



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA  
CURSO DE MEDICINA

**ISADORA SAMPAIO SANTANA DE OLIVEIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MARANHÃO**

**ISADORA SAMPAIO SANTANA DE OLIVEIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

**Orientador(a):** Mariana Rocha Queiroga

Imperatriz, Maranhão  
2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Sampaio Santana de Oliveira, Isadora.  
CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MARANHÃO / Isadora Sampaio  
Santana de Oliveira. - 2021.  
34 f.

Orientador(a): Mariana Rocha Queiroga.  
Monografia (Graduação) - Curso de Medicina,  
Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz- MA, 2021.

1. Maus-Tratos Infantis. 2. Vigilância  
Epidemiológica. 3. Violência Infantil. I. Rocha  
Queiroga, Mariana. II. Título.

**ISADORA SAMPAIO SANTANA DE OLIVEIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MARANHÃO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

**Orientador:** Prof(a) Esp. Mariana Rocha Queiroga  
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada em 09/11/2021, considerou

**Aprovado ( X )**

**Reprovado ( )**

**Banca examinadora:**

Profª Me. Larissa Nogueira Chaves Bísaro  
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Prof Me. Nelmar de Oliveira Mendes  
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Imperatriz-MA, 09 de Novembro de 2021

*O correr da vida embrulha tudo.  
A vida é assim: esquenta e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem*

## DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de  
Ciclo a vocês, Kelem e Batista, por  
serem meus maiores exemplos.  
Exemplos de pais, profissionais,  
amigos, filhos e familiares, que  
sempre me apoiaram e tentaram me  
entender. Que eu possa orgulhar tanto  
os que me conhecem como vocês me  
orgulham.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, acima de tudo, pela minha vida e por ter me dado a oportunidade de vivenciar a Medicina.

Agradeço aos meus pais, por me apoiarem e, mesmo de longe, se fazerem presentes em cada pequena conquista, sendo meus os maiores exemplos.

Agradeço ao meu namorado, Lucas, por estar sempre ao meu lado me fazendo sorrir mesmo nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus amigos e colegas por me incentivarem a seguir meus sonhos e serem exemplos de dedicação e força.

Agradeço aos meus professores, por inspirarem minha jornada profissional e me fazerem remodelar a paixão pela Medicina continuamente.

## SUMÁRIO

Resumo -----	10
Introdução -----	11
Metodologia -----	13
Resultados -----	15
Discussão -----	17
Conclusão -----	21
Referências -----	22
Outras Informações -----	24
Anexos -----	25
Apêndice -----	33



## **APRESENTAÇÃO DO ARTIGO**

**Título:** CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MARANHÃO

**Autores:** Isadora Sampaio Santana de Oliveira, Mariana Rocha Queiroga

**Status:** Submetido

**Revista:** Cadernos de Saúde Pública

**ISSN:** 1678-4464

**Qualis Periódicos:** B2

**Fator de Impacto:** 1.632

## RESUMO

Crianças e adolescentes compõem um grupo que tem seus direitos desrespeitados por meio da violência, considerada um problema de saúde pública mundial, visto que impacta negativamente no bem-estar físico, emocional e na integração social da vítima. Assim, este estudo exploratório e descritivo objetivou caracterizar os casos notificados de violência infanto-juvenil no estado do Maranhão de 2009 a 2019. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, com amostra total de 9.017 casos, ao se excluir violência autoprovocada. Avaliaram-se variáveis para caracterização da vítima, do agressor e da violência, sendo os primeiros dados cruzados com os do IBGE para a estimar a amostragem relativa. Crianças de 0 a 4 (33,2%), mulheres (63,5%) e pretos (8,9%) são mais vulneráveis à violência, sendo as “mães” as principais agressoras, em 26,4% dos casos, seguido por “pais” e “amigos e conhecidos”. A violência física foi predominante (30,5%), seguida pela sexual (25,4%), tendo a residência como principal local de ocorrência (64,8%). O perfil do agressor reforça a vulnerabilidade à qual as vítimas estão expostas, sofrendo sobretudo violência doméstica. As violências consideradas de identificação mais fácil foram mais notificadas. Outrossim, os dados se opõem à percepção de que o ambiente familiar é um local de proteção, segurança e acolhimento. Espera-se que este estudo possa dar maior visibilidade ao tema, a fim de intensificar a atenção de caráter preventivo e, caso ocorra alguma forma de violência, tornar a identificação, notificação e intervenção mais eficazes por parte da esfera pública.

