



PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
PROFILE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIMS OF VIOLENCE
PERFIL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Kátia Fernanda Alves Moreira¹, Davisson Michetti de Oliveira², Caio Alves Barbosa de Oliveira³, Lucas Noronha de Alencar⁴, Nathalia Halax Orfão⁵, Edson dos Santos Farias⁶

RESUMO

Objetivos: analisar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violências, bem como identificar os agressores e os principais tipos de violência. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, transversal realizado por meio de um levantamento das variáveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação sobre violência contra crianças e adolescentes. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva no programa Epi Info™, versão 13.0. **Resultados:** verificou-se que 81% das vítimas eram do sexo feminino, adolescentes (76,8%), cor/raça preta (65,8%) e ensino fundamental (51,5%). A violência sexual foi a mais comum (62,9%), tendo amigos/conhecidos como principais agressores (19,9%), principalmente do sexo masculino (74,9%). **Conclusão:** diante de tais achados, é importante repensar as fragilidades existentes e estratégias eficazes a serem implementadas, principalmente quando estes resultados se distanciam do cenário nacional. **Descritores:** Maus-Tratos Infantis, Violência Sexual, Adolescente, Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the profile of children and adolescents victims of violence, as well as identify aggressors and the main types of violence. **Method:** a cross-sectional, descriptive, quantitative study was carried out by collecting variables in the Brazilian Notifiable Diseases Information System (SINAN). Data were analyzed through descriptive statistics using the software Epi Info™, version 13.0. **Results:** 81% of victims were female, adolescents (76.8%), black (65.8%) and had elementary education (51.5%). Sexual violence was the most common (62.9%), with friends and acquaintances being main aggressors (19.9%), mainly males (74.9%). **Conclusion:** considering these findings, it is important to reconsider the existing fragilities and effective strategies to be implemented, especially when these results are removed from the national setting. **Descriptors:** Child Abuse; Sexual Violence; Adolescent; Public Health.

RESUMEN

Objetivos: analizar el perfil de los niños y adolescentes víctimas de violencia, e identificar a los agresores y los principales tipos de violencia. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado mediante relevamiento de las variables en el Sistema de Información de Eventos de Notificación sobre violencia contra niños y adolescentes. Datos analizados por estadística descriptiva en el programa Epi-Info versión 13.0. **Resultados:** se verificó que el 81% de las víctimas eran de sexo femenino, adolescentes (76,8%), de color/raza negra (65,8%) y con escolarización primaria (51,5%). La violencia sexual resultó el más común (62,9%), siendo amigos y conocidos los principales agresores (19,9%), especialmente de sexo masculino (76,9%). **Conclusión:** frente a tales hallazgos, es importante reconsiderar las debilidades existentes y pensar en implementar estrategias eficaces, particularmente cuando estos resultados se distancian de los del escenario nacional. **Descriptores:** Maltrato a los Niños; Violencia Sexual; Adolescente; Salud Pública.

^{1,5}Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.. E-mail: katiaunir@gmail.com; nathaliahalax@gmail.com; ^{2,3,4}Discentes de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.. E-mail: davissomichetti@gmail.com; caioalvesb@gmail.com; lucasnoronha_alencar@hotmail.com; ⁶Profissional de Educação Física, Professor Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Educação Física, Fundação Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.. E-mail: esfarias@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A violência é definida como um ato que através do uso da força contra um ou vários indivíduos causa ou possa causar lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação de desenvolvimento.¹ Essa, por sua vez, é dividida em diferentes formas, tais como: **violência física**, quando há uso de força física de maneira intencional para punir e/ou ferir; **violência psicológica**, que é toda forma de desrespeito ou discriminação e que causa dano à autoestima ou identidade; **violência sexual**, em que uma pessoa obriga a outra, seja por meio de influência física ou psicológica, a desenvolver práticas sexuais contra sua própria vontade, variando do exibicionismo ao ato sexual em si; e a **negligência**, que é a omissão de atividades essenciais para o desenvolvimento biopsicossocial, sendo o abandono sua forma mais extrema.²⁻⁴

