

MAURÍCIO KREMPASKI RIBEIRO

**MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**

**O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS NOTIFICAÇÕES**

**NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS

2022

**MAURÍCIO KREMPASKI RIBEIRO**

**MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E**

**ADOLESCENTES:**

**O impacto da pandemia de COVID-19 nas notificações no**

**Estado de Santa Catarina.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo**

**Professora Orientadora: Prof.ª Dr.ª Renata Meirelles Gaspar Tomazzoni**

**Professora Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Vanessa Borges Platt**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2022**

|  |
| --- |
| Ribeiro, Maurício Krempaski  Maus-tratos contra crianças e adolescentes: o impacto da pandemia de COVID-19  nas notificações no Estado de Santa Catarina. /  Maurício Krempaski Ribeiro. – Florianópolis, 2022.  50p.  Orientadora: Prof.ª Dr.ª Renata Meirelles Gaspar Tomazzoni.  Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Vanessa Borges Platt.  Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal de Santa  Catarina – Curso de Graduação em Medicina.    1. Maus-tratos Infantis 2. Criança 3. Adolescente 4. Pandemia 5. COVID-19  6. Prevenção  I. Título |

*Ao autor da vida, zeloso e provedor.*

*Aos meus pais, alicerces da minha criação.*

*Aos familiares e amigos, personagens dos melhores enredos.*

*A Victório, o protagonista dessa história.*

*À Universidade pública, prefácio do saber científico e social.*

**AGRADECIMENTOS**

Ciclos se findam rotineiramente em nossa existência, porém esses ciclos trazem consigo um sentimento inexplicável quando seu resultado final é uma grande conquista. Nesse processo, essa conquista foi construída pela soma de pequenas vitórias diárias fortemente proporcionadas por diversas pessoas. Dessa forma, estabeleço aqui meu vasto sentimento de gratidão.

O mais nobre agradecimento a Ele por compor minha história, ser meu sustento e minha calmaria nessa jornada chamada vida, bem como por soprar o vento forte e a favor que me fez ir mais rápido.

Ensinamentos, carinho, cuidado e confiança dedicados na minha criação e educação nunca faltaram por parte dos meus pais, Ari e Jussara. Cada vitória e cada derrota sempre foram compartilhadas, tornando acolhedor o estar junto à família, juntamente com meu irmão Rodrigo. Assim, deixo meu enorme agradecimento.

Às boas e agradáveis companhias de amigos, colegas e demais familiares que contribuíram com a minha caminhada sempre acrescentando palavras de apoio, momentos de humor e sentimentos bons. Nomes deixam de ser citados nesse momento, pois cada indivíduo que me encontrou no caminho acrescentou no meu desenvolvimento humanitário, profissional e pessoal.

Diversos profissionais ao longo da graduação foram modelos de conduta, profissionalismo e empatia. No entanto, cabe aqui meu agradecimento especial a minha orientadora Renata Meirelles Gaspar Tomazzoni e a minha coorientadora Vanessa Borges Platt, exemplos de mulheres fortes, empoderadas e que muito contribuem para a medicina e para a ciência. Além disso, sou grato à pesquisadora da área da nutrição Michele Honicky pela assistência nas análises estatísticas desse trabalho.

Por fim, meu reconhecimento à Universidade Federal de Santa Catarina, uma ilustração da qualidade do ensino público e gratuito no Brasil e no Mundo. Ponto de confluência de saberes e conhecimento, a qual contribuiu em grande parte não só para a formação médica, mas também para a formação de um ser humano melhor, fazendo tornar medular a seguinte citação de Cipriano Luckesi: “O conhecimento que se transforma em consciência social é um instrumento básico na luta pela transformação”.

**RESUMO**

**Introdução:** As medidas de isolamento social impostas pela Organização Mundial da Saúde para o enfrentamento da COVID-19 trouxeram inúmeras consequências para a rotina de crianças e adolescentes, assim como para o cotidiano dos pais e cuidadores. Em razão disso, criou-se um cenário propício para o aparecimento de fatores de risco para os maus-tratos infantis.

**Objetivo:** Comparar o número de casos notificados de maus-tratos infantis em Santa Catarina, analisando-os conforme o tipo de violência, as características da vítima e do autor da agressão, nos períodos pré e pós-pandemia.

**Método:** Estudo transversal, comparativo e descritivo sobre os maus-tratos infantis (0-19 anos completos) com dados secundários presentes no Sistema Nacional de Notificações, em relação à Violência Interpessoal/Autoprovocada, no Estado de Santa Catarina. Compreendido nesse estudo o período entre 06 de janeiro de 2019 e 22 de maio de 2021, com o início do isolamento social (15 de março de 2020) sendo o ponto médio para fins comparativos. Excluídas as violências autoprovocadas. Foram avaliadas variáveis relacionadas às vítimas e aos autores conforme o tipo de violência. Aplicada análise estatística descritiva com cálculo dos percentuais e dos IC95%. Considerada significância estatística p ≦ 0.05.

**Resultados:** Foram realizadas 9.317 notificações em todo período sendo 4.754 (51,0%) no pré-pandemia e 4.563 (49,0%) no pós-pandemia. Violência psicológica foi a única com mudança no perfil das vítimas pós-pandemia, predominando entre 10 a 14 anos (33,1%). Mudança na epidemiologia dos agressores ocorreu apenas para negligência/abandono, predominando em ambos os sexos no pós-pandemia (51,6%). Com relação aos vínculos do agressor com a vítima, o pai ocupou o lugar dos amigos/conhecidos como a autoria majoritária das violências física (20,5%) e psicológica (24,3%) durante a pandemia.

**Conclusão:** Os maus-tratos infantis estão amplamente presentes na sociedade. Com intuito de lidar com essa problemática, faz-se necessária a atuação conjunta intersetorial de modo a desenvolver e fomentar instrumentos, ações e políticas públicas contra esse agravo.

**Palavras-chaves:** Maus-tratos Infantis, Criança, Adolescente, Pandemia, COVID-19, Prevenção.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The social isolation measures imposed by the World Health Organization to face COVID-19 have had numerous consequences for the routine of children and adolescents, as well as for the daily lives of parents and caregivers. As a result, a favorable scenario was created for the emergence of risk factors for child abuse.

**Objectives:** To compare the number of reported cases of child abuse in Santa Catarina, analyzing them according to the type of violence, the characteristics of the victim and the perpetrator of the aggression, in the pre and post-pandemic periods.

**Method**: Cross-sectional, comparative and descriptive study on child maltreatment (0-19 years old) with secondary data present in the National Notification System, in relation to Interpersonal/Self-inflicted Violence, in the State of Santa Catarina. This study covered the period between January 6, 2019 and May 22, 2021, with the beginning of social isolation (March 15, 2020) being the midpoint for comparative purposes. Self-inflicted violence was excluded. Variables related to victims and perpetrators were evaluated according to the type of violence. Descriptive statistical analysis was applied with calculation of percentages and 95%CI. Statistical significance was considered p ≦ 0.05.

**Results:** 9.317 notifications were made over the period, 4.754 (51.0%) in the pre-pandemic and 4.563 (49.0%) in the post-pandemic. Psychological violence was the only one with a change in the profile of post-pandemic victims, predominating between 10 and 14 years old (33.1%). The change in the epidemiology of aggressors occurred only for negligence/abandonment, predominating in both sexes in the post-pandemic period (51,6%). In relation to the bonds that the aggressor has with the victim, the father took the place of friends/acquaintances as the majority author of physical (20,5%) and psychological (24.3%) violence during the pandemic.

**Conclusion:** Child abuse is widely presente in society. In order to deal with this problem, joint intersectoral action is necessary in order to develop and promote instruments, actions and public policies against this problem.

**Keywords:** Child Maltreatment, Child, Adolescent, Pandemic, COVID-19, Prevention.

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Caracterização das vítimas de maus-tratos infantis, de acordo com o tipo de violência, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 06 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2020...................................................................................................... 16

Tabela 2 – Caracterização dos autores dos maus-tratos infantis, de acordo com o tipo de violência, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 06 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2020...................................................................................................... 17

Tabela 3 – Caracterização das vítimas de maus-tratos infantis, de acordo com o tipo de violência, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 15 de março de 2020 a 22 de maio de 2021........................................................................................................ 19

Tabela 4 – Caracterização dos autores dos maus-tratos infantis, de acordo com o tipo de violência, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 15 de março de 2020 a 22 de maio de 2021........................................................................................................ 20

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma de refinamento de dados....................................................................... 13

**LISTA DE ABREVIATURAS**

|  |  |
| --- | --- |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CAAE | Certificado de Apresentação de Apreciação Ética |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano |
| COVID-19 | *Coronavirus Disease* 2019 |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DIVE | Diretoria de Vigilância Epidemiológica |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HIJG | Hospital Infantil Joana de Gusmão |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IBM | *International Business Machines Corporation* |
| IC95% | Intervalo de Confiança 95% |
| ISTs | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| PeNSE | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SARS-CoV-2 | Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave |
| SC | Santa Catarina |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SMSs | Secretarias Municipais de Saúde |
| SPSS | *Statistical Package for The Social Sciences* |
| STATA | *Statistic Data Analysis* |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TABNET | Tabulador do Sistema Único de Saúde |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VIVA | Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes |

**SUMÁRIO**

RESUMO ................................................................................................................................. v

ABSTRACT ............................................................................................................................. vi

1. INTRODUÇÃO ..................................................................................................................... 1

# 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ........……………………………………………….............. 3

# 3. OBJETIVOS ………………………………………………………………………............ 10

# 4. MÉTODOS ...........………………………………………………………………………... 11

# 4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO ………………………………………………….... 11

4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO ....................................................................................... 11

4.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO .......................................................................................... 12

4.4. FLUXOGRAMA DE REFINAMENTO DE DADOS .................................................. 12

4.5. FINANCIAMENTO E APROVAÇÃO PELO CEP...................................................... 13

4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DE DADOS................................. 13

5. RESULTADOS ................................................................................................................... 15

6. DISCUSSÃO ....................................................................................................................... 21

7. CONCLUSÃO ..................................................................................................................... 25

REFERÊNCIAS ...................................................................................................................... 26

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL SINAN ........................................ 30

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO COM A APROVAÇÃO DO CEP............. 32

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .............................................. 37

APÊNDICE B – JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO ........................................ 38

DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

# 1. INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, uma nova doença respiratória infecciosa surgida na província de Wuhan, na China, foi relatada por autoridades chinesas à Organização Mundial da Saúde (OMS).1 A rápida disseminação dessa infecção causada pelo SARS-CoV-2 fez com que, em 11 de março de 2020, a OMS declarasse a COVID-19 como uma pandemia. Dessa forma, a fim de conter o avanço da doença, a entidade impôs o isolamento social como a melhor maneira de evitar o contágio, visto que à época pouco se conhecia sobre o tratamento farmacológico e o controle vacinal da mesma.2

Diante das medidas impostas, a rotina de crianças e adolescentes passou por inúmeras modificações. O fechamento de escolas e creches, a limitação da circulação em ambientes públicos e a orientação para permanência em casa geraram importantes repercussões para a vida em sociedade.2,3 Segundo dados da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), cerca de 1,5 bilhão de crianças e adolescentes em todo o mundo permaneceu fora da escola devido ao fechamento das instituições de ensino como contenção para COVID-19, fato que reduziu as atividades em grupo, aumentando a exposição a telas e o tempo de convívio com seus progenitores.3-6

