

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NA PANDEMIA DE
COVID-19**

Relatório Final do Projeto de Pesquisa apresentado
ao Programa de Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da USP

Aluna: Beatriz Diório Pires

Orientadora: Dra. Maria Rita Bertolozzi

**SÃO PAULO
2022**

RESUMO

Introdução: A violência contra a criança e o adolescente é um problema mundial de saúde pública. É um agravo socialmente determinado e exacerbado pelas iniquidades sociais, que repercutem no processo saúde-doença. O cenário da pandemia de COVID-19 no mundo e, particularmente no Brasil, tem resultado em importante piora dos indicadores de saúde e socioeconômicos, entre outros, aprofundando as desigualdades sociais, com impacto no cenário da violência contra a criança e o adolescente. **Objetivo:** Analisar as informações oficiais sobre a violência contra a criança e o adolescente no estado de São Paulo, no ano de 2019 e durante a pandemia de COVID-19, correlacionando-as com a evolução da doença e indicadores sociais. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e analítico, cujo referencial teórico foi a Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Dados secundários sobre a violência em indivíduos de 0 a 19 anos, residentes no estado de São Paulo, referentes ao período de 2019 a 2021, foram capturados da Plataforma Tabnet, DATASUS, do Ministério da Saúde. **Resultados:** A amostra total de notificações de violência, autoinfligidas e interpessoais, em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, foi de 76.448 (30.865 em 2019; 26.402 em 2020 e 18.924 em 2021). Considerando-se os anos analisados, o grupo estudado encontrava-se, em sua maioria, na faixa etária de 15 a 19 anos (46,3%, 43,6% e 40,0%, respectivamente); sexo feminino (67,5%, 69,5% e 69,3%) e raça/cor branca (55,6%, 53,5% e 54,2%). Verificou-se predomínio: de local de ocorrência na residência (72,2%, 78,2% e 76,8%); de violência física (31,7%, 28,5% e 26,9%); e de casos em que agressão era cometida pela própria vítima (28,5%, 27,3% e 27,5%). Observou-se aumento do número de casos em que a violência se repetiu nos anos de 2020 e 2021 (53,6% e 53,9%, respectivamente). Destaca-se que o segundo local com maior número de ocorrências foi a escola, em 2019 (6,0%); e via pública, em 2020 e 2021 (9,9% e 10,3%). Na faixa etária de menores de 1 ano a 4 anos verificou-se predomínio da violência por negligência (36,0%, 35,6% e 35,1%); e a mãe da vítima como provável agressor (41,7%, 39,3%, 39,6%). Na faixa etária de 5 a 9 anos preponderou a violência sexual (31,7%, 37,0%, e 33,1%), sendo o pai da vítima o provável agressor, nos anos de 2019 e 2020 (25,5% e 24,9%), e a mãe da vítima, em 2021 (26,3%). Já para o grupo de 10 a 19 anos, o tipo de violência predominante foi a física (33,9%, 30,6%, e 28,2%), sendo a própria vítima o provável agressor (40,2%, 39,1% e 40,3%). **Conclusões:** O estudo contribui para a elucidação do perfil da violência contra a criança e o adolescente. Admite-se que a violência contra esse grupo correlaciona-se ao contexto socioeconômico e político, manifestando-se desigualmente. A pandemia de COVID-19, no período analisado, contribuiu para o aumento da violência contra a criança e o adolescente, concomitantemente ao acirramento das desigualdades sociais, de gênero e geracionais. Mudanças na estrutura social são fundamentais para romper a perpetuação da violência, sendo de responsabilidade multiprofissional, com especial ênfase para a Enfermagem.

Palavras-chave: Violência doméstica, Criança, Adolescente, COVID-19, desigualdades sociais, enfermagem.

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Violência

A violência é um fenômeno que se correlaciona à historicidade, ao contexto social, econômico e político e está presente em todas as civilizações (Brasil, 2018), embora se manifeste desigualmente. Segundo publicação da Secretaria de Direitos Humanos, a violência se apresenta em várias dimensões, com destaque para a violência estrutural e social (Brasil, 2018). A primeira está relacionada às características estruturais da sociedade, ou seja, à forma como a sociedade se organiza em relação à sua estrutura de produção e consumo. O sistema de produção capitalista gera grupos sociais com distintas possibilidades de vida e trabalho, e uma de suas características são os processos de exclusão e de desigualdade social (Breilh, 2013), que acabam por incidir no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes (NCPI, 2020).

A dimensão social da violência está associada às diferenças desmedidas nas relações de poder das categorias que mais o detém sobre as demais, e referem-se ao gênero, classe, raça/etnia e geração. Tais relações, assimétricas, têm em seu cerne a hierarquia, naturalizada e perpetuada, entre uma categoria que se coloca como “superior” e outra inferior, como no caso de um adulto e uma criança, e podem desencadear violências e opressões que se apresentam, também, no espaço intrafamiliar (Macedo, 2019; Brasil, 2018).

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é definida como: “o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, outra pessoa, ou um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002, p.5). Esse mesmo Relatório categoriza a violência em: 1) autoinfligida: autoagressão, como suicídio e automutilação; 2) interpessoal: violência cometida por terceiros, sendo estes com ou sem grau de parentesco e relacionamento com a vítima; e 3) coletiva: refere-se à violência cometida no plano social, político e econômico, como guerras e em caso de crimes de ódio (WHO, 2002).

A violência interpessoal pode ocorrer no interior da residência da vítima. Definida como violência domiciliar, é usualmente cometida por um membro familiar ou por pessoas sem vínculo parental, que integram o seu convívio, como os agregados (Brasil, 2018). De acordo com o último inquérito da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), de 2017, o atendimento por violência intrafamiliar, em serviços de sentinela e urgências, em 23 capitais brasileiras e no Distrito Federal, foi de 68,0% para crianças de 0 a 9 anos e 18,1% na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo o membro da família o provável agressor (VIVA, 2017). A natureza da violência domiciliar pode ser: física, psicológica, sexual e por

negligência/abandono.

1.2 Violência contra a criança e o adolescente

Conforme anteriormente mencionado, a violência é um problema mundial de saúde pública, causando danos aos indivíduos, em especial, crianças e adolescentes, mas também na sociedade como um todo, sistemas de saúde e países (OMS, 2002). Ela fere o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) brasileiro por violar o Artigo 5, o qual estabelece 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” (ECA, 1990, p. 16). A proteção contra todas as naturezas de violência é responsabilidade da família, do Estado e da sociedade (Brasil, 1990) e, no caso do presente estudo, enfatiza-se a proteção às crianças e adolescentes.

A OMS e a legislação brasileira utilizam o critério cronológico para diferenciar crianças de adolescentes, o que permite a realização de análises epidemiológicas e a implementação de políticas públicas. O mesmo Organismo considera criança quando na faixa etária de 0 a 10 anos, e de 10 a 19 anos a fase da adolescência; já na legislação brasileira, a categoria criança perfaz a faixa do 0 a 12 anos incompletos e, os adolescentes, dos 12 aos 18 anos incompletos (Brasil, 2007). Entretanto, é importante registrar que a compreensão sobre as fases da criança e do adolescente ultrapassa a noção cronológica, destacando-se a necessária compreensão da interação de elementos históricos, sociais e políticos (Macedo, 2019). A título de esclarecimento, no século 19, as crianças eram compreendidas como "mini adultos"; já em 1990, no Brasil, a publicação do ECA declara que a criança e o adolescente são sujeitos de proteção integral, “... sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta” (ECA, 1990, p.9).

