



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE MEDICINA

SÂMYA MARIA BRITO CARNEIRO

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA NA PANDEMIA DA COVID-19
NO ESTADO DO PARÁ**

BELÉM-PA
2023

SÂMYA MARIA BRITO CARNEIRO

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA NA PANDEMIA DA COVID-19
NO ESTADO DO PARÁ.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para conclusão da graduação em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Dilma Costa de Oliveira Neves.

Co-orientador: Prof. MSc. Ângela Regina Rosa Corrêa Pereira.

BELÉM-PA

2023

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Carneiro, Sâmya Maria Brito.

Análise da violência contra a criança na pandemia da COVID-19 no estado do Pará / Sâmya Maria Brito Carneiro; orientadora Dilma Costa de Oliveira Neves, coorientadora Ângela Regina Rosa Corrêa Pereira. – 2023.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, 2023.

1. Crianças – Maus tratos. 2. COVID-19 (Doença). 3. Violência sexual contra crianças. 4. Epidemiologia – Pará. I. Neves, Dilma Costa de Oliveira, orient. II. Pereira, Ângela Regina Rosa Corrêa. III. Título.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado, primeiramente, a Deus, pela oportunidade da vida, e por permitir que eu chegasse aonde estou hoje e me fornecer as forças necessárias para ultrapassar os desafios e adversidades encontrados ao longo do curso e da confecção deste trabalho.

Aos meus pais, Francisco e Celi, pela possibilidade que me deram de seguir meu sonho, ao meu irmão, Lukas, e aos demais membros da minha família que sempre me amaram, auxiliaram e apoiaram nas situações difíceis e compreenderam meus instantes de ausência nos períodos de dedicação à Medicina.

Ao meu namorado, Felipe, por me acompanhar em todos os momentos e me fornecer o apoio e ajuda necessários, sempre que possível, também pela compreensão nos períodos de afastamento em virtude da faculdade e, principalmente, por me amar incondicionalmente.

Aos amigos, tanto aos pertencentes a esfera da Medicina quanto aos de bagagens anteriores, pelo aprendizado, apoio, companheirismo e experiências que me permitiram crescer como pessoa e profissional.

À minha psicóloga, Tatiana, por me auxiliar na caminhada desde o início do curso, abrindo as portas para que eu lidasse com as minhas emoções interiores e tivesse maior confiança para comigo mesma.

Aos docentes que já tive o privilégio de conviver, pelos ensinamentos, acolhimento e por me guiarem rumo a este ponto.

Dedico-o a todos aqueles que, de alguma forma, tiveram impacto na minha vida acadêmica e contribuíram para a realização deste trabalho, enriquecendo a minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às professoras, Dilma e Ângela, por terem me orientado, pela atenção, conselhos, correções, ensinamentos e dedicação, os quais permitiram não só que este trabalho surgisse, mas também o meu crescimento como futura médica.

À instituição de ensino Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), pela oportunidade de exercer este curso e de contribuir para a pesquisa científica por meio da apresentação deste trabalho, o qual reflete anos de aprendizado.

RESUMO

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2, foi caracterizada por vários eventos estressores com potencial para aumento de chance de violência infantil. **Objetivo:** Analisar a tendência da violência interpessoal/autoprovoçada contra crianças durante o período da pandemia por COVID-19 no estado do Pará. **Metodologia:** Utilizou-se como fonte de dados os registros obtidos a partir do banco de dados do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN), sob a gerência do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), no período de 2018 a 2021. Foram analisadas variáveis referentes à vítima (sexo, idade, cor, escolaridade, tipo de deficiência física/transtorno), à ocorrência (data, município, local, número de vezes em que ocorreu a vitimização, tipo de violência e número de agressores) e ao agressor (relação com a pessoa vitimizada pela agressão e uso de álcool pelo agressor). Foram excluídos os casos com duplicidade, ocorrência em outros Estados, ausência de preenchimento de mais de 50% das variáveis e nos quais houve a impossibilidade de identificação do tipo de agressão. A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa BioEstat 5.3, sendo utilizados a estatística descritiva e para as diferenças entre as proporções dos subgrupos de variáveis o teste não paramétrico Qui-Quadrado de aderência. Foi aceito como nível de significância para as diferenças o valor de $p < 0,05$ ($\alpha=5,0\%$). **Resultados:** Foram notificados 4997 casos de violência interpessoal/autoprovoçada contra crianças no estado do Pará entre os anos de 2018 a 2021, com maior ocorrência em 2021 (33,24%) e na faixa etária de 5 a 9 anos (44,20%), sendo que a maior parte dos casos foi de agressão sexual (65,46%). De 2019 para 2020 houve um decréscimo (16,54%) nas ocorrências, com incremento de 2020 para 2021 (49,63%). As vítimas foram em sua maioria meninas (71,64%), pardas (78,13%), com ensino fundamental incompleto (49,83%) e a maior parte das violações foi no lar (92,34%), sendo causada principalmente por conhecidos. Nos registros de deficiência/transtorno, o “Transtorno Mental” foi o mais presente. Dos agressores envolvidos, a maioria não tinha suspeita de uso de álcool (53,31%) e agiu sozinho (81,55%). A revitimização entre 2018 e 2021 foi equivalente a 63,92%, sendo a maior de violência psicológica (146,66%). Os 10 municípios com maior número de casos (68,14%) foram Belém (34,30%), Ananindeua (7,46%), Altamira (5,40%), Santarém (4,96%), Parauapebas (3,96%), Barcarena (3,30%), Tucuruí (3,00%), Tailândia (2,08%), Abaetetuba (1,92%) e Moju (1,74%). **Conclusão:** A violência sexual destacou-se, predominando em escolares, meninas, de raça/cor/etnia parda e com ensino fundamental incompleto. A deficiência/transtorno mais registrada correspondeu a “Transtorno Mental”. Conhecidos que agiram sozinhos, na residência da vítima e sem suspeita de uso de álcool foram os principais agressores e os casos ocorreram em sua maioria no município de Belém. Houve um incremento dos registros de agressão durante a pandemia da COVID-19. Almeja-se que este trabalho estimule discussões e medidas no meio acadêmico e profissional para a prevenção e combate à violência infantil na área da saúde, de modo a promover a proteção e o cuidado integral a esse público.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis; Pandemia por COVID-19; Sistemas de Informação em Saúde; Violência Sexual; Exposição à violência.

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic was characterized by several stressful events with potential to increase the chance of child abuse. **Objective:** The present work aims to analyze the tendency of interpersonal and self-provoked violence against children during the period of the COVID-19 pandemic in the state of Pará. **Methodology:** Data was obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), under the management of the Department of Epidemiology of Pará Public Health Office (SESPA), in the period from 2018 to 2021, analyzing records referring to the victim (gender, age, color, education, physical disability/disorder), the occurrence (date, city, State, place, number of times the victimization occurred, type of violence and number of aggressors) and to the aggressor (relationship with the victim and use of alcohol by the aggressor). Cases with duplicity, occurrence in other states, failure to fill in more than 50% of the variables and occurrences in which it was impossible to identify the type of aggression were excluded. Statistical analysis was performed using the BioEstat 5.3 program, using descriptive statistics and, for differences between the proportions of subgroups of variables, the non-parametric Chi-square test of adherence for equal expected proportions. A p value < 0.05 ($\alpha=5.0\%$) was accepted as a significance level for the differences. **Results:** There was a number of 4997 cases of interpersonal and self-provoked violence against children in the state of Pará between 2018 to 2021, with a higher occurrence in 2021 (33.24%) and the most affected age group was from 5 to 9 years old (44.20%), with most cases being sexual assault (65.46%). From 2019 to 2020 there was a decrease (16.54%) in occurrences, with an increase from 2020 to 2021 (49.63%). The victims were mostly girls (71.64%), brown (78.13%), with incomplete primary education (49.83%) and most of the violations were at home (92.34%), being caused mainly by acquaintances. In the records of disability/disorder, "Mental Disorder" was the most present. Most of the aggressors had no suspicion of alcohol use (53.31%) and acted alone (81.55%). Revictimization between 2018 and 2021 was equivalent to 63.92%, psychological violence was the highest (146.66%). The 10 cities with the highest number of cases (68.14%) were Belém (34.30%), Ananindeua (7.46%), Altamira (5.40%), Santarém (4.96%), Parauapebas (3.96%), Barcarena (3.30%), Tucuruí (3.00%), Thailand (2.08%), Abaetetuba (1.92%) and Moju (1.74%). **Conclusion:** Most of the violence corresponded to sexual violence, predominating in schoolchildren, girls, of brown race/color/ethnicity and with incomplete primary education. "Mental Disorder" was the most registered disability/disorder. Mostly of the aggressors were acquaintances who acted alone, at the victim's residence and with no suspicion of alcohol use. Most of the cases occurred in Belém. There was an increase of aggression reports during the COVID-19 pandemic. It is expected that this work will stimulate discussions and measures in the academic and professional environment for prevention and fight against child abuse in the health area, in order to promote protection and comprehensive care of this group.

Key words: Child Abuse; COVID-19 Pandemic; Health Information System; Sex Offenses; Exposure to violence.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Distribuição de crianças vítimas de violência segundo a faixa etária e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 22
- Tabela 2 -** Distribuição das crianças vítimas de violência segundo o sexo e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 23
- Tabela 3 -** Distribuição das crianças vítimas de violência segundo a presença de deficiência/transtorno e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridos no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 23
- Tabela 4 -** Distribuição das crianças vítimas de violências segundo a raça/cor/etnia e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 24
- Tabela 5 -** Distribuição segundo a escolaridade e tipos de violência interpessoal/autoprovocada em crianças no estado do Pará, 2018 a 2021. 25
- Tabela 6 -** Distribuição das crianças vítimas de violência segundo o local de ocorrência e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 26
- Tabela 7 -** Distribuição das crianças vítimas de violência segundo a o vínculo/grau de parentesco com a pessoa envolvida e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 27
- Tabela 8 -** Distribuição dos tipos de violências interpessoal/autoprovocada segundo suspeita do uso de álcool pelo agressor ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 28
- Tabela 9 -** Distribuição dos tipos de violências interpessoal/autoprovocada segundo o número de agressores ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021. 28
- Tabela 10 -** Revitimização dos tipos de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças no estado do Pará, 2018 a 2021. 29
- Tabela 11 -** Distribuição segundo os 10 municípios com maior ocorrência de violência interpessoal/autoprovocada em crianças e seu IDHM* no estado do Pará, 2018 a 2021. 29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
1.1	Violência contra à criança	08
1.2	Violência infantil na pandemia da COVID-19	10
1.3	Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA contínuo	10
1.4	Proposta de estudo	11
2	OBJETIVOS	12
2.1	Geral	12
2.2	Específicos	12
3	MÉTODO	12
3.1	Aspectos éticos	12
3.2	Ambiente da pesquisa	13
3.3	Tipo de estudo	13
3.4	População e Local do estudo	13
3.4.1	Critérios de inclusão.....	13
3.4.2	Critérios de exclusão.....	13
3.5	Coleta dos dados e Variáveis do estudo	14
3.6	Apresentação e análise dos dados	19
4	RESULTADOS	19
5	DISCUSSÃO	30
6	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A	42
	ANEXO A	44
	ANEXO B	48

1 INTRODUÇÃO

A violência vem fazendo parte da acentuada mudança no perfil de morbimortalidade nacional desde a década de 80, quando doenças infecciosas deram lugar às enfermidades crônicas e aos agravos típicos dos estilos de vida. Hoje, representa uma das principais causas de mortalidade geral e é a primeira causa de óbito da população de 1 a 49 anos de idade¹.