A pandemia trouxe também consequências importantes para o cotidiano dos pais e cuidadores. O trabalho remoto domiciliar, por exemplo, tornou-se um modo dos provedores de renda darem continuidade as suas atividades laborais frente às orientações dadas pela OMS.5 Apesar dessa adaptação, houve fortes impactos no âmbito econômico, ilustrado pelo aumento no número de desempregados em todo o mundo de forma generalizada, contribuindo para a insegurança financeira, a queda no rendimento familiar, o endividamento e o envolvimento em atividades de risco.2,6,7 Além disso, houve limitação do convívio com outros familiares e amigos, receio de adoecer ou de ver alguém próximo adoecendo, bem como uma carga negativa de informações trazidas pela mídia diariamente.2,4

Em razão desse cenário, criou-se um ambiente fértil para o aparecimento de fatores de risco para os maus-tratos contra crianças e adolescentes.6 O confinamento contribuiu para o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e distúrbios do sono, culminando na piora da saúde mental de pais e cuidadores, sendo este um fator diretamente relacionado à gênese desse tipo de violência.8 O incremento da tensão e irritabilidade em relação à saúde e às finanças e uma maior demanda de cuidados em relação à criança favoreceram estresse e frustração de pais e cuidadores, sendo esses fatores de risco relacionados ao agravo em questão na faixa etária pediátrica.3,4,9-11 Tais estressores psicológicos e econômicos que acompanharam a pandemia favoreceram estratégias de enfrentamento negativo como o consumo de álcool, também outro elemento associado aos maus tratos infantis. Na Austrália, a venda de bebidas alcoólicas aumentou em 35% com a pandemia e, com o fechamento de restaurantes e bares, as pessoas passaram a consumir esses produtos em seu domicílio, elevando a vulnerabilidade de crianças e adolescentes.6

Experiências relativas a epidemias e pandemias anteriores demonstraram que durante esses eventos pode haver aumento da violência contra crianças e adolescentes.1,7,10 Durante o surto de cólera em 2017 no Iêmen, crianças com cuidadores doentes dormiram fora dos centros de tratamento de cólera expostas ao maior risco de assédio sexual e violência. No período do surto de Ebola, na República Democrática do Congo e na Serra Leoa, estudos qualitativos revelaram que crianças relataram experiências mais frequentes de violência física.10

Em vista disso, constatou-se a necessidade de uma avaliação em relação à realidade dos maus-tratos contra crianças e adolescentes a nível brasileiro, com base nas notificações do agravo violência, em Santa Catarina, realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio das Fichas de Notificação de Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Ainda, buscou-se expandir o tempo analisando pré e pós-pandemia, visto que um estudo base desse trabalho fora realizado poucos meses após o início do avanço mundial da Sars-CoV-2 e da introdução das medidas de isolamento social.2

# 

# 

# 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# 2.1 Conceitos Fundamentais: Violência, Violência Doméstica e Violência Intrafamiliar

Violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.12 Estudos indicam que o elevado nível de violência estabelece uma intersecção com as relações humanas, como o baixo nível de tolerância ao outro, a desvalorização da vida, a ausência do diálogo na resolução dos problemas entre os indivíduos e o elevado nível de estresse nos relacionamentos interpessoais.13

O Ministério da Saúde (MS) e a OMS consideram a violência um grave problema de saúde pública.14 De caráter complexo e multifacetado, essa temática envolve aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.12,15 Crianças e adolescentes são apontados como as principais vítimas de todas as formas de violência, principalmente a doméstica e a intrafamiliar.14

A violência intrafamiliar é conceituada como um desequilíbrio de poder manifestado nas relações entre os membros de uma família, cujos atos prejudiquem o bem estar, o desenvolvimento físico, mental e social do indivíduo.13,14,16 Envolve familiares ou pessoas com papel parental mesmo sem relações de consanguinidade, com possibilidade de ocorrência inclusive em espaço público. Configura-se em uma realidade mundial que independe do grau de desenvolvimento do país.16 Difere da violência doméstica, pois essa se restringe ao espaço físico da casa, podendo envolver outras pessoas que moram juntas, como funcionários agregados e cuidadores esporádicos.13,16 Quando ambas ocorrem na faixa etária pediátrica, podem ser conceituadas como maus-tratos infantis.

Maus-tratos infantis ou abuso infantil são definidos, segundo a OMS e o Centro Internacional da Criança de Paris, como todas as formas de abuso físico, psicológico, sexual ou negligência que causem danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência e desenvolvimento ou dignidade da criança e adolescente em um contexto de relacionamento, confiança, responsabilidade ou poder, interferindo no modo como o indivíduo se desenvolve na infância.17-22 O abuso infantil apresenta característica multifatorial, abrangendo diversas dimensões como cultura, sociedade, biologia, economia e meio ambiente, de maneira que sua prevalência, fatores de risco e impactos variam entre os diferentes grupos socioculturais.18,23

**2.2 Tipos de Violência**

De modo geral, existem 4 categorias de maus-tratos infantis: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência.13,15,18 Alguns autores ainda inserem uma quinta classificação que engloba formas específicas e menos prevalentes como a Síndrome de Munchausen, a violência química e o filicídio.2

O abuso físico corresponde ao dano significativo infligido pelos pais ou cuidadores que provoque consequência física real ou potencial a criança ou adolescente.13,15,24 Entre as ações consideradas nessa forma de maus-tratos infantis estão: bater, chutar, sacudir, engasgar, estrangular, morder, queimar e envenenar.20 Em contrapartida, o abuso sexual consiste em qualquer jogo ou ato sexual, explícito ou visual, realizado entre os pais ou cuidadores e uma criança ou adolescente que tenha por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter estimulação sexual.13,20,24 Essas 2 formas de violência, apresentam alto risco de causar hospitalizações, deficiência mental e funcional e, por fim, morte.20

O abuso psicológico/emocional ocorre quando pais ou cuidadores rotineiramente rejeitam, depreciam, discriminam ou ameaçam a criança ou adolescente a fim de intimidá-los ou assustá-los, bloqueando assim seus esforços para aceitação e gerando grande sofrimento mental.13,15,24 A negligência consiste na omissão das necessidades físicas e emocionais da criança e do adolescente e ocorre quando pais ou cuidadores deixam de atender as necessidades básicas dos mesmos como alimentação, moradia, vestimenta, higiene, desde que isso não seja resultado de condições econômicas que extrapolem seu controle.13,24

**2.3 Violência Contra Crianças e Adolescentes no Mundo**

Crianças e adolescentes são mais vulneráveis à violência em nível mundial, devido a posição desigual de poder perante o adulto.25 Globalmente, estima-se que mais de 1 bilhão de crianças entre 2 e 17 anos experimentem abuso sexual, físico ou emocional à cada ano.10 Trezentas milhões de crianças entre 2 e 4 anos são vítimas de medidas disciplinares violentas, enquanto 120 milhões de meninas são vítimas de violência sexual antes dos 20 anos.20 Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), metade das crianças com menos de 15 anos no mundo são submetidos a castigos físicos e 75% das crianças entre 2 e 4 anos estão expostas a agressões psicológicas e físicas rotineiramente.26 No entanto, somente nas últimas três décadas a discussão sobre maus-tratos infantis obteve maior visibilidade por órgãos governamentais, entidades civis e organizações não-governamentais (ONGs) a nível mundial.13

Stoltenborgh *et al.* (2017) estimaram em sua metanálise a prevalência global de maus-tratos na infância, inferindo que 22,6% das crianças sofreram abuso físico, 36,3% emocional, 12,7% sexual e 17,4% negligência.18 A OMS informou que, no ano de 2017, 18 milhões de crianças na Europa foram vítimas de violência sexual, 44 milhões de violência física e 55 milhões de violência psicológica, sendo que anualmente 850 crianças morrem em consequência desses tipos de abuso.24

Dahlberg e Krug (2015) evidenciaram que quando analisados retrospectivamente, cerca de um quarto dos indivíduos no mundo relataram ter sofrido abusos físicos na infância e um quinto das mulheres referem terem sido abusadas sexualmente quando crianças.27 No contexto estadunidense, a Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas aplicada à 34.653 adultos demonstrou que 30,1% possuíam histórico de abuso infantil.21

Em um estudo realizado com a população polonesa, Terelak, Kołodziejczak e Bulsa (2019) observaram que os casos com maior notificação de maus-tratos infantis foram de negligência (30,6%), violência psicológica (26,4%), violência física (25,7%) e violência sexual (4,2%). Nessa mesma pesquisa, concluiu-se que 71% dos adolescentes entre 11 e 17 anos experimentaram pelo menos uma forma de abuso em vários contextos, inclusive no ambiente doméstico/familiar. Os autores ainda constataram que 15% dos cidadãos poloneses com filhos com idade inferior a 18 anos usaram violência contra eles pelo menos uma vez.28

Solís-García *et al*. (2019) em uma pesquisa observacional retrospectiva realizada no Serviço de Urgências Pediátricas de um hospital terciário de Madri na Espanha entre 2008 e 2017, revelaram que o abuso físico foi a forma mais frequente de violência contra crianças (40,6%), seguido por negligência (25,1%), abuso sexual (25,5%) e abuso psicológico (7,4%). A faixa etária mais afetada, conforme o trabalho espanhol, consistiu de crianças entre 1 e 5 anos e a mediana dos resultados foi calculada em 4,3 anos.17

Zhou *et al.* (2019), em seu estudo com uma amostra de 1.511 crianças residentes na região oeste da China, constataram que 12,3%, 14,0%, 1,3% e 28,1% sofreram abuso físico, emocional, sexual e negligência, respectivamente. De maneira mais alarmante, observaram ainda que 186 crianças (12,3% da amostra) sofreram vários tipos de maus-tratos.18

**2.4 Violência Contra Criança e Adolescentes no Brasil**

As causas externas correspondem a um grupo de etiologias importantes no contexto da mortalidade a nível brasileiro. Inserida nesse grupo, encontra-se a violência interpessoal, agravo que ascendeu da sétima para a segunda posição no ranking de mortalidade por causas específicas na população brasileira comparando os anos de 1990 e 2015.29 No âmbito da violência interpessoal na faixa etária pediátrica, o Brasil é considerado o país com maiores estimativas de maus-tratos infantis no mundo.30

No ano de 2009, ocorreu no país a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) com novas edições em 2012 e 2015. Essa pesquisa consistiu em um questionário com escolares do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental e 1º ao 3º ano do Ensino Médio, a fim de monitorar a violência intrafamiliar. Em conclusão, obteve-se aumento na prevalência desse agravo: 9,5% em 2009, 10,6% em 2012 e 14,5% em 2015.14

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) revelaram que em 2017 foram registrados no território brasileiro 126.230 casos de violência contra crianças e adolescentes, com 21.559 mortes. Aproximadamente 25% dos óbitos ocorreram em menores de 10 anos e 10,7% em menores de 4 anos.2,20

Conforme Mota *et al.* (2018) em seu estudo com 239 adolescentes alunos de uma escola pública de Salvador, a prevalência de violência intrafamiliar foi de 60,7%. Essa prevalência vai ao encontro dos resultados da UNICEF que estima que 60 % das crianças e a adolescentes são vítimas desse importante problema de saúde pública.16