A violência contra a criança e o adolescente é persistente no Brasil. Segundo Relatório da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a região das Américas tem a maior taxa global de homicídio de crianças e adolescentes (0-17 anos), para ambos os sexos: 5,8 casos por 100.000 habitantes, mais que o triplo da taxa mundial: 1,7/100.000 habitantes; e quase o triplo da região Africana, que apresenta a segunda maior taxa global, de 2,1/100.000 habitantes. Honduras é o primeiro país da América com maior taxa de homicídios: 16/100.000 habitantes, para crianças e adolescentes (0-17 anos) de ambos os sexos; seguida do Brasil: 11,6/100.00 habitantes (OPAS, 2020a). Em relação ao número de óbitos por causas externas, entre 2016 a 2019, para a faixa etária de menores de 1 ano a 19 anos, no Brasil, a região Nordeste foi a preponderante (29.329 óbitos), com destaque para o estado da Bahia (8.407 óbitos); seguida da região Sudeste (23.478 óbitos), com destaque para o estado de São Paulo (7.923 óbitos)

(DATASUS, 2021). Nesse mesmo período e no Estado de São Paulo, foram computadas 2.580 mortes por causas externas, 202 por agressões, 273 por causas indeterminadas e 1.359 por outras causas externas, como lesões acidentais (DATASUS, 2021).

1.3 Violência contra a criança e o adolescente e a pandemia pelo SARS-CoV-2

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) é o agente causador da COVID-19, que teve seu primeiro caso, em humanos, declarado em 31 de dezembro de 2019, na região de Wuhan, na China. Em janeiro de 2020, a OMS anunciou o surto da doença como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), considerado o mais alto nível de alerta e, em março de 2020, foi declarada como uma pandemia (OPAS, 2021).

No mundo, até o dia 20 de outubro de 2022, eram 623.470.447 casos confirmados e 6.551.678 mortes pela COVID-19. A Europa destaca-se com 259.123.584 casos e a região das Américas com o maior número de mortes: 2.847.826. O Brasil é o quarto país com maior número de casos no mundo até o dia 20 de outubro de 2022. No dia 19 de outubro de 2022 foram registrados 34.771.320 casos e 687.423 mortes, sendo a região Sudeste a mais afetada pela doença e, em especial, o estado de São Paulo, com 13.754.498 casos confirmados e 329.821 mortes (WHO, 2022a; Brasil, 2022a).

Para diminuir a velocidade de transmissão da doença, foram adotadas estratégias de prevenção: o uso de máscara, higiene das mãos e das superfícies, isolamento dos casos e a adoção do distanciamento social, em decorrência de sua alta transmissibilidade (Aquino et. al, 2020). Alguns países adotaram medidas de bloqueio como forma de conter a disseminação do vírus, proibindo o funcionamento de serviços coletivos não essenciais, como bares e atividades comerciais, mas também escolas, limitando assim a circulação e a interação das pessoas. No estado de São Paulo esta medida foi tomada no dia 23 de março de 2020, sendo que o último decreto encontrado após ampla revisão, expedido pelo Governo, determinava a manutenção das restrições para conter a pandemia até 16 de agosto de 2021 (São Paulo, 2020; 2021). A estratégia para a redução significativa do número de mortes é a vacinação universal (WHO, 2022b).

Além das decorrências impetradas pelo sofrimento físico e psíquico, a pandemia expôs e exacerbou as desigualdades sociais, em especial no Brasil. Houve aumento no percentual de pessoas desempregadas, que era de 11% no quarto trimestre de 2019 para 14,2% no mesmo trimestre de 2021; além de observar-se queda na maioria dos setores de trabalho, com destaque para os trabalhadores informais; e cortes salariais (IBGE, 2021; NCPI, 2020). Cerca de 116 milhões de brasileiros estão em situação de insegurança alimentar grave, sem acesso permanente à alimentos e 19 milhões passam fome, índices compatíveis aos registrados no ano

de 2004 (VIGISAN, 2021). Tal contexto coloca em evidência as desigualdades e a exclusão social, com repercussões nos processos que geram a violência, sobretudo no âmbito intrafamiliar.

Diante desse quadro e das repercussões da pandemia da COVID-19 no cotidiano, de maneira geral, sentimentos como medo, desamparo e baixa auto-estima, além do distanciamento social, podem acirrar o estresse psicológico, em especial, em indivíduos que são obrigados a viver em habitações com alta densidade habitacional, com potencial aumento do risco de violência doméstica (NCPI, 2020).

É necessário destacar que a Atenção Primária em Saúde é essencial para o manejo e a prevenção dos casos de violência, pois ocorre na base territorial, o que possibilita maior contato com as comunidades, famílias e indivíduos (Egry, Apostólico, Pereira, 2018). A articulação em rede de serviços de saúde e de outros equipamentos sociais, a exemplo de escolas, universidades e hospitais, ao lado do trabalho em equipe multiprofissional, possibilita a construção de respostas à violência contra a criança e o adolescente. As escolas e creches, em particular, podem auxiliar na detecção, conscientização e prevenção da violência junto aos serviços de saúde (Egry, Apostólico, Pereira, 2018; ABRASCO, 2019). O fechamento de escolas e creches, que de fato ocorreu com a pandemia da COVID-19 e a alta demanda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem influenciar, positiva ou negativamente a notificação de casos de violência, uma vez que esses equipamentos são essenciais na identificação e denúncia de atos de constrangimento e opressão.

Em consequência do complexo cenário decorrente das desigualdades sociais e da pandemia, é possível inferir que crianças e adolescentes, principalmente aquelas pertencentes a grupos sociais expostos a precárias condições de vida e que apresentam maior vulnerabilidade social, constituem alvo de situações de risco de violência (Brasil, 2018). Justifica-se, portanto, a proposição deste estudo, com o intuito de contribuir para o aprimoramento das ações de saúde e sociais, de forma a proteger da violência o grupo de crianças e adolescentes.

2. OBJETIVO:

2.1 Objetivo geral

- Analisar as informações sobre violência contra a criança e o adolescente no estado de São Paulo, no ano de 2019 e na pandemia de COVID-19, correlacionando-as à evolução da doença e indicadores sociais.

2.2 Objetivo específicos

- a) Identificar características relativas às condições sociais e do processo saúde-doença de

crianças e adolescentes, que foram notificados por sofrer violência;

b) Correlacionar as informações sobre violência, indicadores sociais e a evolução da COVID-19.

3. METODOLOGIA:

3.1 Referencial teórico

O referencial teórico da Determinação Social do Processo Saúde Doença foi utilizado para interpretar as informações apreendidas. Nessa perspectiva, entende-se o processo saúde doença determinado pelos modos de vida e de trabalho que, por sua vez, são determinados pela organização da sociedade, isto é, por seu modo de produção e de reprodução social, que institui diferentes potenciais de desgaste e fortalecimento aos indivíduos e/ou grupos sociais (Granda, Breilh, 1989).

As relações de reprodução social se expressam nos modos de vida e de trabalho, concretizados na forma de produzir e consumir, que incluem acesso à moradia, ocupação, cultura, renda, à educação, à saúde, entre outros; e variam de acordo com a classe social (Granda, Breilh, 1989). Reiterando o que foi mencionado anteriormente, esse processo determina diferentes potenciais de desgaste e fortalecimento, com repercussões nos processos de violência.

3.2 Desenho, população e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico. Foram coletadas informações sobre a frequência e situações de violência relativas a crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2019, 2020 e 2021. O local do estudo circunscreve-se ao estado de São Paulo, o qual possuía, em 2019, 45.752.757 habitantes; em 2020, 46.064.928; e em 2021, 46.363.753 habitantes (DATASUS, 2020).

