

PERFIL DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA EM IPAMERIGOIÁS

Joas Soares Lauriano¹
Mirian Dias Moreira e Silva²
Anselmo Cordeiro de Souza³
Carlos Antônio Teixeira⁴
Cristina Zukowsky Tavares⁵

RESUMO: O artigo pretende traçar um perfil da violência contra a criança e adolescente notificados na cidade de Ipameri, estado de Goiás. Trata-se de investigação descritiva, retrospectiva e quantitativa realizada por meio de análise documental, a partir das fichas de atendimento das ocorrências de violência registradas no Conselho Tutelar, nos anos de 2012 e 2013. Os dados são apresentados por meio de estatística descritiva. Totalizaram-se 546 registros de violência, sendo 338 casos de negligência, 103 casos de violência sexual, 72 casos de violência física e 34 casos de violência psicológica. O sexo feminino é o mais acometido. Em todos os tipos de violência o principal agressor é intrafamiliar e a faixa etária mais acometida é a de cinco a nove anos de idade. A atuação dos profissionais de saúde é fundamental no processo de identificação dos maus tratos, do agressor, favorecendo momentos participativos de educação e promoção da saúde com familiares e a rede de proteção intersetorial local.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis; Violência; Adolescentes; Notificação de Abuso; Promoção da saúde.

¹ Mestrando em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Enfermeiro no Hospital Municipal de Juína e Coordenador do Polo Base de Saúde Indígena no município de Juína, estado do Mato Grosso, Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). E-mail: joas222@hotmail.com.

² Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - FCMS/JF. Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário da Cidade (UniverCidade). E-mail: midiasjf@yahoo.com.br

³ Mestre em Promoção da Saúde e Pós-Graduado em Gestão de Pessoas por Competências ambos pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Graduado em Pedagogia pela Faculdade Paulista São José (FPSJ). Graduado em Teologia pelo Seminário Adventista Latino Americano de Teologia (SALT). Coordenador e Docente da Licenciatura em Pedagogia da Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia (FAM). E-mail: anselmo.souza@ucb.org.br.

⁴ Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (USP). Bacharel em Teologia pelo Seminário Adventista Latino Americano de Teologia (SALT). E-mail: carlostx.br@gmail.com.

⁵ Pós-Doutorado em Educação pela (USP). Doutora e Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente no Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: cristina.tavares@unasp.edu.br.

PROFILE OF VIOLENCE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE IN IPAMERI-GÓIAS

ABSTRACT: the article intends to outline a profile of violence against children and adolescents notified in the city of Ipameri, state of Goiás. This is a descriptive, retrospective and quantitative investigation carried out through documentary analysis, based on the records of care for the occurrences of violence. registered with the Tutelary Council, in the years 2012 and 2013. The data are presented using descriptive statistics. There were a total of 546 records of violence, with 338 cases of negligence, 103 cases of sexual violence, 72 cases of physical violence and 34 cases of psychological violence. The female sex is the most affected. In all types of violence, the main aggressor is intrafamily and the most affected age group is five to nine years of age. The performance of health professionals is fundamental in the process of identifying the abuse, the aggressor, favoring participative moments of education and health promotion with family members and the local intersectoral protection network.

Keywords: Child abuse; Violence; Adolescent; Mandatory Reporting; Health promotion

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública mundial, que atinge todas as camadas da sociedade. Ressalta-se que se considera criança, indivíduos até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes de 12 a 18 anos de idade (Lei nº. 8.069 de 13/07/90, p.9). Os dois grupos (crianças e adolescentes) por vezes expostos e vulneráveis, têm sofrido ao longo do tempo violações dos seus direitos, acarretando consequentes problemas em sua saúde física, mental e psicológica (ZUKOWSKY-TAVARES et al., 2017). No Brasil a mortalidade de crianças por causas externas (acidentes e violências) vem se destacando desde 2008 (BRASIL, 2018).

Violência, tem sido definida em seu sentido amplo, como uso intencional da força ou poder em forma de ameaça ou efetiva, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grande probabilidade de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (HONORATO et al., 2018). Especificando a violência que acomete crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde define esta violência como quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2001).

Em documento datado de 2010, o Ministério da Saúde classifica a violência em três grandes categorias, a saber, a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos (interpessoal), e por organizações (coletiva) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas. Segundo sua natureza pode ser classificada em violência física, violência psicológica, violência sexual e negligência, especificando, no referido documento as implicações sobre crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

A violência física é definida como atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo (BRASIL, 2010).

