

## Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010

*Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010*

*Violencia contra niños y adolescentes: perfil y tendencias derivadas de la Ley nº 13.010*

Daniella Fagundes Souto<sup>1</sup>, Luciane Zanin<sup>1</sup>, Glaucia Maria Bovi Ambrosano<sup>II</sup>, Flávia Martão Flório<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade São Leopoldo Mandic, Departamento de Saúde Coletiva. Campinas-SP, Brasil.

<sup>II</sup> Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Piracicaba-SP, Brasil.

### Como citar este artigo:

Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1237-46. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>

Submissão: 03-03-2017

Aprovação: 18-07-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil da violência notificada contra crianças e adolescentes e realizar um ensaio sobre os efeitos iniciais da Lei nº 13.010 no padrão das notificações. **Método:** Estudo analítico dos casos registrados no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2013 a 2015) de violência a menores de 19 anos, em 53 municípios de Minas Gerais. **Resultados:** Foram notificados 1.481 casos, 49,2% antes e 50,8% depois da lei ( $p = 0,5501$ ). Houve uma diminuição das notificações de 7% no sexo feminino e aumento de 27,2% no masculino ( $p = 0,0055$ ). Verificou-se modificação no padrão das notificações ( $p = 0,0023$ ), com o aumento de 130,7% em negligência/abandono e diminuição de 33% no abuso sexual. Maior violência por pai e mãe ocorre nas faixas de 1 a 9 anos ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** As principais vítimas foram mulheres, indivíduos de 15 a 19 anos, e agressões ocorrendo na residência; nota-se, após a Lei, mudanças no padrão do perfil da vítima e do agressor e no tipo de violência.

**Descritores:** Violência; Maus-Tratos Infantis; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Sistemas de Informação em Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** Describing the profile of reported violence against children and adolescents and draw an essay on the initial effects of Law 13.010 on report patterns. **Method:** Analytic study of reported cases on SINAN - Information System on Reportable Harms (from 2013 to 2015) of violence to individuals under 19, in 53 cities of Minas Gerais. **Results:** 1,481 cases were reported, 49.2% before and 50.8% after Law 13.010 came to force ( $p = 0.5501$ ). There was a 7% decrease on female reports and a 27.2% in male reports ( $p = 0.0055$ ). It was noticed a change in report patterns ( $p = 0.0023$ ), with a 130.7% increase to neglect/abandonment reports and a 33% decrease to sexual abuse report. Higher rates of violence from the parents happens at the 1 to 9-year-old age group ( $p < 0.0001$ ). **Conclusion:** Main victims were women, individuals from 15 to 19 years, with aggression happening within the household; after Law 13.010, changes to patterns of victim and offender profiles and of kind of violence were noticed.

**Descriptors:** Violence; Child Abuse; Child Health; Adolescent Health; Health Information Systems.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil de la violencia notificada contra niños y adolescentes y realizar un ensayo sobre los efectos iniciales de la Ley nº 13.010 en el patrón de las notificaciones. **Método:** Estudio analítico de los casos registrados en el SINAN - Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Compulsoria (2013 a 2015) de violencia a menores de 19 años, en 53 municipios de Minas Gerais. **Resultados:** Se notificaron 1.481 casos, 49,2% antes y 50,8% después de la ley ( $p = 0,5501$ ). Se observó una disminución de las notificaciones del 7% en el sexo femenino y un aumento del 27,2% en el masculino ( $p = 0,0055$ ). Se verificó una modificación en el patrón de las notificaciones ( $p = 0,0023$ ), con el aumento del 130,7% en negligencia/abandono y disminución del 33% en el abuso sexual. La mayor violencia por padre y madre ocurre en las franjas de 1 a 9 años ( $p < 0,0001$ ). **Conclusión:** Las principales víctimas fueron mujeres, individuos de 15 a 19 años, y agresiones ocurriendo en la residencia; se nota, después de la Ley, cambios en el patrón del perfil de la víctima y del agresor y en el tipo de violencia.

**Descritores:** Violencia; Maus-Tratos Infantiles; Salud del Niño; Salud del Adolescente; Sistemas de Información en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Flávia Martão Flório

E-mail: [flavia.florio@slmandic.edu.br](mailto:flavia.florio@slmandic.edu.br)

## INTRODUÇÃO

As crianças e os adolescentes, pelo estágio peculiar de desenvolvimento em que se encontram, são apontados como as vítimas mais vulneráveis à violência; as consequências advindas da sua exposição são, muitas vezes, irreversíveis e resultam em danos físicos e psicológicos, além de prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação<sup>(1)</sup>.

Os casos de violência infanto-juvenil ocorrem independentemente de raça, classe, religião ou cultura<sup>(2)</sup>, embora existam fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados à família que se associam ao maior risco de violência na infância<sup>(3-4)</sup>. Em sua grande maioria, permanecem silenciosos e silenciados no ambiente em que ocorrem, sendo estimado que todos os dias morram 227 crianças e jovens no mundo e, a cada morte, muitos mais são hospitalizados em decorrência dos ferimentos<sup>(5)</sup>. Considerando-se dados de 190 países, é notório que um em cada três adolescentes foram vítimas de violência emocional, física ou sexual<sup>(6)</sup>. O Brasil abriga um quinto de todos os assassinatos de crianças e adolescentes ocorridos no mundo, além de ser o segundo país com maior número de assassinatos, atrás apenas da Nigéria<sup>(7)</sup>.

Nas últimas décadas, o reconhecimento da violência como problema de saúde pública no Brasil e da necessidade de proteger as crianças e adolescentes, a fim de contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, ampliou as políticas e estratégias voltadas para a emergente questão da violência dentro dessa faixa etária.