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados do banco de dados abertos disponíveis no TABNET, do DATASUS do Ministério da Saúde, que concentra as notificações de agravos do SINAN; e foram sistematizados segundo variáveis relativas às notificações de violência autoinfligida e interpessoal nas faixas de: menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Foram coletadas as variáveis relativas: ao sexo, raça/cor, escolaridade, local da

ocorrência, tipos de violência, repetição dos atos de violência e relação com a pessoa atendida/vítima.

Quadro 1: Definições e conceitos relacionados à violência interpessoal e auto-provocada (VIVA)*.

Variável	Categorias	Definições e conceitos orientados
Local da ocorrência	Residência	Local utilizado para moradia da pessoa atendida: própria ou de amigos, parentes, entre outros
	Habitação Coletiva	Casas de estudantes, albergue, entre outros
	Escola	Creche, escolas públicas e privadas, entre outros
	Local de prática esportiva	Escolinhas de futebol, quadras de basquete, entre outros
	Via pública	Ruas, parques, praças, pontos/terminais de ônibus, entre outros
	Bar ou similar	Botequim, bar, casas de show, entre outros
	Comércio/serviços	Banco, <i>shopping center</i> , serviços de saúde, entre outros
	Indústria/construção	Central elétrica, edifícios em construção/industrial, entre outros
	Outros	Qualquer local que não se enquadre nas categorias anteriores: casa abandonada, praia, entre outros
	Ignorado	Quando a pessoa atendida ou acompanhante não informa o local da ocorrência
Tipo de violência	Violência física	“... uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo”
	Violência psicológica/moral	Qualquer forma de depreciação, discriminação, entre outros, para: “atender às necessidades psíquicas” de outra pessoa e que vão contra: “a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa”
	Tortura	Uso da força ou ameaça que ocasiona sofrimento físico e/ou mental com a finalidade de obter informação, discriminação racial ou religiosa, entre outras
	Violência sexual	Quando uma pessoa faz uso de sua posição de poder, utilizando-se ou não de armas, para obrigar a vítima a presenciar ou participar de alguma interação sexual: estupro, assédio sexual, entre outros

	Violência financeira/econômica	Usar, reter, destruir ou danificar: “documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores” da vítima
	Violência negligência/abandono	Quando uma pessoa “deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima”; o abandono: “é a forma extrema da negligência
	Trabalho infantil	“... qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições, por vezes, desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro”
	Intervenção legal	Ação por representante do Estado, polícia, entre outros, com agressão, armas de fogo, explosivos, entre outros, que geram ferimento, constrangimento, morte, entre outros
	Outros	Qualquer tipo de ocorrência não contemplada. Esse campo também pode ser utilizado para especificar casos de tentativa de suicídio e autoagressão
Relação com a pessoa atendida/vítima	Cuidador	“... pessoa sem vínculo familiar, que exerça a função de auxiliar outrem em suas necessidades e atividades de vida diária. Essa função pode ou não ser remunerada, como também pode ou não ter vínculo institucional”: babá, empregada doméstica, entre outros
	Pessoa com relação institucional	“pessoa que pratica violência no exercício de função ou atividade institucional”: profissional de saúde, professor(a), padre, pastor(a), entre outros
	Própria pessoa	“... nas situações de violência autoprovocada”

***Fonte:** Instrutivo de notificações de violência interpessoal e auto-provocada (VIVA). 2016.

Os dados foram sistematizados em um banco no *Microsoft Office Excel 2007*.

4. Resultados

Foram coletadas 76.162 notificações de violência contra a criança e o adolescente no período de 2019, 2020 e 2021 (30.865, 26.390, e 18.907 casos, respectivamente) (Tabela 1). As informações “em branco” e/ou ignoradas não estão computadas nessa Tabela; em decorrência, nem sempre totalizam 100%.

Em relação às características pessoais do indivíduo atendido/vítima, a faixa etária com maior número de notificações, em todos os anos do estudo foi a de 15 a 19 anos, com 14.296 (46,3%), 11.506 (43,6%), e 7.570 (40,0%) casos, respectivamente. A maioria das crianças e adolescentes atendidos era, independentemente da faixa etária: do sexo feminino, com 20.826 (67,5%), 18.353 (69,5%) e 13.102 (69,3%), respectivamente; da raça/cor branca, com 15.437 (55,6%), 12.896 (53,5%) e 9.053 (54,2%) notificações, respectivamente. Excluindo a categoria “não se aplica”, a escolaridade relativa à 5ª. à 8ª. série incompleta foi a que apresentou o maior número de notificações no período, com 5.252 (22,2%), 4.182 (20,1%) e 2.829 (19,2%).

Tabela 1: Características das crianças e adolescentes atendidas/vítimas e da violência. Estado de São Paulo, 2019-2021.

		2019		2020		2021	
VARIÁVEL		Total	%	Total	%	Total	%
Faixa Etária (em anos)	< de 1	1.274	4,1	1.574	5,9	1.210	6,4
	1- 4	3.927	12,7	3.642	13,8	2.775	14,7
	5 - 9	3.765	12,2	3.464	13,1	2.566	13,6
	10 - 14	7.603	24,6	6.216	23,5	4.803	25,4
	15 – 19	14.296	46,3	11.506	43,6	7.570	40,0
Sexo	Masculino	10.029	32,5	8.037	30,5	5.805	30,7
	Feminino	20.836	67,5	18.353	69,5	13.102	69,3
Raça/cor	Branca	15.437	55,6	12.896	53,5	9.053	54,2
	Preta	2.176	7,8	2.075	8,6	1.445	8,7
	Amarela	168	0,6	248	1,0	187	1,1
	Parda	9.835	35,5	8.771	36,4	5.912	35,4
	Indígena	131	0,5	126	0,5	108	0,7
	Analfabeto	65	0,2	68	0,3	55	0,4

	1ª a 4ª série incompleta do EF	1.769	7,5	1.507	7,3	1.014	6,9
	4ª série completa do EF	648	2,7	658	3,2	455	3,1
	5ª a 8ª série incompleta do EF	5.252	22,2	4.182	20,1	2.829	19,2
Escolaridade	Ensino fundamental completo	1.363	5,7	1.149	5,5	861	5,9
	Ensino médio incompleto	4.897	20,7	3.966	19,1	2.717	18,5
	Ensino médio completo	2.382	10,0	2.178	10,5	1.488	10,1
	Educação superior incompleta	372	1,5	300	1,4	146	1,0
	Educação superior completa	54	0,2	53	0,3	32	0,2
	Não se aplica	6.803	28,8	6.698	32,3	5.115	34,8
	Residência	19.976	72,2	17.423	78,2	12.363	76,8
	Habitação Coletiva	687	2,5	193	0,9	124	0,8
Local da ocorrência	Escola	1.671	6,0	426	1,9	132	0,8
	Local de prática esportiva	97	0,4	56	0,3	31	0,2
	Bar ou similar	292	1,1	173	0,8	82	0,5
	Via pública	2.864	10,4	2.205	9,9	1.652	10,3
	Comércio/Serviços	300	1,1	206	0,9	189	1,2
	Indústrias/construção	21	0,0	24	0,1	13	0,1
	Outros	1.743	6,3	1.560	7,0	1.507	9,4
Repetição da violência	Sim	11.281	49,6	9.885	53,6	7.044	53,9
	Não	11.467	50,4	8.544	46,4	6.029	46,1
	Lesão autoprovocada	9.251	19,7	7.066	19,7	5.197	19,7
	Violência Física	14.876	31,7	10.220	28,5	7.076	26,9
	Violência Psicológica/Moral	5.464	11,6	3.940	11,0	2.870	10,9

