



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

CIBELE MIRANDA SILVA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO
ESTADO DO MARANHÃO**

**IMPERATRIZ-MA
2023**

CIBELE MIRANDA SILVA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-
JUVENIL NO ESTADO DO 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 Dr^a Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques

**IMPERATRIZ-MA
2023**

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

SILVA, CIBELE MIRANDA.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO ESTADO DO MARANHÃO / CIBELE MIRANDA SILVA. - 2023.

29 p.

Orientador(a): Rossana Vanessa Dantas De Almeida-Marques.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, IMPERATRIZ, 2023.

1. Abuso Sexual. 2. Adolescente. 3. Criança. 4. Notificação de Compulsória. 5. Violência. I. Almeida-Marques, Rossana Vanessa Dantas De. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Cibele Miranda Silva

Título: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO ESTADO DO MARANHÃO

Orientador: **Profª Drª Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques**
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 11/04/2023, considerou

Aprovado (X)

Reprovado ()

Banca examinadora:

Presidente: Profª Drª Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

Bruno Costa Silva
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

SUMÁRIO

1	RESUMO.....	5
2	ABSTRACT.....	6
3	RESUMEN.....	7
	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	8
4	INTRODUÇÃO.....	9
5	MÉTODOS.....	11
6	RESULTADOS.....	13
7	DISCUSSÃO.....	15
8	REFERÊNCIAS.....	18
	TABELAS.....	21
	ANEXOS.....	25

Título: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO MARANHÃO

Autores: Cibele Miranda Silva, Rossana Vanessa Dantas De Almeida-Marques

Status: Não Submetido

Revista: Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)

ISSN: 2237-9622

Fator de Impacto: Qualis A3

DOI:

1 RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico das notificações de violência sexual infanto-juvenil no estado do Maranhão. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, conforme casos notificados no estado do Maranhão durante o período de 2012 a 2021, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Foram analisadas 3.163 notificações. Houve predomínio de vítimas do sexo feminino (91,91%), na faixa etária de 10 a 14 anos (47,80%), de cor parda (74,39%), com escolaridade da '5ª a 8ª série incompleta' (35,79%). O local de ocorrência mais notificado foi a 'residência' (70,03%) e os 'amigos/ conhecidos' (30,03%) foram os principais perpetradores da violência, cuja principal manifestação observada foi o estupro (76,38%). Notabilizou-se, ainda, o predomínio de recorrência (46,54%) e registros com evolução ignorada ou em branco (81,73%). **Conclusão:** Urge a promoção de capacitações multidisciplinares sobre o tema e treinamentos dos profissionais acerca do preenchimento correto e integral da ficha de notificação.

Palavras-chave: Notificação de Compulsória; Violência; Criança; Adolescente; Abuso Sexual.

2 ABSTRACT

Objective: To characterize the sociodemographic profile of reports of child and adolescent sexual violence in the state of Maranhão. **Methods:** Descriptive, retrospective study, with a quantitative approach, according to cases notified in Maranhão during the period from 2012 to 2021, collected in the Notification of Injury Information System (Sinan). **Results:** 3,163 notifications were analyzed. There was a predominance of female victims (91.91%), aged between 10 and 14 years (47.80%), brown (74.39%), with education from '5th to 8th grade incomplete' (35.79%). The most notified place of occurrence was the 'home' (70.03%) and 'friends/acquaintances' (30.03%) were the main perpetrators of violence, whose main manifestation observed was rape (76.38%). It was also noted the predominance of recurrence (46.54%) and records with ignored or blank evolution (81.73%). **Conclusion:** It is urgent to promote multidisciplinary training on the subject and training of professionals on the correct and complete filling of the notification form.

Keywords: Mandatory Reporting; Violence; Child; Adolescent; Sex Offenses.

3 RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico de las notificaciones de violencia sexual infantil y juvenil en el estado de Maranhão. **Métodos:** Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, según los casos notificados durante el período de 2012 a 2021, disponibles en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN). **Resultados:** Se analizaron 3.163 notificaciones. Hubo predominio de víctimas del sexo femenino (91,91%), con edad entre 10 y 14 años (47,80%), morenas (74,39%), con escolaridad de '5° a 8° grado incompleto' (35,79%). El lugar de ocurrencia más notificado fue el 'domicilio' (70,03%) y los 'amigos/conocidos' (30,03%) fueron los principales perpetradores de la violencia, cuya principal manifestación observada fue la violación (76,38%). Se evidenció el predominio de recurrencia (46,54%) y registros con evolución ignorada o en blanco (81,73%). **Conclusión:** Es urgente promover la formación multidisciplinar en el tema y la formación de los profesionales sobre el llenado correcto y completo del formulario de notificación.

