos de idade. As variáveis estudadas foram: a) características demográficas da vítima: idade, sexo, raça/cor, b) dados da ocorrência da violência: local (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/ construção e outros), c) características do agressor: vínculo/grau de parentesco com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrastra, cônjuge, namorado, amigo/conhecido), suspeita de uso de álcool; d) tipo de violência: física, psicológica/moral e sexual. Os parâmetros considerados para cada variável foram notificação anual segundo frequência absoluta, conforme instruções para “Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada”, elaborada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), MS, 2016 (16). A seleção das variáveis foi realizada no sistema de informação disponível (17), nenhuma variável foi excluída.

Os dados foram salvos em formato tipo *CSV, e armazenados em MS Excel 2010. Fizeram-se tabelas de contingência, obtendo-se frequências absolutas e percentuais. As estimativas de taxas e tendências foram realizadas com a projeção da população do Brasil por sexo e grupo de idade para o período em estudo, conforme (18). A tendência crescente ou decrescente da violência foi estimada com o teste de tendência de proporções. Utilizou-se o pacote estatístico STATA v.13 para a realização das análises, considerando-se $p < 0,05$ como estatisticamente significativo para todas as variáveis. Por se tratar de um banco de dados governamentais de domínio público, não foi necessária a apreciação e a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa para a realização deste estudo.

RESULTADOS

Entre 2009 e 2016 foram notificados, no Brasil, 204 989 casos de VF, 75 058 de VP, e 77 760 casos de VS perpetrados contra adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos. A prevalência de período calculada foi de 74,60 casos por 100 000 para VF; 27,31 casos por 100 000 para VP e, 28,30 casos por 100 000 para VS.

Observa-se diferenças nas características sociodemográficas das vítimas e dos agressores conforme o tipo de violência notificado. Para todos os tipos, as ocorrências foram mais frequentes entre vítimas do sexo feminino (57,4% VF, 77,4% VP e 92,1% VS). Na faixa etária de 10 a 14 anos, a VS foi duas vezes mais frequente que a VF ou VP. Em relação à raça/cor, adolescentes das raças branca e parda foram as mais atingidas. Ainda, em torno de 50% dos casos de violência notificados ocorreram na residência/habitação coletiva das vítimas, seguidos de casos ocorridos na via pública (em média 20,1%). O mais frequente perpetrador foi um amigo/conhecido da vítima (quase 50% dos casos) para todos os tipos de violência. Houve suspeita de uso de álcool pelos agressores durante a ocorrência da violência, em média, em 34% dos casos notificados (tabelas 1, 2 e 3).

A análise das proporções das notificações de VF mostra uma tendência crescente estatisticamente significativa na faixa etária de 15 a 19 anos, raça/cor parda e indígena, ocorrência na residência/habitação coletiva, agressão pelo namorado e não suspeita de uso de álcool (tabela 1). Na VP, também houve uma tendência crescente significativa na faixa etária de 15 a 19 anos, raça/cor indígena, namorado ou cônjuge como agressores, e não suspeita de uso de álcool (tabela 2). Quanto à VS, ser menina, raça/cor parda e indígena e ocorrência da violência na residência/ habitação coletiva apresentaram uma tendência crescente no período. Dentre as características do agressor, ser namorado ou cônjuge e suspeita de uso de álcool também apresentaram tendência crescente (tabela 3).

No gráfico 1 nota-se o incremento na tendência da violência nos casos notificados segundo a idade das vítimas. A VF é mais que o dobro frequente na faixa etária de 15 a 19 anos, quando comparada com a faixa de 10 a 14 anos. Em oito anos, a VF passou de 24,21 casos por 100 000 para 159,07 casos por 100 000 adolescentes, com tendência crescente. Por sua vez, a VS, na faixa de 15 a 19 anos, mostrou um comportamento mais linear, enquanto que, na faixa de 10 a 14 anos, apresentou aumento da prevalência de 13,20 casos por 100 000 para 56,06 casos por 100 000 adolescentes (gráfico 1 (A/B)).

A análise segundo o sexo dos adolescentes mostrou uma elevada e crescente taxa de prevalência da VF, independentemente do sexo do adolescente. Contudo, entre as meninas houve uma taxa de crescimento anual perto de 10 casos por cada 100 000, muito maior em comparação aos meninos. A prevalência da VS também cresceu de forma constante, principalmente entre as meninas, em comparação com os meninos. Nestes, tanto a VS como a VP mostram linearidade nos últimos cinco anos (gráfico 1 (C/D)).

Constatou-se que, independentemente do tipo de violência, houve aumento das notificações nos oito anos analisados; entre os anos 2009 e 2016 no Brasil, enquanto a VF aumentou 490,5%, a VP teve um incremento de 423,1%, e a VS, de 291,2%.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos adolescentes vítimas de violência física e dos agressores no Brasil. Período 2009-2016