**Palavras-chave:** Maus-Tratos Infantis; Violência Infantil; Vigilância Epidemiológica.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua como criança o indivíduo menor que 10 anos e como adolescente aquele entre 10 e 19 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990 - considera criança aquele que possui até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade<sup>1</sup>. Esta mesma lei afirma ser dever da família, da comunidade, da sociedade garantir a efetividade dos direitos desse grupo, como à saúde, à dignidade e ao respeito <sup>2</sup>.

Em oposição ao que é preconizado pelo ECA, crianças e adolescentes continuam tendo seus direitos violados por meio dos maus-tratos, sobretudo no que tange ao respeito e à dignidade. Segundo a OMS, a violência compõe não só um crime, mas um importante problema de saúde pública mundial, sendo classificada em quatro tipos: física, emocional, sexual e negligência<sup>3</sup>. O abuso físico é caracterizado pelo uso de força física para mostrar poder ou capacidade de subversão. A violência emocional se dá por meio de rejeição, depreciação, discriminação, cobranças e punições exageradas, com a intenção de assustar ou intimidar. A negligência é a falha intencional dos responsáveis em fornecer condições básicas de vida, como alimentação, saúde, educação, lazer, entre outros, tendo como seu extremo o abandono. Por fim, o abuso sexual é uma situação em que a criança ou o adolescente é submetido a uma prática sexual com a qual não tem desenvolvimento compatível e/ou sem o devido consentimento, visando ao prazer do agressor <sup>4,5</sup>.

Os maus-tratos podem gerar alterações e danos com repercussões negativas na saúde física, emocional e na integração social da vítima. Os impactos na saúde incluem lesões físicas, transtornos psiquiátricos, como depressão, tentativas ou ideações suicidas, abuso de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas, etc. Outrossim, estudos mostram que além de aumentar os riscos de doenças crônicas, crianças e adolescentes que foram vítimas de violência física ou sexual apresentam maior risco de perpetuar a violência de diversas formas, como por comportamentos delinquentes e violentos e uso de arma de fogo <sup>5,6</sup>.

Com a publicação da Portaria 104 de 25/01/2011, a violência interpessoal e autoprovocada passou a ser considerada agravo de notificação compulsória, visto que tem potencial de comprometer todos os aspectos da saúde do indivíduo. Logo, é dever do profissional da saúde ou responsável pela instituição de saúde notificar todos os casos de violência infanto-juvenil, sejam suspeitos ou confirmados <sup>7</sup>. Para tal, devem estar capacitados para identificar os sinais indicativos de maus tratos e encaminhar ao Conselho Tutelar, para que o caso seja melhor investigado <sup>3</sup>. Além disso, é essencial ressaltar a necessidade de uma equipe multidisciplinar

qualificada, que possua conhecimento do fluxo de atendimento, saiba realizar um acolhimento e um manejo das vítimas de maneira eficaz, bem como tenha certeza da complementaridade dos serviços que atuam na atenção à saúde, nas medidas protetivas e nas questões judiciais que se apresentam <sup>8</sup>.

Quanto à epidemiologia da violência contra crianças e adolescentes, em pesquisa realizada nos Estados Unidos no ano de 2015, 683.487 crianças foram vítimas de abuso ou negligência, o que correspondeu a uma prevalência de 9,2/1000 crianças. Dentre elas, a faixa etária de 0 a 1 anos teve a maior incidência, com 25/1000, bem como a maior taxa de mortalidade. Constatou-se que 75% das vítimas sofreram negligência, 18% passaram por abuso físico e 8,6%, por abuso sexual. Os pais foram identificados como agressores em 77% dos casos <sup>4</sup>.

Em relação ao Brasil, um estudo que avaliou o período de 2011 a 2017 identificou 1.460.326 de casos notificados de violência interpessoal ou autoprovocada. Destes, 40,5% dividiram-se entre violência contra crianças (15%) e contra adolescentes (25,5%) <sup>9</sup>. Percebeu-se, também, que, a depender da faixa etária, as crianças ficam mais suscetíveis a determinadas situações de risco, sendo crianças de 0 a 5 anos mais suscetíveis à violência doméstica, enquanto as de 6 a 9 anos estão mais propensas à violência em vias públicas <sup>10</sup>.

Em 2019, crianças e adolescentes se mostraram novamente como o grupo mais vulnerável, uma vez que houve 86.837 registros de violações contra eles pelo Disque 100, o que representa quase 55% do total registrado no Brasil. As ocorrências mais frequentes foram negligência, seguida pela violência psicológica, física e sexual. Ademais, o Maranhão apresentou um aumento de 39,58% no número de registros, em relação ao ano anterior. Vale destacar, no entanto, que a maioria das denúncias estão concentradas na Região Sudeste <sup>11</sup>.