Nessa mesma pesquisa, observou-se história de violência física em 49,3% dos participantes, violência psicológica em 31,4% e violência sexual em 1,7%. Esses números são semelhantes aos encontrados por Soares *et al.* (2016), em seu estudo 3951 adolescentes em Pelotas, no Rio Grande do Sul (RS), o qual mostrou relatos de abuso psicológico e abuso sexual em 20% e 1,4% dos participantes, respectivamente.31

Com o surgimento do Disque100, uma plataforma telefônica disponibilizada pelo governo brasileiro para receber, analisar e encaminhar denúncias de violações de direitos humanos, a violência infantil no Brasil pôde ser quantificada de forma mais objetiva. Esse sistema revelou, no ano de 2019, 86.837 casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo 38% negligência, 23% abuso psicológico, 21% abuso físico e 11% abuso sexual.2 Ainda, nesse mesmo ano, em um estudo com 3007 brasileiros de todas as regiões do país, 44,1% dos entrevistados afirmaram ter sofrido algum tipo de abuso físico durante a infância.15

**2.5 Consequências dos Maus-Tratos Infantis**

Os maus-tratos na infância contribuem substancialmente para a morbidade e mortalidade infantil.32 As consequências negativas trazidas por esse agravo podem se manifestar a curto ou a longo prazo.33 Crianças e adolescentes vítimas de abuso apresentam maior risco de desenvolver problemas psicológicos, físicos, sociais e de personalidade.33,34

Vivenciar a violência altera o comportamento, molda a personalidade e representa um fator de risco para transtornos mentais.27 Maus-tratos infantis são a causa evitável mais importante na gênese dos transtornos psiquiátricos na infância.35 Indivíduos menores de 18 anos maltratados apresentam maior risco de apresentarem depressão, ansiedade, transtornos alimentares, sintomas suicidas (incluindo automutilação e ideação suicida), transtornos de personalidade, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, agressividade excessiva, transtorno bipolar, esquizofrenia, fobias e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT).7,35-38 Li, D’Arcy e Meng (2016), em sua metanálise, estabeleceram que metade dos casos de depressão e transtorno de ansiedade generalizada em adultos no mundo apresentam em sua gênese os maus tratos infantis.39

As repercussões da violência contra crianças e adolescentes não se limitam somente à dimensão psicológica. É estabelecido na literatura que diversas consequências multissistêmicas derivam dos maus-tratos infantis.35,36,38 Teicher e Samson (2016) em sua revisão sobre a temática indicaram que sobreviventes de maus-tratos na infância apresentam taxas mais altas de inflamação durante a idade adulta, síndrome metabólica, doença isquêmica do coração, artrite, câncer e telômeros encurtados.35 Essa última consequência, relaciona-se com doenças somáticas crônicas e foi mencionada por Serpeloni *et al.* (2019) juntamente com adaptação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e inflamação elevada como produtos da violência em pacientes pediátricos.27 Numericamente, Nguyen (2021), ao revisar trabalhos que estabelecem uma intersecção entre doenças físicas e traumas na infância, concluiu que aqueles com mais traumas na infância apresentaram 2,4 vezes mais chances de desenvolver câncer, 1,6 vezes mais probabilidade de serem gravemente obesos, 2,5 vezes de desenvolver doenças digestivas e hepáticas, 3 vezes de apresentarem diabetes, 3,5 vezes mais probabilidade de desenvolver doenças respiratórias e 5,8 vezes mais chances de apresentarem episódio de acidente vascular cerebral (AVC) do que aqueles sem histórico de traumas na infâncias.38

A experiência dos maus-tratos infantis em sua própria casa, local onde supostamente a criança e o adolescente estariam protegidos, cria uma situação de desamparo na vítima. Conviver com o agressor no mesmo ambiente gera um cenário que contribui para produzir efeitos na formação da personalidade desses sujeitos, assim como consequências sociais já na infância ou na vida adulta.13 Baixo desempenho escolar, déficits em funções cognitivas, comportamentos criminosos, vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez indesejada, contato sexual precoce e uso/abuso de álcool e drogas ilícitas são elencadas como impactos dos maus tratos contra crianças e adolescentes.16,32,37 O impacto econômico em decorrência do abuso infantil foi estimado por Nguyen (2021) em 253.312 dólares em 2021 nos Estados Unidos da América (EUA). Esses custos incluem gastos com justiça criminal (3,2%), custos de bem-estar infantil (3,7%), custos de educação especial (3,8%), custos de saúde a longo prazo (5,0%), custos de saúde a curto prazo (15,5%) e perdas de produtividade (68,7%).38

**2.6. Legislação e Normativas**

A 49ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada no ano de 1996, por meio da Resolução WHA49.25, declarou a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública. Essa Resolução alertou para as repercussões prejudiciais da violência para o indivíduo, para a comunidade e para as nações. A Assembleia também solicitou que os Estados Membros avaliassem os problemas referentes a esse tópico em seus territórios e estabelecessem abordagens frente ao mesmo.12,40

Em consonância, outros eventos ocorridos no final do século XX trouxeram a violência como tema central. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, por exemplo, reconheceu a problemática dos maus-tratos infantis para a saúde pública e para o bem estar social. Afinal, esse agravo nessa faixa etária desafia os direitos básicos de proteção contra todas as formas de abuso e exploração estabelecidos pela Convenção.18,25

No Brasil, os direitos das crianças e adolescentes foram garantidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). O ECA, promulgado pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, estabelece em seus artigos a importância do acesso dessa parcela da população à educação, ao lazer, à dignidade e à saúde. Além disso, em seu artigo 13º dispõe sobre a obrigatoriedade à denúncia, por meio de notificação pelos profissionais de saúde, de todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos infantis aos conselhos tutelares locais, sem prejuízo de outras providências legais.2,12,25

A notificação é uma poderosa ferramenta de política pública, pois serve para mensurar numérica e epidemiologicamente a questão dos maus-tratos infantis no Brasil, caracterizando os tipos e a natureza das violências cometidas e o perfil das vítimas e dos autores desses atos.12,13,25 Permite, desse modo, que o Poder Público e as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal definam suas prioridades de investimentos e suas intervenções para a prevenção da violência.12 Notificar também é imprescindível para realizar uma intervenção precoce nos casos de maus-tratos infantis e minimizar suas consequências negativas.25

O Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 1.968 de 25/10/2001, institucionalizou a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS como obrigatória.2,25 Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), composto por dois componentes: VIVA/SINAN ou VIVA-contínuo responsável pela violência doméstica e outras violências interpessoais e autoprovocadas, e VIVA/INQUÉRITO ou VIVA-sentinela cujo foco se concentra nas ações violentas e acidentes em emergências hospitalares. O VIVA em suas diversas dimensões apresentou como objetivo compreender as características das violências e auxiliar em políticas públicas preventivas.12

No ano de 2011, pela Portaria nº 104 de 25 de janeiro, notificar se tornou um ato de preenchimento compulsório para serviços de saúde públicos e privados, sendo realizado de maneira informatizada e por intermédio da Ficha de Notificação de Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN.41 Tal Sistema apresenta como objetivo o registro e processamento de dados, os quais são alimentados principalmente pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMSs).12 Em 2014, institui-se que os casos de violência sexual ou tentativa de suicídio deveriam ser notificados imediatamente (em até 24 horas) após o reconhecimento da ocorrência. Já os demais tipos de violência poderiam ter a notificação realizada semanalmente.30

Com o objetivo de normatizar e organizar o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítimas ou testemunhas de violência, em abril de 2017 foi promulgada a Lei nº 13.431/2017. Essa legislação, cuja proposta foi prevenir e coibir a violência contra a população pediátrica alterou a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) de modo a ampliar o cuidado e acolhimento às vítimas desse agravo.42

Mais recentemente, a Lei nº 23.643 de 22 de maio de 2020 do Estado de Minas Gerais estabeleceu a obrigação de condomínios residenciais de informar aos órgãos de segurança os episódios ou indícios de violência doméstica.2 Já em julho do mesmo ano, foi publicada a Lei nº 14.022 a fim de garantir manutenção e funcionamento pleno de todos sistemas que lidam com a violência doméstica contra mulheres, crianças e adolescente, durante a pandemia.20

# 3. OBJETIVOS

**Objetivo Primário**

Comparar o número de casos notificados de maus-tratos contra crianças e adolescentes (0-19 anos completos) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Santa Catarina, no período pré e pós-pandemia de COVID-19.

**Objetivos Secundários**

Analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de maus-tratos contra crianças e adolescentes (0-19 anos completos) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), descrevendo-os conforme o tipo de violência, as características da vítima e do autor da agressão, no período de janeiro de 2019 a maio de 2021, no Estado de Santa Catarina.

# 

**4****. MÉTODOS**

## 4.1. Delineamento do Estudo

## 

Trata-se de um estudo transversal, comparativo, observacional, descritivo e analítico, em forma de série histórica, sobre os maus-tratos contra crianças e adolescentes (0-19 anos) com dados secundários coletados via plataforma TABNET (Tabulador do Sistema Único de Saúde) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE-SC).

Compreendeu-se no estudo o período entre 6 de janeiro de 2019 e 22 de maio de 2021. A data de 15 de março de 2020, correspondente ao primeiro dia da 12ª semana epidemiológica de 2020, na qual a COVID-19 foi definida como uma situação pandêmica, foi considerada o ponto médio para a separação dos períodos comparativos. O período de 06 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2020 (62 semanas epidemiológicas) foi definido como o intervalo antes (pré) da pandemia. O intervalo compreendido entre 15 de março de 2020 a 22 de maio de 2021 (62 semanas epidemiológicas) foi estabelecido como o período durante (pós) a pandemia.

## 4.2. População do Estudo

A população do estudo compreendeu crianças e adolescentes de 0 a 19 anos completos, que tenham sido notificados como vítimas pela Ficha de Notificação Individual para o agravo Violência Interpessoal/Autoprovocada disponível no Sistema Nacional de Notificação (SINAN), ocorridas no Estado de Santa Catarina (Anexo A).

A pesquisa utilizou dados referentes à Unidade Federativa de Santa Catarina, localizada na região Sul do Brasil. De acordo com dados demográficos da DIVE-SC em relação a população residente, no ano de 2020, estimou-se que a população total de Santa Catarina era de 7.252.502 habitantes, sendo 1.867.537 (25,7%) o número de indivíduos de 0-19 anos completos.43

**4.3. Variáveis do Estudo**

As variáveis elegíveis no estudo estão listadas abaixo e compuseram o Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice A):

4.3.1 Data da notificação – dividida em 2 intervalos, conforme especificado no item 4.1;

4.3.2 Idade – compreendendo os seguintes intervalos etários presentes no SINAN: menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos;

4.3.3 Sexo - conforme documento civil apresentado, dividido em masculino ou feminino;

4.3.4 Presença de deficiência – sim ou não;

4.3.5 Tipo de violência - dividido em violência física, sexual, psicológica, negligência/abandono e outros tipos de violência;

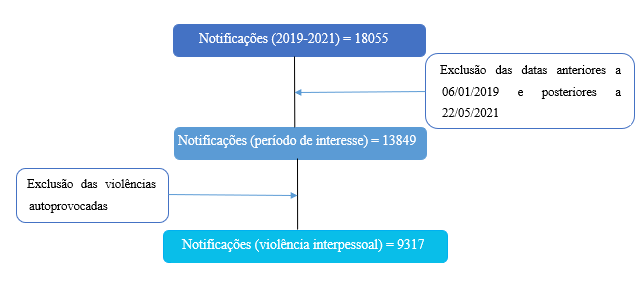
4.3.6 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida - informado pelo acompanhamento ou pela vítima, podendo ser pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a), ex-namorado (a), filho (a), irmão (ã), amigos/conhecidos, desconhecido (a), cuidador (a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, outros (especificado na Ficha de Notificação Individual);

4.3.7 Sexo do agressor - informado pelo acompanhante ou pela vítima, em feminino ou masculino.

**4.4. Fluxograma de Refinamento dos Dados**

No período compreendido entre os anos de 2019 e 2021 houve 18.055 notificações de indivíduos de 0 a 19 anos por meio da Ficha de Notificação Individual para o agravo Violência Interpessoal/Autoprovocada disponível no SINAN. Após a exclusão das datas anteriores a 6 de janeiro de 2019 e posteriores a 22 de maio de 2021, com o intuito de uniformizar o número de semanas epidemiológicas comparativamente, restaram 13.849 notificações.