Palabras-clave: Notificación Obligatoria; Violencia; Niño; Adolescente; Delitos Sexuales.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os casos de violência sexual infanto-juvenil notificados no estado do Maranhão durante o período de 2012 a 2020, apontam, como principais vítimas, meninas pardas com idade entre 10 e 14 anos.

A violência sexual é uma problemática de saúde pública capaz de gerar danos irreparáveis às vítimas, no entanto, trata-se de uma conjuntura evitável, conforme a pactuação eficiente entre os serviços de saúde e as esferas políticas. Aponta-se, portanto, a necessidade de qualificar a notificação desses casos, ferramenta que, reconhecidamente, constitui a principal forma de atuação do profissional de saúde, uma vez que possibilita o desencadeamento do processo de assistência e auxílio à criança e à família. Ademais, a caracterização efetiva dos envolvidos é base para o aperfeiçoamento dos serviços e a elaboração de políticas para o enfrentamento desse agravo.

O delineamento das características da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes no Estado do Maranhão, fornecem maior amparo teórico aos profissionais da saúde. Nesse contexto, são imprescindíveis capacitações multidisciplinares sobre o tema e treinamentos dos profissionais acerca do preenchimento correto e integral da ficha de notificação.

4 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define violência como quaisquer atos ou comportamentos que se utilizam da força e do poder para causar dano ou intimidação contra a integridade física ou psicológica, mediante autoagressões e agressões interpessoais ou coletivas, as quais se diferenciam de acidente pelo seu caráter intencional e evitável.¹ Dentre os diferentes tipos de violências existentes, ressalta-se a sexual, devido à sua complexidade, com implicações médicas, legais e psicossociais. Essa natureza de violência abrange o estupro sistemático, o assédio sexual, o casamento forçado ou coabitação, a objeção ao direito de usar métodos contraceptivos, o aborto forçado, atos violentos contra a integridade sexual de mulheres, além de prostituição forçada e tráfico de pessoas para fins de exploração sexual.²

Paralelamente ao período de crescimento do indivíduo pode-se, também, variar o tipo de violência ao qual está mais susceptível. Neste estudo, considerou-se, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, o conceito de criança como aqueles com idade inferior a 10 anos e adolescente como aqueles entre 10 e 19 anos, os quais possuem seus direitos juridicamente resguardados mediante o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).³

A violência sexual infanto-juvenil emerge enquanto problemática de grande complexidade, capaz de ocasionar danos à criança e ao adolescente, gerando impactos às esferas cognitiva, emocional, comportamental e social do desenvolvimento.⁴⁻⁶ Inerentes à própria infância e ao adolecer, a vulnerabilidade e a dependência de crianças e adolescentes, estão relacionadas à pouca capacidade de entendimento do relacionamento ou cuidado que lhes é dispensado, impedindo-os de distinguir as atitudes violentas das formas típicas de convivência, o que torna propício o advento das diversas formas de violência contra esse setor social.⁷

Em razão do alarmante quadro de aumento dos diversos tipos de violências perpetradas contra o setor mais jovem da sociedade brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 13, torna obrigatória a notificação, pelos profissionais e responsáveis da área da saúde e da educação, de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, instituindo, ainda, em seu artigo 245, pena para a não comunicação dos casos aos órgãos de proteção.³ Tal procedimento é, também, assegurado pela Portaria nº 1.968/2001, que institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra as crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS).⁸

Em 2010, houve a elaboração da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Famílias em Situação de Violências, com orientações para gestores e profissionais de saúde.⁷ Ademais, mediante a publicação da Portaria GM/MS nº 104, de 25 de

janeiro de 2011, que previu a criação do módulo de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a violência passou a integrar a lista de agravos de notificação compulsória.⁹ Dessa forma, os dados da ficha de notificação são inseridos na plataforma, o que contribui para a construção de um perfil fidedigno que possa, por exemplo, nortear a implementação de políticas de prevenção e combate à violência.¹⁰

No entanto, apesar do avanço na legislação e da criação de órgãos que combatem os diversos tipos de violência em crianças e adolescentes, os crimes sexuais ainda se configuram dentre as menores taxas de notificação do país.¹⁰ Nesse contexto, entende-se que a subnotificação emerge como um empecilho para a execução da lei, propiciando a manutenção da vulnerabilidade de crianças e adolescentes a esses maus-tratos.¹¹ Tal conjuntura evidencia a falha atuação de profissionais dos serviços públicos, os quais não reconhecem a importância da notificação dos dados ou, até mesmo, desconhecem esse instrumento.⁷