Características na violência física	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total		p ^{***}
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Por idade																			
De 10-14	2279	35,4%	4117	35,4%	4134	32,4%	8575	31,1%	9469	30,2%	10215	29,5%	10140	28,2%	10741	28,2%	41872	30,2%	0,01-
De 15-19	4144	64,6%	7437	64,4%	12448	47,4%	18692	68,9%	22348	69,8%	24426	70,5%	25755	71,8%	27307	71,8%	143117	69,8%	0,01+
Sexo																			
Feminino	3444	54,5%	4686	57,9%	10849	57,7%	15414	55,9%	18513	57,8%	19975	57,7%	20702	57,7%	22417	58,9%	118220	57,7%	0,41
Masculino	2777	43,1%	4817	42,1%	7955	42,3%	12130	44,1%	13323	42,2%	14465	42,3%	15192	42,3%	15431	41,1%	84758	42,3%	0,41
Em banco/ignorado	2	0,0%	1	0,0%	-	-	3	0,0%	1	0,0%	3	0,0%	1	0,0%	-	-	11	-	
Raça/Cor																			
Branca	2033	31,4%	4102	35,5%	4848	34,4%	10115	36,7%	11530	34,1%	12133	35,1%	12379	34,5%	13274	34,5%	72454	33,3%	0,71
Parda	1886	29,3%	3347	29,0%	5861	31,2%	9224	33,5%	11433	35,7%	13140	37,9%	14231	39,4%	15494	40,7%	74418	34,4%	0,01+
Preta	420	6,3%	837	7,2%	1374	7,3%	2104	7,4%	2402	8,1%	2559	7,5%	2888	8,1%	2948	7,7%	15782	7,7%	0,04
Amarela	34	0,6%	130	1,1%	129	0,7%	141	0,4%	220	0,7%	191	0,4%	188	0,5%	254	0,7%	1311	0,4%	0,35
Indígena	32	0,3%	44	0,4%	57	0,3%	140	0,4%	354	1,1%	400	1,2%	424	1,2%	448	1,2%	1983	1,0%	0,01+
Ignorado/branco	2034	31,4%	3074	24,4%	4495	23,9%	5803	21,1%	5874	18,3%	6188	17,8%	5773	14,1%	5424	14,8%	38841	18,9%	0,01-
Local de residência																			
Residência (Habitação Coletiva)	2304	35,8%	4309	39,0%	7540	40,2%	10797	39,2%	12905	40,3%	14300	41,3%	15495	43,2%	16874	44,3%	84744	41,3%	0,01+
Escola/Local de prática esportiva	334	5,2%	640	5,7%	1177	6,3%	1783	6,3%	2185	6,8%	2175	6,3%	2138	6,0%	2278	6,0%	12734	6,2%	0,34
Barco/Sítio de prática esportiva	173	2,7%	429	3,7%	717	3,8%	975	3,5%	1153	3,4%	1214	3,5%	1177	3,3%	1204	3,2%	7042	3,4%	0,45
Via pública	1435	22,3%	2887	25,0%	4730	25,3%	7807	28,3%	8943	28,0%	9908	28,4%	10209	28,4%	10415	27,4%	53574	27,3%	0,06
Indistinto/outras/outra*	391	6,1%	614	5,3%	940	5,0%	1294	4,7%	1544	4,8%	1700	4,9%	1734	4,8%	1847	4,9%	10073	4,9%	0,11
Em banco/ignorado	1804	28,0%	2455	21,2%	3440	19,5%	4909	17,8%	5287	14,5%	5337	15,4%	5140	14,3%	5430	14,3%	34022	14,6%	0,01-
Total	6443	100,0%	11584	100,0%	18804	100,0%	27567	100,0%	32037	100,0%	34640	100,0%	35895	100,0%	38048	100,0%	204989	100,0%	
Vínculo do agressor com a vítima																			
Pai	455	18,0%	804	15,9%	1285	15,1%	2011	14,1%	2123	14,4%	2322	14,4%	2303	14,9%	2708	15,4%	14211	15,2%	0,12
Mãe	319	12,4%	624	12,3%	1013	11,9%	1594	12,8%	1778	12,1%	2049	12,7%	2253	13,4%	2342	13,3%	11594	12,8%	0,09
Filho(a)	254	10,1%	421	8,3%	689	8,1%	884	7,1%	1049	7,1%	1135	7,2%	1123	6,7%	1330	7,4%	6909	7,4%	0,08
Madrasta	44	1,7%	47	0,9%	84	1,0%	113	0,9%	144	1,1%	144	0,9%	112	0,7%	182	1,0%	884	1,0%	0,35
Outro(a)	241	10,3%	570	11,3%	1024	12,0%	1589	12,7%	2034	13,8%	2139	13,4%	2317	13,8%	2324	13,2%	12282	13,1%	0,04
Amigo(a)	149	5,9%	321	6,4%	537	6,3%	820	6,4%	1000	6,8%	1237	7,7%	1244	7,5%	1345	7,8%	6493	7,1%	0,01+
Amigo(a) conhecido	1042	41,3%	2244	44,8%	3902	43,7%	5490	43,9%	6540	44,4%	7035	43,7%	7188	42,9%	7335	41,7%	40818	43,5%	0,45
Total	2526	100,0%	5053	100,0%	8538	100,0%	12505	100,0%	14710	100,0%	16101	100,0%	16797	100,0%	17586	100,0%	93781	100,0%	
Suspeito de uso de álcool																			
Sim	1180	38,4%	2330	37,5%	3949	34,7%	5310	35,4%	6291	34,3%	6872	33,4%	6914	31,7%	7344	31,0%	40392	33,8%	0,01-
Não	1891	61,6%	3891	62,5%	6811	63,3%	10044	64,4%	12047	65,7%	13718	66,4%	14918	68,3%	16309	69,0%	79451	66,4%	0,01+
Total	3071	100,0%	6221	100,0%	10760	100,0%	15576	100,0%	18338	100,0%	20590	100,0%	21834	100,0%	23653	100,0%	120043	100,0%	

*Outras, qualquer outro local de convivência ou categoria não especificada.

** Valor de pelo menos de 100 casos.

*** Teste de associação por meio de teste de tendência linear.

Fonte: IBGE - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dados brutos e agregados.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos adolescentes vítimas de violência psicológica/moral e dos agressores no Brasil. Período 2009-2016