O aumento dos diversos tipos de violências se configura como uma importante questão de saúde pública, principalmente quando se pensa nos traumas físicos e psíquicos sofridos pelo indivíduo, os quais requerem atendimento em todos os níveis de saúde, e consequentemente demandam maiores investimentos no setor⁵. A vulnerabilidade e dependência de crianças e adolescentes propicia o advento de todas as formas de violências, principalmente em meios de menor nível socioeconômico, afetando não apenas o indivíduo, mas também os contextos familiar e ambiental nas quais está inserido.⁶

O tipo de violência pode variar de acordo com o período de crescimento do usuário. Durante a infância, a violência familiar é predominante, principalmente devido à maior fragilidade das crianças e ao fato de ser utilizada como método de resolução de conflitos ou educação pelos cuidadores. Na adolescência, existe maior susceptibilidade ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, uso de armas e convívio em grupos sociais não sadios, até mesmo pela característica do processo de descoberta, mudanças comportamentais, relacionamentos intensos, aceitação pelos grupos e construção da identidade, sendo as violências física e sexual mais evidentes.⁷

Desde 1996, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a violência como o problema de saúde pública que mais crescia, através da resolução WHA49.25⁸, o Brasil criou leis e políticas públicas de encontro às violência contra crianças e adolescentes, bem como o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) em Serviços Sentinelas, voltado para a vigilância e investigação

através da notificação em ficha própria⁹, e a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Famílias em Situação de Violências.¹⁰

Assim, o tema ganhou maior visibilidade e atenção da sociedade, porém, ainda se observa a necessidade de consolidar uma rede de apoio intersetorial efetiva que possa tratar o usuário e identificar os fatores de risco que ocasionaram tal violência, identificando as fragilidades das políticas já existentes e a criação de novas estratégias de prevenção e promoção de casos de violência contra crianças e adolescentes.⁷

No ano de 2014, foram registrados 9.347 episódios de violência contra crianças e adolescentes em toda a região Norte, sendo o estado de Rondônia responsável por 348 (3,72%) casos, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com aumento gradativo da violência nesta faixa etária ao longo dos anos.¹¹

Considerando a vulnerabilidade sociocultural a que crianças e adolescentes estão expostos, a falha no cumprimento de leis e estatutos voltados a essa população, a fragilidade dos serviços públicos de saúde em acolher e acompanhar vítimas de violência, e a fragilidade das notificações, este estudo torna-se importante ferramenta para ampliar o entendimento e discussão dessa temática, uma vez que são incipientes os estudos sobre violências nesse segmento populacional em Porto Velho.

OBJETIVOS

- Analisar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violências.
- Identificar os agressores e os principais tipos de violências.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, no município de Porto Velho, durante o período de 2011 a 2015, por meio de um levantamento dos registros realizados no SINAN, fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia (SESAU).

Para este estudo, considerou-se o conceito de criança como aqueles com idade inferior a 10 anos e adolescente como aqueles entre 10 e 19 anos, conforme estabelece a OMS.¹²

Para tal, foram levantadas as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, cor/raça, tipo de violência, perfil e relação do agressor com a criança ou adolescente, bem como as características assistenciais à vítima.

Os dados foram analisados por meio de

estatística descritiva no programa Epi Info™, versão 13.0.

Este estudo faz parte do projeto matriz intitulado “Estudo sobre morbidades em Rondônia”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia-UNIR (CEP/UNIR) (CAAE 46586315.9.0000.5300) e parecer número 1.205923, conforme a resolução 466/2012.

RESULTADOS

Verificou-se que houve um aumento no número de casos, variando de 45 (9,3%) em 2011 para 225 (46,7%) no ano de 2015 (Tabela

Tabela 1. Distribuição dos dados sociais das vítimas de violência, de acordo com o ano de notificação (2011 a 2015), no município de Porto Velho. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.