Diante do exposto, nota-se que a violência contra crianças e adolescentes é um tema de extrema importância para saúde pública no Brasil. Ademais, a literatura carece de estudos que apresentem dados epidemiológicos atualizados sobre o tema, sobretudo nos estados do Nordeste. A partir disso, este estudo objetiva caracterizar os casos notificados de violência infanto-juvenil no estado do Maranhão, a fim de contribuir para a promoção de mais ações com foco na prevenção deste agravo, e caso ocorra, na notificação e na reabilitação das vítimas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As informações do sistema advêm das fichas de notificação de violência doméstica e sexual e/ou outras violências interpessoais (VIVA).

As notificações foram extraídas em junho de 2021, usando-se o programa Tabwin versão 3.6b, do banco do SINAN. A população do estudo foi constituída pelos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, no estado do Maranhão, referentes ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019. Foram excluídos os casos definidos como lesões autoprovocadas e que tinham “própria pessoa” como agente agressor. Assim, o total de casos encontrados foi de 9.017.

A pesquisa teve como foco três pilares: a caracterização da vítima, a caracterização do agressor e a caracterização da violência. Para tal, foram incluídos como variáveis da pesquisa, respectivamente, idade, sexo e raça; vínculo entre vítima e agressor; violências de repetição tipo, local, mecanismo e desfecho da agressão. Ademais, foi traçada a distribuição temporal dos casos notificados a cada ano. Tais características foram avaliadas sobre o filtro da Lista de Morbidades do CID 10, correspondentes ao capítulo T74 - Síndromes de maus-tratos, incluindo T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico); T 74.2 Abuso Sexual; T 74.3 Abuso Psicológico; T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos; T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos.

Os dados foram tratados e distribuídos em gráficos e tabelas, através do software Microsoft Office Excel® 2019. Para a caracterização da vítima, foi realizada análise relativa, a cada 10.000 habitantes com as mesmas características, a fim de estimar o risco a que cada população está exposta. Utilizou-se o Censo Demográfico do IBGE (2010), que apontou que a população infanto-juvenil do Maranhão é composta por 2.716.327 crianças e adolescentes, dos quais 1.376.720 (50,7%) são do sexo masculino enquanto 1.339.607 (49,3%) são do feminino. No que se refere à faixa etária, 635.401 (23,4%) são pessoas de 0 a 4 anos, 673.648 (24,8%) de 5 a 9 anos, 725.027 (26,7%) de 10-14 anos e 682.305 (25,1%) de 15-19 anos. Por fim, no tocante à raça/etnia, 1.888.654 (69,5%) são declarados como pardos, 579.771 (21,4%) como brancos, 201.337 (7,4%) como pretos, 27.591 (1%) como amarelos, e 20.039 (0,7%) como indígenas.

O estudo foi realizado conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sem a necessidade de avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, visto que

a pesquisa utiliza dados públicos e secundários, disponíveis em plataforma online e de livre acesso, sem identificação pessoal dos pacientes.

## RESULTADOS

No período de 2009 a 2019, foram registrados 9.017 casos de violência contra crianças e adolescentes no estado do Maranhão, como pode ser identificado no Gráfico 1. O menor registro foi do ano de 2009, onde apenas 136 casos foram notificados, enquanto no ano de 2019 foram registrados 1.340, sendo perceptível uma tendência ao aumento do número absoluto de casos notificados. No entanto, os anos de 2014 e 2017 registraram queda nas notificações, com 21,5% e de 15,7%, respectivamente.

Na tabela 1, observa-se que o sexo feminino prevaleceu em números absolutos, com 63,5% (5.729), acometendo 43 a cada 10 mil, correspondendo a uma frequência quase duas vezes maior em relação ao sexo masculino. A faixa etária que teve mais casos notificados foi de 0 a 4 anos, com 33,2% da amostra e com prevalência de 47/10 mil, seguida por 15 a 19 anos, com 27,6% e 36/10 mil. Quanto aos aspectos raciais, 74,7% (6.737) da população foi declarada parda e 10,5% (948) branca. No entanto, quando se avalia relativamente, a população declarada preta se destaca, com 40 casos a cada 10 mil habitantes, seguida pela parda, com 35 por 10 mil. As notificações que tiveram este campo ignorado compuseram 4,7% (425) da amostra.