Características sociodemográficas		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total		p ^{a,b}
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Brasil																				
De 10-14		1420	55,1%	2495	54,4%	3421	50,3%	4703	47,4%	5441	44,4%	5445	43,9%	5409	41,4%	5710	42,8%	34405	45,8%	0,01+
De 15-19		1154	44,9%	2093	45,6%	3347	49,9%	5177	52,4%	6223	53,4%	6973	54,1%	7748	58,4%	7714	57,2%	40533	54,2%	0,01+
Sexo																				
Feminino		2094	81,3%	3429	79,1%	5313	74,9%	7444	77,4%	9133	78,3%	9556	77,1%	10073	75,9%	10358	77,1%	38045	77,4%	0,07
Masculino		458	18,7%	958	20,9%	1455	23,1%	2234	22,4%	2533	21,7%	2842	22,8%	3193	24,1%	3054	22,9%	16589	22,4%	0,07
Em banco/apurado		1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			1	0,0%	1	0,0%	0		4	0,0%	
Raça/Cor																				
Branca		1019	39,4%	1831	39,9%	3074	42,9%	4237	43,1%	4794	41,1%	4999	39,9%	5257	39,4%	5233	38,8%	30424	40,5%	0,38
Parda		984	38,2%	1483	34,7%	2342	35,7%	3391	34,3%	4444	38,1%	4822	38,8%	5454	41,1%	5475	40,4%	29017	38,7%	0,08
Preta		227	8,8%	387	8,4%	612	8,5%	918	9,3%	999	8,4%	943	7,7%	1067	8,3%	1200	8,9%	6384	8,5%	0,51
Amarela		21	0,8%	32	0,7%	57	0,8%	47	0,7%	93	0,8%	84	0,7%	70	0,4%	108	0,8%	541	0,7%	0,45
Indígena		15	0,4%	23	0,5%	38	0,5%	49	0,5%	95	0,8%	135	1,1%	151	1,1%	148	1,2%	474	0,6%	0,04+
Ignorado/Branco		310	12,0%	432	13,8%	823	11,3%	998	10,1%	1241	10,8%	1473	11,8%	1259	9,3%	1290	9,4%	8014	10,7%	0,04+
Local de residência																				
Rural/Urbaniz. Cód. Urban		1319	50,0%	2772	60,4%	4244	59,3%	5884	59,4%	7024	60,2%	7334	59,1%	7911	59,4%	8375	62,2%	43109	60,1%	0,23
Urbaniz./Local de urbaniz. periferia		105	4,0%	197	4,2%	422	5,8%	624	6,3%	719	6,1%	682	5,4%	884	6,4%	711	5,2%	4144	5,3%	0,49
Barco, Similar Condomínio/Service		46	2,5%	113	2,4%	212	2,9%	287	2,9%	321	2,7%	299	2,4%	340	2,3%	318	2,3%	1954	2,4%	0,35
Vila pública		40	1,5%	845	18,4%	1307	18,2%	1791	18,1%	2129	18,2%	2295	18,3%	2300	18,8%	2344	17,4%	13472	18,2%	0,14
Indiferenciado/Outro *		290	11,3%	380	8,2%	537	7,5%	740	7,7%	877	7,0%	833	6,7%	888	6,7%	852	6,3%	5357	7,1%	0,01+
Em banco/apurado		135	5,2%	281	6,1%	424	5,9%	532	5,4%	634	5,4%	973	7,8%	944	7,1%	873	6,3%	4820	6,4%	0,07
Total		2576	100,0%	4588	100,0%	7168	100,0%	9880	100,0%	11666	100,0%	12448	100,0%	13677	100,0%	13475	100,0%	75058	100,0%	
Vínculo do agressor com a vítima																				
Pai		380	22,7%	640	21,0%	923	19,4%	1278	19,4%	1434	18,4%	1494	18,7%	1333	18,3%	1820	19,4%	9521	19,2%	0,10
Mãe		240	14,3%	480	15,7%	707	14,9%	1048	15,9%	1180	15,3%	1241	15,4%	1280	15,1%	1578	17,0%	7034	15,7%	0,21
Familiar		240	15,9%	419	13,7%	632	13,3%	824	12,5%	983	12,7%	999	12,3%	984	11,0%	1075	11,4%	6014	12,3%	0,01+
Madrasta		28	1,7%	34	1,1%	54	1,1%	45	1,0%	98	1,3%	99	1,2%	72	0,8%	124	1,3%	574	1,2%	0,75
Cooperado		125	7,5%	231	7,0%	473	10,0%	687	10,4%	948	11,9%	954	12,0%	1094	12,9%	1143	12,3%	5927	11,4%	0,01+
Amigo(a)		76	4,5%	181	5,9%	285	6,0%	401	6,1%	523	6,8%	587	7,4%	642	7,4%	620	6,7%	3315	6,7%	0,02+
Amigo(a) desconhecido		540	33,5%	1044	34,9%	1480	35,3%	2299	34,8%	2574	33,4%	2408	32,8%	2949	34,4%	2903	31,3%	16412	33,4%	0,10
Total		1676	100,0%	3051	100,0%	4758	100,0%	6604	100,0%	7712	100,0%	7959	100,0%	8404	100,0%	9263	100,0%	49517	100,0%	
Situação atual da vítima																				
Sim		63	37,4%	1228	41,7%	1949	40,7%	2510	37,2%	2923	34,4%	3005	35,2%	3138	33,4%	3200	32,3%	18433	35,8%	0,01+
Não		1082	62,4%	1714	58,2%	2847	59,2%	4242	62,8%	5100	63,4%	5352	64,8%	4992	66,4%	4447	47,7%	33378	64,2%	0,01+
Total		1715	100,0%	2944	100,0%	4836	100,0%	6752	100,0%	8023	100,0%	8557	100,0%	8130	100,0%	7647	100,0%	52011	100,0%	
Fonte: Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, 2016. * Valor não informado no formulário de notificação.																				

* Outros, qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriores citadas. ** Valor de p-valor de teste de tendência por população.

(+/-) Tendência crescente. (-/-) Tendência decrescente.

Fonte: IBGE/CENSA. Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados agregados e tabulados.

Tabela 3. Características sociodemográficas dos adolescentes vítimas de violência sexual e dos agressores no Brasil. Período 2009-2016