Entende-se como violência uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação².

Todos os grupos populacionais são vulneráveis à violência. Ela se constitui de um fenômeno que interfere no processo saúde-adoecimento e seu enfrentamento perpassa os espaços de saúde³.

A distribuição da saúde-doença não é aleatória, é associada a posições específicas na coletividade, que por sua vez definem as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos⁴. Fatores socioeconômicos, que compõem os determinantes sociais em saúde, influenciam a ocorrência de agravos e os fatores de risco na população⁵. Os grupos de risco que surgem a partir dessa estratificação são essenciais para a análise das causas e consequências advindas da violência.

1.1 Violência contra à criança

A violência infantil consiste em atos cometidos por uma pessoa ou várias com grau de maturidade física, psíquica e ou sexual mais desenvolvida, contra uma criança, que venha a lhe causar dor, seja ela física, psíquica ou sexual, de forma leve, grave ou gravíssima, podendo chegar à morte. De acordo com sua apresentação, local de ocorrência, agente agressor e vínculo que estes mantêm com a vítima, a violência pode ser dividida em autoprovocada, refere-se àquela na qual o agressor e a vítima são os mesmos, e interpessoal, onde há agressão entre indivíduos, sendo subdividida em violência intrafamiliar/doméstica e extrafamiliar/comunitária⁶.

A violência intrafamiliar/doméstica ocorre quando é exercida por adulto ou adolescente de maturidade física, psíquica ou sexual mais adiantada, na qualidade

de responsável, permanente ou temporário, ou que mantenha com a vítima um laço de parentesco, dependência, coabitação ou submissão. A violência extrafamiliar/comunitária ocorre entre pessoas sem relação pessoal, conhecidas ou não, isto é, não existem relações de parentesco, laços consanguíneos ou vínculos afetivos entre vítima e provável autor(a) da agressão, incluindo também, violência institucional, urbana (ex. violência escolar, violência no trânsito), social e cibernética⁷.

É objeto de notificação “Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.”⁸.

Os tipos de violência interpessoal mais incidentes nas crianças são: sexual, qualquer ação na qual há obrigação de presenciar/participar de alguma maneira de interações sexuais ou de utilizar sua sexualidade, psicológica, qualquer rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança para atender às necessidades psíquicas de outrem ou que coloque em risco/cause dano à sua autoestima, identidade ou desenvolvimento, física, uso da força de forma intencional com o objetivo de ferir, deixando ou não, marcas evidentes, e negligência, caracterizada pela omissão do cuidar. Como resultado das violências intra e extrafamiliares, pode surgir a autoagressão^{6,7}.

Fatores de risco como uso de álcool, isolamento familiar e exclusão social, desemprego e desigualdade econômico-social estão envolvidos no contexto de diferentes tipos de violência. As próprias crianças maltratadas correm maior risco de, na vida adulta, perpetuar tal cenário⁹.

A violência, em todas as fases do desenvolvimento cerebral-mental-emocional, provocará alterações e danos com repercussões negativas na saúde física e emocional e na integração social da criança, podendo ser permanentes⁹.

A história revela como as crianças foram submetidas a atos violentos, os quais foram naturalizados e legitimados em diversas esferas sociais. Por muitos séculos os infantes não ocupavam um lugar privilegiado na sociedade, nem eram reconhecidos como sujeitos em condição de desenvolvimento e, portanto, merecedores de proteção da família, da comunidade e da sociedade¹⁰.

Ainda nos dias atuais, mesmo com a legislação trazendo significativos avanços ao processo de desnaturalização da violência infantil¹¹, muitos pais optam por utilizar esta punição como forma de disciplina de maneira frequente e intensa, com o desejo de que este método obtenha resultados visíveis e imediatos¹². Ademais, a violência é um fenômeno sociocultural, baseado em relações hierárquicas e desigualdades de gênero, étnicas, raciais e geracionais¹³ que se materializam e se reproduzem no ambiente familiar¹⁰.

1.2 Violência infantil na pandemia da COVID-19

Segundo a 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 esteve fora da escola devido ao fechamento das instituições de ensino para a contenção dos casos de COVID-19, gerando sobrecarga de estresse dos pais. A convivência ampliada, especialmente entre famílias de baixa renda vivendo em domicílios pequenos, pode se configurar em fator estressor, facilitando a ocorrência de violência¹⁴.

Devido ao isolamento social houve uma mudança abrupta no estilo de vida. Houve a interrupção por um longo período da convivência presencial em escolas e em estabelecimentos de saúde, isso levou a maiores dificuldades para identificação da violência e auxílio das vítimas¹⁵. Ademais, houve um aumento do desemprego, do consumo de bebida alcoólica e sobrecarga das pessoas com atividades domésticas. Tudo isso culminou com a elevada tensão no ambiente familiar¹⁶.

A pandemia da COVID-19 teve impactos além de sua doença de base, também impactou de modo integral a vida dos indivíduos. Um desses impactos está expresso na violência, a qual como um problema de Saúde Pública, necessita ser compreendida não apenas pelo seu tipo, mas também no contexto no qual se insere e a equipe multiprofissional de saúde surge com o papel de atender as vítimas através da identificação dessa demanda de forma concisa, para que, enfim, o ciclo da violência possa ser rompido¹⁷.

1.3 Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA contínuo

A notificação de um ato de violência pode ser considerada como uma informação emitida pelo setor de saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, com a finalidade de promover cuidados e proteção da criança vítima de maus-tratos¹⁸.

Para registrar os dados dos eventos violentos não fatais e suas vítimas, o Ministério da Saúde (MS) no ano de 2006 implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)¹⁹. Seu objetivo é conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência²⁰.

Esse sistema é formado por dois componentes: a Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e a Vigilância de Violências e Acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). Sendo que o VIVA passou a integrar o SINAN no ano de 2009, com a violência doméstica integrando a lista de notificação compulsória em unidades sentinela²¹. A partir de 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a expansão da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde²⁰. Em 2014²², a partir da nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória os casos de violência sexual e tentativa de suicídio tornam-se agravos de notificação imediata (em até 24 horas) para as Secretarias Municipais de Saúde. Em 2017²³, a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas nos ambientes de saúde públicos e privados tornou-se obrigatória.

O objeto de notificação do Viva Contínuo (VIVA/SINAN) é a violência doméstica e/ou outras violências (como tortura, tráfico de pessoas e intervenção por agente legal) em vítimas de ambos os sexos e todas as idades. Nos casos de violência urbana, não são incluídos homens na faixa etária entre 20 a 59 anos. Os dados coletados por meio das fichas de notificação são digitados no Sinan-Net nas secretarias de saúde de cada município e o banco de dados encaminhado às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que posteriormente encaminham à Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (CGDANT/DANTPS/SVS/MS)²⁴.

1.4 Proposta de estudo

A violência, em sua forma geral, é um tema com discussão escassa durante a formação médica. Existem lacunas na formação acadêmica quanto ao preparo do profissional para enfrentar esse tipo de problema bastante presente em seu ambiente de trabalho²⁵.

Dessa forma o presente estudo pretende contribuir para medidas de solução para este agravo à saúde das crianças, assim como fornecer informações para uso dos estudantes do curso de Medicina e da população em geral. A pesquisa parte da existência atemporal da problemática até o período pós pandêmico da COVID-19.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a tendência da violência interpessoal/autoprovoada contra crianças durante o período da pandemia por COVID-19 no estado do Pará.

2.2 Específicos:

Identificar quais os tipos de violência interpessoal/autoprovoada mais incidentes contra a criança, durante a pandemia.

Analisar o tipo de violência interpessoal/autoprovoada associado ao perfil demográfico e social da vítima.

Relacionar o local de ocorrência com o tipo de violência interpessoal/autoprovoada.

Detectar a relação entre a vítima e o agressor (a) de acordo com o tipo de violência interpessoal/autoprovoada.

Estabelecer a prevalência do uso de álcool pelo agressor.

Identificar a incidência da revitimização e número de agressores.

Relacionar os municípios de maior ocorrência com o IDH-M.

3 MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Este trabalho é parte integrante do projeto de pesquisa “ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PARÁ ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O SETOR SAÚDE”, aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Cesupa, sob o parecer de número 5.373.720, exarado em 27/04/2022 (ANEXO A).

3.2 Ambiente da pesquisa

O Pará, na Região Norte do país, possui área de 1.245.870,700 km², com 144 municípios^{26,27}. Apresenta população estimada pelo IBGE, no ano de 2021, de 8.777.124 habitantes, com densidade demográfica de 7,05 (habitantes/km²)²⁶.

O DATASUS estima que a população de crianças, de 0 a 9 anos, no Pará, no período de estudo, seja cerca de 1.441.971 indivíduos. Entretanto, a estratificação populacional disponibilizada pela plataforma DATASUS é organizada por intervalos de 5 em 5 anos. Assim, o intervalo de 10 a 14 anos não está incluso nesse total, pois este compreende crianças e adolescentes, o que inviabilizou o cálculo da incidência da violência infantil interpessoal/autoprovoada.

3.3 Tipo de estudo

Estudo ecológico de série temporal exploratório o qual avalia a evolução das taxas dos eventos em saúde ao longo do tempo em uma população geograficamente definida e serve para estimar o impacto de intervenção nessa população²⁸.

3.4 População e Local do estudo

A população do estudo consiste em registros de casos de violência interpessoal/autoprovoada contra crianças, ocorridos no estado do Pará e existentes no banco de dados do Sistema de informação dos Agravos de Notificação (SINAN), sob a gerência do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), no período de 2018 a 2021.

3.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os registros de violência interpessoal/autoprovoada contra crianças, de 0 a 12 anos incompletos, existentes no SINAN, ocorridos no estado do Pará no período de 2018 a 2021.

3.4.2 Critérios de exclusão

Como critério de exclusão utilizou-se a duplicidade. Para a análise de duplicidade dos dados as variáveis de bloqueio foram o município de notificação, sexo e nome; e como variáveis de comparação o uso do soundex do primeiro e do último nome e a data de nascimento. Permaneceu no banco as notificações com a mesma data de ocorrência e que apresentaram o mesmo tipo de violência interpessoal/autoprovoada e provável autor da agressão, permanecendo na base o registro mais antigo. Para essa análise foi utilizada a ferramenta “classificar e filtrar” do programa Excel 2019.