Tipo de violência	Violência Tortura	444	0,9	336	0,9	270	1,0
	Violência Sexual	6.381	13,6	5.608	15,6	4.077	15,5
	Tráfico de Seres Humanos	14	0,0	13	0,0	6	0,0
	Violência Financeira/Econômica	142	0,3	70	0,2	78	0,3
	Violência Negligência/Abandono	3.963	8,4	3.419	9,5	2.700	10,2
	Violência Trabalho Infantil	218	0,5	151	0,4	429	1,6
	Violência Intervenção legal	44	0,1	39	0,1	32	0,1
	Outra Violência	6.186	13,2	5.004	14,0	3.611	13,7
Relação do agressor com a vítima	Pai	4.376	13,5	3.603	14,1	2.691	14,6
	Mãe	5.101	15,7	4.233	16,5	3.334	18,0
	Padrasto	1.434	4,4	1.284	5,0	984	5,3
	Madrasta	171	0,5	131	0,5	117	0,6
	Própria Pessoa	9.243	28,5	6.988	27,3	5.080	27,5
	Cuidador	153	0,5	157	0,6	117	0,6
	Desconhecido	2.244	6,9	1.586	6,2	995	5,4
	Amigos/ conhecidos	3.649	11,2	2.605	10,2	1.681	9,1
	Outro Vínculo	2.561	7,9	2.187	8,5	1.628	8,8
	Cônjuge	741	2,3	574	2,2	380	2,1
	Ex-cônjuge	314	1,0	276	1,1	161	0,9
	Namorado(a)	633	2,0	578	2,3	370	2,0
	Ex-namorado(a)	388	1,2	307	1,2	212	1,1
	Filho(a)	34	0,1	53	0,2	62	0,3
	Irmão(ã)	854	2,6	689	2,7	464	2,5
	Patrão/chefe	26	0,1	29	0,1	18	0,1

Pessoa com relação						
institucional	312	1,0	155	0,6	92	0,5
Policial Ag. Lei	215	0,7	144	0,6	88	0,5

Em relação às características pessoais do indivíduo atendido/vítima, as variáveis com maior número de notificações mantiveram-se as mesmas em todos os anos de estudo (Tabela 1), sendo: a faixa etária de 15 a 19 anos, com 14.296 (46,3%), 11.506 (43,6%), e 7.570 (40,0%) casos, respectivamente. A maioria das crianças e adolescentes atendidos eram, independentemente da faixa etária: do sexo feminino, com 20.998 (67,5%), 18.353 (69,5%) e 13.102 (69,3%), respectivamente; da raça/cor branca, com 15.437 (55,6%), 12.896 (53,5%) e 9.053 (54,2%) notificações. Excluindo-se a categoria “não se aplica”, o maior número de casos ocorreu na 5ª. a 8ª. série incompleta do ensino fundamental nos três anos analisados (5.252: 22,2%, 4.182: 20,1%, 2.829: 19,2%).

Em relação às características da violência mantiveram-se predominantes nos anos analisados: a residência como local de ocorrência, com 19.976 (72,68%), 17.423 (78,3%), e 12.363 (76,8%) casos, respectivamente, independentemente da faixa etária, seguida da via pública (2.864: 10,4%; 2.205: 9,9%; 1.652: 10,3%); a violência física, com 14.876 (31,7%), 10.220 (28,5%) e 7.076 (26,9%) casos, respectivamente; e a própria pessoa como agressor, com 9.243 (28,5%), 6.988 (27,3%) e 5.080 (27,5%) casos, respectivamente. Observou-se diminuição do número de casos em que a violência se repetiu em 2020 e 2021, com 9.885 (53,6%) e 7.044 (53,9%), em comparação a 2019 (11.281: 49,6%).

Em relação ao tipo de violência e relação com a pessoa atendida (Tabela 2), observou-se que na faixa de menores de 1 ano a 4 anos, a negligência foi preponderante em todos os anos (2.306: 36,0%), 2.013 (35,6%) e 1.594 (35,1%), respectivamente), sendo a mãe da vítima o provável agressor (2.413: 41,7%; 2.086: 39,3%; e 1.633: 39,6%, notificações respectivamente). Já para a faixa etária de 5 a 9 anos preponderou a: violência sexual (1.637: 31,7%; 1.436: 37,0%); e 999: 33,1%, notificações, respectivamente), sendo o pai da pessoa atendida o provável agressor, nos anos de 2019 e 2020 (1.090: 25,5%; 845 (24,9%), respectivamente) e a mãe da vítima, em 2021 (660: 26,3% notificações). Quanto ao grupo de 10 a 19 anos, o tipo predominante de violência foi a física (12.021: 33,9%; 8.058: 30,6%; e 5.305: 28,2%, respectivamente), sendo a pessoa atendida o provável agressor (8.997: 40,2%; 6.598: 39,1%; 4.771: 40,3% notificações, respectivamente).

Tabela 2: Tipo de violência e relação do agressor com a pessoa atendida/vítima, segundo faixa etária.

Estado de São Paulo, 2019-2021.

		2019						2020						2021						
		<1-4		5-9		10-19		<1-4		5-9		10-19		<1-4		5-9		10-19		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Tipo de violência	Lesão autoprovocada	125	2,0	107	2,1	9019	25,5	260	4,6	84	2,2	6722	25,5	242	5,3	76	2,5	4879	26,0	
	Violência Física	1.482	23,2	1.373	26,6	1202	1	33,9	1.266	22,4	896	23,1	8.058	30,6	1.024	22,6	747	24,7	5.305	28,2
	Violência Psicológica/Moral	715	11,2	1.123	21,8	3.626	10,2	519	9,2	711	18,3	2.710	10,3	415	9,1	515	17,0	1.940	10,3	
	Violência Tortura	52	0,8	62	1,2	330	0,9	39	0,7	52	1,3	245	0,9	49	1,1	58	1,9	163	0,9	
	Violência Sexual	1.552	24,3	1.637	31,7	3.192	9,0	1.341	23,7	1.436	37,0	2.831	10,8	980	21,6	999	33,1	2.098	11,2	
	Tráfico de Seres Humanos	3	0,0	3	0,1	8	0,0	2	0,0	0	0,0	11	0,0	0	0,0	2	0,1	4	0,0	
	Violência Financeira/Econômica	23	0,4	20	0,4	99	0,3	12	0,2	5	0,1	53	0,2	16	0,4	11	0,4	51	0,3	
	Violência Negligência/Abandono	2.306	36,0	710	13,8	947	2,7	2.013	35,6	591	15,2	815	3,1	1.594	35,1	478	15,8	628	3,3	
	Violência Trabalho Infantil	15	0,2	35	0,7	168	0,5	11	0,2	15	0,4	125	0,5	33	0,7	51	1,7	345	1,8	
	Violência Intervenção legal	5	0,1	2	0,0	37	0,1	3	0,1	1	0,0	35	0,1	4	0,1	7	0,2	21	0,1	
	Outra Violência	120	1,9	91	1,8	5975	16,9	195	3,4	93	2,4%	4716	17,9	184	4,1%	78	2,6	3349	17,8	
	Pai	1.459	25,2	1.090	25,5	1.827	8,2	1.263	23,8	845	24,9	1.495	8,9	1.043	25,3	591	23,5	1.057	8,9	
	Mãe	2.413	41,7	1.041	24,4	1.647	7,4	2.086	39,3	764	3,4	1.383	8,2	1.633	39,6	660	26,3	1.041	8,8	
	Padrasto	234	4,0	361	8,5	839	3,7	200	3,8	305	1,4	779	4,6	136	3,3	235	9,3	613	5,2	
	Madrasta	42	0,7	42	1,0	87	0,4	23	0,4	48	0,2	60	0,4	23	0,6	36	1,4	58	0,5	
	Própria Pessoa	153	2,6	93	2,2	8.997	40,2	291	5,5	99	0,4	6.598	39,1	235	5,7	74	2,9	4.771	40,3	
	Cuidador	76	1,3	36	0,8	41	0,2	90	1,7	41	0,2	26	0,2	64	1,6	24	1,0	29	0,2	