Características na violência sexual	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total		p ^{AA}
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Raça/Etnia																			
De 10-14	2271	44.7%	3739	48.3%	5201	47.5%	4750	48.4%	8385	49.3%	8857	48.1%	8432	48.1%	9944	48.1%	52981	48.1%	0.41
De 15-19	1240	33.3%	1734	31.7%	2501	32.5%	3094	31.4%	3721	30.7%	4144	31.9%	3953	31.9%	4388	31.9%	24779	31.9%	0.41
Sexo																			
Feminino	3197	91.1%	4945	90.4%	7004	90.9%	9037	91.8%	11178	92.3%	12011	92.5%	11444	92.4%	12730	92.8%	71588	92.1%	0.02+
Masculino	314	8.9%	527	9.4%	694	9.0%	809	8.2%	928	7.7%	948	7.5%	941	7.4%	984	7.2%	4167	7.9%	0.02-
Em branco/ignorado	-	0.0%	1	0.0%	2	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	2	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	5	0.0%	
Região																			
Brasília	1387	39.5%	2040	37.4%	2738	35.5%	3499	35.5%	4008	33.1%	3904	30.1%	3853	31.1%	4279	31.2%	25732	33.1%	0.02-
Paraná	1347	38.4%	2181	39.9%	3304	42.9%	4248	43.3%	5453	45.0%	6248	48.3%	5968	48.2%	6737	49.1%	33544	45.7%	0.01+
Pernambuco	313	8.9%	452	8.3%	697	9.0%	935	9.5%	1045	8.4%	1129	8.7%	1047	8.4%	1137	8.3%	6753	8.7%	0.38
Amazonas	32	0.9%	30	0.5%	70	0.9%	61	0.4%	91	0.8%	84	0.7%	75	0.4%	104	0.8%	551	0.7%	0.41
Indígena	15	0.4%	37	0.7%	48	0.4%	80	0.8%	129	1.1%	143	1.1%	139	1.1%	188	1.4%	779	1.0%	0.01+
Ignorado/Outro	417	11.9%	713	13.0%	843	10.9%	1003	10.2%	1380	11.4%	1449	11.2%	1305	10.5%	1287	9.4%	8097	10.8%	0.04
Local de ocorrência																			
Residência / Habitação Coletiva	1787	50.9%	2999	54.4%	4454	57.8%	5795	58.9%	6963	57.5%	7710	59.4%	7242	58.5%	8311	60.5%	43241	58.2%	0.03+
Escola / Local de prática esportiva	85	2.4%	132	2.4%	142	1.8%	204	2.1%	245	2.0%	235	2.0%	233	1.9%	247	1.8%	1545	2.0%	0.04-
Bar ou Similiar/Comércio/Service	77	2.2%	118	2.2%	168	2.2%	215	2.2%	290	2.4%	248	2.1%	248	2.0%	317	2.3%	1701	2.2%	0.85
Via pública	411	18.3%	970	17.7%	1144	14.9%	1438	14.4%	1774	14.7%	1819	14.0%	1785	14.4%	1748	12.9%	11343	14.4%	0.01-
Indeterminado/outra(s) fontes *	355	15.8%	699	12.8%	1011	13.1%	1255	12.7%	1442	11.9%	1439	11.1%	1371	11.1%	1484	10.8%	9254	11.9%	0.01-
Em branco/ignorado	344	10.4%	575	10.5%	781	10.1%	937	9.5%	1390	11.5%	1450	11.5%	1508	12.2%	1407	11.7%	8654	11.1%	0.05
Total	3511	100.0%	5473	100.0%	7702	100.0%	9646	100.0%	12106	100.0%	12961	100.0%	12407	100.0%	13734	100.0%	77760	100.0%	
Vínculo do agressor com a vítima																			
Pai	237	12.4%	404	13%	545	12%	732	12.1%	852	11.3%	1056	12.4%	857	10.9%	1005	11.5%	5729	11.9%	0.10
Mãe	33	2.8%	93	3%	148	3%	200	3.3%	283	3.7%	478	5.5%	304	3.9%	293	3.4%	1852	3.8%	0.03+
Parente	404	21.5%	572	19%	748	17%	1044	17.4%	1201	15.9%	1311	15.1%	1170	15.2%	1344	15.4%	7854	14.3%	0.20
Marido(a)	8	0.4%	8	0%	14	0%	13	0.2%	10	0.1%	21	0.2%	13 378 429	0.2%	19	0.2%	109	0.2%	0.08
Conjuge	21	1.1%	35	1%	117	3%	158	2.4%	318	4.2%	428	7.2%	410	5.3%	530	4.1%	2217	4.4%	0.01+
Amigo(a)	204	10.8%	341	12%	744	17%	997	14.3%	1434	19.0%	1442	18.9%	1544	20.0%	1733	19.8%	8483	18.0%	0.01+
Amigo(a) Conhecido	953	50.7%	1574	52%	2173	48%	2874	47.4%	3457	45.7%	3498	40.3%	3429	44.5%	3790	43.4%	21749	45.1%	0.02-
Total	1882	100.0%	3049	100%	4555	100%	6040	100.0%	7557	100.0%	8668	100.0%	7707 5714	100.0%	8734	100.0%	48193	100.0%	
Suspeito uso de álcool																			
Sim	757	35.0%	1213	38%	1708	34%	1988	32.4%	2297	31.3%	2349	28.9%	2198	27.7%	2557	28.7%	13082	31.1%	0.02+
Não	1404	65.0%	2001	62%	3030	64%	4114	67.4%	5033	68.7%	5818	71.1%	5717	72.3%	6334	71.3%	33473	68.9%	0.02-
Total	2161	100.0%	3214	100%	4738	100%	6104	100.0%	7330	100.0%	8167	100.0%	7910	100.0%	8911	100.0%	48555	100.0%	

*Outros, quando não outro local não contemplado nos categorias anteriormente citadas. ** Valor de p do teste de tendência de propensão

(+): Tendência crescente (-): Tendência decrescente

Fonte: MDSVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados e registros atualizados.