Em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), o Brasil foi o primeiro país a promulgar um marco legal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>(8)</sup>, sancionado pela Lei nº 8.069/90. Constituiu-se no instrumento de garantia da cidadania, dando prioridade absoluta a crianças e adolescentes nos cuidados e na proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e/ou opressão. O ECA criou também obrigações legais dos profissionais de saúde quanto à notificação por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais; criou ainda o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem adotadas pelas redes específicas de atenção.

Na esteira desses movimentos, diversos fatos aconteceram no Brasil para ampliar a discussão sobre o tema, com a finalidade de conhecer qual é a realidade das violações e aplicar programas e medidas que consigam superá-las. Em 2010, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional nº 65, conhecida como PEC da Juventude; em 2011, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Juventude com o tema “Juventude, desenvolvimento e efetivação de direitos”; em maio de 2013, foi aprovado o novo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes; em agosto de 2013, aprovou-se a Lei nº 12.852, que institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens.

Mais recentemente, em 26 de junho de 2014, aprovou-se a Lei nº 13.010, também conhecida como Lei do Menino Bernardo ou Lei da Palmada. Essa lei trouxe algumas previsões para o trato de casos em que são constatados maus-tratos a crianças e

adolescentes, definiu os termos “castigo físico” e “tratamento cruel”, bem como medidas a serem tomadas pelo Conselho Tutelar e Poder Público em caso de constatação de maus-tratos<sup>(9)</sup>. A lei foi criada com intuito de alterar o ECA no que fosse preciso para promover uma maior proteção e segurança contra as violências domésticas no geral, estabelecer o direito à educação e cuidados, sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante contra a criança e o adolescente<sup>(10)</sup>.

A Lei recebeu o nome do menino Bernardo Uglione Boldrini, que foi morto em abril de 2014, no Rio Grande do Sul, figurando como suspeitos do crime seu pai e sua madrasta, e o caso causou grande comoção nacional.

Nesse sentido, investiga-se pela primeira vez se houve alteração na frequência do número de notificações, seja pelo debate crítico sobre os castigos físicos utilizados no processo educativo seja pelo estímulo às notificações e denúncias de violências. Nessa perspectiva, busca-se, neste artigo, descrever o perfil da violência notificada contra crianças e adolescentes em municípios do norte de Minas Gerais e realizar um ensaio sobre os efeitos iniciais da Lei nº 13.010 no padrão das notificações.

## OBJETIVO

Descrever o perfil da violência notificada contra crianças e adolescentes e realizar um ensaio sobre os efeitos iniciais da Lei nº 13.010 no padrão das notificações.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade São Leopoldo Mandic.

### Desenho, local do estudo e período

Este foi um estudo transversal, analítico, de natureza quantitativa, que utilizou dados referentes às notificações de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, no período entre 26 de junho de 2013 e 26 de junho de 2015.

### População do estudo e critérios de inclusão

A presente investigação teve como população de estudo crianças e adolescentes menores de 19 anos, que tenham sido vítimas de qualquer tipo de violência notificada no SINAN, no período do estudo, e residissem em algum dos 53 municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS): Berizal, Bocaiúva, Botumirim, Capitão Enéas, Catuti, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Cristália, Cural de Dentro, Engenheiro Navarro, Espinosa, Francisco Dumont, Francisco Sá, Fruta de Leite, Gameleiras, Glaucilândia, Grão Mogol, Guaraciama, Indaiabira, Itacambira, Jaíba, Janaúba, Jequitaiá, Joaquim Felício, Josenópolis, Juramento, Lagoa dos Patos, Mamonas, Matias Cardoso, Mato Verde, Monte Azul, Montes Claros, Montezuma, Ninheira, Nova Porteirinha, Novorizonte, Olhos-d'Água, Padre Carvalho, Pai Pedro, Porteirinha, Riacho dos Machados, Rio Pardo de Minas, Rubelita, Salinas, Santa Cruz de Salinas, Santo Antônio do Retiro, São João da Lagoa, São João do Pacuí, São João do Paraíso,

Serranópolis de Minas, Taiobeiras, Vargem Grande do Rio Pardo e Verdelândia.

### Protocolo do estudo

Após autorização dada pela SRS onde ficam armazenadas as informações da ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências dos municípios do norte de Minas Gerais, realizou-se a coleta de dados e análise documental. As variáveis buscadas foram:

1. Em relação à vítima:
  - data da notificação;
  - situação conjugal/estado civil (solteiro, casado/união estável, viúvo, separado, não se aplica e ignorado);
  - sexo (masculino, feminino);
  - idade (categorizada em menor de 1 ano; 1-4 anos; 5-9 anos; 10-14 anos; 15-19 anos);
  - escolaridade (analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Educação Superior incompleta, Educação Superior completa, Ignorado ou não se aplica);
2. Dados da ocorrência:
  - município de notificação;
  - local de ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção, outro, ignorado);
  - zona de ocorrência (urbana, rural, periurbana, ignorado);
  - se ocorreu em outras vezes (sim, não, ignorado);
  - se a lesão foi autoprovocada (sim, não, ignorado).
3. Tipologia da violência
  - tipo de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, autoprovocada, acidente, intoxicação, intervenção legal, medicamento, envenenamento, assédio, ameaça, tortura, uso de álcool, aliciamento, tráfico de seres humanos, arma de fogo, negligência/abandono, não especificado).
  - meios de agressão (força corporal/espantamento, enforcamento, objeto perfurocortante, substância quente, objeto contundente, envenenamento, arma de fogo, suicídio/tentativa, outro, não especificado).
  - se violência sexual, caracterização de assédio, estupro, atentado violento ao pudor, pornografia infantil, exploração sexual, outros.
4. Dados do provável autor da agressão.
  - vínculo com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado[a], ex-namorado[a], filho[a], irmão[ã], amigos/conhecidos, desconhecido[a], cuidador[a], patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/ agente da lei, própria pessoa, outros).
5. Evolução e encaminhamento: ambulatorial, hospitalar, não se aplica, ignorado, conselho tutelar, vara da infância/ juventude, casa-abrigo, Programa Sentinela, delegacia de