Relação com a pessoa atendida/ vítima	Desconhecido	164	2,8	91	2,1	1989	8,9	162	3,1	103	0,5	1321	7,8	117	2,8	60	2,4	818	6,9
	Amigos/ conhecidos	388	6,7	638	14,9	2623	11,7	363	6,8	488	2,2	1754	10,4	213	5,2	328	13,0	1140	9,6
	Outro Vínculo	603	10,4	653	15,3	1305	5,8	527	9,9	550	2,5	1110	6,6	405	9,8	396	15,8	827	7,0
	Cônjuge	35	0,6	11	0,3	695	3,1	62	1,2	6	0,0	506	3,0	53	1,3	2	0,1	325	2,7
	Ex-cônjuge	15	0,3	3	0,1	296	1,3	27	0,5	1	0,0	248	1,5	22	0,5	4	0,2	135	1,1
	Namorado(a)	8	0,1	5	0,1	620	2,8	19	0,4	4	0,0	555	3,3	20	0,5	6	0,2	344	2,9
	Ex-namorado(a)	5	0,1	3	0,1	380	1,7	16	0,3	0	0,0	291	1,7	10	0,2	1	0,0	201	1,7
	Filho(a)	0	0,0	0	0,0	34	0,2	30	0,6	8	0,0	15	0,1	33	0,8	9	0,4	20	0,2
	Irmão(ã)	93	1,6	150	3,5	611	2,7	99	1,9	114	0,5	476	2,8	92	2,2	76	3,0	296	2,5
	Patrão/chefe	0	0,0	0	0,0	26	0,1	1	0,0	1	0,0	27	0,2	1	0,0	0	0,0	17	0,1
	Pessoa com relação institucional	96	1,7	53	1,2	163	0,7	41	0,8	19	0,1	95	0,6	22	0,5	11	0,4	59	0,5
	Policial Ag. Lei	5	0,1	1	0,0	209	0,9	7	0,1	4	0,0	133	0,8	4	0,1	1	0,0	83	0,7

5. Discussão

A violência contra a criança e o adolescente é um problema de saúde pública persistente no Brasil e é um fenômeno que se correlaciona ao contexto social, econômico e político e está presente em todas as civilizações, manifestando-se desigualmente. Entretanto, no Brasil, a violência adquire magnitude muito relevante. Assumindo-se que o modo de produção capitalista gera desigualdades e que a pandemia da COVID-19 acirrou esse cenário, é possível inferir que crianças e adolescentes, principalmente em maior vulnerabilidade social, foram e têm sido alvo de situações de violência. A identificação das características em que incide a violência permite interpretar com maior precisão quais são os “nós críticos” em relação ao maior risco e vulnerabilidades dos grupos sociais.

Segundo o último Censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população total de crianças e adolescentes, na faixa etária de menores de 1 ano a 19 anos, era de 62.922.059 indivíduos, sendo 48,0% autodeclaradas como pardas e 44,1% como brancas; destacando-se que 81,7% estavam concentradas na área urbana. Considerando-se a faixa etária de 6 a 14 anos, a taxa de escolarização era de 99,7% e 51,3% das crianças viviam com renda domiciliar menor que 1,5 salários mínimos (SM) (SIDRA, 2010; DATASUS, 2010). A renda per capita dos brasileiros é, em média, de R\$767,02, a taxa de desemprego, no segundo semestre de 2022 é de aproximadamente 9,3%, e o coeficiente de Gini é de 0,6086, o que evidencia as condições precárias de vida e que incidem especialmente nas crianças, adolescentes e idosos (IBGE,2022; DATASUS, 2010).

No estado de São Paulo, segundo o Censo de 2010, a população de crianças e adolescentes era de 12.164.495, sendo que 61,1% autodeclararam-se brancos e 33,3% pardos; 95,6% estavam concentradas na área urbana; sendo que a faixa etária de 6 a 14 anos apresentava 96,0% de taxa de escolarização, destacando-se que 31,9% das crianças viviam com renda domiciliar menor que 1,5 salários mínimos (SIDRA, 2010; DATASUS, 2010). A renda per capita de um morador do estado de São Paulo apresenta-se na faixa de R\$1.036,51 e a taxa de desemprego, no segundo trimestre de 2022 é de 9,2%. Já o coeficiente de Gini é de 0,5768 (IBGE,2022; DATASUS, 2010).

Esse panorama evidencia o contexto socioeconômico em que estão inseridas crianças e adolescentes no Brasil e no estado de São Paulo, e coloca em relevo potenciais vulnerabilidades que podem repercutir na violência contra esses grupos, conforme mostram os dados analisados no presente estudo.

Em relação ao número de casos de COVID-19 nestas faixas etárias, observou-se, no

último boletim epidemiológico, de fevereiro a agosto de 2022, que a faixa etária de 0 a 19 anos foi a menos atingida tanto nos casos de hospitalização como nos óbitos, se comparada a outras faixas etárias. Entretanto, é necessário destacar que nesta faixa etária pode ocorrer um quadro clínico derivado da complicação da COVID-19, caracterizado como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que pode incorrer em hospitalização. Essa complicação incidiu com maior prevalência no grupo de menores de um ano (6.049 casos: 3,2%), seguido do grupo de 1 a 5 anos (5.820: 3,1%), e de 6 a 19 anos (5.003 casos: 2,7%) (Brasil, 2022b). Ainda é importante apontar que 56,8% das pessoas responsáveis por uma família estão concentradas na faixa etária de 30 a 54 anos; e, em São Paulo, 57,8% dos responsáveis encontram-se na mesma faixa etária, segundo o Censo de 2010 (SIDRA, 2010). A faixa etária de 30 a 59 anos apresentou 21,2% de internação por SRAG derivada da COVID-19 e 14,5% dos óbitos da mesma condição (Brasil, 2022b). O cenário apresentado evidencia as condições em que crianças, adolescentes e responsáveis pelas famílias encontram-se durante os anos de 2020 a 2022, durante a pandemia de COVID-19, com impacto nos potenciais de vulnerabilidade e que, certamente, repercutiram nos indicadores de violência contra crianças e adolescentes.

Em relação às características pessoais informadas nas notificações de violência no grupo estudado observou-se a prevalência do sexo feminino, o que é corroborado por outros estudos (Silva et. al, 2020; Dornelles et. al, 2021; Oliveira et. al, 2021). A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, persistente no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), uma em cada três mulheres já sofreu violência física ou sexual ao longo da vida (OPAS, 2020b), destacando-se que durante a pandemia de COVID-19 notou-se aumento no número de casos de violência em crianças e adolescentes do sexo feminino (Tafarello, 2021; Améthier, 2022). Além disso, houve aumento global da violência doméstica, em mulheres e meninas, durante o período de contenção mundial da pandemia (Wenham, et. al, 2020). As mulheres e crianças são mais vulneráveis em emergências globais, sendo mais afetadas pelos efeitos sociais e econômicos, admitindo-se que o gênero também incide no processo saúde-doença (Hawkes, Bus, 2013; Davies, Bennetth, 2016). O conceito de gênero refere-se aos atributos dos sexos feminino e masculino, socialmente construídos, e reproduzidos subjetivamente, que perpassam a faixa etária, classe social e raça, e perpetuam relações desiguais de poder (Brasil, 2005).