Na tabela 2 observou-se que, em relação ao vínculo entre vítima e agressor, as mães foram as responsáveis pela violência em 2.630 dos casos, seguida por pais, em 1.817 e amigos e conhecidos, em 1.800. Indivíduos com outros tipos de vínculos compuseram 1417 dos casos. Cabe ressaltar que os dados apontam para a possibilidade de mais de um agressor simultaneamente.

Quanto à caracterização da violência, na tabela 3, nota-se que 2.297 (25,4%) foram vítimas de violência de repetição, 3.768 (41,7%) negaram e 2.952 (32,7%) tiveram este tópico ignorado ou em branco. O tipo mais prevalente foi a violência física, com 3.685 (30,9%) casos, seguida pela violência sexual, com 3.070 (25,7%) casos e por negligência/abandono, com 2.907 (24,4%). O número total dos dados obtidos sugere que algumas crianças possam ter sofrido mais de uma modalidade de violência. Entre os mecanismos utilizados, os que mais se destacaram foram a força corporal/espancamento, presente em 27,6% dos casos, e as ameaças, em 18,4%. Os menores números encontrados foram referentes ao envenenamento, em 1,5%, e ao enforcamento, em 1,4% dos casos, incluídos em “outros”. A residência foi o principal local de notificação, com 5.846 (70,2%) seguido por via pública, com 1.310 casos (15,7%). Ao analisar as evoluções dos casos notificados é possível verificar maior prevalência de ignorado/em branco, com 5.778 (64%). Além disso, 2.860 (31,7%) casos evoluíram com

alta. Quanto à macrorregião de notificação, destaca-se o Norte, com 71,6% da amostra, seguida pelo Sul, com 16,4%.



## DISCUSSÃO

Percebeu-se, conforme demonstrado no Gráfico 1, uma curva crescente e irregular no número de notificações de violência contra crianças e adolescentes com o passar do tempo, tendo um aumento de 885,2% nos últimos 11 anos. Tal tendência ao crescimento também pode ser notada em estudos distribuídos por diferentes estados do Brasil, como Paraná 12, Minas Gerais 13, Goiás 14 e Paraíba 15. Este fato pode estar relacionado a um aumento real do número de casos, visto que o contexto atual é de aumento global da violência. Outra hipótese é que seja resultado da maior efetividade da Portaria nº104/2011, que tornou compulsória a notificação de violência em todo o país. Associa-se ainda ao compromisso assumido pelos profissionais da saúde frente aos direitos das crianças e dos adolescentes, resultando em maior efetividade nas notificações.

Apesar do expressivo crescimento dos números absolutos, nos anos de 2014 e 2017 notou-se uma queda em relação aos valores dos anos anteriores. Contudo, a subnotificação ainda é uma realidade no país, não sendo possível conhecer a real magnitude desse problema de saúde pública 13, 16. Isto pode se dar por dificuldades enfrentadas por profissionais em notificar os casos de maus-tratos infanto-juvenis, sobretudo pelo desconhecimento de sinais indicativos de violência e medo de que as vítimas sofram represálias.

Em relação a caracterização das vítimas de violência quanto ao sexo, dados nacionais 9, 15, 17, 18 e internacionais 19 corroboram os encontrados nesta população (Tabela 1), mostrando a predominância do sexo feminino. Tal fato pode estar relacionado à dupla vulnerabilidade a que esse grupo está exposto: serem crianças e adolescentes sujeitas ao autoritarismo e dominação por indivíduos mais velhos e serem do sexo feminino, historicamente subjugado pelas ideologias machistas.

No que tange à faixa etária, indivíduos entre 0 e 4 anos compuseram o grupo de maior casuística notificada, além de apresentarem maior risco de violência, que acomete 47 a cada 10.000. Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado nos EUA 4. No entanto, há importantes divergências na literatura, com estudos mostrando adolescentes como principais vítimas da violência, sobretudo entre 15 e 19 anos 13, 15. Os dados encontrados neste estudo podem resultar de uma maior dependência de crianças menores de seus pais e/ou responsáveis, estando mais submetidas às relações de poder e apresentando dificuldade em se defender de tais agressões. Outra hipótese é que, via de regra, elas frequentam mais os serviços de saúde, facilitando a suspeita da violência.