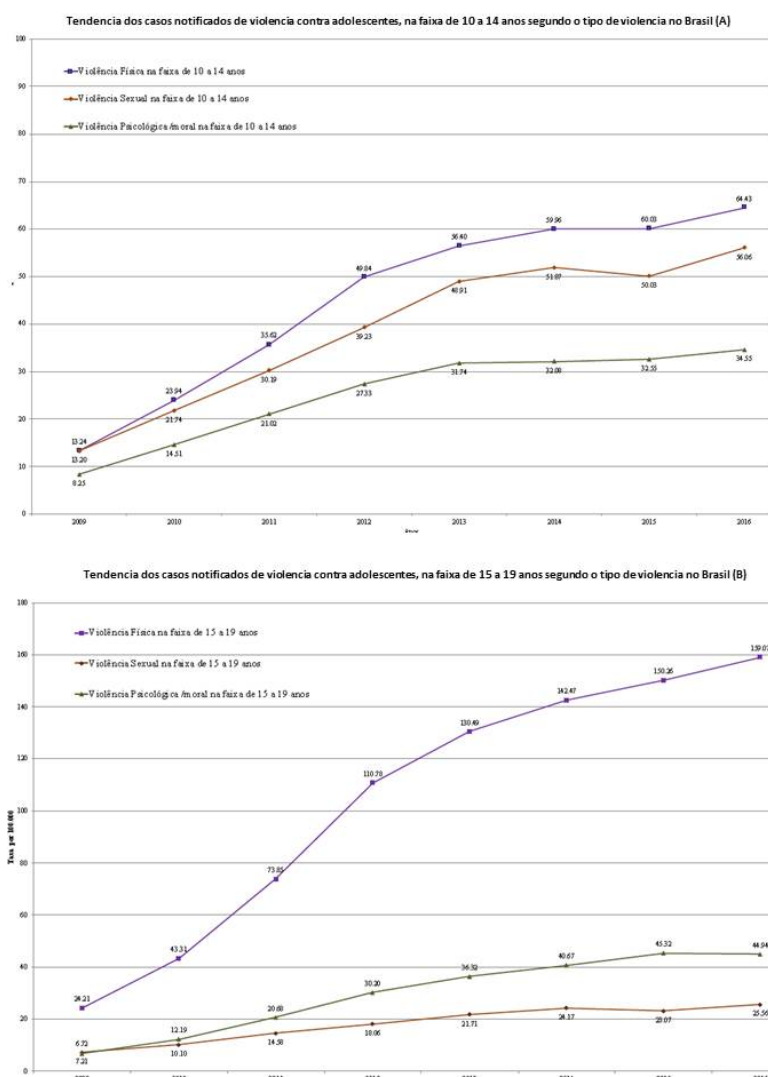
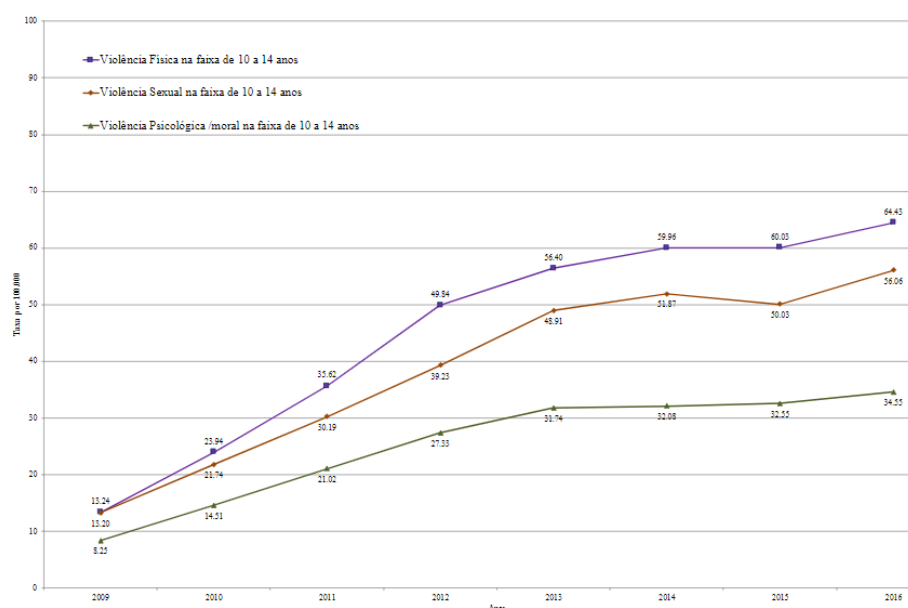
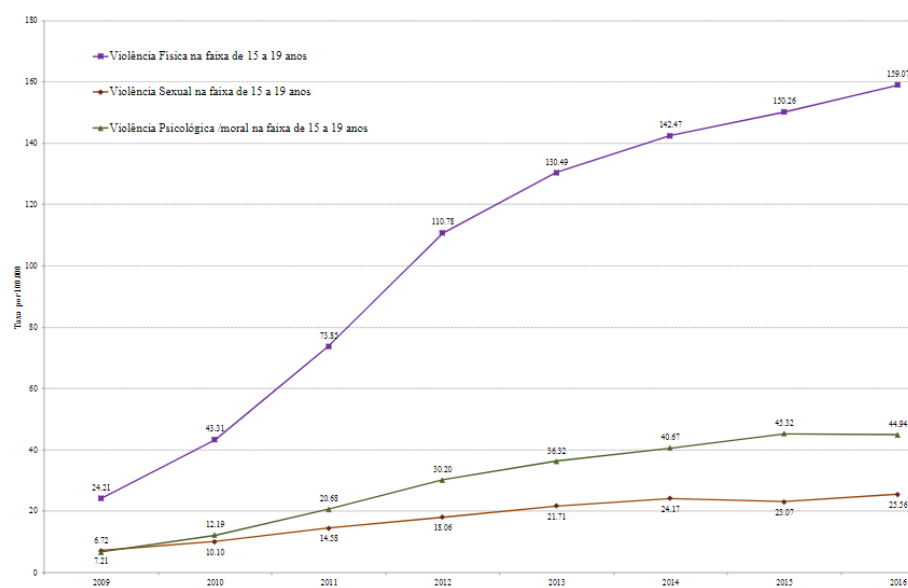


Gráfico 1 A/B. Tendência dos casos notificados de violência contra adolescentes, segundo o tipo de violência e faixa etária no Brasil. Período 2009-2016.



Tendência dos casos notificados de violência contra adolescentes, na faixa de 10 a 14 anos segundo o tipo de violência no Brasil (A)
MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados sujeitos a alteração.



Tendência dos casos notificados de violência contra adolescentes, na faixa de 15 a 19 anos segundo o tipo de violência no Brasil (B)
MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados sujeitos a alteração.