No presente estudo observou-se a predominância de violência em crianças e adolescentes da raça/cor branca, corroborada pela literatura (Santarém, et. al, 2020; Barcellos, et. al, 2021). Entretanto, a raça/cor parda e indígena, somadas à raça/cor negra foram apontadas em outros estudos, sendo prevalentes nas notificações de violência contra a criança e o adolescente, contrapondo-se ao observado neste estudo (Souto, et.al, 2017; Aguiar, Rozin, Tonin, 2019;

Rodrigues, et. al, 2020). Essa divergência está bem apresentada no Atlas da Violência de 2021, em que a taxa de violência letal, no Brasil, em 2019, foi 162% maior em pessoas negras (contingente representado por pardos e pretos), sendo verificado aumento na taxa de homicídio na parcela mais jovem dessa população (IPEA, 2021). A desigualdade racial é gerada pelo racismo estrutural, que se caracteriza por discriminação sistemática fundamentada na raça, que é reproduzida não de maneira direta, mas de forma institucional e cultural (Almeida, 2018). Além disso, é importante destacar que os diferentes grupos raciais apresentam formas distintas de viver e morrer, e que a perpetuação das desigualdades sociais, associada à ausência de políticas públicas para o seu combate, se reproduz nas condições de vida e de trabalho desta população, o que acaba por repercutir nos indicadores de violência (IPEA, 2021).

De fato, no presente estudo, a residência foi o local com o maior número de notificações, independentemente da faixa etária, o que é corroborado pela literatura (Souza et. al, 2015; Oliveira et. al, 2021). A violência doméstica é responsável pelo maior número de casos de violência contra crianças (Brasil, 2005). A residência possibilita que as relações hierárquicas de poder, baseadas no gênero, etnia e geração, se exacerbem e perpetuem (Barcellos et. al, 2021), favorecendo a reprodução do ato violento no interior do domicílio (Macedo, 2019). Mais agravante é o fato de que ocorra importante subnotificação dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente, visto que os principais agressores são os cuidadores responsáveis, ressaltando-se, ainda, que a privacidade do ambiente familiar favorece a omissão de denúncias e a detecção da violência (Souza et. al, 2015; Oliveira et. al, 2021; Barcellos et. al, 2021). É importante destacar que muitos países implementaram medidas para conter a propagação da COVID-19, como o distanciamento social e o confinamento, que afetaram distintamente os diferentes estratos sociais, com repercussão nos atos de violência doméstica (Mahlangu et. al, 2022). Segundo estudo realizado na África do Sul, o aumento do estresse foi um elemento relacionado ao aumento da violência contra mulheres e crianças nas residências, porém, as causas diferem entre as classes sociais, sendo a perda de emprego e a insegurança alimentar, para o grupo de baixo *status* econômico; e trabalho remoto e realizar trabalhos domésticos, para o grupo de *status* econômico alto (Mahlangu et. al, 2022). Além disso, o isolamento social limitou a rede de apoio das famílias, constituindo-se em mais uma dificuldade para lidar com conflitos no domicílio (Mahlangu et. al, 2022).

Ademais, observou-se, no presente estudo, aumento da repetição dos atos de violência nos anos de 2020 e 2021. Poucos estudos debruçam-se sobre a repetição desse fenômeno, porém, sua presença é corroborada no estado de São Paulo e em Santa Catarina (Gawryszewski, et. al, 2012; Platt, 2021). O estudo de Platt (2021) apontou alguns elementos de risco para a repetição da violência sexual: a residência como local de ocorrência; o pai, o irmão

ou o padrasto como agressor; o uso de álcool; e a vítima ter entre 6 e 10 anos. Observou-se que o abuso sexual é 1,4 vezes mais provável de ocorrer mais de uma vez (Gawryszewski, et. al, 2012). A repetição da violência acarreta danos psicológicos às crianças e adolescentes, evidenciando-se uma razão de chance de 4,46 de que crianças vítimas de atos de violência de forma recorrente desenvolvam uma comorbidade, como tentativa de suicídio (Platt, 2021). Além disso, observou-se transgeracionalidade da violência, uma vez que é perpetuada dentro do ambiente familiar. Dessa forma, ao sofrer violência repetidas vezes, o indivíduo apresenta maior risco de reproduzi-la em sua função parental (Bérgamo, Bazon, 2011). Não foi possível encontrar estudos na literatura que abordassem o impacto da pandemia da COVID-19 na repetição dos atos de violência, porém é possível inferir que isso tenha ocorrido devido ao isolamento social, que possibilitou maior tempo de contato entre o agressor e a vítima, frequentemente com um vínculo familiar, e na própria residência.

Para o grupo de crianças menores de 1 a 4 anos encontrou-se, no presente estudo, maior número de notificações de violência relacionadas à negligência/abandono, tendo como provável agressor a mãe da vítima. Esses achados são corroborados por outros estudos, que relatam que a negligência/abandono estão mais presentes nas crianças menores, estendendo-se até os 9 anos (Veloso et. al, 2015; Guimarães, 2018; Barcellos et. al, 2021). A negligência está correlacionada às condições socioeconômicas e culturais, sendo necessário refletir a respeito da usual culpabilização dos cuidadores e a intencionalidade desses atos. Segundo estudo de Mata, Silveira e Deslandes (2017), há uma vinculação entre a negligência parental e a negligência estatal. Conforme anteriormente apontado, as desigualdades sociais agravam as condições de vida e de trabalho dos estratos sociais excluídos e vulneráveis levando à culpabilização, evidentemente errônea, da “família pobre”, que detêm menos recursos e em que predomina a falta de acesso para o “cuidado integral” da criança (Mata, Silveira, Deslandes, 2017).

Ademais, o fato de a principal agressora ser a mãe da vítima relaciona-se à função social do papel de mãe que, na ampla maioria das vezes, é a provedora dos cuidados com o lar e da educação dos filhos. Atos violentos como forma cultural de educar podem ser encontrados nesse sentido, a exemplo do ato de bater na criança (Veloso, et. al, 2015; Barcellos, et. al, 2021). Por outro lado, a pandemia de COVID-19 intensificou as desigualdades sociais também em decorrência do impacto econômico, com aumento do número de desempregados e pessoas vivendo a insegurança alimentar e, conseqüentemente, com maior estresse e sofrimento psíquicos dos cuidadores, com progressão da negligência contra as crianças (Rodriguez et. al, 2021). Além disso, é importante destacar que o isolamento social diminui o contato com as redes de apoio da família. Segundo Rodriguez et al. (2020) e Yuma, Orsi, Pena (2021), cuidadores com maior nível de estresse, menor apoio social e nível socioeconômico mais baixo

apresentam maior risco de negligenciar o cuidado com seus filhos. Cabe ressaltar que as mães de crianças de 1 a 5 anos tiveram maior redução da carga horária de trabalho fora do domicílio, em comparação às mães de crianças com maior idade, com possível impacto negativo na renda familiar (Rodriguez, et. al, 2021; Yuma, Orsi, Pena, 2021), o que também repercute no esgarçamento das relações familiares e conflitos domésticos.