Variáveis observadas	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	45	9,3	58	12,0	52	10,8	102	21,2	225	46,7	482	100,0
Sexo												
Feminino	42	8,7	49	10,2	48	10,0	78	16,2	177	36,7	394	81,7
Masculino	3	0,6	9	1,9	4	0,8	24	5,0	48	10,0	88	18,3
Faixa etária (anos)												
< 1 ano	1	0,2	1	0,2	-	-	1	0,2	8	1,7	11	2,3
1 - 4 anos	1	0,2	5	1,0	4	0,8	19	3,9	19	3,9	48	10,0
5 - 9 anos	4	0,8	5	1,0	9	1,9	5	1,0	30	6,2	53	11,0
10 - 14 anos	28	5,8	29	6,0	22	4,6	45	9,3	99	20,5	223	46,3
15 - 19 anos	11	2,3	18	3,7	17	3,5	32	6,6	69	14,3	147	30,5
Cor/ Raça												
Negra*	28	5,8	36	7,5	34	7,1	74	15,4	145	30,1	317	65,8
Branca	3	0,6	13	2,7	9	1,9	13	2,7	63	13,1	101	21,0
Indígena	1	0,2	-	-	-	-	5	1,0	2	0,4	8	1,7
Amarela	-	-	1	0,2	1	0,2	1	0,2	-	-	3	0,6
Ignorado	13	2,7	8	1,7	8	1,7	9	1,9	15	3,1	53	11,0
Escolaridade												
Ensino Fundamental	22	4,6	28	5,8	23	4,8	56	11,6	119	24,7	248	51,5
Ensino Médio	5	1,0	7	1,5	6	1,2	5	1,0	10	2,1	33	6,8
Ensino Superior	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2	1	0,2
Ignorado	16	3,3	16	3,3	17	3,5	18	3,7	54	11,2	121	25,1
Não se aplica	2	0,4	7	1,5	6	1,2	23	4,8	41	8,5	79	16,4

*Inclui cor/raça preta e parda. Fonte: SINAN/SESAU-RO, 2017

No que concerne ao tipo de violência, nota-se que 62,9% sofreram violência sexual, seguido por física (34,0%) e psicológica/moral (22,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Tipo de violência realizada contra crianças e adolescentes no período de 2011 a 2015 em Porto Velho. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.

Variáveis observadas	N	%*
Violência Sexual	303	62,9
Violência física	164	34,0
Violência psicológica/Moral	108	22,4
Violência Negligência/Abandono	45	9,3
Lesão autoprovocada	37	7,7
Outras Violências	28	5,8
Violência Tortura	14	2,9
Violência Infantil	5	1,0
Violência Financeira/Econômica	2	0,4
Violência Intervenção Legal	1	0,2

*O cálculo de porcentagem foi feito individualmente, pois um mesmo indivíduo pode ter sofrido mais de um tipo de violência. Fonte: SINAN/SESAU-RO, 2017

A respeito dos possíveis agressores, esses eram amigos/conhecidos (19,9%), desconhecidos (19,1%) ou namorado/ex-namorado do cuidador (14,5%), sendo estes do

sexo masculino (74,9%), não fizeram uso de bebida alcoólica (45,2%). Ainda que 34,5% dos casos tenham sido ignorados (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos dados dos possíveis agressores de crianças e adolescentes, no período de 2011 e 2015, no município de Porto Velho. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.

Variáveis observadas	N	%
Possível agressor		
Amigos/conhecidos	96	19,9
Desconhecidos	92	19,1
Namorado/ex-namorado	70	14,5
Pai	47	9,75
Mãe	38	7,9
Padrasto	30	6,2
Própria pessoa	28	5,8
Cônjuge	21	4,4
Irmão	12	2,5
Outros*	48	10,0
Sexo do agressor		
Masculino	361	74,9
Feminino	52	10,8
Ambos os sexos	31	6,4
Ignorado	38	7,9
Uso do álcool		
Não	218	45,2
Sim	98	20,3
Ignorado	166	34,5

*Os casos em que houve situação de abandono, negligência ou maus tratos por parte dos cuidadores foram caracterizados como “ambos os sexos”. **Fonte:** SINAN/SESAU-RO, 2017

Dentre as principais condutas assistenciais realizadas nas vítimas de agressão no período, houve a coleta de amostras sanguíneas

(34,4%), profilaxia contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) (26,6%), HIV (20,7%) ou hepatite B (17,6%) (Tabela 4).

Tabela 4. Condutas assistenciais realizadas com as crianças e adolescentes vítimas de violência, entre 2011 e 2015, no município de Porto Velho. Porto Velho (RO), Brasil, 2015.