Tendo em vista que o presente estudo teve o objetivo de avaliar e comparar os casos de maus-tratos infantis, excluíram-se as violências autoprovocadas restando assim 9.317 notificações. O fluxograma de refinamento de dados é apresentado abaixo (Figura 1).

** Figura 1:** Fluxograma de refinamento de dados.

Fonte: o autor, 2022.

**4.5.** **Financiamento e Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa**

O presente estudou não contou com fontes externas de financiamento e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CEP-HIJG) em 03 de dezembro de 2021, sob CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) 53801321.4.0000.5361 e Parecer Consubstanciado número 5.144.177 (Anexo B).

Os pesquisadores envolvidos informam não apresentar conflito de interesses.

## 

## 4.6. Processamento e Análise Estatística dos Dados

Os dados coletados na Plataforma TABNET da DIVE-SC referentes ao agravo Violência Interpessoal/Autoprovocada, na faixa etária pediátrica, foram tabulados e armazenados no programa Office Excel® e exportados para o software estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences of Internacional Business Machine Corporation*) versão 22.0 para realização das análises estatísticas.

As análises foram executadas no software STATA (*Statistic Data Analysis*) versão 13 e ocorreram por meio de estatística descritiva em frequências relativas e absolutas segundo variáveis citadas no item 4.3. Realizou-se teste do qui quadrado e teste de Fischer para comparar o período antes e durante a pandemia. As diferenças com um valor de p igual ou inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas. Foram calculados percentuais e os intervalos de confiança de 95% (IC95%).

# 

# 5. RESULTADOS

# Após a aplicação dos filtros selecionados restaram 9.317 notificações para a análise do presente estudo. Dessas, um total de 4.754 (51,0%) foram realizadas no período antes da pandemia e 4.563 (49,0%) no intervalo durante a pandemia. Foram relacionadas nesses períodos características das vítimas e dos agressores.

**5.1 Período Pré-Pandemia – Vítimas**

As violências física e psicológica foram mais frequentes no sexo feminino (62,3% e 75,8%, respectivamente) e na faixa etária entre 15 a 19 anos (48,2% e 35,5%, nessa ordem). A violência sexual também ocorreu mais comumente no sexo feminino (86,9%), porém com idade de 10 a 14 anos (41,4%). Negligência/abandono foi mais prevalente em meninos (51,8%) entre 1 e 4 anos (37,3%). Nas quatro violências, as vítimas sem deficiência corresponderam a maioria (94,7% para violência física, 93,5% para violência sexual, 93,2% para violência psicológica e 97,8% para negligência/abandono).

A idade da vítima e a presença de deficiência apresentaram associação com significância estatística (p≦0,05) com os quatro principais tipos de violência elencados. Associação estatisticamente significativa foi encontrada também entre o sexo da vítima e a violência sexual, violência psicológica e negligência/abandono. (Tabela 1)

**5.2 Período Pré-Pandemia - Agressor**

Os abusos físicos, sexuais e psicológicos foram cometidos de forma majoritária, antes da pandemia, por indivíduos do sexo masculino (75,6%, 95,5% e 81,7%, respectivamente) sendo os agressores mais habituais os amigos/conhecidos (20,7%, 26,1% e 20,8%, nessa ordem). A negligência/abandono foi produzida em maior frequência por autores do sexo feminino (50,4%), com o vínculo mãe sendo o mais prevalente (87,5%).

O sexo do agressor assim como os vínculos pai, mãe, padrasto, cônjuge, amigos/conhecidos e desconhecido(a) associaram-se significativamente aos quatro principais tipos de violência. O vínculo namorado apresentou associação com significância estatística com a violência física, a violência sexual e a negligência/abandono. (Tabela 2)

**Tabela 1 –** Caracterização das vítimas de maus-tratos infantis (segundo idade, sexo e presença de deficiência), de acordo com o tipo de violência contra crianças e adolescentes, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 06 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2020 *(n= 4.754).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variáveis | Violência Física  (n=1.337) | | p-valor | Violência Sexual  (n=1.605) | | p-valor | Violência Psicológica  (n=712) | | p-valor | Negligência/Abandono  (n=2.136) | | p-valor | Outras Violências  (n=236) | | p-valor |
|  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  |
| Idade (n=4.754) | (n=1.337) |  | < 0,011 | (n=1.605) |  | < 0,011 | (n=712) |  | < 0,011 | (n=2.136) |  | < 0,011 | (n=236) |  | < 0,011 |
| < 1 ano | 67 (5,0%) | 3,96– 6,32 |  | 34 (2,1%) | 1,52– 2,95 |  | 20 (2,8%) | 1,82–4,32 |  | 750 (35,1%) | 33,11–37,16 |  | 84 (35,6%) | 29,70–41,95 |  |
| 1 – 4 anos | 158 (11,8%) | 10,19–13,66 |  | 298 (18,6%) | 16,74–20,55 |  | 69 (9,7%) | 7,72–12,10 |  | 797 (37,3%) | 35,28–39,39 |  | 27 (11,4%) | 7,94–16,21 |  |
| 5 – 9 anos | 177 (13,2%) | 11,52–15,17 |  | 368 (22,9%) | 20,93–25,05 |  | 141 (19,8%) | 17,03–22,90 |  | 278 (13,0%) | 11,65–14,51 |  | 25 (10,6%) | 7,24–15,25 |  |
| 10 – 14 anos | 291 (21,8%) | 19,63–24,06 |  | 665 (41,4%) | 39,04–43,86 |  | 229 (32,2%) | 28,82–35,69 |  | 249 (11,7%) | 10,36–13,09 |  | 54 (22,9%) | 17,93–28,72 |  |
| 15 – 19 anos | 644 (48,2%) | 45,49–50,85 |  | 240 (15,0%) | 13,29–16,78 |  | 253 (35,5%) | 32,09–39,13 |  | 62 (2,9%) | 2,27–3,71 |  | 46 (19,5%) | 14,90–25,09 |  |
| Sexo\*  (n=4.753) | (n=1.337) |  | 0,6971 | (n=1.605) |  | < 0,011 | (n=712) |  | < 0,011 | (n=2.135) |  | < 0,011 | (n=236) |  | 0,4791 |
| Feminino | 833 (62,3%) | 59,67–64,87 |  | 1.395 (86,9%) | 85,17–88,48 |  | 540 (75,8%) | 72,55–78,85 |  | 1.028 (48,2%) | 46,03–50,27 |  | 153 (64,8%) | 58,48–70,70 |  |
| Masculino | 504 (37,7%) | 35,13–40,33 |  | 210 (13,1%) | 11,52–14,83 |  | 172 (24,2%) | 21,15–27,45 |  | 1.107 (51,8%) | 49,73–53,97 |  | 83 (35,2%) | 29,30–41,52 |  |
| Deficiência\*  (n=4.474) | (n=1.259) |  | 0,0271 | (n=1.529) |  | < 0,011 | (n=673) |  | < 0,011 | (n=2.032) |  | < 0,011 | (n=225) |  | 0,2441 |
| Sim | 67 (5,3%) | 4,21–6,71 |  | 100 (6,5%) | 5,40–7,90 |  | 46 (6,8%) | 5,15–9,01 |  | 44 (2,2%) | 1,61–2,90 |  | 13 (5,8%) | 3,37–9,73 |  |
| Não | 1.192 (94,7%) | 93,29–95,79 |  | 1.429 (93,5%) | 92,10–94,60 |  | 627 (93,2%) | 51,54–90,12 |  | 1.988 (97,8%) | 97,10–98,39 |  | 212 (94,2%) | 90,27–96,63 |  |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ¹Teste qui quadrado;\*Dados sem informação de todos os registros; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificações; SC: Santa Catarina.

**Tabela 2 –** Caracterização dos autores dos maus-tratos infantis (segundo sexo e vínculo com a vítima), de acordo com o tipo de violência contra crianças e adolescentes, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 06 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2020 *(n= 4.754).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variáveis | Violência Física  (n=1.337) | | p-valor | Violência Sexual  (n=1.605) | | p-valor | Violência Psicológica  (n=712) | | p-valor | Negligência/Abandono  (n=2.136) | | p-valor | Outras Violências  (n=236) | | p-valor |
|  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  |
| Sexo do Agressor\* (n=4.545) | (n=1.270) |  | < 0,01¹ | (n=1.530) |  | < 0,01¹ | (n=695) |  | < 0,01¹ | (n=2.100) |  | < 0,01¹ | (n=229) |  | 0,836¹ |
| Feminino | 225 (17,7%) | 15,71–19,92 |  | 36 (2,3%) | 1,70–3,25 |  | 87 (12,5%) | 10,25–15,20 |  | 1.058 (50,4%) | 48,24–52,52 |  | 62 (27,1%) | 21,68–33,24 |  |
| Masculino | 960 (75,6%) | 73,15–77,88 |  | 1.461 (95,5%) | 94,33–96,42 |  | 568 (81,7%) | 78,67–84,43 |  | 189 (9,0%) | 7,85–10,30 |  | 118 (51,5%) | 45,02–57,99 |  |
| Ambos os Sexos | 85 (6,7%) | 5,44–8,21 |  | 33 (2,2%) | 1,54–3,02 |  | 40 (5,8%) | 4,25–7,76 |  | 853 (40,6%) | 38,54–42,74 |  | 49 (21,4%) | 16,53–27,23 |  |
| Vínculo com a Vítima\* (n=4.666) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mãe | 166 (12,8%) | 11,09–14,73 | <0,01¹ | 28 (1,8%) | 1,24–2,59 | <0,01¹ | 73 (10,3%) | 8,28–12,80 | <0,01¹ | 1.861 (87,5%) | 86,02– 88,83 | <0,01¹ | 94 (40,3%) | 34,19–46,82 | 0,293¹ |
| Pai | 221 (17,0%) | 15,08–19,17 | <0,01¹ | 212 (13,6%) | 12,01–15,43 | <0,01¹ | 132 (18,7%) | 15,96–21,72 | <0,01¹ | 977 (45,9%) | 43,82– 48,06 | <0,01¹ | 64 (27,6%) | 22,18–33,74 | 0,625¹ |
| Madrasta | 7 (0,5%) | 0,26–1,13 | 0,068¹ | 2 (0,1%) | 0,03–0,51 | 0,161² | 3 (0,42%) | 0,14–1,31 | 0,4622 | 4 (0,2%) | 0,07– 0,50 | 0,2832 | 4 (1,7%) | 0,64–4,53 | < 0,01² |
| Padrasto | 110 (8,5%) | 7,07–0,11 | <0,01¹ | 214 (13,7%) | 12,10–15,53 | <0,01¹ | 75 (10,6%) | 8,54–13,11 | <0,01¹ | 15 (0,7%) | 0,43– 1,17 | <0,01¹ | 15 (6,5%) | 3,92–10,48 | 0,853¹ |
| Cônjuge | 91 (7,0%) | 5,73–8,52 | <0,01¹ | 17 (1,1%) | 0,68–1,74 | <0,01¹ | 49 (6,9%) | 5,27–9,06 | <0,01¹ | 3 (0,1%) | 0,05– 0,44 | <0,012 | 8 (3,5%) | 1,72–6,78 | 0,329¹ |
| Namorado (a) | 65 (5,0%) | 3,94–6,33 | <0,01¹ | 120 (7,7%) | 6,45–9,10 | <0,01¹ | 32 (4,5%) | 3,22–6,34 | 0,266¹ | 4 (0,2%) | 0,07– 0,50 | <0,012 | 8 (3,5%) | 1,72–6,78 | 0,784¹ |
| Amigos/  Conhecidos | 269 (20,7%) | 18,62–23,04 | <0,01¹ | 406 (26,1%) | 23,98–28,35 | <0,01¹ | 147 (20,8%) | 17,95–23,95 | <0,01¹ | 18 (0,9%) | 0,53– 1,34 | <0,01¹ | 28 (12,1%) | 8,44–16,97 | 0,819¹ |
| Desconhecido (a) | 208 (16,0%) | 14,14–18,14 | <0,01¹ | 200 (12,9%) | 11,29–14,63 | <0,01¹ | 72 (10,2%) | 8,16–12,65 | <0,01¹ | 5 (0,2%) | 0,10– 0,56 | <0,01¹ | 30 (12,9%) | 9,17–17,94 | <0,01¹ |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ¹Teste qui quadrado; ²Teste Exato de Fischer; \*Dados sem informação de todos os registros; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificações; SC: Santa Catarina.