Além da duplicidade, também foi procedida a validação dos registros, por meio da análise da completude dos casos notificados. Ademais, foram excluídos os casos com ausência de preenchimento de mais de 50% das variáveis necessárias ao presente estudo e nos quais houve a impossibilidade de identificação do tipo de violência interpessoal/autoprovoada a qual a vítima foi submetida.

3.5 Coleta dos dados e Variáveis do estudo

Após a seleção dos dados estes foram organizados em um banco de dados contendo apenas as variáveis necessárias ao estudo.

A coleta de dados efetuada tomou por base o formulário (APÊNDICE A) que contém as seguintes variáveis:

- a) Dados da vítima: sexo; idade; cor; escolaridade; tipo de deficiência física/transtorno.

As idades disponibilizadas pelo SINAN permitem categorizar as crianças, vítimas de violência, nas seguintes faixas etárias pediátricas: 0 a 4 anos; 5 a 9 anos e 10 a 12 anos.

- b) Dados da ocorrência: data; Estado; município; local; número de vezes em que ocorreu a vitimização; tipo de violência interpessoal/autoprovoada; número de agressores.
- c) Dados do agressor: relação com a pessoa vitimizada pela agressão e uso de álcool pelo agressor (referido pela vítima).

As variáveis extraídas dos registros tiveram as mesmas especificações descritas na ficha de notificação/investigação de casos de violência interpessoal/autoprovoada (ANEXO B).

As definições estabelecidas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁸ foram as utilizadas para as variáveis analisadas, tais como:

- a) Cor da pele: considerada aquela declarada pela pessoa atendida/vítima ou pelos acompanhantes/corpo clínico.
- b) Escolaridade: a declarada pela pessoa atendida/vítima. A classificação obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação. A classificação foi efetuada com base no Quadro 1.

Quadro 1 - Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino

Nomenclaturas anteriores	Nomenclatura atual
1ª a 4ª série incompleta do 1º grau	1º a 9º ano incompleto do ensino fundamental I e II
1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	
5ª a 8ª série incompleta do 1º grau	
5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental	
Primário incompleto	
Ginásio incompleto	1º a 9º ano completos do ensino fundamental I e II
Ginásio completo	
Ensino fundamental completo	
1º grau completo	

Fonte: Ministério da Saúde: Instrutivo Inquérito VIVA p. 36 (2016)

- c) Local de ocorrência de violência interpessoal/autoprovocada em crianças: esta variável está subdividida nas seguintes características:

01 - Residência: lugar utilizado como moradia. Inclui a própria residência da pessoa atendida/vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, namorado(a), do provável autor(a) da agressão(a), outros. Pode ser apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer;

02 – Habitação coletiva: inclui acampamento militar, barracão (acampamento de trabalhadores), instituição de longa permanência para idosos, casa de repouso, casa de estudantes, caserna, hospital psiquiátrico (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima), instituição de acolhimento (abrigo), penitenciária, hospitais colônias, pensionato, unidade socioeducativa, unidade de acolhimento, albergue.

03 – Escola: inclui campus universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil (jardim de infância), e outros espaços de educação.

04 – Local de prática esportiva: inclui campo e escolinhas de atletismo, futebol, golfe, equitação, quadras de basquete, voleibol, pista de patinação, estádio,

ginásio, piscina pública, clube, academia, praça com área de esporte e exercícios físicos.

05 – Bar ou similar: inclui bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows, entre outros.

06 – Via pública: inclui calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos/terminais de ônibus, passarelas, entre outros.

07 – Comércio/serviços: inclui aeroporto, armazém, banco, boutique, shopping center, edifício de escritórios, estação ferroviária/ rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, motel, loja, mercado, posto de serviços para veículos a motor, supermercado, restaurantes, serviços de saúde (hospital).

08 – Indústrias/construção: inclui central elétrica, dependências industriais, dique seco, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, garimpo, plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás etc.

09 – Outro: qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Ex.: açude, lagoa, área de acampamento, área de estacionamento, beira-mar, bosque, campo de treinamento militar, canal, colina, casa abandonada, córrego, curso de água, deserto, sítios, fazendas, pesque-pague, chácaras, matagal, praia, parque de diversões, inclusive os públicos, e outros locais.

99 – Ignorado: quando o local de ocorrência não foi informado pela pessoa atendida/vítima ou seu acompanhante.

- d) Deficiência/transtornos: deficiência enquadra-se nas categorias de deficiência física, intelectual, mental, auditiva, visual, deficiências múltiplas, pessoas com mobilidade reduzida e ostomia. Os transtornos incluem transtornos mentais e do comportamento.
- e) Violência Física (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez 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. Ela pode manifestar-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo ou ferimentos por arma branca.

- f) Violência psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.
- g) Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de: obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminoso; em razão de discriminação racial ou religiosa. Também pode ser o ato de submeter alguém, sob guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.
- h) Violência sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/ constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
- i) Negligência/abandono: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. O abandono é uma forma extrema de negligência.

- j) Trabalho infantil: é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada 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 saudáveis e seguros.
- k) Lesão Autoprovocada: nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou suicídio. Será considerado como tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação.
- l) Tráfico de seres humanos: inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou de outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição ou o trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las.

A alimentação do VIVA contínuo (SINAN) é feita pela Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO B). Esta ficha contém variáveis sobre dados gerais da notificação, identificação e dados de residência da pessoa que sofreu a violência, dados da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da violência/agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso. Foi considerada como violência para o presente estudo a definição da Organização Mundial de Saúde: “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou venha resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou de privação”²⁹.

Os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foram obtidos mediante acesso ao Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento³⁰. O IDHM é um ajuste metodológico do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), adaptado ao Brasil, que avalia os dados de cada município nas mesmas dimensões do IDH. Saúde, educação e renda são as dimensões básicas avaliadas na construção do IDHM³¹ (Quadro 1). São aferidas da seguinte forma: a) saúde pela expectativa de vida ao nascer (longevidade); b) a educação pela educação de adultos (número médio de anos de educação recebidos durante a vida por pessoas a partir de 25 anos) e pela expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar; e c) renda per capita como padrão de vida.

Quadro 2 - Classificação dos municípios segundo os valores do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

IDHM	Classificação
Entre 0-0,499	Muito Baixo Desenvolvimento Humano
Entre 0,500-0,599	Baixo Desenvolvimento Humano
Entre 0,600-0,699	Médio Desenvolvimento Humano
Entre 0,700-0,799	Alto Desenvolvimento Humano
Entre 0,800-1	Muito Alto Desenvolvimento Humano

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019)³²

3.6 Apresentação e análise dos dados

Os dados seguem distribuídos de acordo com os objetivos propostos e foram consolidados em números relativos como proporções e coeficientes e a apresentação feita por meio de gráficos e tabelas.

A análise estatística foi efetuada com a estatística descritiva e para as diferenças entre as proporções dos subgrupos de variáveis se utilizou o teste não paramétrico Qui-Quadrado de aderência (uma amostra) para proporções esperadas iguais. Aceito como nível de significância para as diferenças o valor de $p < 0,05$ ($\alpha=5,0\%$). A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa BioEstat 5.3.

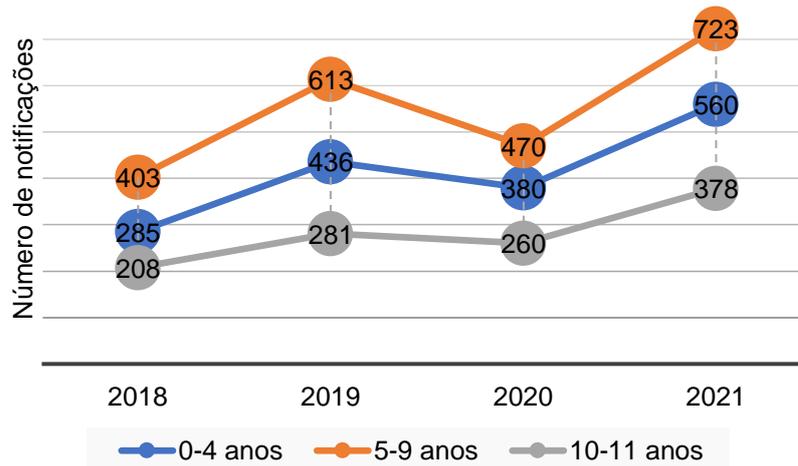
4 RESULTADOS

No período de 2018 a 2021 foram notificados no Sinan 4997 casos de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças no estado do Pará. A maior ocorrência foi no ano de 2021 com 1661 casos registrados, representando 33,24%

(1661*100/4997), seguida de 26,62% (1330*100/4997) em 2019 com, 22,21% (1110/100/4997) em 2020 e 17,93% (896*100/4997) em 2018 (Gráfico 1).

Em relação as faixas etárias (Gráfico 1), os infantes de 5 a 9 anos foram os mais acometidos em todos os períodos, com 2209 casos representando 44,20% (2209*100/4997), seguidos da faixa etária de 0 a 4 anos com 33,23% (1661*100/4997) e 10 a 11 anos com 22,55% (1127*100/4997).

Gráfico 1 - Tendência da violência interpessoal/autoprovocada contra crianças segundo faixa etária no estado do Pará no período de 2018 a 2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Em relação aos tipos de violência, observa-se no gráfico 2, que no período de estudo, houve tendência crescente da violência sexual, com ocorrência compatível com cerca de 65,46% (3271*100/4997) dos eventos. Na estratificação por ano, a violência sexual se sobressai no ano de 2021 com 34,33% (1123*100/3271). Ao se comparar a violência sexual com os outros tipos de violência, esta representa 67,60% (1123*100/1661) das ocorridas em 2021.

Os 34,54% [(4997-3271)*100/4997] restantes, equivalem a outras categorias de violência, tais como a violência física com 21,59% (1079*100/4997), seguida de negligência com 8,73% (436*100/4997), psicológica com 3,42% (171*100/4997), autoprovocada com 0,6% (30*100/4997), tortura com 0,14% (7*100/4997), outros tipos de violência com 0,04% (2*100/4997) e tráfico com 0,02% (1*100/4997). As ocorrências agrupadas como “Outros” foram resultado de situações de sequestro e cárcere privado.