Variáveis observadas	N	%*
Coleta de sangue	166	34,4
Profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis	128	26,6
Profilaxia contra HIV	100	20,7
Profilaxia contra hepatite B	85	17,6
Contraceptivo de emergência	66	13,7
Coleta de secreção vaginal	7	1,4
Aborto previsto em lei	6	1,2
Coleta de sêmen	4	0,8

*O cálculo de porcentagem foi feito individualmente, pois um mesmo indivíduo pode ter recebido mais de uma conduta assistencial. **Fonte:** SINAN/SESAU-RO, 2017

DISCUSSÃO

Nos anos estudados, notou-se um aumento gradual nas notificações das violências contra crianças e adolescentes. Isso não reflete, necessariamente, aumento de casos, mas possivelmente maior sensibilização dos profissionais no preenchimento das fichas de notificação.

Neste estudo, o sexo feminino foi predominante entre as vítimas. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa que objetivou caracterizar as notificações de violência contra crianças no

município de Ribeirão Preto-SP¹³. Por outro lado, o sexo masculino se mostrou como possível agressor, o que pode ser justificado pelas relações de gênero fruto da cultura patriarcal, em que as relações de posse e poder do homem se convertem em desigualdades e dominação desse nos diversos cenários e faixas etárias.

Um estudo realizado no município de Volta Redonda-RJ apontou que as idades das vítimas eram de crianças de 7 a 10 anos (24,7%) e adolescentes de 14 a 18 (25,7%)¹⁴, concordando com a faixa etária desta pesquisa, que aponta que crianças e

Moreira KFA, Oliveira DM de, Oliveira CAB de et al.

Perfil das crianças e adolescentes vítimas de...

adolescentes jovens de 10 a 19 anos estão entre as principais vítimas de violências.

O preenchimento da variável escolaridade como “não se aplica” (16,4%) pode ser explicado pela faixa etária dessas crianças, visto que 12,3% dessas vítimas não se encontravam em idade escolar.

Em uma pesquisa realizada em Araçatuba-SP entre 2008 e 2012, foi encontrado predomínio da cor/raça branca (64,74%) quando comparado à preta (3,92%)¹⁵, divergindo dos achados deste estudo (21,0% e 65,8%, respectivamente), o que pode demonstrar as diferenças sociais e de perfis das populações entre os estados.

Um estudo sobre o atendimento de emergência infantil por violência em todas as capitais brasileiras aponta que 85,5% das vítimas sofreram violência física. Em contrapartida, apenas 2,5% dessas crianças foram atendidas em unidades de emergência devido à violência sexual¹⁶. Esses resultados diferem desta pesquisa, em que 62,9% foram violentadas sexualmente e 34% sofreram violência física.

No período de agosto de 2006 a julho de 2007, em 27 municípios brasileiros, a violência sexual foi a primeira causa de atendimentos de crianças nos serviços de saúde. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 (44%) foram por violência sexual, seguida da violência psicológica (36%), negligência (33%) e violência física (29%)¹⁷. Esses dados mostram que a realidade atual de Porto Velho é similar aos dados nacionais de uma década atrás, evidenciando grande vulnerabilidade das crianças e adolescentes no município de estudo.

Uma parcela dos agressores foi caracterizada como “namorados/ex-namorados”, demonstrando a subordinação vivida pelas adolescentes, fruto dos papéis tradicionais de gênero. O período de descoberta na adolescência favorece o acometimento das violências sexuais, pois a imaturidade sentimental torna as agressões toleráveis por promover uma visão romantizada do parceiro, disposição intensa de confiança, insegurança no relacionamento e percepções errôneas acerca de ciúmes¹⁸. Além disso, frequentemente, as violências permanecem veladas por medo de represálias, pela usuária não considerar o comportamento abusivo grave ou até mesmo por proteção a seus companheiros¹⁹.

Quando a violência sexual é acompanhada da física, pode-se inferir que a segunda ocorre pela resistência da vítima ao ato. Apesar das faixas etárias, a ocorrência em adolescentes

não difere daquela em adultos quanto ao reflexo nas sequelas físicas e mentais possivelmente firmadas, que podem tornar-se fator de risco para o acometimento de violências no futuro. É necessária atenção diferenciada a esse público devido às suas especificidades.²⁰

A agressão física foi vista como um dos métodos punitivos para educar os filhos ao longo de muitos anos, tornando-se assim um fenômeno comum e aceitável por grande parte da sociedade.²¹⁻² Com o intuito de evitar essas agressões no processo de criação das crianças, criou-se a Lei da Palmada nº 7672/2010, que garante a criação das crianças e adolescentes sem o uso da violência física.²³