Ao conceituar a violência sexual, o Ministério da Saúde (2002) afirma que é todo ato ou jogo sexual, seja relação heterossexual ou homossexual, em que o agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. Tem a intenção de estimular o indivíduo sexualmente ou utilizá-lo para obter alguma satisfação sexual. Pode-se apresentar em forma de práticas eróticas e sexuais impostas pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Pode haver ou não o contato sexual e até contato sem ou com penetração. E engloba a exploração sexual que visa lucros como é o caso da prostituição, pornografia e pedofilia.

Já o abuso psicológico se descreve como toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos (HONORATO et al., 2018).

Em 1988 esse grupo populacional foi reconhecido como sujeito de direitos, o que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) foi um grande passo na garantia de proteção à infância e à adolescência. O tema violência contra a criança e adolescente teve maior destaque a partir justamente da década de 80, quando surgiram leis e programas específicos para o combate do problema, como é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRITO et al., 2005). Os primeiros programas específicos para atendimento dessa problemática, prevista no artigo 87, inciso III, lei 8.069/90, do ECA, estabelece sanções de modo a incentivar a proteção e desenvolvimento de crianças e adolescentes de modo a contemplar sua integridade e integralidade (BRASIL, 1990).

No ano de 2006 foi lançada, pelo Ministério da Saúde a primeira edição do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência (VIVA), com o propósito de colher dados de casos com potencial para captar a violência doméstica e sexual, a violência autoprovocada, o trabalho infantil, a violência psicológica/moral e a negligência/abandono, bem como informações sobre os perpetradores das violências (BRASIL, 2006, 2014, 2017, 2018a).

Segundos dados colhidos entre 2012 e 2013 pelo VIVA, a negligência é o tipo de violência de maior ocorrência envolvendo crianças e a violência física a de maior ocorrência nas outras faixas etárias. Nos casos notificados de violência tendo como vítimas crianças, a prevalência de agressores é intrafamiliar e quanto aos adolescentes o autor da agressão, desconhecido. Nesse mesmo período, os casos de violência contra crianças, constituíam 12,8% do total de notificações. Já a notificação de violência contra adolescentes teve um aumento de 20% em relação aos dados constantes no relatório anterior (BRASIL, 2017).

Outro estudo também relata que dentre 551 casos de violência à criança e adolescente atendidos no Hospital das Clínicas da UNICAMP, entre os anos de 2003 a 2007, incluíam os seguintes tipos de abuso: físico (13,4%), sexual (31,9%), psicológico (2,0%), negligência (33,9%) e outros não definidos (18,7%). Do total, 55,9% eram do gênero feminino, com até 17 anos de idade (média $5,75 \pm 4,18$), sendo 50% com até 5 anos (ZAMBON et al., 2012). Dessa forma observa-se a gravidade desse fenômeno que atinge a infância e adolescência, compreendendo nesse contexto as lesões e traumas, que embora não sejam fatais, deixam sequelas para toda a vida, presentes de forma evidente ou imperceptível (CREPOP, 2009).

As experiências vivenciadas na infância ou adolescência podem ser positivas ou desfavoráveis, podendo influenciar na personalidade adulta. A violência pode gerar sentimentos de desespero, medo, culpa, raiva, dentre outros. Não encontrando vazão na infância e adolescência, por diferentes razões, pode manifestar-se em comportamentos inadequados que podem se perpetuar pelas gerações seguintes (BRASIL, 2002). A violência cresceu mundialmente ao longo dos anos, com publicações constantes pelos veículos de comunicação popular matérias associando-a a diferentes cenários: desde a violência domiciliar até os conflitos armados. Em todas as formas apresentadas, as vítimas desses fenômenos são sempre os mais fracos, os mais vulneráveis. É nessa categoria que se

encontram as crianças que nascem indefesas e os adolescentes que são dependentes de outros adultos por um longo período (SCHERER, SCHERER, 2000).

Segundo o ECA é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade prover todas as necessidades das crianças e dos adolescentes. Refere ainda que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Embora não sejam específicas para casos de violência infantil e de adolescentes, as Portarias do Ministério da Saúde, nº 485 e nº 2.415, ambas de 2014, redefinem o funcionamento e o atendimento multiprofissional do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um avanço na legislação. O manual de Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes Pelos Profissionais de Saúde (BRASIL, 2010) refere que é crescente o número de crianças e adolescentes que chegam nas instituições de saúde, vítimas de maus-tratos e violência, tais como: abuso físico, sexual, psicológico e negligência.