Com relação ao achado de prevalência da violência sexual nas crianças de 5 a 9 anos, há estudos que o corroboram (Oliveira et. al, 2020; Barcellos et. al, 2021). Houve predomínio do pai da vítima como provável agressor, em 2019 e 2020, e da mãe em 2021. Platt et al. (2018), Honorato et al. (2018) e Barcellos et al. (2021) afirmam que o pai é o maior responsável pela violência sexual, no Brasil. Outro dado relevante, ainda no Brasil, refere-se ao fato de que os familiares da pessoa atendida são os prováveis agentes da violência em mais de 92,1% dos casos de violência contra a criança (Sena, Silva, Neto, 2018). A violência sexual está associada, assim como outros tipos de violência, às dimensões de gênero, geração e família (Joana, 2012). Cabe ressaltar que a maioria das vítimas de violência sexual são meninas e o agressor é um homem, evidenciando o patriarcado, em que há hierarquia do homem sobre a mulher, que se submete. Também é importante destacar que, no caso da violência contra a criança, a dimensão geracional está pautada na subordinação da criança ao adulto, o qual, frequentemente, faz parte do núcleo familiar da vítima. Nesta situação pode ocorrer ambivalência da representação de cuidador e de abusador (Joana, 2012; Araujo et. al, 2019). Durante o início da pandemia de COVID-19 observou-se aumento no número de: atendimentos de crianças vítimas de abuso sexual, em Marrocos; e crimes sexuais em plataformas digitais contra crianças, no Reino Unido (Harris, Allardyce, Findlater, 2021; Meakaoui et. al, 2021). O cenário de emergência internacional e o emprego do isolamento social para a prevenção da proliferação do vírus foram situações de risco para o aumento do abuso infantil, dado o aumento do contato da vítima com o agressor, frequentemente um membro familiar, com diminuição dos mecanismos de prevenção (Seddighi, et. al, 2019; Meakaoui, et. al, 2021).

Voltando ao presente estudo, no que diz respeito à faixa etária de 10 a 19 anos, verificou-se predomínio da violência física, sendo o agressor a própria vítima, o que é corroborado pela literatura (Ribeiro et. al, 2018; Fattah, Lima, 2020; Rodrigues et. al, 2020). A ocorrência de lesões autoprovocadas possui várias motivações, como a autopunição para alívio do sofrimento psíquico (Fattah, Lima, 2020). Entretanto, é importante considerar a faixa etária e a fase de desenvolvimento da criança e do adolescente. A OPAS/OMS considera a adolescência dos 10 aos 19 anos e o Ministério da Saúde, conforme posto no ECA, dos 12 aos 18 anos (Brasil, 2005). Esta fase corresponde à adaptação do indivíduo em relação às mudanças biológicas, psicológicas e sociais, que também estão condicionadas por sua situação de vida e de

trabalho e das pessoas por eles responsáveis. Evidentemente que os adolescentes também são atingidos pela desigualdade social, por questões de gênero e raciais, e necessitam de apoio psíquico para o enfrentamento de situações não raro desumanas, lembrando que pessoas em maior vulnerabilidade apresentam maior sofrimento psíquico nesta fase (Brasil, 2005; Fattah, Lima, 2020). Veja-se que um estudo demonstrou que há: “*maior prevalência de tentativa de suicídio em mulheres, adolescentes e jovens, pessoas que vivem sozinhas, desempregados e indivíduos com baixa escolaridade*” (Ribeiro et. al, 2018). Na pandemia de COVID-19 houve aumento de admissões em unidade de terapia intensiva pediátrica de adolescentes após tentativa de suicídio e aumento do registro das tentativas de suicídio nas estatísticas policiais (Staúdo et. al, 2022; Valdez-Santiago et. al, 2022). O isolamento social fez decorrer o ensino à distância, diminuição do contato social e incertezas sobre o futuro, com repercussões emocionais nos adolescentes (Staúdo et. al, 2022). Durante 2019 a 2021 observou-se o impacto das restrições sobre a saúde mental de crianças e adolescentes nos Estados Unidos, França e Austrália e nos departamentos psiquiátricos de crianças e adolescentes na Europa (Bruns et. al, 2022).

6. Conclusões

A violência contra a criança e o adolescente é um problema mundial de saúde pública e correlaciona-se ao contexto social, econômico e político, estando presente em todas as civilizações e países, mas manifesta-se desigualmente, com particular ênfase no Brasil, um dos pioneiros da desigualdade social, principalmente no último quinquênio. O presente estudo identificou as características individuais (com predomínio na raça branca, faixa etária de 15 a 19 anos e sexo feminino), características da violência (com predomínio da residência, como local de ocorrência; violência física e a própria pessoa atendida como agressor). Verificou-se prevalência da violência por negligência/abandono nos menores de 4 anos e da mãe da vítima como agressor. Na faixa etária de 5 a 9 anos verificou-se predomínio da violência sexual, tendo o pai como agressor; e na faixa de 10 a 19 anos constatou-se predomínio da violência física, sendo a própria pessoa a autora da violência.

Destaca-se que a grande quantidade de situações de registro da categoria “não se aplica”, ou “ignorados” ou “em branco” pode limitar as interpretações. Por outro lado, alguns dados surpreendem, pois apresentam-se na contracorrente do que historicamente a sociedade brasileira vem vivenciando em termos de violência, que incide, principalmente, em pretos, pardos e indígenas.

A pandemia de COVID-19, no período estudado, acirrou as desigualdades sociais, de gênero e geracionais, com presumível impacto na violência contra a criança e o adolescente. As características analisadas não se limitam a uma única interpretação da violência, mas

requerem uma ampla interpretação na identificação das necessidades das crianças e adolescentes, o que pode contribuir para o planejamento de políticas públicas que visem a redução desse desolador agravamento, a fim de diminuir os riscos de sua perpetuação. A compreensão desse cenário é fundamentalmente relevante para a Enfermagem que, na ampla maioria dos serviços de saúde, é a responsável pela vigilância epidemiológica da violência.

7.Referências:

Aguiar BF, Rozin L, Tonin L. Caracterização da violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2019; 43(1): 180-193

Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018

Améthier S, Kroman SS, Sangaré B, Chérif D, Kouadio FK, Coulibaly D, Béné BVJ. Évolution des violences basées sur le genre lors de l'émergence de la pandémie de COVID-19 dans le Grand Abidjan (mars 2020-mai 2021). *Santé publique*. 2022; 2(2)

Aquino E.M. L., Silveira I.H, Pescarini J.M, Aquino R., Souza-Filho J.A, Rocha A.S, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Rev.Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25.

Araujo G, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches LC. Determinants of child sexual violence in the state of Paraná - Brazil. *Rev Espaço para a Saúde*. 2019; 20(2):42-54.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Sobre a violência contra crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Brasil, 2019.

Barcellos TMT, Góes FGB, Silva ACSS, Souza AN, Camilo LA, Carvalho M, et. al. Violence against children: description of cases in a municipality in the coastal lowlands of Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery* 2021;25(4):e20200485

Bérgamo LPD, Bazon MR. Experiências infantis e risco de abuso físico: mecanismos envolvidos na repetição da violência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011; 24 (4): 710-719.

Brasil. COVID19 - Painel Coronavírus. Atualizado dia 29 de agosto de 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 30 de agosto de 2022. 2022a.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 de jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes. Brasília, 2007

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Trabalho e renda – Censos 1991, 2000 e 2010 – DATASUS - Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/crianpobruf>. Acessado em 30 de agosto de 2022. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Indicadores de saúde: causas externas [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [Acessado em 11 de Maio de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext10sp.def>

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Indicadores de saúde: violência interpessoal/autoprovocada [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [Acessado em 11 de Maio de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10sp.def>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial- Doença pelo Novo Coronavírus Nº128. Semana Epidemiológica 34 (21/08/2022 a 27/08/2022. Brasília, 2022

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva Instrutivo 2016: Instrutivo Notificação de Violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, 2016.