O presente trabalho tem por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico das notificações de violência infanto-juvenil no estado do Maranhão, justificando-se pela importância do conhecimento da realidade de cada território, além da relevância da notificação dos casos enquanto subsídio para a análise das políticas públicas vigentes, a formulação de políticas específicas e a organização de condutas nos serviços de saúde pública voltados para a prevenção e apoio às vítimas.

5 MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

A pesquisa utilizou dados secundários de domínio público coletados a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), cuja delimitação temporal analisada corresponde aos dados referentes ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2021.

Empregou-se, como critérios de inclusão os casos provenientes do estado do Maranhão, compostos por vítimas de ambos os sexos e todas as etnias, que compoñham a faixa etária de 0 a 19 anos, totalizando uma amostra de 3.163 notificações.

Conforme o número de frequência das notificações de violência sexual por ano de ocorrência, as variáveis analisadas para traçar o perfil sociodemográfico das vítimas foram: sexo (dicotomizado em masculino e feminino), cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado/branco); faixa etária (distribuídas em <1 ano; 1-4 anos, 5-9 anos, 10-14 anos, 15-19 anos) e escolaridade (analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta do EF, 4ª série completa do EF, 5ª a 8ª série incompleta do EF, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, educação superior completa, não se aplica, ignorado/branco).

Ademais, foram analisadas as seguintes variáveis correspondentes ao caso notificado: possível autor da agressão (mãe, pai, padrasto, cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a), ex-namorado (a), irmão (a), filho (a), amigos/conhecidos, desconhecido (a), cuidador (a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial agente da lei, própria pessoa e outros vínculos), evolução do caso (alta, evasão/fuga, óbitos por violência, óbito por outras causas, ignorado, em branco), local de ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção, outros, ignorado, em branco) e recorrência (sim, não, ignorado, em branco).

Considerou-se, ainda, pertinente o cálculo da taxa de prevalência, empregando-se o último censo realizado pelo IBGE publicado na íntegra.¹² Para isso foi utilizada a fórmula a abaixo, cujo denominador corresponde ao total da população do Maranhão referente a cada variável a seguir: sexo, faixa etária e raça.

$$\text{Taxa de prevalência} = \frac{\text{Número de casos}}{\text{Total da população maranhense da variável analisada}} \times 100.000$$

Os dados foram importados ao programa Excel (Microsoft Office 365®) e para o software de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2022) para descrição dos resultados em frequências brutas (n) e relativas (%) e, em seguida, para realização de testes de hipótese, foi

realizado o teste Qui-Quadrado de qualidade de ajuste, com significância estatística estabelecida em $p\text{-valor} < 0,05$.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil nº. 510, de 07 de abril de 2016, a qual exime a necessidade de avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa dos projetos realizados com base na análise de dados sem identificação do paciente e de uma plataforma de acesso público.

6 RESULTADOS

De janeiro de 2012 a dezembro de 2021 foram notificados 3.163 casos suspeitos ou confirmados, que tiveram como vítimas 2.312 adolescentes (73,1%) e 851 crianças (26,9%). Em relação ao número de notificações registradas no período escolhido, observa-se acentuada oscilação ao longo dos anos, com uma tendência crescente na frequência dos registros a partir de 2016, evidenciada por um percentual de crescimento de 238,53% em cinco anos, um aumento de 218 para 520 notificações. No entanto, percebe-se um decréscimo de 29,03% das notificações de 2021 em relação à 2020.

No que tange às características sociodemográficas das vítimas, evidenciadas pela Tabela 1, é notória a predominância de meninas, correspondendo a 91,91% do total (n=2.907), enquanto os meninos representaram 8,09% (n=256). Ao analisar a taxa de prevalência, a população feminina também se destaca com 216,84 casos a cada 100.000 habitantes. Quanto à cor/raça, 74,39% das vítimas (n=2.353) foram declaradas como pardas, seguida da população branca 12,08% (n=382) e preta 10,62% (n=336). O mesmo se confirma mediante a análise da taxa de prevalência, em que a população parda se destaca com 52,24 casos a cada 100.000 habitantes.