proteção da criança e do adolescente, delegacias comuns, ministério público, centro de referência social/CREAS-CRAS, instituto médico-legal, outros.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados de forma que fossem consideradas as notificações 12 meses antes e 12 meses depois da promulgação da Lei nº 13.010 e, inicialmente, analisados por meio de tabelas de distribuição de frequências. Foi realizado também um teste de Qui-quadrado para comparar o total das notificações antes e após a lei. O valor esperado para esse teste foi de 50% da amostra, ou seja, a hipótese nula era de que as ocorrências se distribuiriam igualmente nos dois períodos. A seguir, foram aplicados testes de Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, para analisar a associação entre o período da notificação (antes ou após a lei) e a faixa etária, o sexo, o tipo e o local da violência. Como na variável “relação com o agressor” havia casos com mais de uma resposta, aplicaram-se os testes citados em cada categoria. Para isso, foi comparada a frequência de casos que tinham como agressor uma determinada categoria com a frequência dos demais. Em todas as análises, foi considerado o nível de significância de 5% e foram utilizados os programas R Core Team (2015) (R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>).

### RESULTADOS

No período do estudo, como pode ser visualizado na Tabela 1, foram identificadas 1.481 notificações de violência perpetradas em crianças e adolescentes, a maioria relacionada a jovens de 15 a 19 anos (41,1%), mulheres (66,7%) e tendo a residência como local principal de ocorrência (49,6%). Em relação à Lei nº 13.010, 49,2% (729) dos casos foram notificados antes e 50,8% (752) depois da sua promulgação, representando um ligeiro, porém não significativo ( $p = 0,5501$ ), aumento de 3,2% após a lei.

Analisando-se a distribuição das notificações segundo a faixa etária, observou-se que, em média, a maioria dos casos atingiu indivíduos de 15 a 19 anos (41,1%) e nota-se que houve associação com a implementação da lei ( $p = 0,0177$ ). Para os menores de 1 ano e para o grupo de 15 a 19 anos, as notificações aumentaram, ao passo que se constatou um decréscimo na ordem de 15% dos casos para crianças de 1 a 4 anos e adolescentes de 10 a 14 anos. Embora as notificações tenham envolvido majoritariamente o sexo feminino (66,7%), houve significativa diferença nas frequências de notificações considerando os sexos ( $p = 0,0055$ ), ocorrendo, após a lei, uma diminuição de 7% no sexo feminino e aumento de 27,2% no sexo masculino.

Observou-se ausência de associação entre o local de ocorrência com os períodos avaliados. Nota-se que a residência foi o local em que a maioria dos casos notificados ocorreu, embora tenha sido notada uma discreta redução (2,9%) no período estudado. De maneira inversa, os maiores aumentos foram verificados em habitações coletivas, locais de prática esportiva e na via pública, segundo local com maior ocorrência de casos notificados. Dentre os 30,2% dos casos notificados de reincidência da violência, 31,5% ocorreram antes da lei e 28,9% depois dela.

Como pode ser observado na Tabela 2, a agressão física foi a que apresentou a maior frequência de notificações (63,1%). Em relação à lei, houve um aumento na frequência de notificações em 10 dos 18 tipos registrados ( $p = 0,0023$ ). Dentre os quatro tipos mais prevalentes, que juntos somam mais de 91% dos casos, nota-se um discreto aumento no número de notificações de violência física e psicológica e um importante aumento nas notificações envolvendo negligência/abandono. Houve uma diminuição de 30% nas notificações envolvendo abuso sexual.

Na Tabela 3, observa-se a frequência de ocorrências segundo municípios de notificação. Nota-se que houve um aumento na frequência de notificações em 62% deles. Considerando-se os 10 municípios com maior frequência de notificações, embora para a maioria tenha sido notada redução na frequência de notificações, em três deles, o aumento verificado após a implantação da medida legal foi maior do que 40%. Em 14 dos municípios avaliados, o número de notificações mais do que dobrou depois da lei.

Na Tabela 4, pode-se verificar que, quanto à relação com o agressor, a maior frequência de ocorrências envolveu amigos, seguida por desconhecidos, pai e mãe. Considerando os

períodos de avaliação, houve uma alteração significativa apenas em relação aos desconhecidos, com diminuição de 17,8% nos casos ( $p = 0,0404$ ) e aumento de 100% nas notificações envolvendo irmãos ( $p = 0,0237$ ). Analisando-se o agressor em função da faixa etária, nota-se que o mais citado foi o cônjuge, sendo responsável por 28,1% das agressões aos menores de 1 ano. Entre as idades de 1 e 4 anos e 5 e 9 anos respectivamente, aparecem o pai (21,6% e 22,2%) e a mãe (23,0% e 14,2%). No entanto, a partir dos 5 anos, os amigos foram os agressores mais citados (5 a 9 anos: 32,1%; 10 a 14 anos: 39,5%; 10 a 14 anos: 30,4% e 15 a 19 anos: 31,9% (dados não apresentados).

Observa-se que, quanto ao tipo de violência sexual, houve predomínio de estupro e assédio, sendo significativa a diminuição, após a lei, no número de notificações para todos os tipos especificados. A maior frequência de ocorrências de violência em função da região aconteceu na zona urbana. A força corporal (espancamento) foi citada na maioria das ocorrências.