**5.3 Período Pós-Pandemia – Vítimas**

Ao analisar o pós-pandemia, a violência física predominou em vítimas do sexo feminino (64,3%) com idade entre 15 e 19 anos (40,4%). As violências sexual e psicológica também foram mais prevalentes em vítimas femininas (85,4% e 74,2%, respectivamente), todavia com idade de 10 a 14 anos (36,4% e 33,1%, nessa ordem). A negligência/abandono ocorreu mais comumente em meninos (56,5%) na faixa etária de 1 a 4 anos (38,8%). Vítimas sem deficiência representaram a maioria para todos os tipos de violência analisados (95,8% para violência física, 94,7% para violência sexual, 95,1% para violência psicológica e 97,9% para negligência/abandono).

Estabeleceu-se significância estatística (p≦0,05) entre todas faixas etárias, assim como entre ambos sexos da vítima, para todos os tipos de violência. A presença de deficiência esteve associada estatisticamente com violência sexual, psicológica e negligência/abandono. (Tabela 3)

**5.4 Período Pós-Pandemia – Agressor**

Os agressores responsáveis pelos abusos físicos e psicológicos foram sobretudo do sexo masculino (72,7% e 74,8%, nessa ordem) e mais frequentemente o pai da vítima (20,5% e 24,3%, respectivamente). Violência sexual foi cometida majoritariamente por autores masculinos (94,7%) com vínculo de amigos/conhecidos (22,3%). Já a negligência/abandono de forma mais frequente foi perpetrada por ambos os sexos (51,6%), essencialmente pela genitora (89,1%).

As variáveis associadas com significância estatística a todos os tipos de violência foram o sexo do agressor e os vínculos mãe, pai, padrasto, amigos/conhecidos e desconhecido (a). Obteve-se, também, significância estatística entre as vinculações madrasta e namorado e as violências física, sexual e negligência/abandono. O vínculo cônjuge associou-se significativamente às violências física e psicológica, bem como com negligência/abandono (Tabela 4).

**Tabela 3 –** Caracterização das vítimas de maus-tratos infantis (segundo idade, sexo e presença de deficiência), de acordo com o tipo de violência contra crianças e adolescentes, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 15 de março de 2020 a 22 de maio de 2021 (*n*= *4.563*).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variáveis | Violência Física  (n=852) | | p-valor | Violência Sexual  (n=1.440) | | p-valor | Violência Psicológica  (n=466) | | p-valor | Negligência/Abandono  (n=2.448) | | p-valor | Outras Violências  (n=112) | | p-valor |
|  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  |
| Idade (n=4.563) | (n=852) |  | < 0,011 | (n=1.440) |  | < 0,011 | (n=466) |  | < 0,011 | (n=2.448) |  | < 0,011 | (n=112) |  | < 0,011 |
| < 1 ano | 64 (7,5%) | 5,92– 9,49 |  | 25 (1,7%) | 1,18–2,56 |  | 15 (3,2%) | 1,95–5,28 |  | 868 (35,4%) | 33,58–37,38 |  | 11 (9,8%) | 5,47– 17,01 |  |
| 1 – 4 anos | 111 (13,0%) | 10,93–15,46 |  | 286 (19,8%) | 17,88–22,00 |  | 67 (14,4%) | 11,47–17,88 |  | 949 (38,8%) | 36,85–40,71 |  | 22 (19,6%) | 13,21–28,18 |  |
| 5 – 9 anos | 139 (16,3%) | 13,98–18,96 |  | 404 (28,1%) | 25,79–30,44 |  | 112 (24,0%) | 20,36–28,14 |  | 342 (14,0%) | 12,65–15,40 |  | 21 (18,8%) | 12,47–27,20 |  |
| 10 – 14 anos | 194 (22,8%) | 20,07–25,71 |  | 524 (36,4%) | 33,94–38,91 |  | 154 (33,1%) | 28,91–37,47 |  | 252 (10,3%) | 9,15– 11,56 |  | 33 (29,5%) | 21,66–38,69 |  |
| 15 – 19 anos | 344 (40,4%) | 37,12–43,72 |  | 201 (14,0%) | 12,26–15,85 |  | 118 (25,3%) | 21,57–29,48 |  | 37 (1,5%) | 1,10–2,08 |  | 25 (22,3%) | 15,46–31,10 |  |
| Sexo  (n=4.563) | (n=852) |  | < 0,011 | (n=1.440) |  | < 0,011 | (n=466) |  | < 0,011 | (n=2.448) |  | < 0,011 | (n=112) |  | < 0,011 |
| Feminino | 548 (64,3%) | 61,04–67,47 |  | 1.230 (85,4%) | 83,50–87,15 |  | 346 (74,2%) | 70,07–78,03 |  | 1.064 (43,5%) | 41,51–45,44 |  | 82 (73,2%) | 64,13–80,69 |  |
| Masculino | 304 (35,7%) | 32,53–38,96 |  | 210 (14,6%) | 12,85–16,50 |  | 120 (25,8%) | 21,97–29,93 |  | 1.384 (56,5%) | 54,56–58,49 |  | 30 (26,8%) | 19,31–35,87 |  |
| Deficiência\*  (n=4.375) | (n=814) |  | 0,1191 | (n=1.371) |  | < 0,011 | (n=447) |  | 0,0421 | (n=2.379) |  | < 0,011 | (n=108) |  | 0,0151 |
| Sim | 34 (4,2%) | 3,00–5,79 |  | 73 (5,3%) | 4,25–6,65 |  | 22 (4,9%) | 3,26–7,37 |  | 49 (2,1%) | 1,56–2,72 |  | 8 (7,4%) | 3,71–14,26 |  |
| Não | 780 (95,8%) | 94,21–97,00 |  | 1.298 (94,7%) | 93,35–95,75 |  | 425 (95,1%) | 92,63–96,74 |  | 2.330 (97,9%) | 97,28–98,44 |  | 100 (92,6%) | 8,57–9,63 |  |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ¹Teste qui quadrado; 2Teste Exato de Fischer; \*Dados sem informação de todos os registros; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificações; SC: Santa Catarina.

**Tabela 4 –** Caracterização dos autores dos maus-tratos infantis (segundo sexo e vínculo com a vítima), de acordo com o tipo de violência contra crianças e adolescentes, com base em notificações realizadas pelo SINAN/SC, no período de 15 de março de 2020 a 22 de maio de 2021 (*n*= *4.563*).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variáveis | Violência Física | | p-valor | Violência Sexual | | p-valor | Violência Psicológica | | p-valor | Negligência/Abandono | | p-valor | Outras Violências | | p-valor |
|  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  | n (%) | IC95% |  |
| Sexo do Agressor\* (n=4.428) | (n=813) |  | < 0,01¹ | (n=1.369) |  | < 0,01¹ | (n=457) |  | < 0,01¹ | (n=2.433) |  | < 0,01¹ | (n=105) |  | < 0,01¹ |
| Feminino | 158 (19,4%) | 16,85–22,31 |  | 44 (3,2%) | 2,40–4,29 |  | 77 (16,9%) | 13,68–20,58 |  | 975 (40,1%) | 38,14–42,04 |  | 22 (21,0%) | 14,12–29,94 |  |
| Masculino | 591 (72,7%) | 69,52–75,65 |  | 1.297 (94,7%) | 93,42–95,81 |  | 342 (74,8%) | 70,64–78,62 |  | 202 (8,3%) | 7,27–9,47 |  | 67 (63,8%) | 54,05–72,55 |  |
| Ambos os Sexos | 64 (7,9%) | 6,21–9,94 |  | 28 (2,1%) | 1,42–2,95 |  | 38 (8,3%) | 6,10–11,23 |  | 1.256 (51,6%) | 49,63–53,61 |  | 16 (15,2%) | 9,47–23,60 |  |
| Vínculo com a Vítima\* (n=4.487) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mãe | 156 (18,8%) | 16,30–21,63 | <0,01¹ | 31 (2,2%) | 1,56–3,13 | <0,01¹ | 92 (20,0%) | 16,58–23,92 | <0,01¹ | 2.174 (89,1%) | 87,76–90,24 | <0,01¹ | 39 (36,1%) | 27,50–45,72 | < 0,01¹ |
| Pai | 170 (20,5%) | 17,91–23,43 | <0,01¹ | 252 (18,0%) | 16,07–20,10 | <0,01¹ | 111 (24,3%) | 20,56–28,45 | <0,01¹ | 1.376 (56,4%) | 54,42–58,35 | <0,01¹ | 28 (26,7%) | 18,98–36,08 | < 0,01¹ |
| Madrasta | 8 (1,0%) | 0,47–1,89 | 0,039¹ | 8 (0,6%) | 0,28–1,11 | <0,01¹ | 5 (1,1%) | 16,58–23,92 | 0,2862 | 11 (0,5%) | 0,25–0,81 | <0,01¹ | 1 (0,9%) | 0,12–6,24 | < 0,012 |
| Padrasto | 66 (8,0%) | 6,30– 0,01 | <0,01¹ | 173 (12,4%) | 10,74–14,20 | <0,01¹ | 58 (12,6%) | 9,86–15,98 | <0,01¹ | 28 (1,2%) | 0,79–1,66 | <0,01¹ | 9 (8,3%) | 4,35–15,39 | 0,16¹ |
| Cônjuge | 59 (7,1%) | 5,55–9,08 | <0,01¹ | 22 (1,6%) | 1,03–2,37 | 0,38¹ | 26 (5,7%) | 3,87–8,18 | <0,01¹ | 3 (0,1%) | 0,04–0,38 | <0,012 | 6 (5,6%) | 2,48–11,96 | 0,01¹ |
| Namorado (a) | 36 (4,3%) | 3,15–5,97 | <0,01¹ | 86 (6,1%) | 4,99–7,52 | <0,01¹ | 16 (3,5%) | 2,14–5,61 | 0,277¹ | 6 (0,3%) | 0,11–0,55 | <0,01¹ | 6 (5,6%) | 2,48–11,96 | 0,065¹ |
| Amigos/  Conhecidos | 116 (14,0%) | 11,80–16,55 | <0,01¹ | 311 (22,3%) | 20,14–24,50 | <0,01¹ | 72 (15,7%) | 12,63–19,32 | <0,01¹ | 16 (0,7%) | 0,40–1,07 | <0,01¹ | 11 (10,2%) | 5,68–17,61 | 0,541 |
| Desconhecido (a) | 112 (13,5%) | 11,36–16,04 | <0,01¹ | 148 (10,6%) | 9,07–12,30 | <0,01¹ | 34 (7,4%) | 5,33–10,20 | 0,027¹ | 8 (0,3%) | 0,16–0,65 | <0,01¹ | 3 (2,8%) | 0,88–8,40 | 0,3762 |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ¹Teste qui quadrado; ²Teste Exato de Fischer; \*Dados sem informação de todos os registros; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificações; SC: Santa Catarina.