Relativamente à escolaridade, destacaram-se os casos cujas vítimas possuíam da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (35,79%, n=1132), aqueles que não se aplica tal variável (16,82%, n=532) e aqueles na faixa da 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental. Destaca-se que, para essa variável, não foi possível a análise da taxa de prevalência, em razão da incompatibilidade entre a faixa etária da população investigada pelo censo e a da amostra em questão.

No que se refere à faixa etária das vítimas, há prevalência para a faixa etária de 10 a 14 anos (47,8%, n=1512), seguida da faixa etária de 15-19 anos (25,29%, n=800). De acordo com a taxa de prevalência, a faixa etária de 10 a 14 anos também se destaca, com 208,46 casos a cada 100.000 habitantes. No entanto, confrontando a disposição da faixa etária conforme o sexo, a distribuição dos casos se expressa de diferente forma na amostra: enquanto a faixa etária mais acometida no sexo feminino foi a de 10 a 14 anos, com 1.430 casos, no sexo masculino a faixa mais prevalente foi a de 5 a 9 anos, com 97 casos (Tabela 2).

A Tabela 3 retrata o perfil do agressor, revelando que amigos e/ou conhecidos da família apresentaram maior proporção entre os possíveis perpetradores de violência (30,03%, n=950), seguido de desconhecidos (13,97%, n=442), namorado (a) (13,88%, n=439), padrasto (8,92%,

n=282), pai (5,25%, n=166) e cônjuge (5,06%, n=160). Outros vínculos perfizeram 13,56% dos casos (n=429).

A manifestação da violência sexual infanto-juvenil notificada em maior número foi o estupro 76,38% (n=2.416), seguida do assédio sexual 24,25% (n=767). É importante destacar que a ficha de notificação permite o registro de mais de uma manifestação de violência sexual para um caso, o que explica a presença uma maior amostra de manifestações (n=3.386) em relação à totalidade das notificações analisadas pelo estudo em questão (n=3.163) (Tabela 4).

A análise do local de ocorrência da agressão, permitiu evidenciar que hegemonicamente 70,03% dos casos (n=2215) ocorreram na própria residência da vítima, cabe salientar que 9,55% dos casos (n=302) aconteceram em locais não citados no banco de dados e em 7,75% dos casos (n=245) esta informação foi ignorada no preenchimento. No que tange aos achados de evolução do caso, visualizou-se grande número de notificações com tal informação em branco 81,32% (n=2572) para apenas 17,89% dos casos com alta confirmada (n=566). Já em relação à recorrência, foi observado um certo padrão de paridade entre os casos recorrentes 46,54% (n=1472) e os casos que não correspondiam a uma recidiva 40,59% (n=1472) (Tabela 5).

7 DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo apontam um aumento no número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes, no estado do Maranhão, sobretudo a partir de 2016. Isso vai ao encontro dos estudos presentes na literatura, e está possivelmente relacionado à atualização das fichas de notificação e à subsequente capacitação dos profissionais no ano de 2015.^{2,7,10,13} Aponta-se, portanto, que esse aumento seja decorrente da melhoria na atuação de agentes notificadores e não necessariamente da intensificação na ocorrência dos casos.^{14,15}

Apesar disso, no intervalo de 2020 a 2021 verifica-se um decréscimo no registro de notificações, que pode estar correlacionado com o período pandêmico. Um estudo que analisou as notificações de violência infantojuvenil do SINAN de municípios catarinenses também evidenciou esse panorama, apontando para uma queda progressiva do número total de notificações, sobretudo a partir da instauração do isolamento social, com uma redução de 42% nos meses de janeiro a abril.¹⁶

Ao analisar as variáveis sociodemográficas, observou-se o predomínio de vítimas do sexo feminino (91,91%), corroborado amplamente na literatura.^{2,4,6,13,14} A explicação para esse quadro pode estar pautada na subnotificação das vítimas do sexo masculino, decorrente dos estereótipos de gênero que surgem após o abuso, o que contribui para o silêncio da vítima e, até mesmo, deixa a família hesitante em denunciar ou buscar amparo médico.¹⁵ Outra hipótese está amparada na desigualdade histórica entre homens e mulheres, fundamentada na subordinação imposta sobre as mulheres desde a infância, deixando-as vulneráveis à violência, sobretudo a de cunho sexual, a qual é pautada na relação desigual de poder entre agressor e vítima.^{6,17}