A violência psicológica/moral aparece, muitas vezes, junto com outros tipos. Sabe-se que esses danos psicológicos repercutem negativamente na formação da personalidade adulta destes indivíduos, visto que a infância e adolescência são fases da vida de grandes transformações biopsicossociais.²⁴⁻⁵

Os possíveis agressores se revelarem como “amigo/ conhecido” se justifica pela proximidade com a família, fácil acesso ao ambiente da criança e adolescente, e conseqüentemente, maior susceptibilidade desses à ocorrência do ato²⁶. Além disso, esse fato pode estar associado à faixa etária encontrada neste estudo, na medida em que, quando criança, os familiares são os principais agentes e na adolescência ocorre uma mudança pela qual os jovens passam a frequentar outros grupos sociais que, em associação ao seu processo de descoberta e aceitação, torna-os mais suscetíveis à violência.²⁷

Considerando apenas a violência intrafamiliar, estudos indicam a mãe como principal agressora, seguida pelo pai^{19,25}, diferente dos resultados encontrados neste estudo. Esse tipo de violência acomete mais as crianças, pois, na maioria das vezes, ocorre a reprodução de hábitos culturais passados de pais para filho, na ótica de medidas corretivas e/ou educadoras, costumes que mesmo de forma ingênua ocasionam danos à saúde das crianças e adolescentes e perpetuam o exercício da violência.²⁸

Apesar de a maioria dos agentes alegar não estar sob o efeito do álcool no momento da agressão, o abuso desse se mostra como fator facilitador para episódios de violência, além de favorecer a repetição dos casos.¹⁴

Em relação às condutas assistenciais realizadas, essas estão associadas ao principal tipo de agressão encontrada neste estudo, a violência sexual. Tais medidas foram

preconizadas pela norma técnica do Ministério da Saúde do ano de 1998, com atualização em 2012, e visa garantir o direito da assistência integral às vítimas de abuso¹⁷. Em contato com secreções, o tratamento profilático antes de 72 horas do ocorrido é essencial para sua eficiência, e o acompanhamento se faz igualmente necessário na detecção de outros agentes, como a herpes simples e o papilomavírus humano.²⁹

CONCLUSÃO

A violência se traduz em um forte estressor em relação ao processo normal de crescimento e desenvolvimento, devendo ser considerada em sua totalidade. Nesse sentido, compreender o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como os principais tipos e quem eram seus agressores, permite repensar as fragilidades existentes e estratégias eficazes a serem implementadas, principalmente quando esses resultados se distanciam do cenário nacional.

Como limitação desse estudo, destaca-se o sub-registro com elevados percentuais, o qual prejudica o conhecimento da magnitude do problema, bem como o monitoramento e avaliação no sistema de informação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2017 Mar 04]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
2. Ubeda EML, Ferriani MGC. A violência contra a criança e o adolescente. In Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubeda EML. Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB Editora, p. 105-104, 2008.
3. Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. 3rd ed. Curitiba, 2008 [cited 2017 Mar 06]. Available from: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?id=861>
4. Albuquerque LM, Carvalho CMG, Apostólico MR, Sakata KN, Cubas MR, Egly EY. Nursing Terminology defines domestic violence against

children and adolescents. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 may/june [cited 2017 Mar 06];68(3):393-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0452.pdf>

5. Bezerra KP, Monteiro AI. Family violence against children: intervention of nurses from the Family health strategy. Rev RENE [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 16]; 13(2):354-64. Available from: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/3926/3115>

6. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. The vulnerabilities in childhood and adolescence the Brazilian public policy intervention. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2013 june [cited 2017 Jan 26];31(2):258-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/19.pdf>

7. Moreira DP, Vieira LJES, Pordeus AMJ, Lira SVG, Luna GLM, Silva JG, Machado MFAS. Exposure to violence among adolescents in a low-income community in the northeast of Brazil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 16];18(5):1273-1282. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/12.pdf>

8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, OMS [Internet]. 2002 [cited 06 Mar 2017]. Available from: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>

9. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1356, de 23 junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Transportes em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2017 Jan 16]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf

10. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 Jan 26]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf>