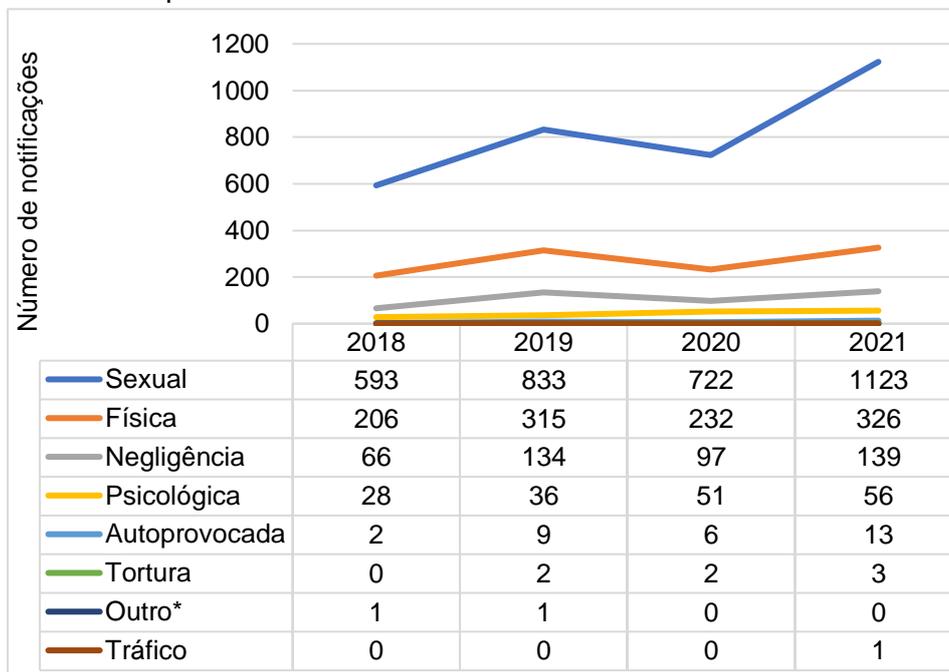
No período de 2018 a 2021 se observa que ocorreram flutuações no quantitativo de notificações. Houve decréscimo de 16,54% [(1110-1330)*100/1330]

do ano de 2019 para 2020 (primeiro ano de Pandemia), enquanto do ano de 2020 para 2021, houve um incremento de 49,63% $[(1661-1110)*100/1110]$.

Com relação aos tipos de violência, no período de transição para a pandemia (2019-2020), houve aumento de 41,66% $[(51-36)*100/36]$ em violência psicológica. Quedas foram observadas em “outro” com 100%, autoprovocada 33,33% $[(9-6)*100/9]$, negligência 27,61% $[(134-97)*100/134]$, física 26,34% $[(315-232)*100/315]$ e sexual 13,32% $[(833-722)*100/833]$. Tortura e tráfico não se modificaram.

Entre os anos de pandemia (2020 a 2021), a alta foi de 116,66% $[(13-6)*100/6]$ na violência autoprovocada, 50% em tortura $[(3-2)*100/2]$, 43,29% $[(139-97)*100/97]$ em negligência, 40,51% $[(326-232)*100/232]$ em física, 35,70% $[(1123-722)*100/722]$ em sexual e 8,92% $[(56-51)*100/51]$ em psicológica. Destaca-se que surgiu caso de “Tráfico” e que “Outro” permaneceu o mesmo.

Gráfico 2 - Tendência dos tipos de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças no estado do Pará no período de 2018 a 2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará
 *Outros: sequestro e cárcere privado

Na tabela 1 há a distribuição dos tipos de violência interpessoal/autoprovocada por faixa etária. A faixa etária mais acometida foi de 5 a 9 anos (44,21%). Em comparação com os outros intervalos de idade, a violência por tortura corresponde a 71,4% $(5*100/7)$, outros tipos de violência 50% $(1*100/2)$, agressão de origem sexual 47,7% $(1561*100/3271)$, física 40,03% $(432*100/1079)$, psicológica 38,01% $(65*100/171)$, negligência 33,02% $(144*100/436)$ e

autoprovocada 3,33% ($1 \cdot 100/30$). Tráfico teve 100% dos casos no grupo de 0 a 4 anos. A faixa etária de 5 a 9 anos tem diferença estatística significativa em relação as demais faixas de idade ($p < 0,0001$), assim como a violência sexual em relação aos demais tipos de violência nas diferentes faixas etárias ($p < 0,0001$).

Tabela 1 - Distribuição de crianças vítimas de violência segundo a faixa etária e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipo de violência/ Faixa etária	0 a 4 anos	5 a 9 anos*	10 a 11 anos	Total	Total (%)
Sexual	855	1561*	855	3271	65,46%
Física	485	432	162	1079	21,59%
Negligência	250	144	42	436	8,73%
Psicológica	68	65	38	171	3,42%
Autoprovocada	0	1	29	30	0,60%
Tortura	1	5	1	7	0,14%
Outro	1	1	0	2	0,04%
Tráfico	1	0	0	1	0,02%
Total	1661	2209	1127	4997	100,00%
Total (%)	33,24%	44,21%	22,55%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará
* $p < 0,0001$ entre as faixas etárias e entre os tipos de violência.

Na tabela 2 pode se observar a relação entre o sexo das crianças e o tipo de violência interpessoal/autoprovocada da qual foram vítimas. As infantas foram as mais afetadas, representando 71,64% ($3580 \cdot 100/4997$) das vítimas, enquanto o sexo masculino correspondeu a 28,34% ($1416 \cdot 100/4997$) das vítimas.

A agressão física foi a que mais acometeu o sexo masculino com 39,26% ($556 \cdot 100/1416$) e o feminino a sexual, com 75,89% ($2717 \cdot 100/3580$). Entre os tipos de violência, o acometimento do sexo feminino é preponderante em tráfico com 100%, tortura com 85,71% ($6 \cdot 100/7$), violência sexual 83,06% ($2717 \cdot 100/3271$), psicológica 71,92% ($123 \cdot 100/171$) e autoprovocada 63,33% ($19 \cdot 100/30$). A agressão física em meninas representou 48,47% ($523 \cdot 100/1079$) dos casos, negligência 43,80% ($191 \cdot 100/436$) e outros tipos de violência 0%. A informação foi registrada como "Ignorado" na ficha de notificação em 1 caso, de violência sexual, apenas, representando 0,02% ($1 \cdot 100/4997$). Ressalta-se que cada menino vítima de violência sexual, corresponde a 5 meninas violentadas sexualmente.

O sexo feminino possui diferença estatística significativa em relação ao sexo masculino ($p < 0,0001$), assim como a violência sexual em relação aos demais tipos de violência nos dois sexos ($p < 0,0001$).

Tabela 2 - Distribuição das crianças vítimas de violência segundo o sexo e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de violência/ Sexo	Masculino	Feminino *	Ignorado	Total	Total (%)
Sexual	553	2717*	1	3271	65,46%
Física	556	523	0	1079	21,59%
Negligência	245	191	0	436	8,73%
Psicológica	48	123	0	171	3,42%
Autoprovocada	11	19	0	30	0,60%
Tortura	1	6	0	7	0,14%
Outro	2	0	0	2	0,04%
Tráfico	0	1	0	1	0,02%
Total	1416	3580	1	4997	100,00%
Total (%)	28,34%	71,64%	0,02%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará.

* $p < 0,0001$ entre os sexos e entre os tipos de violência.

Foram notificados casos nos quais as vítimas apresentavam algum tipo de deficiência/transtorno (Tabela 3). O “Transtorno Mental” foi o mais presente nos registros, com sua ocorrência máxima em violência do tipo sexual.

Alguns dos casos de deficiência/transtorno foram especificados, dentre os citados encontram-se: autismo, Síndrome de Down distúrbios de dicção da fala, cardiopatia, TDAH, depressão, ansiedade, paralisia cerebral, transtornos globais do desenvolvimento, transtorno, F84, neurológico e hiperatividade.

Tabela 3 - Distribuição das crianças vítimas de violência segundo a presença de deficiência/transtorno e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridos no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de violência/ Deficiência/Transtorno	Def. Física	Def. Mental	Def. Visual	Def. Auditiva	Trans. Mental	Trans. Comportamento	de Def. Outros
Sexual	9	12	1	2	29	23	4
Física	4	2	0	0	9	4	2
Negligência	2	1	1	0	1	2	1
Psicológica	1	2	0	0	2	3	0
Autoprovocada	0	1	0	0	4	3	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Na análise da distribuição raça/cor/etnia da vítima (Tabela 4), se observa a predominância de crianças pardas, correspondendo a 78,13% ($3904 \cdot 100 / 4997$) do total de casos, seguida de brancos com 11,97% ($598 \cdot 100 / 4997$), pretos 5,26% ($263 \cdot 100 / 4997$), ignorado 2,88% ($144 \cdot 100 / 4997$), indígenas 1,02% ($51 \cdot 100 / 4997$) e amarelos 0,74% ($37 \cdot 100 / 4997$). A maior presença de infantes pardos se repete nos grupos de todas as outras classificações de agressões, sendo em tráfico 100%, tortura 85,71% ($6 \cdot 100 / 7$), violência física 80,16% ($865 \cdot 100 / 1079$), psicológica 77,77% ($133 \cdot 100 / 171$), sexual 77,68% ($2541 \cdot 100 / 3271$), negligência 77,52% ($338 \cdot 100 / 436$) e autoprovocada 63,33% ($19 \cdot 100 / 30$). A única exceção é relativa a outros tipos de violência, onde representa, do mesmo modo que a raça/cor/etnia preta, 50,0% ($1 \cdot 100 / 2$).

Tabela 4 - Distribuição das crianças vítimas de violências segundo a raça/cor/etnia e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de violência/ Raça/ Cor/Etnia	Branca	Preta	Amarela	Parda	Índigena	Ignorado/ Vazio	Total	Total (%)
Sexual	438	190	28	2541	34	40	3271	65,46%
Física	94	43	7	865	9	61	1079	21,59%
Negligência	33	19	2	338	3	41	436	8,73%
Psicológica	27	5	0	133	5	1	171	3,42%
Autoprovocada	5	5	0	19	0	1	30	0,60%
Tortura	1	0	0	6	0	0	7	0,14%
Outro	0	1	0	1	0	0	2	0,04%
Tráfico	0	0	0	1	0	0	1	0,02%
Total	598	263	37	3904	51	144	4997	100,00%
Total (%)	11,97%	5,26%	0,74%	78,13%	1,02%	2,88%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará.

Quanto a escolaridade das vítimas (Tabela 5), a maioria delas apresentava ensino fundamental incompleto, sendo 49,83% ($2490 \cdot 100 / 4997$), e 8,71% ($435 \cdot 100 / 4997$) foram classificados como analfabetos. As crianças de ensino fundamental incompleto se mantêm predominantes nos grupos acometidos por violência autoprovocada representando 70% ($21 \cdot 100 / 30$), sexual com 56,16% ($1837 \cdot 100 / 3271$), e tortura 42,85% ($3 \cdot 100 / 7$). Os registros de escolaridade ignorados/ não preenchidos/ vazios possuem presença relevante (41,46%), predominando nos grupos de agressão física, negligência e tráfico com 52,08% ($562 / 100 \cdot 1079$), 63,99% ($279 \cdot 100 / 436$) e 100%, respectivamente. Na violência

psicológica e em “outro”, tal variável se iguala aos infantes com ensino fundamental incompleto, sendo ambas com 47,95% ($82 \cdot 100 / 171$) e 50% ($1 \cdot 100 / 2$), respectivamente.