No que tange à faixa etária das vítimas, o estudo releva a predominância da violência sexual contra jovens entre 10-14 anos (47,8%), convergindo com estudos nacionais.^{7,11,18} O predomínio dessa faixa etária pode estar relacionado ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que podem atrair maior atenção dos perpetradores.¹⁰ Todavia, esse achado diverge de estudos baseados em notificações dos estados de São Paulo e do Paraná, os quais apontaram uma predominância em vítimas de 5 a 9 anos.^{2,19}

Notou-se, ainda, uma tendência estatisticamente importante ($p < 0,001$) ao cruzar as variáveis faixa etária e sexo das vítimas, revelando que as notificações de vítimas do sexo masculino ocorreram em idades mais precoces. Isso pode ser atribuído à falta de desenvolvimento físico do menino para oferecer resistência ao ato violento, situação que se modifica conforme envelhece e alcança maior maturidade.¹⁷ Sob diferente perspectiva, o

predomínio da faixa etária de 10 a 14 em vítimas do sexo feminino aponta para a preferência dos agressores por meninas durante o período púbere.²⁰

Ademais, em relação à raça/cor da pele, as vítimas são predominantemente pardas (74,39%), o que converge com demais estudos nacionais, em que a cor negra (pretos e pardos) é a mais acometida.^{2,5,7,10,11,18,19,21} A justificativa pode estar centrada na dominância de indivíduos pardos na composição populacional do estado do Maranhão.¹² Essa lógica de variação a depender da região do país estudada,¹⁸ é demonstrada em outras pesquisas, como em estudo realizado em Santa Catarina, que, por sua vez, tem composição populacional majoritariamente branca, o qual aponta a predominância na raça branca dentre as vítimas.¹⁷

A análise do perfil do agressor, revela que mais de 68% dos casos notificados tiveram, enquanto agressores, pessoas do ciclo de vida da vítima, sejam eles membros ou conhecidos da família. Nessa perspectiva, verifica-se a utilização da confiança possuída pelo perpetrador como ferramenta para o apoderamento da sexualidade da vítima.^{2,7,8,10,13,18,21} Em paralelo, os dados desse estudo salientam que, em mais de dois terços dos casos, a violência sexual ocorre no domicílio da vítima, corroborando com outras pesquisas que trazem o mesmo cenário de proximidade do agressor.^{6,8,11,15,17,18,21} Dessa forma, o lar passa de um ambiente seguro a um local de desamparo.¹⁹

Em relação à tipologia de violência sexual, o estupro foi a mais frequentemente notificada, o que ratifica os achados apresentados por outros estudos realizados no Brasil.^{2,4,5,13,21} Esse quadro pode estar relacionado à dificuldade de identificação de formas mais sutis de agressão, ao contrário do estupro, o qual se configura a como a forma de violência mais explícita e clara, o que propicia a detecção do agravo pelo agente de saúde incumbido da notificação.^{2,4}

Atente-se, ainda, que, conforme explanado em estudo realizado em centro de referência de Alagoas,²¹ a presente pesquisa também revelou algumas notificações com registro de Atentado Violento ao Pudor (0,76%), apesar da alteração na definição de estupro, mediante a lei nº 12.01529 de 2009,²² que passou a englobar os casos anteriormente correspondentes a essa classificação. Dessa forma, percebe-se uma falha no preenchimento da ficha de notificação, seja por falta de atualização profissional, seja por desatenção. Nesse sentido, é evidente a necessidade da renovação da ficha de notificação, de forma a subtrair essa tipificação.

Ao analisar a variável evolução do caso foi possível perceber uma limitação do presente estudo, que está centrada na grande quantidade de campos deixados em branco ou ignorados, impedindo a realização de uma análise aprofundada dos registros. Como consequência do deficiente preenchimento desse campo, um estudo baseado nas notificações de violência contra

a população infantojuvenil do estado do Paraná dissertou acerca dos possíveis prejuízos relacionados à continuidade dos cuidados e monitoramento dos casos,⁵ o que vai de encontro do princípio de longitudinalidade do cuidado que rege o Sistema Único de Saúde (SUS).²³

Os dados revelam, ainda, que a maior parte dos casos se caracterizam como de repetição, corroborando com pesquisas que apontam a proximidade do agressor com a vítima como um fator desfavorável à identificação da violência.^{4,13,15} No entanto, os casos notificados como não recorrentes, não necessariamente descartam a revitimização. A literatura aponta para o aspecto insidioso da violência sexual contra a população infantojuvenil, que pode ser justificado pelo poder de persuasão do agressor com a vítima além das dificuldades pertinentes ao processo de revelação, tais como a baixa idade da vítima, o que se correlaciona à imaturidade em compreender o ato violento e realizar a comunicação das ocorrências.^{10,24}