No que diz respeito aos encaminhamentos, 42% das notificações foram realizadas na rede de saúde e 27,8% pelos Conselhos Tutelares. As delegacias comuns aparecem com 15,1% das notificações (dados não apresentados).

**Tabela 1** – Distribuição de frequências dos casos de violência contra crianças e adolescentes por faixa etária, sexo, local de ocorrência e reincidência, antes e depois da publicação da Lei nº 13.010, nos 53 municípios estudados, Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2013-2015)

Variáveis	Antes da lei	Depois da lei	Total	Diferença entre os períodos	Valor de p
	n (%) <sup>§</sup>				
Faixa Etária					0,0177
Menores de 1 ano	14 (1,9%)	21 (2,8%)	35 (2,4%)	50,0%	
De 1 a 4 anos	88 (12,1%)	75 (10,0%)	163 (11,0%)	-14,8%	
De 5 a 9 anos	120 (16,5%)	127 (16,9%)	247 (16,7%)	5,8%	
De 10 a 14 anos	233 (32,0%)	194 (25,8%)	427 (28,8%)	-16,8%	
De 15 a 19 anos	274 (37,6%)	335 (44,5%)	609 (41,1%)	29,6%	
Sexo					0,0055
Feminino	512 (70,2%)	476 (63,3%)	988 (66,7%)	-7,0%	
Masculino	217 (29,8%)	276 (36,7%)	493 (33,3%)	27,2%	
Local de ocorrência					0,4671
Residência	371 (50,9%)	364 (48,4%)	735 (49,6%)	-2,90%	
Via pública	100 (13,7%)	140 (18,6%)	240 (16,2%)	40,00%	
Escola	64 (8,8%)	64 (8,5%)	128 (8,6%)	0,00%	
Bar ou similar	19 (2,6%)	16 (2,1%)	35 (2,4%)	-15,80%	
Habitação coletiva	7 (0,9%)	10 (1,3%)	17 (1,1%)	42,80%	
Local de prática esportiva	5 (0,7%)	9 (1,2%)	14 (0,9%)	80,00%	
Comércio/serviços	7 (1,0%)	4 (0,5%)	11 (0,7%)	-42,80%	
Indústrias/construção	3 (0,4%)	3 (0,4%)	6 (0,4%)	0,00%	
Reincidência					0,2124
Sim	216 (29,6%)	198 (26,3%)	414 (28,0%)	-8,3%	
Não	331 (45,4%)	353 (46,9%)	684 (46,2%)	6,6%	
Ignorado	138 (18,9%)	135 (18,0%)	273 (18,4%)	-2,2%	
Total N (%) <sup>§</sup>	729 (49,2%)	752 (50,8%)	1481 (100%)	3,2%	

Nota: <sup>§</sup>Frequência relativa em relação à amostra, em cada tempo, para cada variável; <sup>§</sup> Frequência relativa em relação à amostra total.

**Tabela 2** – Prevalência dos diferentes tipos de violência praticada contra crianças e adolescentes, antes e depois da publicação da Lei nº 13.010, nos 53 municípios estudados, Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2013-2015)

Tipo de Violência	Antes da lei	Depois da lei	Total	Diferença entre os períodos	Valor de p
	n (%) <sup>§</sup>				
Física	458 (62,8%)	477 (63,4%)	935 (63,1%)	4,10%	
Sexual	143 (19,6%)	100 (13,3%)	243 (16,4%)	-30,10%	
Psicológica	61 (8,4%)	67 (8,9%)	128 (8,6%)	9,80%	
Negligência/abandono	13 (1,8%)	30 (4,0%)	43 (2,9%)	130,80%	
Autoprovocada	7 (1,0%)	3 (0,4%)	10 (0,7%)	-57,1%	
Acidente	1 (0,1%)	4 (0,5%)	5 (0,3%)	300,00%	
Intoxicação	3 (0,4%)	0 (0,0%)	3 (0,2%)	-300,00%	
Intervenção legal	0 (0,0%)	2 (0,3%)	2 (0,1%)	200,00%	
Medicamento	0 (0,0%)	2 (0,3%)	2 (0,1%)	200,00%	
Envenenamento	1 (0,1%)	1 (0,1%)	2 (0,1%)	0,00%	—
Ameaça	0 (0,0%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	100,00%	
Assédio	0 (0,0%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	100,00%	
Tortura	0 (0,0%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	100,00%	
Uso de álcool	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	100,00%	
Aliciamento	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	-100,00%	
Arma de fogo	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	-100,00%	
Tráfico de seres humanos	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	-100,00%	
Não especificado	38 (5,2%)	63 (8,4%)	101 (6,8%)	65,80%	
Total n (%) <sup>§</sup>	729 (49,2%)	752 (50,8%)	1481 (100%)	3,2%	0,0023

Nota: <sup>§</sup>Frequência relativa em relação à amostra, em cada tempo; <sup>§</sup>Frequência relativa em relação à amostra total.