Tabela 5 - Distribuição segundo a escolaridade e tipos de violência interpessoal/autoprovocada em crianças no estado do Pará, 2018 a 2021

Tipos de violência/ Escolaridade	Analfabeto	Ensino Fundamental incompleto	Ignorado/ Vazio/ Não se aplica	Total	Total (%)
Sexual	298	1837	1136	3271	65,46%
Física	96	421	562	1079	21,59%
Negligência	32	125	279	436	8,73%
Psicológica	7	82	82	171	3,42%
Autoprovocada	0	21	9	30	0,60%
Tortura	2	3	2	7	0,14%
Outro	0	1	1	2	0,04%
Tráfico	0	0	1	1	0,02%
Total	435	2490	2072	4997	100,00%
Total (%)	8,71%	49,83%	41,46%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Na tabela 6, observa-se que o local de maior registro de violência interpessoal/autoprovocada foi a residência da vítima, correspondendo a cerca de 92,34% ($4614 \cdot 100 / 4997$) dos casos, seguido de “outro” com 3,22% ($161 \cdot 100 / 4997$) dos locais, via pública 1,94% ($97 \cdot 100 / 4997$), habitação coletiva 0,26% ($13 \cdot 100 / 4997$), escola 0,16% ($8 \cdot 100 / 4997$), bar ou similar 0,06% ($3 \cdot 100 / 4997$) e local de prática esportiva e indústrias/ construção, cada uma com 0,02% ($1 \cdot 100 / 4997$). O local foi ignorado em 1,98% ($99 \cdot 100 / 4997$) dos registros. A ocorrência de agressões/violência na moradia dos infantes se mantém como maioria em todos os tipos de agressões.

Em relação a cada local, a violência sexual correspondeu no local de prática esportiva e indústrias/construção 100% dos registros, “ignorado” 80,80% ($80 \cdot 100 / 99$), “outro” 68,32% ($110 \cdot 100 / 161$), residência 65,86% ($3039 \cdot 100 / 4614$) e habitação coletiva 53,84% ($7 \cdot 100 / 13$). Esse foi o tipo de violência que mais ocorreu em cada local, exceto em bar ou similar, cuja maioria foi de agressão física com 66,66% ($2 \cdot 100 / 3$), e via pública, onde predominou negligência com 35,05% ($34 \cdot 100 / 97$).

Tabela 6 - Distribuição das crianças vítimas de violência segundo o local de ocorrência e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de violência/ Local de ocorrência	Residência	Habitação coletiva	Escola	Local de prática esportiva	Bar ou similar	Via pública	Indústrias/ Construção	Outro	Ignorado	Total	Total (%)
Sexual	3039	7	4	1	1	28	1	110	80	3271	65,46%
Física	1009	4	3	0	2	25	0	27	9	1079	21,59%
Negligência	379	2	0	0	0	34	0	11	10	436	8,73%
Psicológica	150	0	1	0	0	10	0	10	0	171	3,42%
Autoprovocada	29	0	0	0	0	0	0	1	0	30	0,60%
Tortura	5	0	0	0	0	0	0	2	0	7	0,14%
Outro	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,04%
Tráfico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,02%
Total	4614	13	8	1	3	97	1	161	99	4997	100,00%
Total (%)	92,34%	0,26%	0,16%	0,02%	0,06%	1,94%	0,02%	3,22%	1,98%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

O grau de parentesco/vínculo do agressor com a vítima mais referido foi “Conhecido” (Tabela 7), com maior frequência de registro na violência sexual, vindo a seguir outros (740), padrasto (558) e pai (400). Os outros vínculos como “Mãe” e “ex-cônjuge”, tem maior registro, respectivamente, na violência física e psicológica.

Houve a especificação de certos indivíduos, entre os quais: avô, tio, tia, primo (a), marido/companheiro da tia, marido/companheiro da avó, companheira do tio, companheira do ex-cônjuge, companheiro da genitora, padrasto, pai do padrasto, enteado da mãe/pai, amigo do ex-namorado, tio avô, irmão de criação, bisavô, avô do amigo, avô do padrasto, cunhado (a), cunhado da mãe, cunhada da madrastra genitora, conhecido da família, ex-padrasto, filho da madrastra/padrasto, filho do pai, meio-irmão, namorado da mãe, patrão da genitora, pai adotivo, vizinho, ex-genro, fisioterapeuta, padrinho, professor, funcionário da padaria, amigo, médico, neto, padrasto do pai/mãe e pastor.

Tabela 7 - Distribuição das crianças vítimas de violência segundo a o vínculo/grau de parentesco com a pessoa envolvida e tipos de violências interpessoal/autoprovocada ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de Violência/ Grau de Parentesco	Física	Psicológica	Tortura	Sexual	Tráfico	Negligência	Outro
Pai	192	27	4	400	0	104	1
Mãe	351	14	0	83	1	226	1
Irmão(ã)	29	4	0	75	0	21	0
Padrasto	114	13	1	558	0	10	0
Namorado (a)	2	1	0	50	0	0	0
Ex-cônjuge	9	16	0	5	0	0	0
Cuidador (a)	3	0	0	6	0	3	0
Conhecido	80	47	2	1130	0	17	0
Desconhecido	36	6	0	229	0	11	0
Outros	91	19	0	740	0	20	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Dos agressores envolvidos, 53,31% ($2664 \cdot 100 / 4997$) não apresentavam suspeita de consumo da droga lícita (Tabela 8) e 12,11% ($605 \cdot 100 / 4997$) possuíam consumo questionável. A ausência de desconfiança do uso da substância se mantém predominante em todos os tipos de violência interpessoal/autoprovocada. Em tráfico, em 100% dos casos não houve hipótese de uso. O uso de álcool foi tido como suspeito em tortura representando 42,85% ($3 \cdot 100 / 7$), agressão psicológica 21,05% ($36 \cdot 100 / 171$), física 13,99% ($151 \cdot 100 / 1079$), sexual com 11,49% ($376 \cdot 100 / 3271$) e negligência 8,94% ($39 \cdot 100 / 436$).

A resposta ignorada foi assinalada em 34,58% (1728*100/4997) dos registros.

Tabela 8 - Distribuição dos tipos de violências interpessoal/autoprovocada segundo suspeita do uso de álcool pelo agressor ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de violência/ Suspeita de uso de álcool	Sim	Não	Ignorado/ Vazio	Total	Total (%)
Sexual	376	1809	1086	3271	65,46%
Física	151	526	402	1079	21,59%
Negligência	39	201	196	436	8,73%
Psicológica	36	100	35	171	3,42%
Autoprovocada	0	24	6	30	0,60%
Tortura	3	2	2	7	0,14%
Outro	0	1	1	2	0,04%
Tráfico	0	1	0	1	0,02%
Total	605	2664	1728	4997	100,00%
Total (%)	12,11%	53,31%	34,58%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Conforme demonstrado na tabela 9, a maior parte das agressões, 81,55% (4075*100/4997), foi realizada por apenas um indivíduo, 11,15% (557*100/4997) foi causada por dois ou mais. Com exceção da violência causada por tráfico, onde 100% dos casos desenvolveram-se com dois agressores ou mais, todas as outras foram, em maioria, promovidas por uma pessoa apenas. Uma parcela foi registrada como ignorado/vazio (7,30%), sendo dentro de cada classificação: negligência 13,99% (61*100/436), física 12,88% (139*100/1079), sexual 4,76% (156*100/3271), psicológica 4,67% (8*100/171) e autoprovocada 3,33% (1*100/30).

Tabela 9 - Distribuição dos tipos de violências interpessoal/autoprovocada segundo o número de agressores ocorridas no estado do Pará no período de 2018 a 2021

Tipos de violência/ Número de agressores	Um	Dois ou mais	Ignorado/Vazio	Total	Total (%)
Sexual	2849	266	156	3271	65,46%
Física	769	171	139	1079	21,59%
Negligência	272	103	61	436	8,73%
Psicológica	147	16	8	171	3,42%
Autoprovocada	29	0	1	30	0,60%
Tortura	7	0	0	7	0,14%
Outro	2	0	0	2	0,04%
Tráfico	0	1	0	1	0,02%
Total	4075	557	365	4997	100,00%
Total (%)	81,55%	11,15%	7,30%	100,00%	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Na tabela 10 pode-se visualizar a revitimização das crianças por agressões, assim como o incremento desse evento no período pré pandêmico (2018) e durante a pandemia (2021). O incremento total de revitimizações comparando-se os anos de 2018 e 2021 foi de 63,92% $[(818-499)*100/499]$. Dentro de cada tipo de violência interpessoal/autoprovocada, houve crescimento em violência psicológica, sexual e física, sendo, respectivamente, de 146,66% $[(37-15)*100/15]$, 73,25% $[(622-359)*100/359]$ e 26,66% $[(133-105)*100/105]$. Em autoprovocada houve redução revitimizações, de nove em 2019 para cinco em 2021. No caso de tortura houve manutenção de um episódio de revitimização nesses anos. Em negligência, tráfico e outros tipos de agressão, não houve incremento.

Tabela 10 - Revitimização dos tipos de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças no estado do Pará, 2018 a 2021

Tipos de violência/ Ano	2018	2019	2020	2021	Incremento
Sexual	359	441	420	622	73,25%
Física	105	100	105	133	26,66%
Psicológica	15	22	29	37	146,66%
Negligência	20	32	15	20	0%
Autoprovocada	0	9	3	5	-44,44%
Tortura	0	0	1	1	..
Total	499	604	573	818	63,92%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará

Na tabela 11 encontram-se relacionados os municípios do Pará de maior ocorrência de violência infantil interpessoal/autoprovocada e seu respectivo IDHM. Estas 10 localidades equivalem a 68,14% $(3405*100/4997)$ de todos os casos notificados no período de estudo.

Tabela 11 - Distribuição segundo os 10 municípios com maior ocorrência de violência interpessoal/autoprovocada em crianças e seu IDHM* no estado do Pará, 2018 a 2021

(continua)

Municípios	Número de ocorrências	IDHM
Belém (150140)	1714 (34,30%)	0,746
Ananindeua (150080)	373 (7,46%)	0,718
Altamira (150060)	270 (5,40%)	0,665
Santarém (150680)	248 (4,96%)	0,691
Parauapebas (150553)	198 (3,96%)	0,715
Barcarena (150130)	165 (3,30%)	0,662
Tucuruí (150810)	150 (3,00%)	0,666
Tailândia (150795)	104 (2,08%)	0,588
Abaetetuba (150010)	96 (1,92%)	0,628
Moju (150470)	87 (1,74%)	0,547

Tabela 11 - Distribuição segundo os 10 municípios com maior ocorrência de violência interpessoal/autoprovocada em crianças e seu IDHM* no estado do Pará, 2018 a 2021 (conclusão)

Municípios	Número de ocorrências	IDHM
Total	3405 (68,14%)	..