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil, Painel de Indicadores, Desemprego. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [Acessado em 11 de Maio de 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD Painel contínua. [Acessado em 30 de agosto de 2022]. Última atualização dia 12 de agosto de 2022. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>.

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [internet]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da violência 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acessado dia 30 de agosto de 2022. 2021

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. Brasília, 2018.

Brasil. Ministérios da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl1): S13- S27.

Bruns N, Willemsen L, Stang A, Kowall B, Holtkamp K, Kamp O, et. al. Pediatric ICU Admissions After Adolescent Suicide Attempts During the Pandemic. Pediatrics. 2022; 150(2): e2021055973.

Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI). Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil. Brasil, 2020

Davies SE, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. Oxford Academic. 2016, 92 (5); 1041-1060

Dornelles TM, Macedo ABT, Antonioli L, Vega EAU, Damaceno AN, Souza SBC. Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. Esc. Anna Nery, 2021, 25(2); e20200206

Egry EY, Apostólico MR, Pereira TCM. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciênc. saúde colet. São Paulo, 2018, 23 (1): 82-92.

Fattah N, Lima MS. Perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada de 2010 a 2019 em um estado do sul do Brasil. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2020; 16(4): 65-74

Gawryszewski1 VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(6):659-665

Granda E, Breilh J. Saúde na Sociedade. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.p. 40.

Guimarães MR. Criança e adolescência em situação de violência: o desafio da atenção integral e intersetorialidade. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde)-Universidade Federal Fluminense. 2018

Harris M, Allardyce S, Findlater D. Child sexual abuse and Covid-19: Side effects of changed societies and positive lessons for prevention. Crim Behav Ment Health. 2021; 31(5):289-292

Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. The lancet. 2013, 381 (9879): 1783-1787

Honorato LGF, Souza AC, Santos TSR, Lopes OG, Zukowsky-Tavars C. Violence in Childhood and Adolescence: Profile reported in the mesoregion of the Low Amazon. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2018; 70(2): 266-284

Joana JA. A repetição do abuso sexual intrafamiliar infanto-juvenil entre gerações. [Doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012

Macedo CM. Bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária à saúde: Revisão de escopo [Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2019.

Mahlangu P, Gibbs A, Shai N, Machisa M, Nunze N, Sikweyiya Y. Impact of COVID-19 lockdown and link to women and children's experiences of violence in the home in South Africa. BMC Public Health. 2022; 22: 1029

Mata NT, Silveira LMB, Deslandes SF. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. Ciência. Saúde Coletiva. 2017; 22(9)

Mekaoui N, Aouragh H, Jeddi Y, Rhalem H, Dakhama BSB, Karboubi L. Child sexual abuse and COVID-19 pandemic: another side effect of lockdown in Morocco. The Pan African Medica Journal. 2021; 38(57)

Oliveira TRC, Conceição HN, Pereira BM, Oliveira TMP, Moura LRP, Câmara JT. Violência infanto-juvenil: uma análise das notificações no período de 2013 a 2014. Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental. 2021, 13;391-396.

Oliveira YS, Silva DR, Pombo APM, Moura RF. Epidemiologia da violência sexual infanto-juvenil no município de São Paulo. 2020; 23 (271): 5055-5060

Organização Panamericana de Saúde - OPAS. COVID-19 e a violência contra a mulher; O que o setor/sistema de saúde pode fazer. Publicação. 2020b

Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Principais informações. Atualizada em 07 de maio de 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acessado em 07 de maio de 2021.

Organização Panamericana de Saúde-OPAS. Preventing and Responding to Violence Against Children in the Americas. Regional Status Report. Washington; 2020a.

Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Sexual violence against children: authors, victims and consequences. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(4)

Platt, VB. Violência sexual contra crianças em Santa Catarina: características e fatores associados à violência de repetição [Pós-graduação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina; 2021

Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistema de informação em saúde em relação a tentativa de suicídio. *Texto & Contexto - enfermagem.* 2018; 27(2):e2110016

Rodrigues MF, Oliveira PP, Silva HC, Pinheiro, JMC. Suicidal behavior: The epidemiological profile of self-harm in the state of Goiás. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás.* 2020; 6(2):e600003.

Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, Pu DF. The Perfect Storm: Hidden Risk of Child Maltreatment During the Covid-19 Pandemic. *Child Maltreatment.* 2021; 26(2): 139-151

Santarem MD, Marmontel M, Pereira NL, Vieira LB, Savaris RF. Epidemiological Profile of the Victims of Sexual Violence Treated at a Referral Center in Southern Brazil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2020; 42 (09): 547–554.

São Paulo. Governo do estado de São Paulo. Decreto nº64.881, de 22 de março de 2020. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (NovoCoronavírus), e dá providências complementares. In: *Diário Oficial do Estado de São Paulo.* São Paulo; 2020, 130(57):1

São Paulo. Governo do estado de São Paulo. Decreto nº65.867, de 30 de julho de 2021. Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, e dá providências complementares. *Diário Oficial do Estado de São Paulo;* 2021; 131(87):1

Seddighi H, Salmani I, Javadi MH, Seddighi S. Child Abuse in Natural Disasters and Conflicts: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2019; 22(1): 176-185

Sena CA, Silva MA, Neto GHF. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(5)

Silva SBJ, Conceição HN, Câmara JT, Machado RS, Chaves TS, Moura DES, et. al. Perfil das notificações de violência contra crianças e adolescentes. *Revista de enfermagem UFPE online.* 2020, 14; e244171

Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Censo Demográfico de 2010- Famílias e Domicílios. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/amostra-familias-e-domicilios>. Acessado em 30 de agosto de 2022. 2010

Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Epidemiological profile of care for violence in public urgency and emergency services in Brazilian capital, Viva 2014. *Ciênc. saúde colet.*

Souza RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel EJS. Characteristics of child abuse: analysis of compulsory reportings in the state of Paraíba. *Revista Espaço para a Saúde*. 2015; 16(4): 20-28

Stándo J, Czabanski A, Fechner Z, Baum E, Andriessen K, Krysinska K. Suicide and Attempted Suicide in Poland before and during the COVID-19 Pandemic between 2019 and 2021. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19(15): 8968

Tafarello EC. Efeitos diretos e indiretos da pandemia de COVID-19 na saúde das crianças de Franco da Rocha/SP. Trabalho de conclusão de curso: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde. 2021

Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, González-Forteza C, Hermosillo-de-la-Torre AE, Benjet C, et. al. Comparison of suicide attempts among nationally representative samples of Mexican adolescents 12 months before and after the outbreak of the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 298: 65-68

Veloso LUP, Silva LCL, Souza CR, Rodrigues PL. Violence profile in children 0-9 years of age treated in a public hospital. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2015; 4(1): 97-105

VIGISAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. Brasil, 2021.

Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, et. al. Women are most affected by pandemics — lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020: 08 de julho de 2020. Disponível: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02006-z>. Acessado em: 23 de agosto de 2022

World Health Organization - WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) - Dashboard. Última atualização dia 26 de agosto de 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acessado em 29 de agosto de 2022. 2022.

World Health Organization. World report on violence and health. Geneva; 2002. (WHO Technical Report Series).

World Health Organization.COVID-19 Vaccines. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>. Acessado em 02 de março de 2022. 2022b

Yuma P, Orsi R, Pena AA. Adult mental health and child maltreatment: An ecological study across rural–urban and economic continua with implications for post-pandemic human services. *Journal of Community Psychology*. 2021; 50(3): 1773-1786