**Tabela 3** – Prevalência de violência praticada contra crianças e adolescentes, de acordo com o município de notificação, antes e depois da publicação da Lei nº 13.010, nos 53 municípios estudados, Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2013-2015)

Variáveis	Antes da lei	Depois da lei	Total	Diferença entre os períodos	Valor de p
	n (%) <sup>§</sup>				
Município de Notificação					
Montes Claros	147 (20,2%)	111 (7,5%)	258 (17,4%)	-24,5%	—
Bocaiúva	67 (9,2%)	114 (7,7%)	181 (12,2%)	70,1%	
Matias Cardoso	42 (5,8%)	25 (1,7%)	67 (4,5%)	-40,5%	
Janaúba	39 (5,3%)	23 (1,6%)	62 (4,2%)	-41,0%	
Taiobeiras	31 (4,3%)	25 (1,7%)	56 (3,8%)	-19,4%	
Francisco Sá	21 (2,9%)	23 (1,6%)	44 (3,0%)	9,5%	
Jaíba	10 (1,4%)	29 (2,0%)	39 (2,6%)	190,0%	
Grão Mogol	15 (2,1%)	21 (1,4%)	36 (2,4%)	40,0%	
Coração de Jesus	19 (2,6%)	16 (1,1%)	35 (2,4%)	-15,8%	
Engenheiro Navarro	18 (2,5%)	16 (1,1%)	34 (2,3%)	-11,1%	
Porteirinha	14 (1,9%)	17 (1,1%)	31 (2,1%)	21,4%	
Vardelândia	15 (2,1%)	15 (1,0%)	30 (2,0%)	0,0%	
Espinosa	5 (0,7%)	19 (1,3%)	24 (1,6%)	280,0%	
Cristália	7 (1,0%)	16 (1,1%)	23 (1,6%)	128,6%	
Curral de Dentro	5 (0,7%)	17 (1,1%)	22 (1,5%)	240,0%	
Nova Porteirinha	14 (1,9%)	7 (0,7%)	21 (1,4%)	-50,0%	
Rio Pardo de Minas	6 (0,8%)	15 (1,1%)	21 (1,4%)	150,0%	
Santo Antônio do Retiro	9 (1,2%)	12 (0,8%)	21 (1,4%)	33,3%	

Continua

Tabela 3 (cont.)

Variáveis	Antes da lei	Depois da lei n (%)*	Total	Diferença entre os períodos	Valor de p
Município de Notificação					
Ninheira	9 (1,2%)	11 (0,7%)	20 (1,4%)	22,2%	
Rubelitas	16 (2,2%)	3 (0,2%)	19 (1,3%)	-81,3%	
São João do Paraíso	8 (1,1%)	11 (0,7%)	19 (1,3%)	37,5%	
Capitão Enéas	7 (1,0%)	10 (0,7%)	17 (1,1%)	42,9%	
Montezuma	10 (1,4%)	7 (0,5%)	17 (1,1%)	-30,0%	
Francisco Dumond	7 (1,0%)	9 (0,6%)	16 (1,1%)	28,6%	
Pai Pedro	9 (1,2%)	7 (1,5%)	16 (1,1%)	-22,2%	
Monte Azul	8 (1,1%)	7 (0,5%)	15 (1,0%)	-12,5%	
Botumirim	6 (0,8%)	8 (0,5%)	14 (0,9%)	33,3%	
Indaibira	4 (0,5%)	10 (0,7%)	14 (0,9%)	150,0%	
São João do Pacuí	8 (1,1%)	6 (0,4%)	14 (0,9%)	-25,0%	
Josenópolis	10 (1,4%)	3 (0,2%)	13 (0,9%)	-70,0%	
Mato Verde	6 (0,8%)	6 (0,4%)	12 (0,8%)	0,0%	
Joaquim Felício	6 (0,8%)	5 (0,3%)	11 (0,7%)	-16,7%	
Guaraciama	6 (0,8%)	4 (0,3%)	10 (0,7%)	-33,3%	
Olhos d'Água	8 (1,1%)	2 (0,1%)	10 (0,7%)	-75,0%	
Riacho dos Machados	3 (0,4%)	6 (0,4%)	9 (0,6%)	100,0%	
Gemeleiras	4 (0,5%)	4 (0,3%)	8 (0,5%)	0,0%	
Jequitáí	5 (0,7%)	3 (0,2%)	8 (0,5%)	-40,0%	
Novorizonte	2 (0,3%)	6 (0,4%)	8 (0,5%)	200,0%	
Juramento	2 (0,3%)	5 (0,3%)	7 (0,5%)	150,0%	
Mamonas	3 (0,4%)	4 (0,3%)	7 (0,5%)	33,3%	
Salinas	1 (0,1%)	6 (0,4%)	7 (0,5%)	500,0%	
Vargem Grande do Rio Pardo	5 (0,7%)	2 (0,1%)	7 (0,5%)	-60,0%	
Catuti	1 (0,1%)	5 (0,3%)	6 (0,4%)	400,0%	
Claro dos Poções	3 (0,4%)	3 (0,2%)	6 (0,4%)	0,0%	
Glaucilândia	4 (0,5%)	2 (0,1%)	6 (0,4%)	-50,0%	
Berizal	0 (0,0%)	5 (0,7%)	5 (0,3%)	--	
Serranópolis de Minas	2 (0,3%)	3 (0,2%)	5 (0,3%)	50,0%	
Itacambira	2 (0,3%)	2 (0,1%)	4 (0,3%)	0,0%	
Lagoa dos Patos	0 (0,0%)	4 (0,3%)	4 (0,3%)	--	
Padre Carvalho	4 (0,5%)	0 (0,0%)	4 (0,3%)	-100,0%	
Fruta de Leite	1 (0,1%)	2 (0,1%)	3 (0,2%)	100,0%	
São João da Lagoa	1 (0,1%)	1 (0,1%)	2 (0,1%)	0,0%	
Não informado	74 (10,2%)	59 (7,8%)	133 (9,0%)	-20,3%	
Total N (%) <sup>§</sup>	729 (49,2%)	752 (50,8%)	1481 (100%)	3,2%	0,5501

Nota: \*Porcentagem em relação à amostra em cada tempo; §Frequência relativa em relação à amostra total.