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

* Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

5 DISCUSSÃO

No ano de 2021 a pandemia de COVID-19, no Brasil, teve uma violenta segunda onda, em virtude de novas variantes do vírus (ex. gama, delta e ômicron). Devido ao risco de colapso do sistema sanitário, a restrição de direitos de circulação foi ainda mais reforçada³³. No Pará, tal cenário de sobrecarga foi inevitável³⁴. Nesse mesmo ano ocorreu o maior número de casos de violência interpessoal/autoprovocada contra a criança no Estado (33,24%). No isolamento social, o aumento da convivência (e da demanda), de possíveis tensões dentro do lar, da piora da saúde mental e do consumo de álcool e drogas, assim como a dificuldade em lidar com as responsabilidades parentais e conflitos, tornam casos de agressões mais frequentes^{35,36,37}.

Ademais, a faixa etária dos infantes mais acometidos no período de estudo (Gráfico 1) corresponde aqueles em idade escolar (66,76%). Tal achado pode estar aliado a maior autonomia e deslocamento, desse grupo, quando comparado aos pré-escolares, contribuindo para maior vulnerabilidade e exposição a situações de violência³⁸.

A tendência da violência infantil interpessoal/autoprovocada (Gráfico 2) no Pará no período de transição da pandemia da COVID-19 sofreu um decréscimo entre os anos de 2019 e 2020 (16,54%). Isso pode estar aliado a subnotificação decorrente do isolamento social e despreparo do sistema sanitário frente a um evento de calamidade mundial³⁹. Entre os anos de 2020 e 2021, houve um crescimento (49,63%), resultado correspondente ao aumento também registrado no Brasil em totalidade, com quase 20 mil casos novos de violência contra crianças e adolescentes⁴⁰.

A violência sexual foi a mais registrada nas notificações (Tabela 1), além de estar em maioria em todos os anos e faixas etárias de estudo. O isolamento social estabelecido pela pandemia é preocupante quando relacionado aos casos de violência sexual infantil⁴¹. Uma das principais consequências é o impacto na saúde mental, com o surgimento de, por exemplo, suicídio, transtornos mentais e do comportamento⁴². Ademais, os atos violentos possuem impacto neuronal na criança, influenciando no seu desenvolvimento, podendo contribuir para danos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais¹³.

É evidente a predominância da violência em crianças do sexo feminino. Estudos apontam maior frequência de maus-tratos em meninas^{42,13,17,38} e com a cultura do machismo ainda inserida na sociedade há uma base histórica de privilégios para homens⁴³. Tal achado também é encontrado nos registros deste estudo com 71,64% (Tabela 2). Ressalta-se que os dados colocam a violência sexual como a que mais acometeu esse sexo (75,89%). Comparando-se os sexos, sua ocorrência foi de 83,06% nas meninas, o que também está em concordância com pesquisas como as realizadas pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública³⁹ e pelo Relatório de 2019 do Disque Direitos Humanos⁴³.

O tipo de violência que mais acomete os meninos é a física com 39,26% (Tabela 2). Dos casos de agressão física, 51,52% ocorreram em crianças do sexo masculino. Essa categoria de violência, por deixar lesões no corpo, é mais facilmente detectável. Ademais, embora violências contra meninas sejam mais frequentes, não significa que meninos estejam ilesos, pois há uma ampla estrutura baseada em gênero, medo e vergonha que dificulta revelações de agressões neste grupo⁴².

Entre as vítimas acometidas, observa-se uma parcela com algum tipo de deficiência/transtorno (Tabela 3). Os indivíduos de convivência dessas crianças, especialmente os responsáveis, são mais propensos a alterações emocionais e comportamentais. Entretanto, apenas o estresse psicológico não é fator suficientemente forte para promover situações de maus-tratos, a violência na família de pessoas com deficiência costuma estar associada, também, a pelo menos mais um fator de risco, como aspectos sociofamiliares ou socioambientais, tendo como exemplo isolamento social, enfermidade psíquica e alcoolismo. Além disso, na pandemia, muitos infantes com deficiência possuíam barreiras para a continuidade dos estudos, sobrecarregando ainda mais os familiares. Isso, somado ao contexto já

descrito, levou muitos familiares ou cuidadores a manifestarem níveis elevados de estresse e ansiedade⁴⁴, podendo se apresentar como agressões voltadas à criança¹.

Em todos os tipos de deficiência/transtorno, a maioria teve como registro a ocorrência de violência do tipo sexual. Pesquisas a partir dos dados do Disque 100 apontam que, por questões como falta de informação e de uma rede de apoio, além das exigências de cuidado e estresse dos cuidadores, a negligência é a violação mais frequente nesse grupo^{44,45}.

Na tabela 4, houve predominância de crianças de raça/cor/etnia parda (78,13%). Estudo realizado no Pará, em crianças na primeira infância encontrou resultado semelhante⁴⁶. O baixo percentual de vítimas indígenas (1,02%), em relação a outra raça/cor/etnia, em um Estado onde essa população ocupa mais de 25% do território da Unidade Federativa⁴⁷, pode estar aliado a subnotificação⁴⁸.

A maioria das vítimas apresentava ensino fundamental incompleto representando 49,83% (Tabela 5). Entretanto, houve preenchimento considerável da variável escolaridade como “ignorado/não preenchido/vazio” (41,46%), o que pode ser explicado pela faixa etária dessas crianças, visto que 33,23% dessas vítimas não se encontravam em idade escolar³⁸.

De acordo com o relatório de 2019 do Disque Direitos Humanos, mais de 70% dos casos de violência acontecem na casa da vítima ou do agressor⁴¹. Da mesma forma, os dados registrados apontam que o local de maior ocorrência de agressões é a residência da vítima (Tabela 6).

Também é relevante o grau de parentesco da vítima com o agressor (Tabela 7). Nas fases iniciais da infância (0 a 4 anos), o agressor familiar tem mais influência devido fatores como menor convivência social e maior fragilidade dos infantes nesse período, contribuindo para que a agressão seja utilizada, muitas vezes, como método de educação e disciplina pelos cuidadores. Em fases mais avançadas (crianças de 5 a 11 anos), a frequência em outros grupos sociais e as novas descobertas tornam o menor mais suscetível a violência por pessoas externas, como conhecidos da família³⁸.

A maioria dos agentes causadores da violência interpessoal/autoprovocada não apresentava suspeita de uso de álcool, representando 53,31% (Tabela 8). Além disso, uma porção considerável de registros teve tal informação ignorada (34,58%). Isso se torna relevante, pois, mesmo que grande parte dos agressores não estivessem sob o efeito da substância lícita no momento da hostilidade, o abuso

dessa droga se mostra facilitador para episódios de violência, além de favorecer a repetição de casos^{14,9,49} e, na pandemia da COVID-19, fatores como isolamento social³⁷ e piora de aspectos da saúde mental¹⁶, podem ter estimulado o consumo dessa substância.

Um fator de prognóstico ruim nos casos de violência infantil se trata do número de agressores (Tabela 9). Os dados apontam que a maior parte dos casos foi realizada apenas por uma pessoa. Estudos realizados no Pará⁴⁶ e na mesorregião do Baixo Amazonas⁵⁰ obtiveram achado semelhante.

Quando há repetição do ato de violência pelo próprio agressor ou peregrinação pelos serviços para receber atendimento, ou repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais, há a revitimização⁵¹. A trajetória da violação enfrentada pela vítima passa, muitas vezes, por um longo trajeto composto por Conselho Tutelar, Polícia, Ministério Público, serviços periciais de corpo médico, psicológico e social, até, (em tese) finalmente, chegar ao Judiciário⁵². O atendimento e acolhimento, são ferramentas que podem contribuir para o combate e prevenção da violação sofrida pela vítima⁵¹. Tais estratégias, tiveram sua atuação prejudicada durante a pandemia. Na tabela 10, observa-se que esse evento, do período pré pandêmico para o pandêmico, aumentou em seu número absoluto (63,92%).

Foi possível observar que a capital do estado do Pará, Belém, foi o município onde mais foram registrados casos de violência interpessoal/autoprovocada contra a criança no período entre 2018 e 2021, sendo um total de 1714 casos (34,30%), seguido pela cidade de Ananindeua, que faz parte da região metropolitana de Belém, com 373 casos (7,46%), sendo que juntos somaram 2087 ocorrências, o que representa cerca de 41,76% dos casos registrados em todo o Estado (Tabela 11).

Entretanto, regiões metropolitanas possuem um sistema de saúde com maior quantidade e variedade de redes e equipamentos de atendimento, o que é mais escasso nos demais municípios, o que é, inclusive, um fator a se considerar a respeito das cidades que não se encontram citadas na tabela. Além disso, o IDH é um dos indicadores usados para avaliar o desenvolvimento dos municípios²⁹, e tais cidades possuem um IDHM que é reflexo de tal contexto, classificado como “Alto Desenvolvimento Humano”. Esses fatores podem justificar o elevado número de notificações de violências ocorridas nestes locais⁴⁶.

A cidade de Altamira aparece como representante da Região Xingu⁵³ em 3ª posição no *ranking* (5,40%). Essa posição pode estar relacionada a um contexto histórico. Conforme dados do relatório do Conselho Municipal de Direitos das Crianças e Adolescentes do município, após o empreendimento da Usina Hidrelétrica de Belo Monte, os atendimentos diários do Conselho Tutelar aumentaram em 300%. Para essa problemática, em 2018, o Conselho Nacional de Direitos de Crianças e Adolescentes (CONANDA) estabeleceu a resolução número 215, de 22 de novembro de 2018, que dispõe sobre os Parâmetros e Ações para Proteção dos Direitos das Crianças e Adolescentes no Contexto de Obras e Empreendimentos, estabelecendo um conjunto de parâmetros e ações articuladas para a proteção integral de crianças e adolescentes no contexto de obras e empreendimentos⁵⁴.

Do território do Baixo Amazonas⁵³, o município de Santarém ocupa a 4ª posição com 4,96% casos de violência infantil interpessoal/autoprovoada notificados. A cidade é integrante e possui sede do programa Pro Paz Integrado (PPI), serviço público estadual especializado no atendimento às crianças, adolescentes, mulheres em situação de violência no Pará, o que pode justificar que grande parte das notificações serem oriundas desse município⁵⁰.

Parauapebas, da Região Carajás⁵³, ocupa a 5ª posição do *ranking* (3,96%). No município são registrados cinco casos por semana de violência sexual contra a criança e o adolescente. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) da cidade recebe cerca de 80 casos por mês segundo a Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas). E, em 2019, foram mais de 40 casos recebidos pelo Disque 100⁵⁵.