# 6. DISCUSSÃO

O principal ponto forte desse estudo é a comparação entre o número de notificações de maus-tratos (excluindo as lesões autoprovocadas) contra crianças e adolescentes em Santa Catarina de forma mais ampla, isto é, examinando uma maior parcela de semanas epidemiológicas nos períodos pré e pós-pandemia. Além disso, a análise do perfil epidemiológico tanto das vítimas quanto dos autores desse agravo conforme os tipos de violência é outro diferencial desse trabalho.

Ao analisar os períodos antes e depois da pandemia, o presente estudo apontou uma redução das notificações após a instituição das medidas de isolamento social. Enquanto no pré-pandemia foram notificados 4.754 casos (51,0%), no pós-pandemia houve 4.563 casos (49,0%) notificados. Em relação também ao Estado de SC, Platt, Guedert e Coelho (2021) apontaram uma redução de 55,3% nas notificações de maus-tratos infantis, no período após a instituição das medidas de isolamento social. No entanto, ressalta-se que nesse estudo não foram analisados todos os municípios notificadores do Estado e o período estudado (janeiro a maio de 2020) foi inferior ao do presente trabalho.2

O cenário de diminuição das notificações gera interrogações quanto a real menor prevalência dos maus-tratos infantis após o início do isolamento social, visto que a literatura aponta prevalência aumentada de violência nos períodos de epidemia e pandemia.1,7,10 A resposta para essa questão parece apontar para a subnotificação, que pode ser justificada tanto pelos fatores ligados aos profissionais que denunciam ou notificam esse agravo quanto àqueles relacionados às vítimas.30

O ato de notificar encontra diversos obstáculos por parte dos notificadores. Dentre esses obstáculos estão: a insegurança e a falta de conhecimento para identificar os abusos infantis, o medo de retaliação do agressor ao profissional ou à vítima, a ausência de proteção jurídica e a resolução insatisfatória dos órgãos competentes frente aos casos.15,30

Durante a COVID-19, novos elementos podem ter contribuído para a diminuição das notificações, tais como a reestruturação dos fluxos dos sistemas de saúde, com as equipes tendo que se adaptar à nova doença respiratória e voltando suas atenções às síndromes respiratórias agudas e o direcionamento dos recursos humanos para atender essas condições.2

Quanto aos fatores relacionados à vítima, os bloqueios e dificuldades para denunciar os casos de violência limitam a busca por ajuda. Constrangimento, auto culpa, confusão e medo de revitimização são alguns dos motivos que impedem que crianças e adolescentes exponham seu sofrimento.20,44

No princípio da pandemia, a diminuição ou interrupção dos serviços de transportes coletivos dificultaram o acesso das vítimas aos serviços de saúde, principalmente aquelas residentes em localidades remotas.2 Ademais, o familiar que antes conduzia seu filho à emergência ou ao clínico geral, passou a apresentar receio em contrair COVID-19, limitando a procura pelos profissionais de saúde.45 Esses fatores aliados ao fechamento de creches e escolas com o distanciamento dos professores, considerados os vigilantes centrais desse agravo, bem como ao confinamento domiciliar limitando o contato com amigos, parentes e vizinhos, podem ter contribuído para a subnotificação.2,11,44,46

Violências física, sexual e psicológica, no pré e pós-pandemia, foram mais frequentes em idades superiores (maiores de 10 anos). Tal achado pode decorrer do fato de crianças mais velhas apresentarem maior probabilidade de buscar ajuda mediante Disque 100, 190, 192 ou redes sociais.20

Abusos físicos e sexuais, nos dois períodos comparativos, associaram-se a mesma faixa etária (entre 15 e 19 anos e entre 10 a 14 anos, respectivamente). Esses dados diferem de Mota *et al.* (2018) que relacionam a violência física a idades inferiores a 2 anos. No que diz respeito à violência psicológica esses autores apontam que adolescentes acima de 15 anos são os mais vitimizados, resultado semelhante ao encontrado no período pré-pandemia do nosso trabalho.16 Entretanto, durante a pandemia esse intervalo etário não foi o mais prevalente, mas sim àquele entre 10 a 14 anos. Negligência/abandono esteve mais relacionada a idades inferiores (1-4 anos em ambos os períodos), provavelmente devido aos cuidados e às necessidades demandados por pelos mesmos nesta época da vida.

As vítimas de negligência/abandono foram mais comumente do sexo masculino, independente do período estudado. As violências sexual, física e psicológica preponderaram em vítimas femininas, sendo a violência sexual aquela que apresentou maior diferença percentual entre sexos, o que é consagrado por outros estudos como o de Solís-García *et al.* (2019) que apontam cerca de 79,6% dos casos de abuso sexual ocorrendo em meninas.17 Em oposição ao que encontramos, a literatura estabelece que a violência física está mais associada ao sexo masculino devido a questões de construção sociocultural de masculinidade, baseada na ideologia de que meninos precisam de mais disciplina física para prepará-los para cumprir seu

papel social quando adultos.12,16 Além disso, a questão sociocultural por vezes impede que meninos entendam castigos físicos como uma violência a ser denunciada.12 Todavia, questões como o aumento global da violência contra mulher e do feminicídio, bem como a maior busca pelas meninas em denunciar violações físicas parecem justificar essa inversão nessa variável epidemiológica.3,47

Os resultados encontrados nessa pesquisa mostram um pequeno percentual das vítimas apresentando deficiência nos períodos pré e pós pandemia. Esse fato pode ser explicado tanto pela menor proporção de indivíduos com deficiência na população geral quanto pelos aspectos inerentes às crianças e aos adolescentes com deficiência, como a dificuldade de indivíduos com alguns tipos de déficits cognitivos em se comunicar e denunciar os abusos sofridos, assim como a não identificação da violência pelos profissionais notificadores.48

Previamente às medidas de isolamento social, a violência psicológica representou o tipo de violência com maior percentual de vítimas com deficiência (6,8%). Após essas medidas, notou-se que a violência sexual foi a forma central de violência relacionada a crianças e adolescentes com deficiência. Em ambos os períodos, a tipologia negligência/abandono configurou-se como àquela menos presente em indivíduos com deficiência. O confinamento domiciliar aumentando o contato dos pais e cuidadores com o indivíduo e as vulnerabilidades comunicativas das vítimas possivelmente podem justificar a hegemonia da violência sexual após o início do isolamento social.

Agressores masculinos foram os principais responsáveis pelas violências física, sexual e psicológica nos dois períodos comparativos. Cabe destacar que o abuso sexual nesse trabalho apresentou elevados percentuais relacionados à autoria masculina (95,5% no pré e 94,7% no pós-pandemia), sendo superiores ao encontrados na literatura cuja prevalência se encontra na faixa de 80 a 89%.20 Negligência/abandono demonstrou ser cometida mais frequentemente por ambos os sexos no período pós-pandemia semelhante aos achados de relativos à população chinesa do estudo de Cui *et al.* (2016), e podendo ser entendida pela ótica do cuidado estar sendo compartilhado entre os progenitores após as medidas de isolamento social.49 Antes da pandemia, no entanto, negligência/abandono apresentava autoria predominantemente feminina, fato relacionado aos cuidados na infância serem essencialmente de competência da figura materna.13

Com relação ao vínculo do agressor com a vítima, amigos/conhecidos foram os mais associados às violências física, sexual e psicológica, no período pré-pandemia. Achado semelhante foi encontrado por Silva *et al.* (2013) ao analisarem o perfil do autor de maus-tratos infantis entre 2009 e 2013 em um município do Nordeste brasileiro, com o vínculo amigos/conhecidos sendo o mais comum.50 Acredita-se que a predominância desse vínculo esteja relacionada à relação de proximidade entre autor e vítima, apresentando-se tanto como relação cuidador e indivíduo cuidado como na relação entre colegas de escola e amigos. A ampla gama de vínculos com a vítima classificados como amigos/conhecidos pode justificar essa grande proporção, visto que, familiares estão incluídos na mesma e são, em muitos casos, os cuidadores centrais das crianças e adolescentes, estando em contato com a vítima por vezes por um tempo superior aos próprios pais.

Ao ser instituído o distanciamento social, com a limitação do convívio com outros familiares, amigos e conhecidos, o pai assumiu a primeira posição no que se refere às violências física e psicológica no presente estudo. Violência sexual, todavia, permaneceu sendo cometida principalmente por amigos/conhecidos, fato que pode decorrer da necessidade de alguns pais ainda deixarem seus filhos aos cuidados de terceiros e da persistência do encontro social entre adolescentes durante a pandemia culminando com a triste realidade do abuso sexual entre adolescentes com idades semelhantes.

Negligência/abandono esteve relacionada aos vínculos mãe e pai em todo período analisado, com aumento do percentual principalmente do vínculo pai no pós-pandemia. Tal fato se deve provavelmente às maiores demandas trazidas pelas crianças e adolescentes, assim como das novas modalidades de trabalho (trabalho remoto, por exemplo) aumentando o contato entre o progenitor masculino com seus filhos, mas não garantindo um melhor cuidado aos mesmos.4

Destaca-se, por fim, como limitações centrais dessa pesquisa aquelas inerentes aos dados secundários: preenchimento incorreto das fichas de notificação, a ausência de algumas informações relevantes e a subjetividade na interpretação das informações/perguntas dessas fichas.

# 7. CONCLUSÕES

No presente estudo, o perfil observado para as vítimas conforme o tipo de violência foi semelhante tanto no período pré quanto no pós-pandemia para a violências física (adolescentes de 15 a 19 anos, do sexo feminino e sem deficiência), violência sexual (indivíduos de 10 a 14 anos, do sexo feminino e sem deficiência) e negligência/abandono (crianças entre 1 a 4 anos, do sexo masculino e sem deficiência). Mudança no padrão epidemiológica das vítimas no pós-pandemia ocorreu para a violência psicológica, que passou a predominar na faixa etária de 10 a 14 anos, permanecendo mais frequente em meninos sem deficiência.