**Tabela 4** – Distribuição de frequências dos casos de violência contra crianças e adolescentes em função da relação com agressor, do tipo de violência sexual, zona territorial e meio de agressão, antes e depois da publicação da Lei nº 13.010, nos 53 municípios estudados

Variável	Antes da lei	Depois da lei N(&%)	Total	Diferença entre os períodos	valor de p
Relação com o agressor					
Amigos	196 (26,9%)	218 (29,0%)	414 (28,0%)	11,20%	0,6901
Desconhecido	101 (13,8%)	83 (11,0%)	184 (12,4%)	-17,80%	0,0404
Pai	69 (9,5%)	87 (11,6%)	156 (10,5%)	26,10%	0,3588

Continua

Tabela 4 (cont.)

Variável	Antes da lei	Depois da lei	Total	Diferença entre os períodos	valor de p
	N(&%)				
<b>Relação com o agressor</b>					
Mãe	54 (7,4%)	64 (8,5%)	118 (8,8%)	18,50%	0,6257
Cônjuge	38 (5,2%)	30 (4,0%)	68 (4,6%)	-21,00%	0,1645
O próprio	31 (4,2%)	36 (4,8%)	67 (4,5%)	16,10%	0,8329
Padrasto	39 (5,4%)	27 (3,6%)	66 (4,5%)	-30,80%	0,0578
Irmão	20 (2,7%)	40 (5,3%)	60 (4,0%)	100,00%	0,0237
Namorado	31 (4,25)	23 (3,15)	54 (3,6%)	-25,80%	0,1528
Ex-namorado	9 (1,2%)	11 (1,5%)	20 (1,4%)	22,20%	0,8108
Ex-cônjuge	7 (1,0%)	7 (0,9%)	14 (1,0%)	0,00%	0,8618
Filho	8 (1,1%)	6 (0,8%)	14 (1,0%)	25,00%	0,4766
Policial	6 (0,8%)	8 (1,1%)	14 (1,0%)	-16,10%	0,7227
Instituição	8 (1,1%)	5 (0,7%)	13 (0,9%)	37,50%	0,3064
Cuidador	7 (1,0%)	2 (0,3%)	9 (0,6%)	-71,40%	0,0950
Patrão	1 (0,1%)	3 (0,4%)	4 (0,3%)	200,00%	0,6261
Outros	67 (9,2%)	60 (8,0%)	127 (8,6%)	-10,40%	0,1566
<b>Tipo de violência sexual</b>					
Estupro	138 (96,5%)	100 (100,0%)	238 (97,9%)	-27,5%	< 0,0001
Assédio	103 (72,0%)	68 (68,0%)	171 (70,4%)	-34,0%	< 0,0001
Atentado violento ao pudor	55 (38,5%)	13 (13,0%)	68 (28,0%)	-76,4%	< 0,0001
Exploração sexual	31 (21,7%)	11 (11,0%)	42 (17,3%)	-64,5%	0,0013
Pornografia infantil	29 (20,3%)	8 (8,0%)	37 (15,2%)	-72,4%	< 0,0001
Outros	1 (0,7%)	10 (10,0%)	11 (4,5%)	900,0%	0,0248
<b>Zona</b>					
Urbana	488 (66,9%)	488 (64,9%)	976 (65,9%)	0,0%	0,6792
Rural	162 (22,2%)	174 (23,1%)	336 (22,7%)	7,4%	
Periurbana	6 (0,8%)	3 (0,4%)	9(0,6%)	-50,0%	
Não respondeu	73 (10,0%)	87 (11,7%)	160 (10,8%)	19,2%	
<b>Meio</b>					
Força corporal - espancamento	379 (52,0%)	362 (48,1%)	741 (50,0%)	-4,5	0,3042
Arma de fogo	54 (7,4%)	74 (9,8%)	128 (8,6%)	37,0	
Objeto perfurocortante	35 (4,8%)	48 (6,4%)	83 (5,6%)	37,1	
Envenenamento	19 (2,6%)	19 (2,5%)	38 (2,6%)	0,0	
Objeto contundente	19 (2,6%)	15 (2,0%)	34 (2,3%)	-21,1	
Enforcamento	2 (0,3%)	6 (0,8%)	8 (0,5%)	200,0	
Substância quente	4 (0,6%)	3 (0,4%)	7 (0,5%)	-25,0	
Suicídio/tentativa	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	-100,0	
Outro	42 (5,8%)	55 (7,3%)	97 (6,5%)	31,0	
Não especificado	174 (23,9%)	170 (22,6%)	344 (23,2%)	-2,3	

Nota: %Frequência relativa em relação à amostra, em cada tempo.

## DISCUSSÃO

Os dados apresentados são pioneiros e refletem o esforço de uma recente legislação cujo objetivo é o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A Lei da Palmada, apesar de recente, não traz mudanças drásticas aos regramentos já previstos pelo ECA, porém busca a conscientização de que não é preciso utilizar a violência física para educar, buscando lidar com uma questão cultural, que envolve a utilização do castigo físico nesse contexto.

Observou-se um discreto, porém não significativo, aumento nas notificações de violência após a implantação da Lei nº 13.010, sendo necessária uma ponderação sobre esse achado. Estudo sobre o quadro de violência doméstica, sexual e outras violências perpetradas contra crianças de 0 a 9 anos no Brasil<sup>(11)</sup> evidenciou que Minas Gerais é o 15º estado do Brasil com mais baixa frequência (11,6%) de notificações de violência em relação a todas as faixas etárias. Verificou-se ainda que poucos municípios no país notificaram violências ao SINAN<sup>(11)</sup>. Sendo assim, o aumento identificado ainda é tímido e sinaliza uma

série de entraves a serem superados para estimular as notificações, apesar de o Estado já ter adotado instrumentos legais de proteção nessas situações de violência, tornando obrigatória sua notificação até mesmo nos casos de suspeita<sup>(12-13)</sup>.