Profissionais da saúde, podem colaborar ao criar meios que possibilitem intervenções no ambiente familiar contribuindo no resgate de valores da família e coletividade envolvida no contexto violento e o enfrentamento à violência com ações de educação em saúde e de forma continuada (NUNES, SALES, 2016). Neste sentido o Ministério da Saúde publicou, no Diário Oficial da União, a portaria 1968, de 25 de outubro de 2001, que estabeleceu a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalta-se não obstante, que os casos registrados em todo país, seja em delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico legais são apenas alerta, não revelam a verdadeira dimensão do problema e, portanto, existe carência de estatísticas oficiais no Brasil sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes (BRITO et al., 2005).

O ECA dispõe também sobre os Conselhos Tutelares, afirmando que esse é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos por Lei (Art. 131), sendo que em cada município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, eleitos (forma eleitoral) pelos cidadãos locais para mandato de três anos, permitida uma reeleição, (Lei nº 8.242, 12/10/1991, Art. 132).

A notificação ao Conselho Tutelar pode ser feita pela família (pais ou responsável, parentes); pela criança ou adolescente; vizinhos, amigos, professores, profissionais da saúde, educação e assistência (BRASIL, 2018). A violência é passível de notificações em quatro tipos: negligência e abandono; violência física; violência sexual; e abuso psicológico, tendo o abandono como a forma mais grave de negligência, sendo que a ocorrência de violência, em seu sentido amplo, não se restringe apenas às circunstâncias de pobreza (Brasil, 2010),

Segundo o ECA (Lei nº. 8.069 de 13/07/90), é importante a atuação dos profissionais de saúde em orientar e encaminhar, os casos de suspeita ou a confirmação de maus tratos, comunicando ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. Embora incluam a notificação de violência contra crianças e adolescentes como parte integrante da atuação do profissional de saúde, Oliveira et al (2013), apontam que existem dificuldades para essa efetiva notificação.

Esse estudo pretende contribuir com informações aos profissionais de saúde bem como sociedade e gerar reflexões para auxiliá-los quando confrontados com situações que envolvam esse fenômeno. Dessa forma o objetivo geral deste estudo foi traçar um perfil da violência contra crianças e adolescentes notificadas na cidade de Ipameri, estado de Goiás notificadas no Conselho Tutelar nos anos de 2012 e 2013.

MÉTODO

Trata-se de investigação descritiva, retrospectiva e quantitativa realizada por meio de análise documental. A presente investigação se deu por meio de fichas de ocorrências de violências contra crianças e adolescentes registradas no Conselho Tutelar de Ipameri-GO no período de 2012 e 2013. Optou-se por esse período, devido a ser os primeiros anos que foram arquivadas as fichas no Conselho Tutelar.

Ressalta-se que os casos de violência contra crianças e adolescentes além de notificados no Conselho Tutelar, também são registrados na delegacia existente no município. Logo, a amostra em estudo representa parte das notificações de violências contra crianças e adolescentes registradas em Ipameri - GO, ou seja, apenas aquelas cuja violência foi notificada exclusivamente no Conselho Tutelar.

A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Após autorização da Secretaria de Assistência Social do município e

do Conselho Tutelar, os dados foram coletados no período de outubro de 2014 a maio de 2015. Por se tratar de pesquisa documental, não foi requerida submissão da pesquisa a comitê de ética em pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados os prontuários de atendimento das ocorrências, sendo coletados dados: 1. das violências: tipos de violências (negligência familiar, violência psicológica, violência física e violência sexual); 2. das vítimas: faixa etária e sexo; 3. dos agressores: vínculo com a vítima. Os dados coletados foram lançados em planilhas do programa Excel. São apresentadas frequências absolutas e relativas dos dados analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela que segue apresenta a distribuição dos tipos de violência contra crianças e adolescentes, no Município de Ipameri-GO, nos anos de 2012 e 2013. A amostra foi composta pelo total de 546 fichas de notificação arquivadas no Conselho Tutelar local, como indicado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição segundo o tipo de violência contra crianças e adolescentes nos casos notificados no conselho tutelar - Ipameri – GO, Brasil, 2012 e 2013.