Em estudos realizados no Nordeste, a maioria das vítimas em número absoluto foi declarada parda, corroborando o descrito nesta pesquisa (Tabela 1) 18, 20 21. Em contraponto, estudos realizados na região Sul 17 e Sudeste 13, 22 destoaram em seus resultados, mostrando a população branca como a mais acometida pela violência. Vale lembrar que o Brasil é um país de dimensões continentais, tendo importantes divergências interregionais. Ao avaliar a frequência relativa, percebeu-se uma maior vulnerabilidade à violência na população declarada preta, acometendo 40 a cada 10.000 crianças e adolescentes. Isso pode decorrer de aspectos históricos e sociais, tais quais menores condições socioeconômicas, marginalização, menor grau de escolaridade e maior exposição à violência de modo geral, que pode ser refletida no público infanto-juvenil.

Demonstrou-se como principal agente agressor de crianças e adolescentes a mãe. Além disso, o pai representou o segundo lugar de acordo com a Tabela 2, convergindo com diversos estudos 12, 22, 23. É importante destacar que, com as conquistas sociais das mulheres houve importante abertura do mercado de trabalho a elas, em contrapartida, continuam sendo responsáveis pelo cuidado da casa e das crianças, o que pode sobrecarregá-las e gerar retaliação contra os filhos.

Contudo, foram encontradas divergências na literatura a respeito de outros agentes, se destacando, por exemplo, “desconhecidos” como principais autores de violência contra adolescentes 15. Essa variedade no perfil do agressor reforça a vulnerabilidade a que este grupo está exposto, configurando vítimas de violência pelos mais diversos agentes. Ademais, a parcela de casos com este tópico em branco ou ignorado mostra uma possível opção da vítima e/ou seu responsável em não identificar seu agressor, por inseguranças e medo de retaliação, o que contribui com a perpetuação da violência.

Um estudo sobre o perfil epidemiológico da violência contra a criança e adolescente, que avaliou 48.870 casos notificados no Estado do Paraná 12, aponta que 36,96% das vítimas sofreram negligência e abandono, seguido de violência física (26%), convergindo com outro estudo realizado em Porto Alegre 17, tendo como principal violência a negligência (53,8%). Em contrapartida, o presente estudo mostra que a violência física é mais marcante, com 30,9% dos casos, seguido por violência sexual (25,7%) e negligência/abandono (24,4%).

Agressões físicas foram comuns e aceitas socialmente por muitos anos como um método de educação dos filhos. Tal fato ainda pode estar consolidado na sociedade maranhense fazendo com que este tipo ocupe a primeira posição no estado, a despeito da Lei da Palmada Nº 13.010/2014, que assegura a criação das crianças e adolescentes livre de violências físicas 24. Outro fato importante é que a violência física é de mais fácil identificação e, geralmente, é

precedida por outro tipo de violência. Nesse sentido, os resultados encontrados podem ter como justificativa uma inabilidade dos profissionais de saúde em reconhecer e investigar possíveis indicativos de outras formas de violência.

A violência sexual apresenta elevada prevalência em diversos estudos realizados no Brasil, sendo, muitas vezes, a mais prevalente 17, 22, 25. Apesar de aparecer em segundo lugar na Tabela 3, nota-se sua importância no contexto de violências contra crianças e adolescentes no Maranhão. Assim como a violência física, algumas formas de abuso sexual podem deixar marcas, facilitando a identificação. Outrossim, a relação hierárquica de poder que ainda está enraizada na sociedade atual agrava a vulnerabilidade de crianças e adolescentes.

A negligência se apresenta em diversas regiões como principal tipo de violência contra este grupo etário, sobretudo pela abrangência de suas ações 12, 14, 15. No entanto, apresenta-se com diferentes prevalências nos diversos estudos nacionais 13, 22, 25. Nota-se que este tipo de violência se mostra de difícil identificação. Por envolver aspectos culturais e socioeconômicos, faz-se necessário um maior contato com as famílias para que seja identificada. Assim, no Maranhão, os dados encontrados podem reforçar a hipótese de uma inabilidade por parte dos profissionais de saúde em verificar casos de maus tratos por meio de negligência de dinâmicas familiares diversas.

Por fim, a violência psicológica/moral está presente em 16,3% dos casos notificados no Maranhão, sendo menos notificada que a física, sexual e a negligência. Tal dado é corroborado por estudos realizados em Minas Gerais 13, Paraíba 15 e Rio de Janeiro 22. A sua baixa notificação pode ser explicada pelo seu caráter subjetivo e plural, além de não produzir evidências imediatas, dificultando sua identificação.