11. Barbosa LV, Melo Soares ACC, Cruz KVA, Sailva RA. Characterization of sexual violence in children in the city of Aracaju/SE. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 27];1(2):09-20. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/357>
12. World Health Organization (WHO). Young people's health - a challenge for society Report of a Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000, Technical Report Series, nº 731. Geneva: World Health Organization; 1986 [cited 2017 Feb 27]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Câmara dos Deputados. Regulamenta a Lei 7.672, sancionada em 4 de junho de 2014, a qual dispõe acerca da proibição do uso de castigos físicos ou tratamentos cruéis ou degradantes na educação de crianças e adolescentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Feb 17]. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>
14. Ministério da Saúde (BR). Doenças e agravos de notificação (SINAN). Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Rio de Janeiro; 2015 [cited 04 Mar 2017]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>
15. Chacham AS, Jayme JG. Gender violence, social inequalities and sexuality: The experiences of Young women in Belo Horizonte. *Civitas - Revista de Ciências Sociais* [Internet]. 2016 jan-mar [cited 2017 Feb 18]; 16(1):1-19. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/21760/14418>
16. Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Characteristics of the notification of violence against children in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 Oct/Dec [cited 2017 Jan 15];25(4):799-806. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400799&lng=en&nrm=iso
17. Frota MA, Lima LB, Oliveira MGP, Nobre CS, Couto CS, Noronha CV. Materna perspective about the repercussion of domestic violence against children in human development. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*

- [Internet]. 2016 May/Aug [cited 2017 Feb 18]; 6(2):2180-89. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/976/1101>
18. Fukumoto AECG, Corvino JM, Olbrich Neto J. Profile of the aggressors and the children and the adolescents victims of sexual violence. *Rev Ciênc Ext* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 12];7(2):71-83. Available from: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/%20view/475/611
19. Garbin CAS, Gomes AMP, Gatto RCJ, Garbin AJL. A cross-sectional study of five years of reporting on violence against children and adolescents in Araçatuba - São Paulo. *J Health Sci* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 17];108(4):273-7. Available from: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3293/3403>
20. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Treatment of childhood injuries and violence in public emergency services. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 May [cited 2016 Dec 16]; 31(5):1095-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500020&lng=en&nrm=isso
21. Nelas PA, Chaves C, Coutinho E, Cruz C, Amaral O. Violência no namoro, adaptabilidade e coesão familiar em estudantes do ensino superior. *INFAD revista de Psicología* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 28]; 2(1):357-364. Available from: <http://infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/234/242>
22. Oliveira RNG, Gessner R, Brancaglioni BCA, Fonseca RMGS, Egry EY. Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 Feb [acesso 2017 Feb 28]; 50(1):134-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100134
23. Paiva RLS, Zamora MHRN, Vilhena J, Silva SG. Violence, delinquency and antisocial tendency. The experience of treating children victimized by violence in a slum in Rio de Janeiro. *Estud pesqui psicol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];15(3):891-915. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsia/article/view/19418>
24. Patias ND, Siqueira AC, Dias ACG. Hitting does not educate! Coercive parental education practices and their repercussions in the school context. *Educ Pesqui* [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2017 Jan 16]; 38(4):981-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n4/13.pdf>

25. Pinto Junior AA, Borges VC, Santos JG. Characterization of child abuse and intervention strategies in a city of Rio de Janeiro state, Brazil. *Cad saúde colet* [Internet]. 2015 [cited 28 Jan 2017]; 23(2):124-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-124.pdf>
26. Schwartz JA, Beaver KM, Barnes JC. The association between mental health and violence among a nationally representative sample of college students from the United States. *Rev PLoS ONE* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 14]; 10(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4596576/?tool=pubmed>
27. Waiselfisz J. J. Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos (CEBELA), 1st. ed. Rio de Janeiro; 2012 [cited 2017 Mar 10]. 84 p. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf
28. World Health Organization (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731 [Internet]. Geneva: WHO. 1986 [cited 2017 Feb 27]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>
29. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, Munari DB. Violence against children and adolescents: meanings and attitudes by family health strategy teams. *Cienc enferm* [Internet]. 2012 Ago [cited 2017 Feb 08]; 18(2):41-49. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200005

Submissão: 11/04/2017

Aceito: 11/10/2017

Publicado: 01/11/2017

Correspondência

Davisson Michetti de Oliveira

Rua Guarujá, 4588

Bairro Caladinho

CEP: 76808-260 – Porto Velho (RO), Brasil