TIPO DE VIOLÊNCIA	ANOS				TOTAL	
	2012		2013		n	%
	n	%	n	%		
Violência física	28	11,63	44	14,44	72	13,26
Violência Sexual	45	18,60	57	18,76	103	18,72
Violência Psicológica	32	12,92	05	1,80	34	6,37
Negligência	139	56,85	196	65,00	338	61,65
Total	244	100%	302	100%	546	100%

Fonte: Conselho Tutelar, 2014. N: Frequência Absoluta; % Frequência Relativa.

A análise da Tabela 1 evidencia a partir das notificações obtidas no Conselho Tutelar nesse município do Centro Oeste Brasileiro que o tipo de violência mais incidente entre as crianças e os adolescentes, foi a negligência/abandono (61,65%) seguido pela violência sexual (18,72%), física (13,26%) e psicológica (6,37) sucessivamente.

Estudos mostram que a negligência e a violência física são os tipos de violência mais frequentes (PIRES et al., 2005; COSTA et al., 2007; SOUTO et al., 2018; FERREIRA et al., 2019). Isso ocorre muitas vezes devido à vulnerabilidade do contexto familiar. A negligência reflete o abandono, a falta de cuidados essenciais e de uma rede de atenção e proteção que garanta os direitos e cuidados da criança e adolescente brasileiros (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Observa-se que no presente estudo houve um aumento significativo de notificações de negligência no ano 2013, em relação a 2012 de 56,85 % para 65%. Nessa mesma direção o estudo de Souto et al. (2018) registra o avassalador aumento de 130,7% em negligência/abandono ao investigar o perfil da violência notificada contra crianças e adolescentes registrados no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de 53 municípios na região sudeste do Brasil. Nesse estudo o caráter intrafamiliar da negligência é entendido como omissão em termos de cuidados básicos, por parte do responsável pela criança ou adolescente no espaço doméstico e dentro da própria família. Em contraponto, no estudo de Honorato et al. (2018) ao traçar o perfil da violência infantil a partir de notificações do Programa Pro Paz Integrado na região do Baixo Amazonas as ocorrências de violência física e sexual superaram as de negligência.

Em relação aos agressores (Tabela 2), segundo as diferentes formas de violência, constatou-se que o agressor que mais contribuiu para a violência nos dois anos estudados é intrafamiliar, como explicito na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição segundo grau de parentesco do agressor com a vítima nos casos de violência contra criança e adolescentes notificados no conselho tutelar - Ipameri - GO, Brasil, 2012 e 2013.

GRAU DE PARENTESCO	ANOS			
	2012		2013	
	n	%	n	%
Mãe	156	64,00	172	57,03
Pai	61	25,00	93	30,88
Outros	27	11,00	37	12,09
Total	244	100%	302	100%

Fonte: Conselho Tutelar, 2014. N: Frequência Absoluta; % Frequência Relativa.

No presente estudo a mãe seguida do pai é apontada na maior parte das ocorrências, dado ela estar mais próxima fisicamente da criança e do adolescente, responsabilizando-se mais diretamente pelo cuidado afetivo e educacional dos filhos (BRASIL,2002). Outro ponto importante é que quando ocorre a separação, em geral é com ela que os filhos permanecem (BRITO et al, 2005). Segundo Costa et al (2007) e Pires (2005) não é incomum a mãe ser apontada como agressora, pois por vezes é ela que fica mais tempo com a criança e com o adolescente no ambiente domiciliar.

A prevalência de violência intrafamiliar também foi encontrada no estudo de Honorato et al., (2018) e Souto et la., (2018). Nothaft e Beiras (2019) num estudo de revisão em teses e dissertações nacionais de 2006 a 2016 constatam um incremento na incidência da produção acadêmica sobre o tema da violência intrafamiliar e os resultados indicam possibilidades de transformação nas relações familiares, mas ainda de forma geral há muita fragilidade nas políticas de enfrentamento à violência como um todo.

No que diz respeito ao sexo das vítimas de violência, as meninas foram frequentemente mais violentadas nos dois anos estudados (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição segundo gênero da vítima nos casos de violência contra criança e adolescente notificados no conselho tutelar - Ipameri - GO, Brasil, 2012 e 2013.

GÊNERO	ANOS			
	2012		2013	
	n	%	n	%
Masculino	107	43,85	132	43,71
Feminino	137	56,15	170	56,29
Total	244	100,00	302	100,00

Fonte: Conselho Tutelar, 2014. N: Frequência Absoluta; % Frequência Relativa.