Em relação ao local de ocorrência dos casos, a maioria das notificações foram referentes à “residência”, sendo 70,2%, como pode ser percebido também em pesquisas realizadas em Manaus 25, São Paulo 18 e Porto Alegre 17. Vale lembrar que os principais agressores foram mães e pais, o que justifica tal dado e se opõe à percepção de que o ambiente familiar é um local de proteção, segurança e acolhimento para crianças e adolescentes.

A Tabela 3 mostra que o uso de força corporal e espancamento foi a principal forma de agressão física contra as crianças e adolescentes (27,6%), seguido de ameaças (18,4%), no estado do Maranhão. Esses dados se assemelham com a pesquisa realizada em Porto Alegre, sendo 31,2% dos casos de violência identificados por uso de força corporal e 18,3% por ameaças 17. Isso pode ser explicado pela própria relação com o agente agressor, que na maioria dos casos foram pais e mães e que usam principalmente esses mecanismos para agredir os filhos.

Quanto à evolução, o fato de que 64% das notificações tiveram este tópico ignorado ou em branco mostra prejuízos na continuidade dos cuidados e monitoramento dos casos, o que causa deficiência nos procedimentos e na qualidade das notificações. Ademais, o campo violência de repetição, apesar de contribuir para o perfil da violência, teve uma importante parcela nestas opções. Alguns fatores que explicam a não notificação seriam o desconhecimento da legislação existente, déficit na formação profissional, dificuldade de identificar as violências, aspectos culturais que normalizam a violência como particular da família, a consideração dela como uma prática educativa, além da falta de tempo e pessoal para qualificar os procedimentos nos serviços de saúde. 12, 17, 23

Como limitações do estudo, destaca-se que o presente artigo se utilizou de banco de dados secundário, não sendo possível analisar o controle de qualidade das informações obtidas. Além disso, é perceptível a falta de uma melhor caracterização, possivelmente devido à grande demanda dos serviços de saúde, que dificulta a coleta de mais informações para melhor identificar agentes, mecanismos e circunstâncias dos casos 23. Contudo, ao discutir um tema de tamanha relevância para a sociedade, esta pesquisa apresenta potencial de agregar ações favoráveis ao combate da violência infanto-juvenil, sobretudo incentivando o aumento de notificações. Diante disso, nota-se a necessidade de maior atenção por parte da esfera pública para a prevenção e, caso ocorra, identificação precoce, notificação eficaz e manejo adequado dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

## CONCLUSÕES

Conclui-se que, entre os anos de 2009 e 2019, houve importante aumento nos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes. Quanto ao perfil das vítimas, predominaram como mais vulneráveis as crianças do sexo feminino, na faixa etária de 0 a 4 anos, declaradas pretas. Constatou-se a violência física, utilizando-se de força corporal e espancamento, como o principal tipo de violência - ocorrida, sobretudo, nas próprias residências. Os principais agentes agressores foram os pais, sendo a mãe o agressor mais notificado.

Por fim, faz-se necessário destacar que houve prejuízo na caracterização da violência, pela omissão de informações relativas aos eventos de repetição e à evolução do quadro, visto que a maioria das notificações teve estes dados ignorados ou em branco. Ao comprometer a qualidade do registro, reduz-se a possibilidade de intervenção, tanto no que tange à proteção de vítimas de futuras agressões, como à identificação e punição do agressor. Portanto este estudo reforça a necessidade de mais pesquisas desta natureza, tendo-as como instrumento de plano de ação de prevenção primária da violência infanto-juvenil.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266)>. Acesso em: 16 jun. 2021.
2. Moreira KFA, Oliveira DM de, Oliveira CAB de, Alencar LN, Orfão NH, Farias E dos S. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. Rev enferm UFPE line [Internet]. 2017;11(11):4410–7
3. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? Cien Saude Colet. 2019;24(7):2609–16.
4. Kairys S. Child Abuse and Neglect: The Role of the Primary Care Pediatrician. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2020;67(2):325–39.
5. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(4):1019–31.
6. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, et al. The Effects of Violence on Health. Health Aff. 2019;38(10):1622–1629.
7. Almeida LAA, Sousa LS, Sousa KAA. Epidemiologia Da Violência Infantil Um Estado Do Nordeste Do Brasil: Série Histórica De 2007 a 2016. Rev Prevenção Infecção e Saúde. 2017;3(2):27-33.
8. Chaves LN, Neves MNSS, Araújo MHM, Calandrini TSS, Cardoso RF, Menezes RAO. Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo. Diagn Trat [Internet]. 2020;25(4):138–46.
9. Ministério Da Saúde (BR); Secretaria De Vigilância Em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Bol Epidemiol, v. 49, n. 27, 2018.
10. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira B de SM, da Silva MMA, Freitas MI de F. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(9):2889–98.
11. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Equipe da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. Disque Direitos Humanos: Relatório 2019. Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/Relatorio\\_Disque\\_100\\_2019\\_.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/Relatorio_Disque_100_2019_.pdf). Acesso em: 11 jun. 2021.
12. Aguiar BF, Rozin L, Tonin L. Caracterização da Violência Contra a Criança e o Adolescente no Estado do Paraná. Rev Baiana Saúde Pública. 2019;43(1):180–93.