Amigos/conhecidos do sexo masculino corresponderam aos agressores mais comuns no período pré-pandemia para as violências física, sexual e psicológica. Alterações no pós-pandemia ocorreram no que se refere ao vínculo com a vítima, para as violências física e psicológica que passaram a ser predominantemente executadas pelo pai da vítima. Negligência/abandono, em ambos intervalos comparativos, associou-se ao vínculo mãe. Contudo, enquanto antes da pandemia esse tipo de violência era mais frequentemente cometido pelo sexo feminino, durante a pandemia passou a ser cometido de maneira mais prevalente por ambos os sexos.

Essa pesquisa ilustra o quanto os maus-tratos infantis estão presentes na sociedade. Com o intuito de lidar com essa problemática, faz-se necessária a atuação conjunta intersetorial (saúde, educação, justiça e política) de modo a desenvolver e fomentar instrumentos, ações e políticas públicas contra esse agravo.17 Sistemas discretos de denúncia dos maus-tratos infantis podem ser estabelecidos em farmácias e mercados, assim como medidas de apoio social e econômico são fundamentais em relação ao diagnóstico e seguimento dos maus tratos.10,47 Destaca-se ainda a necessidade de informação, qualificação e treinamento dos profissionais de saúde frente à notificação dos casos de um problema tão central e cujas sequelas podem acompanhar o indivíduo por toda a sua vida.15,25,30

# REFERÊNCIAS

1. Caron F, Plancq M, Gouron R, Klein C. Was child abuse underdetected during the COVID-19 lockdown? Arch. Pédiatr. 2020 Out;27(7):399-400.

2. Platt VB, Guedert JM, Coelho EBS. Violence against children and adolescents: notification and alert in times of pandemic. Rev. Paul. Pediatr. 2020 Out; 39(2):1-7.

3. Marques ES, Moraes de CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cad. Saúde Pública. 2020 Abr; 36(4): 1-6.

4. Abufhele M, Jeanneret V. Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. Rev.Chil.Pediatr. 2020; 91(3): 319-321

5. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. The Lancet. 2020 Abr; 11(10231): 1-2.

6. Usher K, Bhullar N, Durkin J, Gyamfi N, Jackson D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. Int J Ment Health Nurs. 2020 Ago; 29(4): 549-552.

7. Dahal M, Khanal P, Maharjan S, Panthi B, Nepal S. Mitigating violence against women and young girls during COVID-19 induced lockdown in Nepal: a wake-up call. Globalization and Health. 2020 Set; 16 (84): 1-3.

8. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, Gagné M, McAuliffe C, Hirani S, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on Family mental health in Canada: findings from a national crossectional study. BMJ. 2021 Jan; 11: 1-11.

9. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID-19 on children: special focus on the psychosocial aspect. Minerva med. 2020 Jun; 72(3):226-235.

10. Bhatia A, Fabbri C, Cerna-Turoff I, Tanton C, Knight L, Turner E, et al. COVID-19 response measures and violence against children. Bull. World Health Organ.2020 Sep; 98(9): 583-584.

11. Martinkevich P, Larsen LL, Graesholt-Knudsen T, Hesthaven G, Hellfritzsch MB, Petersen KK, et al. Physical child abuse demands increased awareness during health and socioeconomic crises like COVID-19. Acta Orthop. 2020 Jun; 91(5):527-533.

12. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell-Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Ciênc.Saúde Colet. 2013 Mai; 18(5): 1263-1272.

13. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, de Paula AM, de Guimarães e Queiroz APD. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. Rev. Bras. Enferm. 2011 Ago; 64 (4): 665-670.

14. Antunes JT, Machado IE, Malta DC. Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros. Rev. Bras. Epidemiol. 2020 Jul; 23 (1)

15. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSDO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? Ciênc. Saúde Colet. 2019 Jul; 24(7): 2609-2616.

16. Mota RS, Gomes NP, Estrela FM, Silva MA, de Santana JD, Campos LM, et al. Prevalence and factors associated with experience of intrafamilial violence by teenagers in school. Rev. Bras. Enferm. 2018 Jun; 71 (3): 1086-1091.

17. Solís-Garcia G, Maranón R, Muñoz MM, Volle SDL, García-Morín M, García AR. Maltrato infantil em Urgencias: epidemiología, manejo y seguimento. Anales de pediatría. 2019 Jul; 91(1):37-41.

18. Zhou Y, Liang Y, Cheng Jin, Zheng H, Liu Z. Child Maltreatment in Western China: Demographic Differences and Associations with Mental Health. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019 Set; 16(19): 1-14.

19. Marengo G, de Paola APB, Ferreira, FM, Pizzatto E, Correr GM, Losso EM. Child abuse: validation of a questionnaire translated into Brazilian Portuguese. Braz. Oral Res. 2013 Abr; 27(2):163-168.

20. de Oliveira SMT, Galdeano EA, da Trindade EMGG, Fernandez RS, Buchaim RL, da Cunha MR. Epidemiological Study of Violence against Children and Its Increase during the COVID-19 Pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021 Set; 18(19): 1-14.

21. Sharma S, Wong D, Schomberg J, Knudsen-Robbins C, Gibbs D, Berkowitz C, et al. COVID-19: Differences in sentinel injury and child abuse reporting during a pandemic. Child Abuse Negl. 2021 Jun; 116(2): 1-9.

22. Pannizzotto S, Depuis Z, Frère J, Seghaye MC. Face à la COVID-19: Impact de la pandémie COVID-19 sur les maltraitances intrafamiliales dans la population pédiatrique. Rev.Med. Liege. 2021; 76(11): 789-793.

23. Hsin YC, Chang YC, Lee EP, Chiu CH, Chou IJ, Hsia SH, et al. Risk factors for child maltreatment by the utilization of medical servisse and socioeconomic environment in Taiwan. Medicine. 2018 Dez; 97(52): e13728.

24. de Almeida AN, Ramos V, de Almeida HN, Escobar CG, Garcia C. Analysis of contextual variables in the evaluation of child abuse in the pediatric emergency setting. J. Pediatr.2017 Ago; 93(4):374-381.

25. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. Ciênc. Saúde Colet. 2014 Out; 19(10): 4267-4276.

26. Fabbri C, Bhatia A, Petzold M, Jugder M, Guedes A, Cappa C, et al. Modelling the effect of the COVID-19 pandemic on violent discipline against children. Child Abuse Negl. 2021 Jun; 116(2): 9-25

27. Serpeloni F, Natt D, de Assis SG, Wieling E, Elbert T. Experiencing Community and domestic violence is associated with epigenetic changes in DNA methylation of BDNF and CLPX in adolescentes. Psychophysiol. 2019 Mai; 57(1): e13382

28. Terelak A, Kolodziejczak S, Bulsa M. Scale and forms of domestic violência against schoolchildren in rural, rural-urban and urban areas. Ann. Agric. Environ. Med. 2019 Abri; 26(4): 572-578.

29. França EB, Passos VMA, Malta DC, Dunca BB, Ribeiro ALP, Guimarães MDC, et al. Causa-specific mortality for 249 causes in Brazil and states during 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. Popul. Health Metr. 2017 Nov; 15(1): 39.

30. da Silva PA, Lunardi VL, Meucci RD, Algeri S, da Silva MP, Franciscatto FP. (In)visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil. Invest. Educ. Enferm. 2019; 37(2): e11.

31. Soares ALG, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AMB, Gonçalves H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescentes of a Brazilian birth cohort. Child Abuse Negl. 2016 Jan; 51 (1): 21-30.

32. Wang ZY, Hu M, Yu TL, Yang J. The Relationship between Childhood Maltreatment and Risky Sexual Behaviors: A Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019 Set; 16(19): 1-17.

33. Van der Put CE, Assink M, Gubbels J, Van Solinge NFB. Identifying Effective Components of Child Maltreatment Intervention: A Meta-Analysis. Clin. Child Fam. Psychol. Rev. 2018 Jun; 21(2): 171-202.

34. Schouten MCM, Van Stel HF, Verheij TJM, Houben ML, Russel IMB, Nieuwenhuis EES. The value of a checklist for child abuse in out-of-hours primary care: to screen or not to screen. PLOS One. 2017 Jan; 12(1): e0165641.

35. Teicher MH, Samson JÁ. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J. Child Psychol. Psychiatry. 2016 Mar; 57(3): 241-266.

36. Preisler JJ, Stewart CJ. Running the numbers: domestic violence in child welfare. N.C.Med.J. 2018 Mar; 79(2): 130-131.

37. De Rose P, Salvaguardia F, Bergonzini P, Cirillo F, Demaria F, Casini MP. Current psychopathological symptoms in children and adolescentes who suffered diferente forms of maltreatment. Sci. World J. 2016 Ago; 2016: 8654169.

38. Nguyen LH. Calculating the impacto of COVID-19 pandemic on child abuse and neglect in the U.S. Child Abuse Negl. 2021 Ago; 118(2021): 1-12.

39. Li M, D’Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis and proportional attributable fraction. Psychol. Med. 2015, Dez; 46(4), 717-730.

40. Krug EG, Dahlberg LL, Marcy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

41. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 2011 Jan 26; Seção 1:37

42. Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. 2017 Abr 5; Seção 1: 1.

43. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br. Brasil: população residente – estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000 a 2021 [Acesso em 5 de julho de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>

44. Manickam S, Slingsby B. Child protection: A guide for navigating a disclosure of sexual abuse in rhode island amig the COVID-19 pandemic. R.I.Med.J. 2020 Nov; 103(9):47-51.

45. Teo SSS, Griffiths G. Child protection in the time of COVID-19. J. Paediatr.Child Health. 2020 Jun; 56(6): 838-840.

46. Rosenthal CM, Thompson LA. Child abuse awareness month during the Coronavirus Disease 2019 pandemic. JAMA Pediatr. 2020; 174(8):812.

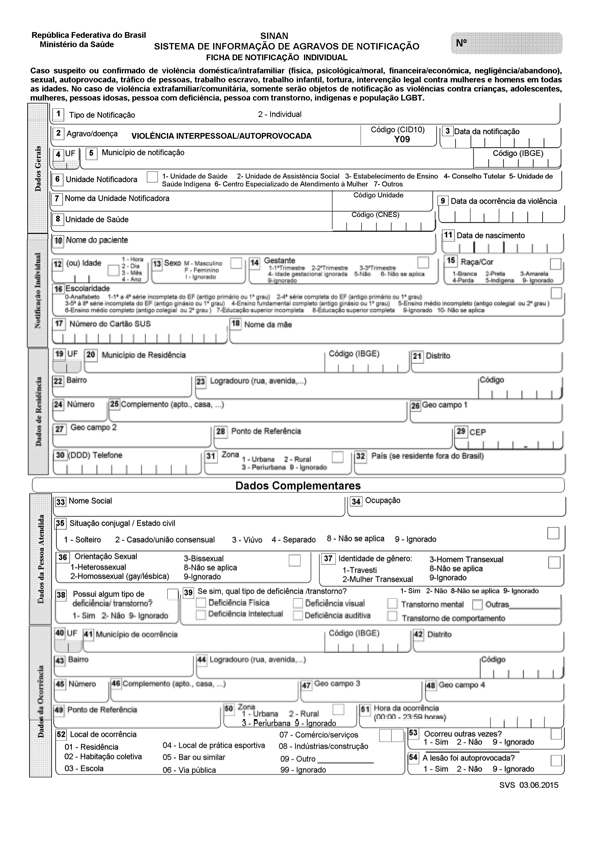
47. Ertan D, El-Hage W, Thierrée S, Javelot H, Hingray C. COVID-19: urgency for distancing from domestic violence. Eur.J.Psychotraumatol.2020 Sep; 11(1): 1800245.