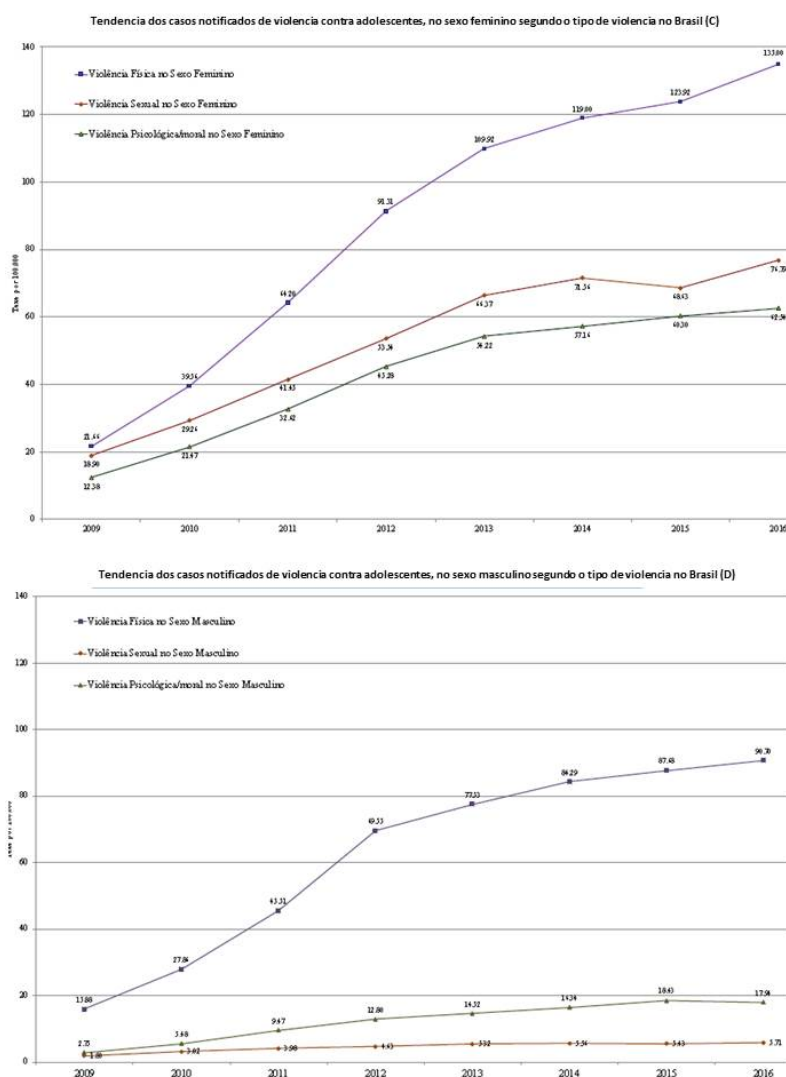
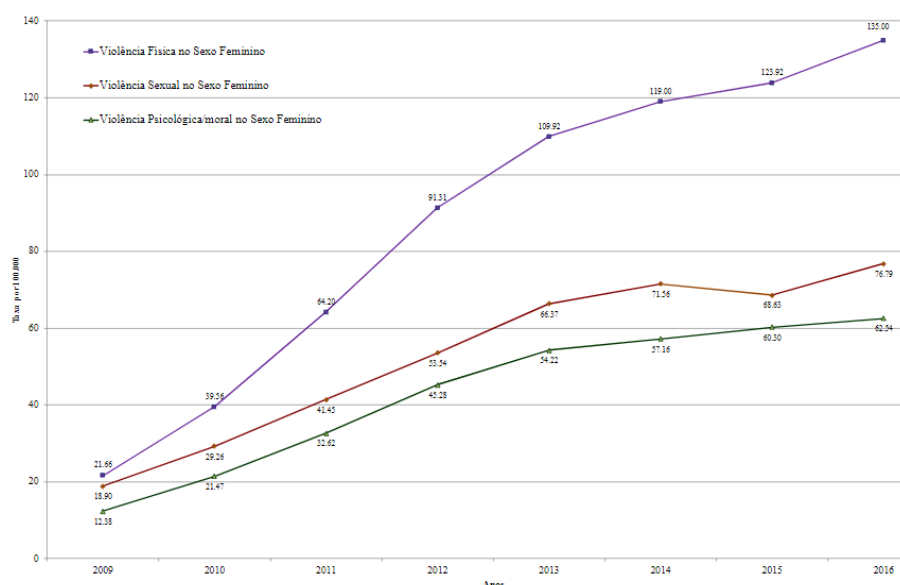
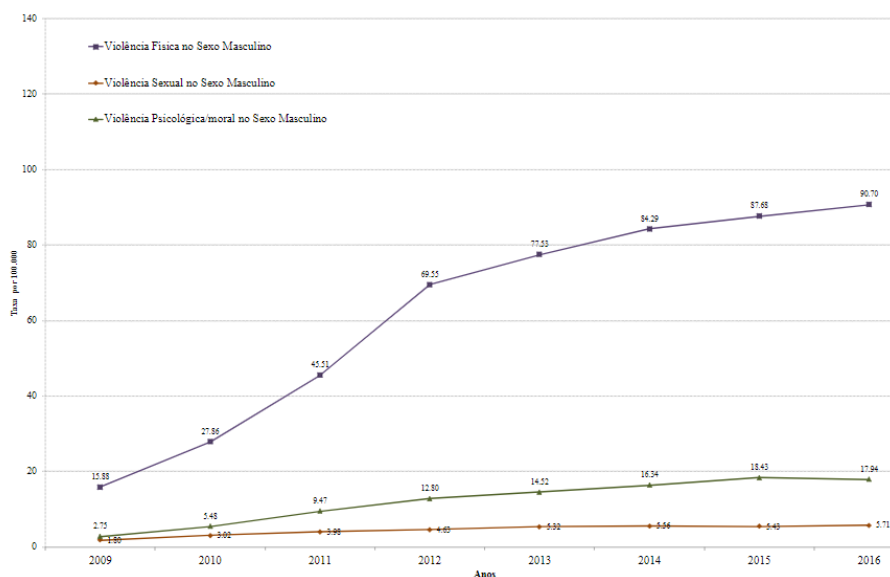


Gráfico 2 C/D. Tendência dos casos notificados de violência contra adolescentes, segundo o tipo de violência e sexo no Brasil. Período 2009-2016.
MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados sujeitos a alteração.



Tendência dos casos notificados de violência contra adolescentes, no sexo feminino segundo o tipo de violência no Brasil (C)
MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados sujeitos a alteração.



Tendência dos casos notificados de violência contra adolescentes, no sexo masculino segundo o tipo de violência no Brasil (D)
MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN. Dados sujeitos a alteração.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram uma tendência progressiva de aumento dos casos notificados de violência contra adolescentes ao longo de oito anos (2009-2016) no Brasil. A prevalência da VF foi maior que a descrita na Índia (36%), Egito (26%) e Filipinas (37%) (19), e superou as prevalências encontradas em outros estudos brasileiros (5,11). Estes achados concordam com a literatura, que destaca as meninas entre 15 a 19 anos como as mais atingidas pela violência (9,10,12,13), especialmente a VF (1,20). Destacou-se uma tendência crescente das notificações para a VF, independentemente da idade e sexo da vítima. Provavelmente esses casos

envolvam maior agressividade, colocando os adolescentes em risco de vida ou provocando lesões mais visíveis ou graves, que exigem atendimento de saúde, já que a procura pelos serviços de urgência depende da gravidade das lesões (2,4,9). No entanto, em programas de proteção a crianças menores de 9 anos, a VF é maior nos meninos (5,21,22), complementando achados do presente estudo.

Análise de atendimentos de adolescentes de 15 a 19 anos em unidades de urgência indicou que 90,9% das agressões físicas tiveram meninos como vítimas (15). Segundo a UNICEF, os meninos experimentam VF cometida por amigos, professores e outros perpetradores desde que completam 15 anos de idade (4). É possível que os nossos achados estejam apontando para uma tendência atual de maior cuidado na proteção das meninas e para uma cultura de maior tolerância à agressividade masculina.