13. Antognolli SRDB, Oliveira GF De, Alves MR, Giorgiani M, Rizza J, Batista R, et al. Perfil Epidemiológico da Violência Contra Crianças e Adolescentes no Estado de Minas Gerais. *Ensaios e Ciência*. 2021;25(1):95–101.
14. Borges KNG, Maranhão MGM, Inocencio MD, Lucena MM de, Paula MB de, Oliveira RS, et al. Epidemiologia da violência contra a criança no Estado de Goiás. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(34):e1420.
15. Lima ÁT, Sousa RPR, Viana MÁ de O, Clemente SMPS, Porto É, Sousa JP de, et al. Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes: uma análise das notificações compulsórias no Estado da Paraíba. *Research, Society and Development*. 2020;9(10).
16. Costa VS, Aguiar RS. Perception of the multidisciplinary team about care for children and adolescents who are victims of violence. *Research, Society and Development*. 2020;9(4).
17. Dornelles TM, Macedo, ABT, Antonioli L, Vega EAU, Damaceno NA, Sousa SBC. Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. *Escola Anna Nery*. 2021;25(2):1–8.
18. Oliveira Y da S, Silva DR da, Pombo APM. Epidemiologia da violência sexual infanto-juvenil no município de São Paulo. *Revista Nursing*. 2020;23(3):5055–5060
19. Chiesa A, Goldson E. Child sexual abuse. *Pediatrics in Review*. 2017;38(3):105–118.
20. Almeida LAA, Sousa LS, Sousa KAA. Epidemiologia Da Violência Infantil Um Estado Do Nordeste Do Brasil: Série Histórica De 2007 a 2016. *Revista Prevenção Infecção e Saúde*. 2017;3(2):27-33.
21. Silva AJC, Medeiros EB, Basílio ICS, Barbosa JKA, Silva RE. Vítimas de maus-tratos, negligência ou abandono em estado do Nordeste Brasileiro. *Revista Nursing* 2021;24(273):5289–5298
22. Myrena T, Barcellos T, Souza AN, Camilo LA. Violência contra crianças: descrição dos casos em município da baixada litorânea do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery*. 2021;25(4):1–9
23. Silva LMP da, Sousa TD de A, Cardoso MD, Souza LDFS de, Santos TMB dos. Violência perpetrada contra crianças e adolescentes. *Rev Enferm UFPE line*. 2018;12(6):1696.
24. Lei 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm). Acesso em: 27/07/2021.
25. Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, Reichenheim ME. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(1):e2018438.

## **OUTRAS INFORMAÇÕES**

### **FONTES DE FINANCIAMENTO**

Nenhum.

### **CONFLITO DE INTERESSE**

Nenhum.

### **COLABORADORES**

Isadora Sampaio Santana de Oliveira: Elaboração e redação do manuscrito, obtenção, análise e interpretação dos dados.

Mariana Rocha Queiroga: Participação efetiva a orientação da pesquisa.



## ANEXO

### Instruções aos autores- Cadernos de Saúde Pública

#### Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – link resumo).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

#### Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo

o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## 2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Nederlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

#### 7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS).

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: [msp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:msp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 15. Prova de prelo