O presente estudo revela, portanto, o presente estudo revela o predomínio de vítimas do sexo feminino (91,91%), na faixa etária de 10 a 14 anos (47,80%), de cor parda (74,39%) e com escolaridade da '5ª a 8ª série incompleta' (35,79%). Além disso, o local de ocorrência mais notificado foi a residência (70,03%) e os 'amigos/ conhecidos' (30,03%) foram os principais perpetradores da violência sexual, cuja principal manifestação observada foi o estupro (76,38%). No que tange às variáveis relacionadas ao caso, notabilizou-se o predomínio de recorrência (46,54%) e muitos registros com evolução ignorada ou em branco (81,73%).

Nesse sentido, é destacável a relevância de caracterizar os determinantes regionais da violência sexual infanto-juvenil a fim de conduzir à implementação de ações de cuidado mais acuradas às vítimas desse agravo.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RT, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:2889–2898. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12752017>.
2. Oliveira YDS, Rodrigues da Silva D, Pombo APM, Moura RF. Epidemiologia da violência sexual infanto-juvenil no município de São Paulo. *Nursing (São Paulo)*. 2020;23:5055–5066. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5055-5066>.
3. Brasil. Casa Civil. Lei nº 8.069 de 13 julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências (ECA). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 1990 jun 13; Seção 1:267.
4. Santos M de J, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018;27. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200010>.
5. Aguiar BF, Rozin L, Tonin L. Caracterização da violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2019;43:180–193. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a2936>.
6. Chaves LN, Neves MN, de Araújo MH, Calandrini T do S, Cardoso RF, Menezes RA. Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo. *Revista Diagnóstico & Tratamento*. 2020;25:138–146.
7. Moreira KF, de Oliveira DM, de Olivera CA, de Alencar LN, Orfão NH, Farias E dos S. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;4410:7. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201718>.
8. Oliveira TRC, Conceição HN da, Pereira BM, Oliveira TMP de, Moura LRP, Câmara JT. Violence against children and adolescents: an analysis of notifications from 2013 to 2014 / Violência infanto-juvenil: uma análise das notificações no período de 2013 a 2014. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021;13:391–396. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9001>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2011 jan 26; Seção 1:37.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. 49. VI. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

11. Silva SB de J, Conceição HN, Câmara JT, Machado RS, Chaves TS, Moura DES, Borges LVA, Moura LRP. Perfil das notificações de violência contra crianças e adolescentes. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2020;14. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244171>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População N. Projeções da População [Internet]. Brasília; 2021 [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/23/25888?detalhes=true>
13. Farias R de F, Castr JB, Costa S da S, Freitas AT, Ribeiro MR. Características Da Violência Sexual Notificada No Sistema De Informação De Agravos De Notificação, Maranhão, Brasil, 2009- 2019. 2021.
14. Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, Reichenheim ME. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100012>.
15. Miranda MHH, Fernandes FECV, Melo RA de, Meireles RC. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2020;54. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019013303633>.
16. Platt VB, Guedert JM, Coelho EBS. Violence Against Children And Adolescents: Notification And Alert In Times Of Pandemic. *Revista Paulista de Pediatria*. 2021;39. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>.
17. Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018; 23:1019–1031. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>.
18. Casini I dos S, De Andrade BDS, Da Fonseca GG, Passos TS, Torres RC, Bernardo LP, Carvalho AR, Lemos WPB. Violência sexual: análise epidemiológica entre os anos de 2010 a 2018 / Sexual violence: epidemiological analysis between the years 2010 to 2018. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4:22136–22151. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-312>.
19. Araujo G, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches L da C. Determinantes Da Violência Sexual Infantil No Estado Do Paraná - Brasil. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2019;20:42–54. doi: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p42>.
20. Dornelles TM, Macedo AT, Antonioli L, Vega EA, Damaceno AN, Souza SB. Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. *Escola Anna Nery*. 2021;25. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0206>.
21. Teixeira EC, Plácido Lima Leite A, Henrique Moreira dos Santos W, Humberto Belmino Chaves J, de Albuquerque Cavalcanti Duarte I, Calado Cavalcante J. Characteristics of cases of sexual violence that occurred in Alagoas between 2007-2016. *O Mundo da Saúde*. 2019;43:834–853. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20194304834853>.

22. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União 2009; 7 ago.