Estudos apontam que a violência recai sobre as mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino em maior distribuição do que para o sexo masculino (GUIMARÃES, 2004 e BRITO et al., 2005). Ressalta-se que muitas das adolescentes se encontram expostas e são violentadas geralmente por pessoas conhecidas e da própria família, por permanecerem mais tempo em seus lares. Moreira e Souza (2012) explica que o sexo feminino é mais acometido por serem uma população vulnerável, além de supor que as meninas silenciam os

casos devido à representação na sociedade sobre a posição de gênero masculina, no qual os homens devem ocupar um lugar de dominação e não de dominado.

De modo semelhante há na literatura relatos de predomínio de violências contra crianças e adolescentes do sexo feminino (HONORATO *et al.*, 2018; MOREIRA *et al.*, 2017). Kataguiiri *et al* (2019) em um estudo que caracterizou a violência sexual no estado de Minas Gerais, por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação obtido na Secretaria do Estado da Saúde no ano de 2016, a criança assim como as mulheres se encontram como as principais vítimas sendo elas agredidas em vias públicas e a criança dentro de casa com um agressor conhecido.

A faixa etária mais acometida pela violência são as crianças de cinco a nove anos de idade, contabilizando 202 casos no ano de 2013 e 218 em 2014 (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição segundo faixa etária da vítima nos casos de violência contra criança e adolescente notificados no conselho tutelar - Ipameri - GO, Brasil, 2012 e 2013.

FAIXA ETÁRIA	ANOS			
	2012		2013	
	n	%	n	%
Abaixo de 5 anos	0	0,00	0	0,00
5 a 9 anos	202	82,78	218	72,10
10 a 18 anos	42	17,22	84	27,90
Total	244	100,00	302	100,00

Fonte: Conselho Tutelar, 2014. N: Frequência Absoluta; % Frequência Relativa.

Em relação a idade há relatos de prevalência semelhante ao do presente estudo (COSTA *et al.*, 2007; PIRES *et al.*, 2005) bem como divergente (HONOTATO *et al.*, 2018; MOREIRA *et al.*, 2017). Souto *et al.* (2018) destaca que apesar de em seu estudo haver prevalência de violências contra adolescentes, houve maior prevalência de violência por pai e mãe na faixa etária de 1 a 9 anos. Moreira e Souza (2012) explicam que as crianças de cinco a nove anos são mais acometidas pela violência por serem mais dependentes dos adultos, além de terem menor possibilidade de autodefesa. Pires *et al* (2005) concordam com os autores supracitados ao destacarem também que crianças na faixa etária entre cinco a nove anos foram as que mais sofreram violência na pesquisa que desenvolveram.

Santos et al. (2019) em investigação entrevistou 16 conselheiros tutelares atuantes que denunciam interferências no enfrentamento da violência infantil. A falta de conhecimento para identificar crianças em risco ou situação de violência, o envolvimento das famílias nos casos, a precariedade de recursos materiais, o quantitativo insuficiente de profissionais, falhas na rede de proteção à criança, estereótipos culturais, a desvalorização profissional e a impunidade do agressor.

Sendo assim, para que o Conselho Tutelar consiga exercer plenamente suas funções e contribuir para a interrupção do ciclo de violência infantil, são necessários investimentos em diversas áreas, tais como a qualificação dos conselheiros tutelares, por meio da oferta de cursos periódicos, e a implantação de ambientes de trabalho com recursos material e humano suficientes, de modo a contribuir para que se exerçam ações integradas, intersetoriais e resolutivas (SANTOS et al., 2019; COSTA et al., 2007).

Problemas presentes na rede de enfrentamento da violência infantil, a morosidade do sistema de defesa e de responsabilização (segurança pública, Ministério Público e Justiça), a insuficiência de políticas socioassistenciais e educacionais, a escassez e, mesmo, a inexistência de vários serviços e ações fundamentais, também são indicados (SANTOS et al., 2019; HONORATO., 2018). Diante de tais achados, é importante repensar as fragilidades existentes, bem como estratégias eficazes a serem implementadas para enfrentamento desse contexto.