15.1 A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site.

15.2 Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

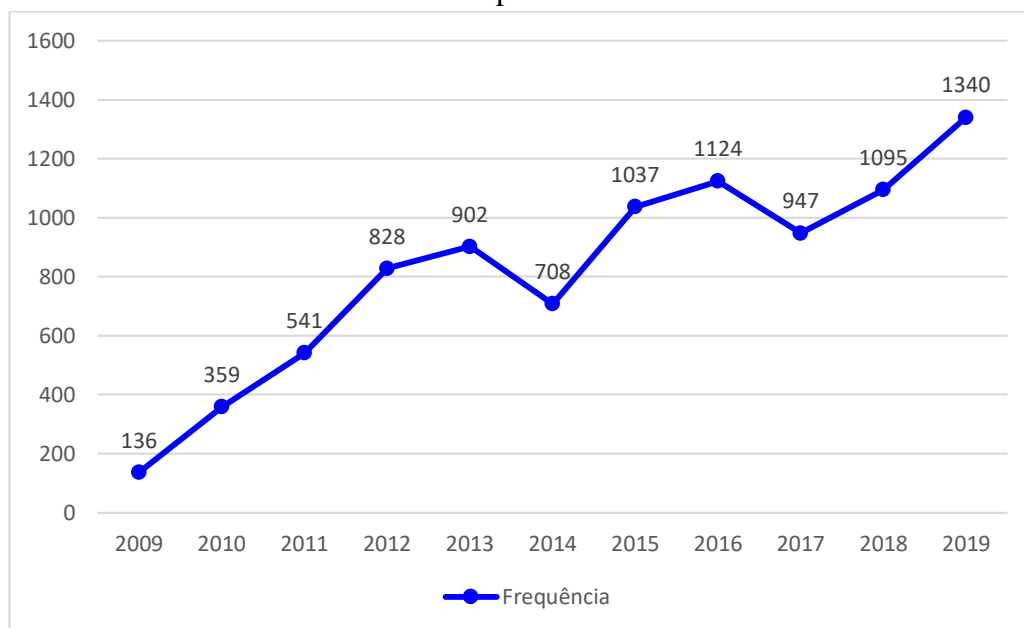
15.2.5.3 As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.



## APÊNDICE

**Gráfico 1:** Notificações de violência contra a criança e ao adolescente no Maranhão no período de 2009-2019



Fonte: SINAN Net, 2021

**Tabela 1:** Notificações de violência infanto-juvenil segundo o perfil da vítima – Maranhão 2009-2019

	(n)	(%)	/10000
<b>Sexo</b>			
Ignorado	1	0,01	-
Masculino	3.287	36,4	23
Feminino	5.729	63,5	43
<b>Faixa Etária</b>			
0 a 4 anos	2993	33,2	47
5 a 9 anos	1.268	14,1	19
10 a 14 anos	2.265	25,1	31
15 a 19 anos	2.491	27,6	36
<b>Raça</b>			
Branca	948	10,5	16
Preta	808	8,9	40
Amarela	47	0,5	17
Parda	6.737	74,7	35
Indígena	52	0,5	25
Em branco	425	4,7	-

Fonte: SINAN Net, 2021 e Censo IBGE 2010

**Tabela 2:** Vínculo do agressor com a vítima – Maranhão 2009-2019

Vínculo Agressor	(n)	(%)
<b>Mãe</b>	2.630	26,4
<b>Pai</b>	1.817	18,2
<b>Amigo/Conhecido</b>	1.800	18,1
<b>Desconhecido</b>	1.030	10,3
<b>Outros vínculos*</b>	2.653	26,7
<b>Total</b>	9.930	100

Fonte: SINAN Net, 2021

\* Outros vínculos: cuidador, madrasta, padrasto, namorado, ex-namorado, irmão, patrão, pessoa com relação instável, policial, filho, cônjuge, ex-cônjuge, outros vínculos

**Tabela 3:** Caracterização da violência infanto-juvenil notificada – Maranhão 2009-2019

	(n)	(%)
<b>Violência de Repetição</b>		
Sim	2.297	25,4
Não	3.768	41,7
Ignorado/ Em branco	2.952	32,7
<b>Total</b>	<b>9017</b>	<b>100</b>
<b>Tipo</b>		
Física	3.685	30,9
Sexual	3.070	25,7
Negligência/Abandono	2.907	24,4
Psicológica/Moral	1.945	16,3
Tortura	303	2,5
<b>Total</b>	<b>11.907</b>	<b>100</b>
<b>Mecanismo</b>		
Força corporal/Espancamento	2.242	27,6
Ameaça	1.490	18,4
Obj. Perfuro-cortante	770	9,5
Arma de fogo	593	7,3
Outros	3.002	37
<b>Total</b>	<b>8.097</b>	<b>100</b>
<b>Local</b>		
Residência	5.846	70,2
Via pública	1.310	15,7
Bar ou Similar	215	2,5
Escola	151	1,8
Outros	797	9,5
<b>Total</b>	<b>8.319</b>	<b>100</b>
<b>Evolução</b>		
Ignorado/Em Branco	5.778	64
Alta	2.860	31,7
Evasão/fuga	92	1
Óbito por violência	59	0,6
Óbito por outras causas	13	0,1
<b>Total</b>	<b>9.017</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN Net, 2021