A VP mostrou crescente tendência entre as meninas de 15 a 19 anos, replicando alguns estudos (7,19,23) e contrariando outras investigações que encontraram maior proporção de VP entre meninos (10). Observou-se baixa proporção de registros de VP em comparação aos demais tipos de violência, corroborando outras pesquisas (24), possivelmente por ser considerada uma forma corriqueira de relacionamento familiar (14), o que leva a sua banalização também nos atendimentos em saúde, reduzindo as notificações (5,7,10,25). Estudos mostraram que VP e VF são aplicadas como medida disciplinar. Ainda, que a VP, por ser concomitante a outros tipos de violência (9,24), é menos perceptível para notificação.

Em relação à VS, pesquisas apontam que as meninas correm maior risco, independentemente da idade (1,5,10,21,23,26). Efetivamente, 92% das notificações por VS referiam-se às adolescentes, com maior índice entre 10 a 14 anos. Estudos multipaíses mostraram que pelo menos uma a cada cinco meninas relataram VS nessa faixa etária (4,8,9). Com o início da puberdade, aumenta o risco de abuso e VS entre as meninas (4).

Ao contrário, a VS contra os meninos mostrou tendência decrescente no presente estudo. Construções sociais podem ter relação com os baixos índices de notificação neste grupo. Em Uganda e Moçambique meninos foram menos propensos do que meninas a relatar relações sexuais forçadas (4,9). Sentimentos de vergonha, culpa ou medo de descrença em seus relatos ou de culpabilização podem contribuir para a menor notificação da VS entre meninos, bem como preconceitos sobre a sexualidade masculina (4). No cotidiano, algumas vezes trabalhadores das unidades de saúde também não aceitam as queixas de adolescentes vítimas de VS pelo fato de o agressor ser um outro adolescente mais novo.

Poucos estudos analisaram a relação entre características étnico-raciais e violência. Notou-se tendência ascendente entre a raça parda; somados aos casos da raça negra, atingiram quase a metade das notificações. Resultados similares foram reportados em outras pesquisas, o que indica um padrão étnico da violência (1,12). Por outro lado, a taxa de notificações entre a raça amarela e indígena ainda é baixa. Esses resultados podem ter diferentes explicações, desde a falta de resposta no preenchimento da autodeclaração até dados preenchidos segundo o juízo de quem notificou o caso.

Nossa pesquisa mostrou tendência crescente de violência na residência/habitação coletiva da vítima, seguida da via pública. Pesquisas tem indicado a residência da vítima como principal local de agressão (1,5,12-14,27,28). Culturalmente, as meninas permanecem mais tempo em casa, o que poderia torná-las mais vulneráveis, já que os agressores tendem a ser pessoas próximas. Outros estudos também encontraram a via pública como segundo lugar mais frequente de violência, principalmente contra meninos (12,15), talvez devido às práticas culturais que permitem aos meninos passar mais tempo fora de casa (5).

No que diz respeito ao agressor, em quase metade das notificações a violência foi cometida por um amigo/conhecido da vítima. Poucos estudos indicaram esta categoria como principal agressor (4,5,12,13,23), destacando-se o pai, a mãe ou o padrasto como os principais agressores no ambiente familiar (4,7,15,21,25,28,29). Segundo a UNICEF, meninas também relatam ter sido vitimadas por amigo/conhecido em alguns países da América Central e África (4). Nossa pesquisa mostrou também uma tendência crescente do namorado como agressor, para todos os tipos de violência. Em estudos multipaíses, a prevalência de VS na infância é maior para as meninas e, na maioria dos casos, o agressor é um familiar (não pai ou

padrasto) do gênero masculino (4,8,9). Os achados do presente estudo quanto ao principal agressor sugerem a existência de um vínculo de confiança nos casos de violência extrafamiliar (25).

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, poucos estudos incluem essa variável. Não houve suspeita de uso de álcool pelo agressor nos casos de VF, com tendência crescente, ao contrário da VS. Outros autores encontraram resultados similares para crianças (28), independentemente do tipo de violência (5). Nas pesquisas em que as mães relataram estados de embriaguez dos pais, não houve associação entre este consumo e relatos de adolescentes sobre VP (11,14), o que pode indicar que a violência após a ingestão de álcool seja dirigida à mãe da vítima.

As principais limitações do presente estudo referem-se aos dados em branco/ignorados ou ausentes, e aos dados não atualizados no SINAN, o que pode explicar o leve decréscimo da tendência de VP no último ano analisado. A baixa notificação entre adolescentes de raça/cor amarela e indígena pode estar limitando a real dimensão desse problema entre minorias. Considera-se necessário melhorar os registros, a partir do treinamento das equipes de saúde.

Outra limitação foi a subnotificação dos casos, o que depende das percepções dos profissionais em relação à violência, além da tendência cultural de não envolvimento em assuntos familiares (10,30).

Muitos profissionais desconhecem os aspectos legais da notificação e podem ter medo de se envolver em questões dessa ordem ou mesmo de sofrer represálias, caso notifiquem (10,22,30). A aceitação social da violência contra adolescentes também pode explicar a subnotificação (3,9,10). Sugere-se políticas com uma abordagem multidisciplinar, que sensibilizem as equipes para a identificação de violência contra adolescentes.

A definição de variáveis foi outra limitação do estudo. Por exemplo, a categoria “amigo/conhecido” pode obstaculizar a adoção de medidas preventivas, pela dificuldade de identificação desses indivíduos, que podem ser vizinhos, amigos da família ou colegas da escola. Também o termo “cônjuge” (12), pode gerar confusão, por ser considerado juntamente a parceiro amoroso ou namorado (29). É necessário esclarecer essa informação, para diferenciar cônjuge de namorado ou amigo/conhecido da adolescente. Por fim, destaca-se a dificuldade de comparar os resultados deste estudo com os de outros estudos, em virtude de diferentes delineamentos, fontes de informação, instrumentos de avaliação, métodos de análise e faixas etárias consideradas (11,19,24).