No tocante às equipes de saúde, ressalta-se que desempenham um importante papel nas ações preventivas da violência contra criança e adolescente, cabendo ao profissional da saúde, independente da sua área de atuação a perspicácia de reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e responsabilidade de conscientizar os demais membros da equipe de assistência à criança e adolescente a serem sensíveis a esta demanda, utilizando-se do princípio de que a omissão pode representar uma opção pela violência.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou nas ocorrências notificadas maior proporção de violência quanto ao tipo a negligência. Também foi indicado, prevalência de violência intrafamiliar, tendo a mãe como agressora. Com faixa etária mais acometida por violência cinco a nove anos.

A violência praticada contra crianças é tema complexo, polissêmico e multifatorial. Logo precisa estar presente nas discussões das políticas públicas, para enfrentamento e promoção da saúde, à proteção integral e pleno desenvolvimento da criança e do adolescente, bem como para planejamento e avaliação de estratégias eficazes para fazer frente as fragilidades e obstáculos a atuação do Conselho Tutelar. O profissional da saúde e da educação devem ser um agente facilitador junto da criança, adolescente, e do Conselho Tutelar. Para isso, ao planejar a formação das equipes interprofissionais, é necessário ampliar o conhecimento com rigor científico acerca do tema violência. Dessa forma esperamos influenciar na construção e efetivação de políticas de atendimento à criança e ao adolescente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal 8069 de 13/07/1990.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* Portaria GM/MS n. 737 de 16/05/01 publicada no DOU n. 96 Seção 1e, de 18/05/01 Seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. *Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde - TEIAS: a estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes*. Brasília, DF, 01 out, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CNS n. 466*, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 junho 2013. Seção 1, p. 59

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 485*, de 1° de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.415, de 7 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. *Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas*. Elaboração de Marcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, (PNAISC) 2018a.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.10, n.1, p.143-149, jan./mar. 2005.

COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; BÁRBARA, JOSELE DE F. R. S.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

CEPROP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Conselho Federal de Psicologia. *Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: CFP, 2009.

FERREIRA, C. L. S.; CORTES, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 3997-4008, 2019.

GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.105-109.

HONORATO, L. G. F.; SOUZA, A. C.; SANTOS, T. S. R.; LOPES, O. G.; ZUKOWSKY-TAVARES, C. Violence in Childhood and Adolescence: Profile reported in the mesoregion of the Low Amazon. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v. 70, n. 2, p. 266-84, 2018.

KATAGUIRI, L. G.; SCATENA, L. M.; RODRIGUES, L. R.; CASTRO, S. S. Characterization of sexual violence in a state from the southeast region of Brazil. *Texto contexto - enfermagem.*, Florianópolis, v. 28, e20180183, 2019.

MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, D. M. D.; OLIVEIRA, C. A. B. D.; ALENCAR, L. N.; ORFÃO, N. H.; FARIAS, E. D. S. Profile of children and adolescents victims of violence. *Revista de Enfermagem da UFPE* [on line], v. 11, n. 11, p. 4410-4417, 2017.

MOREIRA, M. I. C.; SOUZA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano XV, n.28, 2012, p. 13-16.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 871-880, mar. 2016.

NOTHAFT, R. J.; BEIRAS, A. O que sabemos sobre intervenções com autores de violência doméstica e familiar? *Rev. Estud. Fem.* [online]. vol.27, n.3, e56070, 2019.

OLIVEIRA, S. M. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de Unidades Básicas. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 21, n. esp. 1, p. 594-9, 2013.

PIRES, A. L. D.; JAMAL, E. M.; BRITO, A. M.M.; MENDONÇA, R. C. V. Maus tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município São José do Rio Preto. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v.2, n.24, dez. 2005.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, ago. 2000.

SANTOS, L. F.; COSTA, M. M. D.; JAVAE, A. C. R. D. S.; MUTTI, C. F.; PACHECO, L. R. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137-149, 2019.

SOUTO, D. F.; ZANIN, L.; AMBROSANO, G. M. B.; FLORIO, F. M. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. vol.71, suppl.3, pp.1237-1246, 2018.

SOUZA A. L. T. M.; FLORIO, A.; KAWAMOTO, E. E. *O neonato, a criança e o adolescente*. São Paulo: EPU, 2001.

ZUKOWSKY-TAVARES, C.; SOUZA, A. C.; BRAGA, N. G. S.; LIMA, A. S.; SANTOS, D. D. C.; FRANCICA, J. O.; COSTA, E. M. S. Experience in health education on sexuality with institutionalized adolescents. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 1, p. 135-140, 2017.