48. de Barros ACMW, Deslandes SF, Bastos OM. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(6): e00090415.

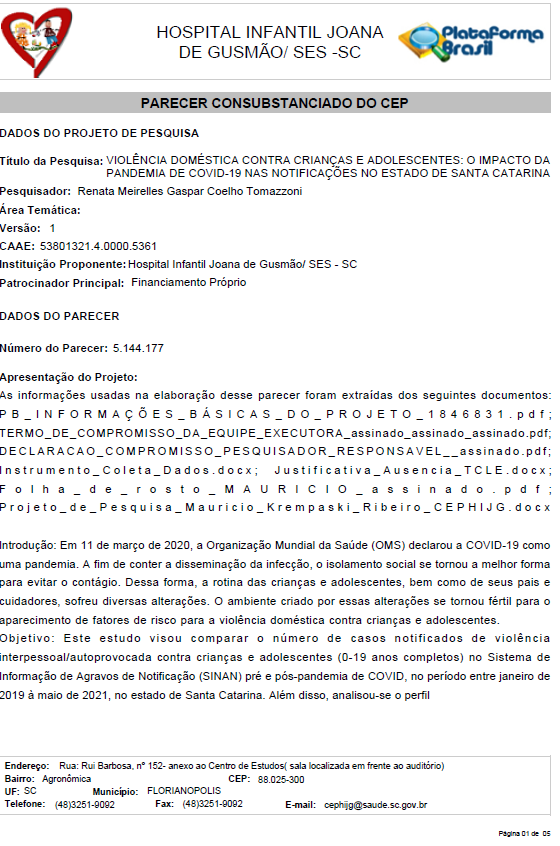
49. Cui N, Xue J, Connolly CA, Liu J. Does the gender of parente ror child matter in child maltreatment in China? Child Abuse Negl. 2016 Abr; 54:1-9.

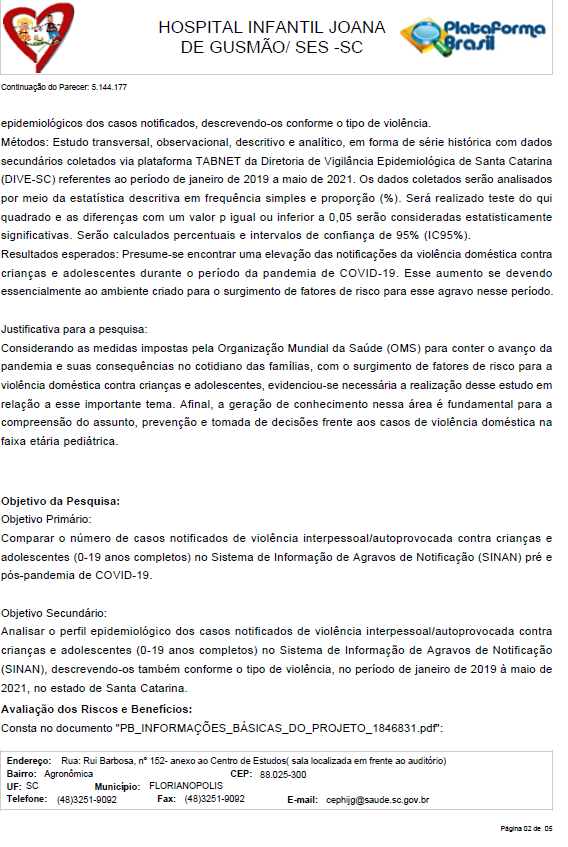
50. da Silva GCB, Marcolino EDC, da Nóbrega WFS, Cavalcanti AL. Violência contra crianças e adolescentes

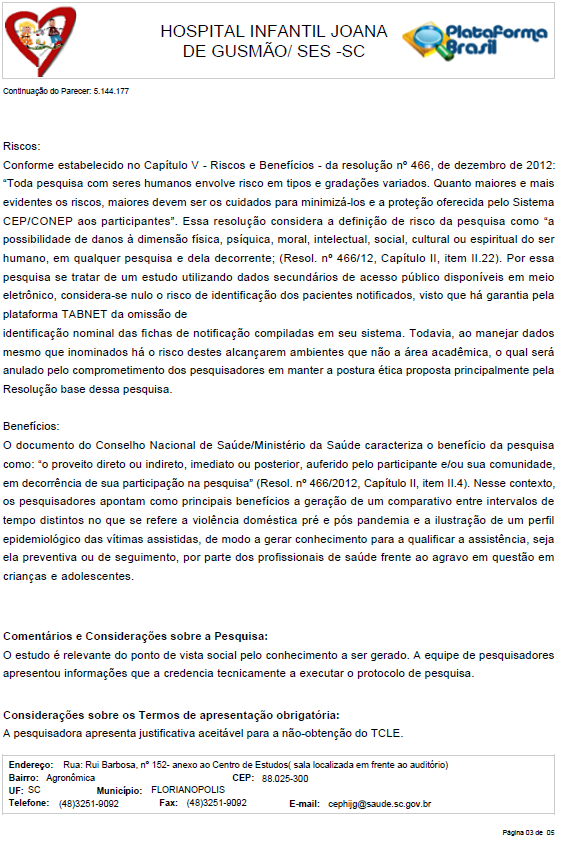
do sexo feminino: perfil da vítima e do agressor em município do Nordeste do Brasil. Rev.Cienc.Saúde. 2019 Abr; 8(1): 88-89.

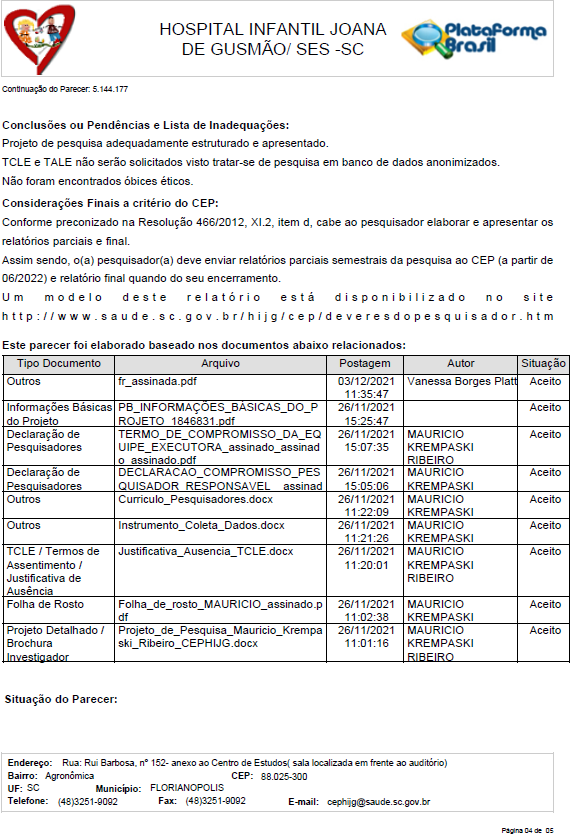
**ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA – SINAN**

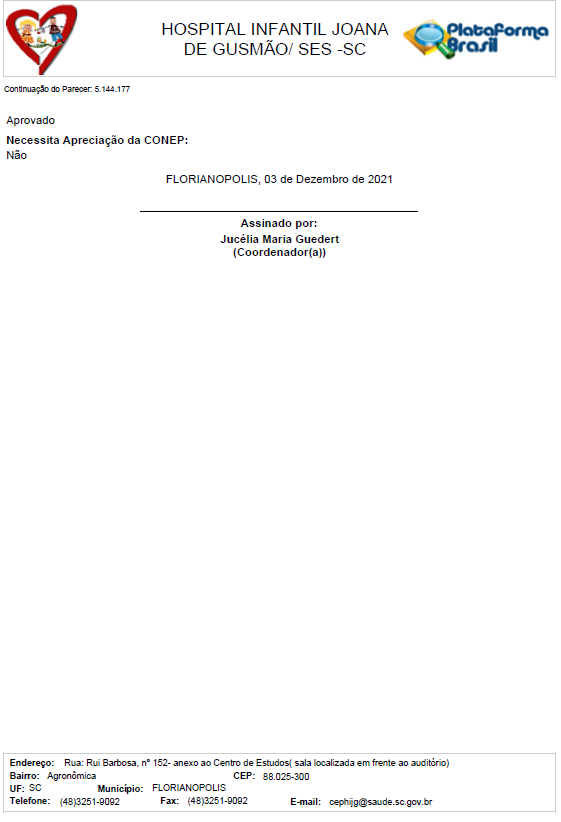


**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO COM A APROVAÇÃO DO CEP**





**´**



**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS**

Pesquisa: **“Violência doméstica contra crianças e adolescentes: o impacto da pandemia de Covid-19 nas notificações no Estado de Santa Catarina”**

Pesquisador: Maurício Krempaski Ribeiro

Orientadora: Renata Meirelles Gaspar Coelho Tomazzoni

Coorientadora: Vanessa Borges Platt

Os dados que serão extraídos da ficha de notificação do participante de pesquisa estão abaixo

relacionados:

1) Dados relacionados às vítimas:

a) idade:

b) sexo:

c) raça:

d) presença ou não de deficiência/ transtorno: não ( ) sim ( )

se presente, qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Da notificação e da ocorrência:

a) data de notificação:

b) município de ocorrência:

b) local de ocorrência: residência ( ) habitação coletiva ( ) escola( ) local de prática esportiva( ) bar ou similar ( ) via pública ( ) comércio/serviços ( ) indústrias/construção ( )

3) Da violência:

a) tipo de violência: física ( ) psicológica/moral ( ) sexual ( ) negligência/abandono ( )

4) Dados do provável autor da agressão:

a) sexo do agressor: M ( ) F ( )

b) suspeita do uso de álcool: sim ( ) não ( )

c) vínculo/grau de parentesco com a vítima: não ( ) sim ( ) – se sim qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa: **“Violência doméstica contra crianças e adolescentes: o impacto da pandemia de Covid-19 nas notificações no Estado de Santa Catarina”**

Pesquisador: Maurício Krempaski Ribeiro

Orientadora: Renata Meirelles Gaspar Coelho Tomazzoni

Coorientadora: Vanessa Borges Platt

Resumo: Estudo transversal, observacional, descritivo e analítico, em forma de série histórica, sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos completos, que tenham sido notificados como vítimas pela Ficha de Notificação Individual para o agravo Violência Interpessoal/Autoprovocada disponível no Sistema Nacional de Notificação (SINAN), realizado com dados secundários coletados via plataforma TABNET da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE-SC) referentes ao período de janeiro de 2019 a maio de 2021.

Os pesquisadores sabem que a Resolução No 466/2012 é enfática em relação à obtenção do TCLE em seu capítulo IV: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. Entretanto, a Resolução 466/2012 reconhece algumas situações especiais (IV.7 e IV.8) em que o TCLE pode ser dispensado, como neste caso, com a utilização de dados secundários provenientes de formulário eletrônico do Ministério da Saúde, de acesso público. Os pesquisadores comprometem-se em manter sigilo sobre os dados, sendo que em nenhum momento o participante de pesquisa será identificado e que somente os pesquisadores terão acesso aos dados coletados, assumindo a responsabilidade pelas informações apresentadas.

Florianópolis, 25 de novembro de 2020