Em conclusão, este estudo mostrou incremento na tendência das notificações de violência contra adolescentes brasileiros entre 2009 e 2016. Predominaram casos de VF independentemente da faixa etária e sexo da vítima. Entretanto, notou-se tendência crescente da VF contra adolescentes do sexo feminino, de 15 a 19 anos, raça parda, na residência da vítima, sendo o principal agressor um amigo/conhecido/namorado. A VP mostrou tendência crescente na faixa de 15 a 19 anos, raça indígena, sendo os principais agressores namorado e cônjuge. Já a VS foi proporcionalmente maior na faixa de 10 a 14 anos, com tendência crescente entre meninas de raça parda, na sua residência. Notou-se aumento das agressões por parte do namorado, cônjuge e mãe, bem como suspeita de uso de álcool pelo agressor. Estudos epidemiológicos, que avaliem outros fatores relacionados ao perfil de vítimas e agressores, são necessários para a implementação de políticas públicas orientadas à prevenção da violência contra adolescentes no país.

AGRADECIMENTOS

M. E. Salazar-López foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Programa de Alianças para a Educação e Capacitação - OEA-GCUB Internacional Peru- Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(8):1647–53. (Cited 2020 March 12) Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800019&lng=pt&tlng=pt

2. Daher M. World report on violence and health. *J Med Liban*. 2003; 51(2):59-63.
3. World Health Organization. Prohibiting and eliminating corporal punishment: a key health issue in addressing violence against children Response to the WHO draft global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multi-sectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: World Health Organization; 2015.p.1-11. (Cited 2020 March 12). Disponível em: <https://www.who.int/topics/violence/Global-Initiative-End-All-Corporal-Punishment-children.pdf>
4. United Nations Children's Fund U. Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014. (Cited 2020 March 12) Disponível em: http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf
5. Souza C dos S, Costa MCO, Assis SG de, Musse J de O, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(3):773– 84. (Cited 2020 March 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300773&lng=pt&tlng=pt
6. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS de, Nascimento R do, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Soc*. 2011; 20(1):147–55. (Cited 2020 March 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000100017&lng=pt&tlng=pt
7. Santos R, Sátiro I, Pontes C, de Sousa V. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm* [online]. 2008; 21(4):602–8. (Cited 2020 Feb 15). Doi: 10.1590/S0103-21002008000400011
8. Reiner RC, Olsen HE, Ikeda CT, et al. Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017. *JAMA Pediatr*. 2019; 98121:e190337.
9. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Vol. 242. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2014. (Cited 2020 March 12). Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/145086>
10. Calza TZ, Dalbosco D, Aglio D. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: Epidemiologia e notificação. *Rev SPAGESP*. 2016; 17(1):14–27. (Cited 2020 Feb 14). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100003&lng=pt&n%20rm=
11. Assis SG de, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):349–61. (Cited 2020 March 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200002&lng=pt&tlng=pt
12. Alves J, Vidal E, Fonseca F, Figueiredo E, Silva M, Pinto A. Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Rev da Fac Ciencias Medicas Sorocaba*. 2017;19(1):26–32. doi:10.5327/Z1984-4840201726596
13. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO;2012.
14. Abranches CD de, Assis SG de, Pires T de O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2995-3006. (Cited 2020 March 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000024&lng=pt&tlng=pt
15. Malta DC, Bernal RTI, Pugedo FSF, et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2899–908. (Cited 2020 March

- 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902899&lng=pt&tlng=pt
16. Ministério da Saúde. Instrutiva ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2015; 53(9):1-63
17. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. (Cited 2020 March 12). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>
18. Ministério da Saúde. Projeção da população do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060. Brasília: DATASUS; 2000. (Cited 2020 March 12). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>
19. Reichenheim ME, De Souza ER, Moraes CL, De Mello J, Da Silva C, De Souza MC. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011; 377(9781):1962–75. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60053-6
20. Rodrigues C, Gorios C, Gerolla V, De Souza R, Maso B. Notificação de violência contra adolescentes atendidos em Hospital escola, na região sul da cidade de São Paulo, 2011. *Adolesc Saúde*. 2014; 11(2):33–9.
21. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes - Proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(4):477–82. Doi: 10.1590/S0103-05822011000400002
22. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(9):2291-2304. (Cited 2020 March 01). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GcmcGGg9h4qSymKmGZXs/?lang=pt&format=pdf>
23. Veloso MC, Dell’Aglia DD, Cabral GM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(5): 1263–72. Doi:10.1590/S1413-81232013000500011
24. Oliveira JR de, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG de, Nascimento OC do. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(3):759–71. (Cited 2020 March 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300759&lng=pt&tlng=pt
25. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(3): 871–80. (Cited 2020 March 12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300871&lng=pt&tlng=pt
26. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Ximenes AS, Ribeiro JP. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. *Enfermería Glob*. 2017; 16(2):406. (Cited 2020 March 12). Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/235251>
27. Apostólico MR, Nóbrega CR, Nunes RN, Godoy R, Serpa G, Yoshikawa E. Características de la violencia contra los niños en una capital brasileña. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(2):1-9. Doi: 10.1590/S0104-11692012000200008
28. Pascolat G, Santos C de FL dos, Campos ECR de, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr (Rio J)*. 2001; 77(1):35–40. doi: 10.1590/S0021-75572001000100010
29. Zanatta EA, Pai DD, Resta DG, Argenta C. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enferm em Foco*. 2012; 3(4):165–8.
30. Muniz G, Carneiro R, Eyre de Souza L. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 481–91. DOI:10.1590/S1413-81232010000200025

NOTAS

- * Este estudio faz parte da Tese de Doutorado em Ciências da Saúde da primeira autora, orientada pela última autora, sendo derivado do projeto “Consequências da morte materna nos órfãos de até 15 anos de idade na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul – Brasil”.

FINANCIAMIENTO

Fuente: Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior (CAPES) y Programa de Alianzas para la Educación y la Capacitación - OEA-GCUB Internacional Perú-Brasil.

Beneficiario: M. E. Salazar-López

INFORMACIÓN ADICIONAL

Contribuições dos autores: **MESL:** colaborou na: concepção e delineamento do estudo; coleta de dados; análise e interpretação de dados, escrita e revisão crítica do artigo; aprovação da versão do texto final. **GFL** y **AAP:** colaborou na: concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação de dados; aprovação da versão do texto final. **LYVV, DCL** y **HMTB:** colaborou na: análise e interpretação de dados, escrita e revisão crítica do artigo; aprovação da versão do texto final.

ENLACE ALTERNATIVO

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3981/4535> (pdf)