A Região Tocantins⁵³ é representada pelos municípios de Barcarena, Tailândia, Abaetetuba e Moju, ocupando, respectivamente, a 6ª (3,30%%), 8ª (2,08%%), 9ª (1,92%) e 10ª (1,74%) posições, respectivamente. O Pará é um símbolo da exploração sexual infantojuvenil. Tal cenário tem grande influência do fluxo de balsas que levam caminhões de Manaus a Belém. Caminhoneiros e tripulantes das balsas, nessa região, ficam um período grande sem ter relações sexuais, e, muitos, se tornam clientes e agressores. No asfalto, a exploração infantil se repete mais no território do Baixo Tocantins, impulsionada, também, pela pobreza e famílias disfuncionais⁵⁶.

A cidade de Tucuruí, da Região Lago Tucuruí, surge na 7ª posição da tabela (3,00%). De acordo com dados fornecidos pela Delegacia Especializada no Atendimento a Criança e ao Adolescente DEACA de Tucuruí/PA, em 2020, ano em que pandemia teve maior impacto, foram registrados 87 casos de violência sexual. Em 2021, esta sofreu um aumento de, 73,56%⁵⁷.

Os municípios que não foram citados na tabela 11, apresentam registros de baixos números absolutos de notificações de violência interpessoal/autoprovoçada em comparação aos nomeados. As cidades restantes apresentam IDHM classificado como “Baixo” ou “Muito Baixo” Desenvolvimento Humano³⁰, sendo um reflexo da renda, escolaridade e esperança de vida desses locais, dessa forma, podendo explicar uma possível fragilidade das redes e serviços de saúde, assim como da precariedade da segurança pública e do empoderamento da população a respeito dos direitos da criança.

Como limitações deste estudo, destaca-se a possibilidade de subnotificações estimulada pela sobrecarga do sistema de saúde perante a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2. Ademais, contextos já citados como a falta de um suporte legal e de saúde de algumas localidades do Estado em comparação, por exemplo, com a Região Metropolitana de Belém podem mascarar o real número de ocorrências.

Junto a isso, foram encontrados descuidos de preenchimento dos profissionais responsáveis pelo registro. Alguns equívocos identificados seriam: erros de ortografia, classificação errônea do tipo de agressão e falta de especificação de violências classificadas como “outro”. Ademais, também há um número considerável de informações registradas como “ignorado”. Estes fatores prejudicam o conhecimento da magnitude do problema, bem como o monitoramento e avaliação no sistema de informação³⁸.

6 CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que no estado do Pará, um número relevante de crianças foi vítima de violência interpessoal/autoprovoçada entre 2018 e 2021 e que, durante a pandemia devido a COVID-19, houve aumento nos casos de agressão infantil, sendo a que mais se destacou foi a violência sexual.

Pela análise dos dados, infere-se, também, que crianças em idade escolar foram as que mais sofreram vitimização, sendo que a agressão no sexo feminino superou em grande parte o sexo masculino, houve predomínio da raça/cor/etnia parda e a escolaridade mais registrada foi a de ensino fundamental incompleto. A deficiência/transtorno mais registrada foi “Transtorno Mental”.

A violência ocorreu, principalmente, na residência das crianças. O conhecido da vítima foi o agressor mais prevalente. A maior parte dos casos não teve suspeita de uso de álcool e foi realizada por apenas um agressor. Ademais, houve incremento de revitimizações do período pré pandêmico para o pandêmico e os municípios com maior número de registros tenderam a ser os com maior IDHM do Estado.

Pode-se identificar um ponto de relevância que é a predominância da violência sexual e percebe-se que a questão de sexo é um fator diferencial na agressão durante a infância, pois esse tipo de hostilidade é o mais predominante nas meninas, entretanto, nos meninos, este padrão inverte-se, dando lugar a violência física.

Parte dos dados deste estudo foi obtido em um contexto de calamidade do sistema sanitário durante a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, onde o atendimento e o acolhimento das vítimas de violência infantil foram dificultados, prejudicando tanto o registro de casos como o devido suporte.

Portanto, espera-se que os achados desta pesquisa estimulem discussões e medidas no meio acadêmico e profissional que sejam eficazes para a prevenção e combate à violência infantil na área da saúde, de modo a promover a proteção e o cuidado integral a esse público. Da mesma forma, almeja-se que este trabalho impulse o surgimento e aprofundamento de estudos de temática semelhante.

REFERÊNCIAS

1. Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2020. p. 15; p. 340-341.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002. 5 p.
3. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS de, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 Jun;25(6):2247–2257.
4. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 45 p. Relatório final.
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007 Abr;17(1):77–93.
6. Júnior DC, Burns DAR, Lopez FA. Tratado de pediatria. 5. ed. Santana de Parnaíba: Editora Manole; 2021. p. 385; p. 392-393.
7. Brasil. Lei n. 11.147 de 07 de julho de 2020. Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo, e dá outras providências. Ministério Público do Espírito Santo (2022 jul. 07); Sec. 1, Art. 2º, Incisos VI-VII; XI-XIII.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violência interpessoal e autoprovocada: Instrutivo VIVA. 2ed. Brasília, DF; 2016. 18; 34-36; 39; 50-53; 56-61 p.
9. World Health Organization. International Society For The Prevention Of Child Abuse And Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006. 8-9 p.
10. Teodoro, CC. Criança e adolescente: da invisibilidade social e naturalização da violência à perspectiva da proteção integral. *Humanidades em Perspectivas*. 2020 Ago;2(4):148-162.
11. Bussinger RV, da Silva RS, Costa B de A. O processo de (des)naturalização das práticas punitivas a partir da promulgação do estatuto da criança e do adolescente e da lei 13.010/2014. *Revista da Faculdade de Educação*. 2020 Dec;34(2):243–263.
12. Gavilánez MLM, Allauca VMM, Palacios JFY, Acencio LPE. Estilos de crianca ante la violencia infantil. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*. 2021 Jan;5(1):416–429.
13. Araujo G de, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches L da C. Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*. 2019 Dec;20(2):42–54.

14. Marques ES, Moraes CL de, 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(4).
15. Soares CFS e, Araújo R da S, Estrela FM, Morais AC, Farias RV, Almeida VRS de, et al. Fatores precipitantes e/ou agravantes da violência contra crianças no contexto da COVID-19 / Precipitating and/or aggravating factors of violence against children in the context of COVID-19. *Brazilian Journal of Development*;7(1):9430–42.
16. Pesquisa da Uerj indica aumento de casos de depressão entre brasileiros durante a quarentena [Internet]. UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro [acesso em 24 set. 2022]. Disponível em: <https://www.uerj.br/noticia/11028/>.
17. Cordeiro AF. Crianças e adolescentes em situação de violência doméstica: concepções de uma equipe multiprofissional de um hospital universitário. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 30 out-3 nov 2019; Brasília, BR. Brasília: [s.l.]. 2019. Online.n.p.
18. Souza CE de, Rodrigues ÍFM de M, Zocratto KBF, Oliveira CAS de. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*. 2017 Out;4(1):53–63.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Portaria nº 1.356, 23 de junho de 2006.
20. Vigilância dos Acidentes e Violências [Internet.]. Ministério da Saúde [acesso em: 24 set. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>.
21. Violência Interpessoal/Autoprovocada [Internet]. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [acesso em: 12 set. 2022]. Disponível em: [http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada#:~:text=Sistema%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20Viol%C3%A2ncias%20e%20Acidentes%20\(Viva\)&text=A%20partir%20de%202009%2C%20o,N otifica%C3%A7%C3%A3o%20Compuls%C3%B3ria%20em%20Unidades%20Sentinela](http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada#:~:text=Sistema%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20Viol%C3%A2ncias%20e%20Acidentes%20(Viva)&text=A%20partir%20de%202009%2C%20o,N otifica%C3%A7%C3%A3o%20Compuls%C3%B3ria%20em%20Unidades%20Sentinela).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Portaria nº 1.271, 06 de junho de 2014.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, 28 de setembro de 2017 (Anexo V).
24. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Portaria nº 104, 25 de janeiro de 2011.

25. Da Silva RM, De Arruda CN, Bezerra IC, De Castro PCR, Vieira LJE de S, Cavalcanti LF. Processos Formativos de Enfermeiros com Relação à Violência Sexual contra a Mulher. 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 11-13 jul 2018; Fortaleza: [s.l.]. 2018. p. 1005.

26. PARÁ | Cidades e Estados | IBGE [Internet] [acesso em 11 set. 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/.html>.

27. Pará - Cidades e municípios do Estado de Pará [Internet] [acesso em: 10 out. 2022]. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/estado-para.html>.

28. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. Capítulo 12, Métodos empregados em epidemiologia; p. 269-288.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: MS/CGDI; 2021. 1105 p.

30. IDHM Municípios 2010 | United Nations Development Programme [Internet]. UNDP [acesso em: 22 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-munic%C3%ADpios-2010>.

31. O que é o IDHM | United Nations Development Programme [Internet]. UNDP. 2022 [acesso em: 22 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idh>.

32. Pará | Cidades e Estados | IBGE [Internet] [Acesso em 22 ago 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/.html?>.

33. Sotero APS, Tourinho L de OS, Brito MD, Reis SAR. Pesquisa, ensino e extensão: experiências e transformação profissional em contexto pandêmico. Santa Maria: Arco Editores; 2021. Capítulo 4, A extensão universitária na pandemia do Covid-19: a reinvenção das práticas educacionais; p. 62–79.

34. De Oliveira LG, Miranda NIF, Gonçalves AGF, De Araújo IT, Da Paz COC, Chaves BS de C, et al. Análise do índice inicial de casos de Covid-19 relacionado aos indicadores sociais de saúde no estado do Pará, Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021 Feb;13(2):e4060.

35. Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres humanos. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: A quarentena na Covid-19: orientações e estratégias de cuidado. 2020.

36. Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres humanos. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Crianças na Pandemia Covid-19. 2020.

37. Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres humanos. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Violência Doméstica e Familiar na COVID-19. 2020.