23. Correia BOP de C, Silva ABC, Correia BOP de C, Meira LP, Moreira C de A, Cabral F de A, Carvalho MÉ da S, Silva CLK e, Farias ÍG, Ribeiro LP. A importância da Atenção Primária a Saúde na identificação da violência infantil. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2022;15:e10728. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e10728.2022>.

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 [Internet]. 2014; 19:759–771. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>

TABELAS

Tabela 1: Ocorrência de violência sexual segundo variáveis de interesse em crianças e adolescentes. SINAN/DATASUS/Maranhão, Brasil, 2012-2021.

Variáveis	Violência sexual		/100.000 hab.
	<i>n</i>	%	
Sexo			
Masculino	256	8,09	18,59
Feminino	2907	91,91	216,84
Cor/raça			
Branca	382	12,08	31,75
Preta	336	10,62	42,94
Amarela	15	0,47	19,01
Parda	2353	74,39	52,24
Indígena	20	0,63	-
Faixa etária			
< 1 ano	81	2,56	51,25
1 a 4 anos	245	7,75	51,25
5 a 9 anos	525	16,60	77,95
10 a 14 anos	1512	47,80	208,46
15 a 19 anos	800	25,29	117,24
Escolaridade			
Analfabeto	25	0,79	-
1ª a 4ª série incompleta do EF	376	11,89	-
4ª série completa do EF	130	4,11	-
5ª a 8ª série incompleta do EF	1132	35,79	-
Ensino fundamental completo	138	4,36	-
Ensino médio incompleto	344	10,88	-
Ensino médio completo	100	3,16	-
Educação superior completa	1	0,03	-
Não se aplica	532	16,82	-
Ignorado/Branco	362	11,44	-

Fonte: Autoria própria, 2022.

Tabela 2: Faixa etária conforme sexo acometido. SINAN/DATASUS/Maranhão, Brasil, 2012-2021.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	P
< 1 ano	6 (7,41)	75 (92,59)	< 0,001
1 a 4 anos	51 (20,82)	194 (79,18)	< 0,001
5 a 9 anos	97 (18,48)	428 (81,52)	< 0,001
10 a 14 anos	82 (5,42)	1430 (94,58)	< 0,001
15 a 19 anos	20 (2,50)	780 (97,50)	< 0,001

Fonte: Autoria própria, 2022.

Tabela 3: Ocorrência de violência sexual segundo algoz. SINAN/DATASUS/Maranhão, Brasil, 2012-2021.

Possível agressor	Violência sexual	
	n	%
Mãe	29	0,92
Pai	166	5,25
Padrasto	282	8,92
Cônjuge	160	5,06
Ex-cônjuge	9	0,28
Namorado (a)	439	13,88
Ex-namorado (a)	86	2,72
Irmão (a)	47	1,49
Filho (a)	1	0,03
Amigos/Conhecidos	950	30,03
Desconhecido (a)	442	13,97
Cuidador (a)	7	0,22
Patrão/Chefe	6	0,19
Pessoa com relação institucional	2	0,70
Policial/Agente da lei	3	0,09
Própria pessoa	4	0,13
Outros vínculos	429	13,56

Fonte: Autoria própria, 2022.

Tabela 4: Frequências brutas (n) e relativas (%) de manifestações de violência sexual. SINAN/DATASUS/Maranhão, Brasil, 2012-2021.

Manifestações da violência sexual	n	%
Assédio sexual	767	24,25
Estupro	2416	76,38
Exploração sexual	126	3,98
Atentado violento ao pudor	24	0,76
Pornografia infantil	53	1,68

Fonte: Autoria própria, 2022.

Tabela 5: Ocorrência de violência sexual segundo variáveis do caso. SINAN/DATASUS/Maranhão, Brasil, 2012-2021.

Variáveis	Violência sexual	
	n	%
Local de ocorrência da agressão		
Residência	2215	70,03
Habitação coletiva	30	0,95
Escola	29	0,92
Local de prática esportiva	10	0,32
Bar ou similar	19	0,60
Via pública	248	7,84
Comércio/Serviços	43	1,36
Indústrias/Construção	9	0,28
Outros	302	9,55
Ignorados	245	7,75
Em branco	13	0,41
Evolução do caso		
Alta	566	17,89
Evasão/fuga	7	0,22
Óbitos por violência	2	0,06
Óbitos por outras causas	3	0,09
Ignorado	13	0,41
Em branco	2572	81,32
Recorrência		

Sim	1472	46,54
Não	1284	40,59
Ignorado	377	11,92
Em branco	30	0,95

Fonte: Aatoria própria, 2022.