Na Austrália, o número de notificações de violência contra a criança e o adolescente vem crescendo e os dados notificados melhoraram em qualidade o tratamento da questão, visto que, se houver a identificação de abuso ou negligência, as famílias são investigadas e, muitas vezes, ações coercivas são tomadas<sup>(14)</sup>. Os Estados Unidos da América (EUA) se destacam pelo pioneirismo na regulação de ações públicas de enfrentamento da violência contra a criança<sup>(15)</sup>. Em comparação com esses países, no Brasil a proposição de uma única ficha de notificação denota o esforço do governo na caracterização padronizada dos casos de violência. Notam-se também especificidades políticas do Brasil na condução e na atenção aos casos, uma vez que, nos EUA, os registros de violência estão vinculados aos serviços de proteção, ao passo que aqui é o setor saúde o responsável pelo seu dimensionamento e monitoramento. Todavia, apesar desse contexto favorável, a prática de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência ainda apresenta fragilidades no Brasil<sup>(11,15-16)</sup>.

Dentre os entraves do processo de notificação, destacam-se o desconhecimento pelos profissionais tanto do ECA quanto do fluxo e dos instrumentos de notificação, além da falta de preparo técnico e emocional do profissional para a identificação da violência, das situações de risco e dos sinais de alerta; o medo de represália por parte da família, do agressor e/ou da comunidade; e a falta de retaguarda adequada da rede de proteção, especialmente no que diz respeito ao Conselho Tutelar<sup>(15)</sup>.

Estabelecida pelo setor saúde, a notificação compulsória da violência deve ser compreendida como uma ferramenta de garantia dos direitos e de proteção social de crianças e adolescentes, porquanto possibilita aos profissionais de saúde, assim como da educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça, adotarem medidas de cuidado às vítimas da violência<sup>(11)</sup>. Notificar implica compartilhar com os vários setores da sociedade a responsabilidade de proteger o público infanto-juvenil. Ademais, no contexto da vigilância, a notificação compulsória da violência tem como princípio a imediata utilização da informação no local onde é gerada, além da alimentação dos bancos de dados nacionais, permitindo análises que orientem o planejamento e o estabelecimento de ações<sup>(11,15-17)</sup>.

Tão importante quanto quantificar as formas de violência é saber diferenciar qual sexo sofre mais com maus-tratos, já que a condução da ação dos profissionais deve ser feita respeitando a individualidade de cada caso. O presente estudo apontou uma diminuição na frequência de notificações de violência envolvendo o sexo feminino e um aumento no sexo masculino, o que também foi verificado em outras investigações<sup>(18-19)</sup>. Na maioria dos estudos, há maior prevalência do sexo masculino entre as vítimas de violência<sup>(1,4,11,20)</sup>, e as formas de agressão diferem segundo o sexo, com “falta de controle parental” sendo mais frequente em meninos. Por outro lado, as meninas vivenciam as duas outras formas de violência: a física e a sexual<sup>(20)</sup>.

O presente estudo mostrou que a residência e a via pública se destacaram, nas notificações, como os principais locais de

ocorrência da violência, também verificado em outros estudos<sup>(13,16-18)</sup>. O aparecimento do lar como local de episódios de violência revela que os agressores são da família ou têm livre acesso à residência e que tanto as vítimas quanto os agressores costumam permanecer a maior parte do dia no domicílio. Além disso, o agressor supostamente conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família ou ainda, por não assumir a criança como sua, estabelece uma postura de não comprometimento com o agredido<sup>(13)</sup>. Essa configuração da violência vai contra a concepção de que o lar representa um lugar seguro, que serve como fonte de crescimento e desenvolvimento para as crianças e adolescentes<sup>(12)</sup>. Já entre estes últimos, a via pública foi o principal local da prática de violência, o que demonstra que, à medida que crescem, há exposição a outros tipos de violência, que incluem a violência interpessoal fora da família e a violência da delinquência<sup>(21)</sup>.

Outro importante aspecto se refere às notificações que envolvem a reincidência da violência, cujo índice chamou atenção nesta pesquisa e em estudos anteriores<sup>(11,18)</sup>. Isso indica haver uma continuidade da violência contra grande parte das vítimas e que a reincidência se caracteriza não como um evento isolado, mas como uma experiência de longa duração<sup>(22-23)</sup>.

Constatou-se que a violência física exibiu a maior quantidade de casos notificados, seguida pelas violências sexual, psicológica e negligência/abandono. A predominância da violência física também foi evidenciada em estudo realizado no estado de São Paulo<sup>(18)</sup>, Amazonas<sup>(19)</sup> e em Araçatuba-SF<sup>(13)</sup>. Contudo, em outros trabalhos, observou-se predominância de casos de violência sexual<sup>(16,24)</sup> e de negligência/abandono<sup>(11-12,17,21)</sup>. Uma possível explicação para o elevado número de notificações de violência física é o fato de que, além de ser motivado por dificuldades sociais e descontrole emocional<sup>(12)</sup>, esse tipo de violência muitas vezes é considerado forma de educação, sob a ótica do cuidador/agressor. A violência física é, sem dúvida, de mais fácil reconhecimento, o que realça a relevância de os profissionais de saúde detectarem e denunciarem os casos comprovados ou mesmo suspeitos aos órgãos competentes<sup>(13)</sup>. Dada a sua elevada prevalência, recomenda-se que o diagnóstico de maus-tratos faça parte da rotina do exame da criança e do adolescente<sup>(18)</sup>, principalmente nos serviços da Atenção Primária à Saúde, nas consultas de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil e da saúde do adolescente.