38. Moreira KFA, De Oliveira DM, De Oliveira CAB, De Alencar LN, Órfão NH, Farias E dos S. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2017 Nov; 11(11):4410-4417.
39. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Os registros de violência sexual durante a pandemia de covid-19. v. 15 São Paulo. 2021. 110-117 p.
40. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Maus-tratos entre crianças e adolescentes: perfil inédito das vítimas e circunstâncias desse crime no Brasil. v. 16. São Paulo. 2022. 238-247 p.
41. Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Disque Direitos Humanos. Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos. 2019. 42-67 p.
42. Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Abr;23(4):1019-1031.
43. De Oliveira MCCG, De Freitas DF, De Castro KM, Da Silva GB. Abuso sexual infantil. *Monumenta-Revista Científica Multidisciplinar*. 2020 Jun;1(1):35-44.
44. De Lima M. Um estudo sobre denúncias de violência registradas no disque 100-pessoas com deficiência [trabalho de conclusão de curso]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Faculdade de Psicologia. 2018.
45. De Andrade MTL. A violência contra a pessoa com deficiência: apontamentos a partir dos dados do Disque 100 [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Serviço Social. 2020.
46. Vanzeler JC, Pontes FAR, Veloso MMX, Ramos EMLS. Violência contra crianças na primeira infância: uma análise dos casos notificados no estado do Pará-Brasil no período de 2009 a 2019. *Research, Society and Development*. 2021 Jan;10(1):e33510111839.
47. Nossos Povos [Internet] [acesso em 12 jan. 2023]. Disponível em: <http://ufopa.edu.br/enei2016/nossos-povos#:~:text=Os%20povos%20ind%C3%ADgenas%20ocupam%20mais>.
48. Cabral J, De Freitas HN. Covid-19 e a hipervulnerabilidade dos povos originários: o direito à saúde e a proteção integral da criança indígena. 16ª Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp. 26-30 outubro 2020. Online: Editora Urcamp; 2020. p. 210-216.
49. De Oliveira DB, Da Fonseca GG. Violência Doméstica e as Consequências Psicológicas sobre as Vítimas. *Revista Saúde e Educação*. 2019 Jan;4(1):140-173.
50. Honorato LGF, De Souza AC, Dos Santos TSR, Lopes OG, Zukowsky-Tavares C. Violência na Infância e Adolescência: Perfil notificado na mesorregião do Baixo Amazonas. *Arq. Brasileiro de psicologia*. 2018 mai/ago;70(2):266-284.
51. Lima, RM de A. Revitimização de crianças e adolescentes em contexto de abuso sexual [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Educação. 2022.

52. Gavião, GDN. Depoimento especial: um novo paradigma no enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: a aplicação da metodologia do de no município de Itaqui–RS [tese de mestrado]. São Borja: Fundação Universidade Federal do Pampa, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. 2022.
53. Anexo X Regiões de integração e municípios do estado do Pará [Internet]. [acesso em: 12 jan. 2023]. Disponível em: https://institutoagata.com.br/wp-content/uploads/2018/03/311ef2_4f6c1b6d18d9435d92369582b5ebe8d4-2.pdf
54. De Souza LR. A construção da usina hidrelétrica de belo monte e os seus impactos sociais causados na infância em Altamira. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 30 out-3 nov 2019; Brasília, BR. Brasília: [s.l.]. 2019. Online.n.p.
55. Vale, DM. A violência sexual contra a criança e o adolescente: um estudo sobre o trabalho interventivo do (a) assistente social no Creas–Parauapebas. [trabalho de conclusão de curso]. Parauapebas: Centro Universitário Internacional Uninter, Faculdade de Serviço Social. 2019.
56. Folha de São Paulo. Seminários folha_fórum exploração sexual infantil: Infância vendida [Internet] [acesso em: 14 jan. 2023]. Disponível em: https://documentacao.socioambiental.org/noticias/anexo_noticia/41143_20170525_100951.PDF.
57. O aumento da violência contra crianças e adolescentes no município de Tucuruí durante a pandemia da Covid 19 e as punições na esfera penal aplicada aos agressores [Internet] [acesso em: 15 jan. 2023]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/101704/o-aumento-da-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-no-municipio-de-tucuru-i-durante-a-pandemia-da-covid-19-e-as-punicoes-na-esfera-penal-aplicada-aos-agressores>.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº do registro: _____

1 – Agravo/doença: _____

2 - Data de ocorrência: _____

3 - Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 3. Ignorado

4 - Idade: _____ anos

5 - Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

6 - Escolaridade:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 01) Analfabeto | 07) Ensino médio completo |
| 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF | 08) Educação superior incompleta |
| 03) 4ª série completa do EF | 09) Educação superior completa |
| 04) 5ª à 8ª série incompleta do EF | 10) Não se aplica |
| 05) Ensino fundamental completo | 99) Ignorado |
| 06) Ensino médio incompleto | |

7 – Deficiência/Transtorno:

Tipo de deficiência?	1- Sim	2- Não	8- Não se aplica	9- Ignorado
Física				
Intelectual				
Auditiva				
Visual				
		Mental		
		Transtorno mental		
		Transtorno de		
		comportamento		
			Outras	
			Deficiências/Transtor-	
			nos	

8 - UF de ocorrência: _____

9 - Município de Ocorrência: _____

10 - Local de ocorrência:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 01) Residência | 05) Bar ou similar |
| 02) Habitação coletiva | 06) Via pública |
| 03) Escola | 07) Comércio/serviços |
| 04) Local de prática esportiva | 08) Indústrias/construção |

09) Outro

99) Ignorado

11 - Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

12 - A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

13 - Tipo de Violência: Assinalar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Física	Tráfico de seres humanos
Psicológica / Moral	Trabalho infantil
Negligência/Abandono	Tortura
Sexual	Outros

14 - Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?

Assédio sexual	Pornografia infantil
Estupro	Exploração sexual

15 - Número de envolvidos: 1 - Um 2 - Dois ou Mais 9 - Ignorado

16 - Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida:

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Pai	Desconhecido
Mãe	Cuidador
Padrasto	Pessoa com relação institucional
Madrasta	Policial/ Agente da lei
Namorado(a)	Própria pessoa
Ex-Namorado(a)	Outros
Amigos/conhecidos	

17 - Suspeita de uso de álcool

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PARÁ ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O SETOR SAÚDE

Pesquisador: Dilma Costa Oliveira Neves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56611822.0.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.373.720

Apresentação do Projeto:

A pesquisa em tela intitula-se ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PARÁ ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O SETOR SAÚDE e trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, ecológico de série temporal e exploratório cuja a população amostral será a dos registros de casos de violência doméstica existentes no banco de dados do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) com ocorrência no estado do Pará, no período de 2018 a 2021.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem por Objetivo Primário "Analisar a incidência da violência doméstica durante o período da pandemia da covid-19 nas regiões de saúde do estado do Pará, no período de 2018 a 2021" e por Objetivos Secundários "Relacionar a violência doméstica contra a mulher, durante a pandemia, com o perfil demográfico e social da vítima"; "Relacionar a violência doméstica contra a criança e o adolescente, durante a pandemia, com o perfil demográfico e social da vítima"; "Relacionar a violência doméstica contra a pessoa idosa, durante a pandemia, com o perfil demográfico e social da vítima"; "Descrever o perfil do agressor e as consequências da agressão"; "Relacionar a temporalidade da violência com o grupo populacional estudado"; e "Descrever a

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.060-232

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.373.720

evolução dos casos de acordo com a região de saúde"; e "Identificar a incidência de revitimização".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tratando-se de um estudo com uso de dados secundários oriundos da ficha de notificação preenchida por profissionais de saúde, há risco de obtê-la incompleta, além de erros durante a coleta dos dados gerando alteração de resultado. Além disso, há risco de constrangimento do paciente devido o não cuidado dos registros manipulados pelos pesquisadores podendo as informações pessoais dos envolvidos na pesquisa serem observadas por pessoas estranhas à pesquisa, porém este risco será minimizado pela consolidação dos dados em números absolutos, ou seja, a análise dos dados não será feita individualizada. A aplicação dos critérios de exclusão no banco de dados fornecido pelo Departamento de Epidemiologia será efetuada pela pesquisadora principal. Dessa forma será garantido total anonimato e privacidade dos registros incluídos na análise, minimizado o risco de identificação das vítimas. Além disso, os dados serão consolidados sob a forma de números absolutos, proporções e coeficientes. Logo, o estudo não violará a privacidade dos pacientes envolvidos, conforme determina a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Quanto aos benefícios, os dados a serem expostos são importantes na contribuição das evidências da violência doméstica durante a pandemia, para que o próprio Estado seja capaz de perceber a relevância em meio ao contexto da saúde pública no Brasil. Além disso, a informação proveniente da notificação de Violência Doméstica, pelo setor Saúde, torna-se, ao longo do tempo, elemento fundamental para a construção do perfil da vítima e do provável autor da violência/ agressão, além de subsidiar a proposição de ações assertivas ao enfrentamento deste importante problema de saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Buscando avaliar se houve aumento da incidência da violência doméstica contra a mulher, crianças e adolescentes e idosos, em função do isolamento social imposto pela pandemia de COVID 19, a pesquisa define que a coleta de dados será efetuada mediante o formulário que contém variáveis como Dados da vítima: sexo, idade, cor, escolaridade, ocupação, situação conjugal, relações sexuais; Dados do local de ocorrência: município, local da ocorrência, meio de agressão, tipo de violência; Dados do agressor: número de envolvidos, relação com a pessoa atendida, suspeita do uso de álcool; Temporalidade da ocorrência: dia da semana e hora da ocorrência; Uso de álcool: referido pela vítima; Consequências dos casos de violência sexual e respectivo procedimento; Evolução do caso, entre outras. As variáveis extraídas dos registros terão as mesmas

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963	CEP: 66.060-232
Bairro: São Brás	
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)4009-9100	E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.373.720

especificações descritas na ficha de notificação / investigação de casos de violência doméstica e posteriormente os municípios de ocorrência serão agrupados de acordo com a Região de Saúde de ocorrência do agravos para mapeamento do Estado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória estão contemplados na Plataforma.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa de grande valor social e para a saúde, em condições de ser desenvolvida conforme o Projeto apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1890470.pdf	29/03/2022 22:03:27		Aceito
Outros	TCUD.pdf	29/03/2022 22:02:19	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.PDF	13/02/2022 19:50:24	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.docx	13/02/2022 19:50:05	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VIOL_DOMESTICA.docx	28/01/2022 11:07:16	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Brochura Pesquisa	VIOLENCIA_DOMESTICA.docx	28/01/2022 11:06:49	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Outros	ACEITE_INSTITUICAO_SESPA.pdf	27/01/2022 22:31:27	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Outros	ACEITE_ORIENTADORA.pdf	27/01/2022 22:29:09	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/01/2022 22:25:31	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/01/2022 22:24:35	Dilma Costa Oliveira Neves	Aceito

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963
 Bairro: São Brás CEP: 66.060-232
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)4009-9100 E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.373.720

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 27 de Abril de 2022

Celice B.S.B Pereira

Assinado por:

Celice Cordeiro de Souza
(Coordenador(a))

Prof.ª Dr.ª Celice Cordeiro de Souza
Doutora Em Neurociências e
Biologia Celular

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.060-232

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br

ANEXO B

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09
	3	Data da notificação		
	4	UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		
	7	Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência
	8	Unidade de Saúde	Código (CNEs)	
	10	Nome do paciente		11 Data de nascimento
Notificação Individual	12 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	15	Raça/Cor		<input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	16	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		
	17	Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe	
Dados de Residência	19	UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)
	21	Distrito		
	22	Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	24	Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1
Dados Complementares	27	Geo campo 2		28 Ponto de Referência
	29	CEP		
	30	(DDD) Telefone	31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)
	33	Nome Social		34 Ocupação
Dados da Pessoa Atendida	35	Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	36	Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	37 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40	UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)
	42	Distrito		
	43	Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	45	Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3
Dados da Ocorrência	48	Geo campo 4		
	49	Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52	Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
54	A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da agressão	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4- Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 03.06.2015			