ANEXOS

Estrutura dos Manuscritos

Disponível em: <https://ress.iec.gov.br/p/page/2/instrucoes>

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE ([versão em inglês](#) e [versão em português](#)).

A estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no [website](#) da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research). A seguir, são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS.

- Estudos observacionais: [STROBE](#) (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)
- Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), versões em [inglês](#) e [português](#)
- Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting) versões em [inglês](#) e [português](#)
- Estudos de bases secundárias: [RECORD](#) (Conducted using Observational Routinely-collected health Data)
- Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research) , versões em [inglês](#) e [português](#)

Somente serão aceitos manuscritos que estiverem de acordo com o modelo disponível no Modelo de Submissão. Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa, com formatação em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format), DOC ou DOCX (documento do Word). Não são aceitas notas de rodapé no texto. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- modalidade do manuscrito;
- título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- título resumido em português;
- nome completo, [ORCID](#) (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail* de cada um dos autores;
- instituição de afiliação (até dois níveis hierárquicos; cidade, estado, país), enumerada abaixo da lista de autores com algarismos sobrescritos; incluir somente uma instituição por autor;
- correspondência com nome do autor, logradouro, número, cidade, estado, país, CEP e e-mail
- paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho, ano de defesa e instituição;
- Financiamento, ou suporte, com a declaração de todas as fontes, institucionais ou privadas, que contribuíram para a realização do estudo; citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Resumo/Abstract/Resumen

Deverá ser redigido em parágrafo único, nos idiomas português, inglês e espanhol, com até 150 palavras, e estruturado com as seguintes seções: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o formato estruturado é opcional.

Palavras-chave/Keywords/Palabras clave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, umas delas relacionada ao delineamento do estudo, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponível em: <http://decs.bvs.br>) e apresentadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Contribuições do estudo

Os autores devem informar as principais contribuições do estudo que serão apresentadas em destaque no manuscrito diagramado, em caso de publicação. Devem ser incluídos os seguintes tópicos, com até 250 caracteres com espaço para cada tópico:

- Principais resultados: descrever, de forma sucinta, a resposta ao objetivo do estudo;
- Implicações para os serviços: discutir como os achados do estudo podem repercutir nos serviços e/ou ser apropriados por eles;
- Perspectivas: apresentar um "olhar para o futuro" e refletir sobre quais seriam os próximos passos para a área/tema estudado e/ou o que seria necessário para a implementação dos achados.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, obrigatoriamente, as seguintes seções, nesta ordem: introdução, métodos, resultados, discussão, contribuição dos autores e referências. Tabelas, quadros e figuras deverão ser referidos nos "resultados" e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável). O conteúdo das seções deverá contemplar os seguintes aspectos:

- Introdução: apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem;
- Métodos: descrever o delineamento do estudo, a população estudada, os métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem e os procedimentos de coleta dos dados ou fonte, local e data de acesso aos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, contemplar as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos);
- Resultados: apresentar a síntese dos resultados encontrados; é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas ;
- Discussão: apresentar síntese dos principais resultados, sem repetir valores numéricos, suas implicações e limitações; confrontar os resultados com outras publicações relevantes para o tema; no último parágrafo da seção, incluir as conclusões a partir dos resultados da pesquisa e implicações destes para os serviços ou políticas de saúde;
- Contribuição dos autores: incluir parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores, de acordo com as recomendações do ICMJE;
- Agradecimentos: quando houver, devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável; nomeiam-se as pessoas que colaboraram com o estudo e preencheram os critérios de autoria; os autores são responsáveis pela obtenção da autorização, por escrito, das pessoas nomeadas, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo; agradecimentos impessoais – por exemplo, "a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho" – devem ser evitados;
- Referências: o formato deverá seguir as Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE e do [Manual de citações e referências na área da medicina](#) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, com adaptações definidas pelos editores.

No texto, utilizar o sistema numérico, segundo a ordem de citação no texto, com os números grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação (e a pontuação, quando presente), separados entre si por vírgulas; se números sequenciais, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16).

Para referência com mais de seis autores, listar os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al." para os demais.

Títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada, de acordo com o estilo usado no [Index Medicus](#) ou no [Portal de Revistas Científicas de Saúde](#);

Títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso.

Sempre que possível, incluir o DOI (Digital Object Identifier) do documento citado.

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. O [Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde](#) ou o Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.) podem ser consultados.