No que concerne à violência sexual, a relação sexualmente abusiva é de poder entre o adulto que agride e a criança que é vitimada<sup>(12,24)</sup>. Atualmente, essa violência é reconhecida como grave problema de saúde pública, exigindo preparo tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde para atuarem com a população infanto-juvenil. Quando se dá no contexto intrafamiliar, confronta a crença social relativa à vivência harmoniosa familiar, pautada no respeito e amor paterno e materno. Assim, uma criança ou um adolescente violentado sexualmente, pode passar a manter relações sexuais conflituosas com qualquer pessoa que represente papéis de autoridade e poder para com ela<sup>(16,19)</sup>. Adiciona-se a essa situação, a falta de preparo e a insensibilidade de alguns profissionais que atendem as vítimas, sejam em delegacias, em hospitais, sejam em conselhos tutelares<sup>(16)</sup>. Assim, mostra-se a crescente necessidade de capacitar os

profissionais de modo a permitir-lhes alcançar a real compreensão dos casos e conduzir intervenções adequadas<sup>(19,21,25)</sup>.

A violência do tipo negligência/abandono demanda esforços multiprofissionais para sua identificação<sup>(21)</sup>, considerando suas singularidades. Trata-se de uma violência de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos de cada família ou grupo social; é de ocorrência comum entre crianças e adolescentes<sup>(11-12,24)</sup>. Ela prejudica o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade e o desenvolvimento humano<sup>(11,26)</sup>.

No que se refere à relação com o agressor, identificou-se maior frequência de notificações envolvendo amigos, seguida pelos desconhecidos, o pai e a mãe. Porém, em outras investigações, as pessoas desconhecidas, além do pai e da mãe, são quem estiveram entre os principais agressores. Vale destacar que, nesses estudos<sup>(11-13,17-19,21)</sup>, prevaleceu a faixa etária infantil na amostra e, no presente estudo, a faixa etária predominante foi de 15 a 19 anos, o que justificaria o fato de amigos terem sido o tipo de agressor prevalente.

Quando a violência é cometida pela família, uma dificuldade existente é o receio, principalmente por parte da própria criança, em relatar o ocorrido, temendo punições. Tal dificuldade vai desde aquela diagnóstica e de notificação, até a da falta de dispositivos padronizados e efetivos para a adequada condução desses casos pelo sistema de saúde<sup>(12,24)</sup>. Portanto, torna-se evidente que os pais estão entre os principais perpetradores da violência infanto-juvenil, principalmente entre as vítimas com faixa etária menor ou igual a 5 anos, destacando-se a mãe como a maior agressora<sup>(12)</sup>, por ela estar mais próxima fisicamente dos filhos<sup>(12-13)</sup>.

Quanto à violência contra as crianças e os adolescentes ter sido praticada principalmente por amigos, vale salientar que essa relação se dá no contexto da violência extrafamiliar, a qual também deve ter sua importância reconhecida. Geralmente, as relações sociais com os demais membros de uma comunidade são abertas, o que pode favorecer o surgimento de episódios violentos, uma vez que as relações de confiança são dadas a vizinhos, amigos ou outra pessoa sem qualquer laço parental. Por isso, majoritariamente, quando os casos de violência são extrafamiliares, são cometidos por alguém conhecido e de confiança<sup>(12,23)</sup>.

Ao classificar as notificações envolvendo a violência sexual neste estudo, ficou evidenciado que 97,9% das vítimas sofreram estupro, 70,4% sofreram assédio e 28% sofreram atentado violento ao pudor (AVP). No panorama nacional, essa constatação é confirmada, visto que cerca de 59% das crianças e adolescentes atendidos em serviços de saúde foram vítimas de estupro e 15,1% sofreram AVP<sup>(27)</sup>.

A maior frequência de ocorrências na zona urbana suscita uma reflexão sobre os contextos socioculturais que viabilizam práticas violentas nesse meio. A comunidade onde vivem as vítimas de violência, as características das escolas e dos contextos de trabalho, o espaço físico desorganizado ou mal planejado se caracterizam como fatores que podem propiciar a violência<sup>(19,28)</sup>.

Segundo o relatório *Situação Mundial da Criança*<sup>(6)</sup>, mais de 50% da população mundial — aí incluído mais de um bilhão de crianças e adolescentes — vivem na zona urbana, e a um grande número deles é negado o acesso aos serviços de saúde, de educação, de recreação e de condições básicas de vida. Se a esses

fatores de risco se adicionarem fatores individuais, como histórico de violência, consumo de substâncias tóxicas (fumo, drogas e álcool), problemas como pobreza ou instabilidade econômica, fatores sociais como relações instáveis entre vizinhanças e ainda fatores culturais que validam e aceitam a violência, conforma-se um potencial de relações violentas<sup>(6,19)</sup>.

A força física ou o espancamento, seguido pelo uso da arma de fogo e objetos perfurocortantes, foram os principais meios de violência identificados neste estudo e em outro de abrangência nacional<sup>(11)</sup>. Tais meios podem resultar em danos físicos, psicológicos; danos ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças, e, comumente, esses efeitos sequer podem ser mensurados, resultando em danos irreversíveis para essas crianças, além de permanecerem silenciosos e silenciados no interior das famílias, escolas, comunidade e serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

A evolução e o encaminhamento das crianças e dos adolescentes vítimas de violência se deram principalmente para a Rede de Saúde e para o Conselho Tutelar, como também já observado<sup>(11,29)</sup>. Ressalta-se que o contato precoce com o serviço de saúde é essencial para promover a melhor qualidade do atendimento e que é fundamental uma abordagem ágil e eficaz para o acolhimento e seguimento dessa demanda<sup>(29-30)</sup>.

Para ampliar as interconexões com diferentes instituições e atores, exige-se que os profissionais de saúde e de outras áreas se aproximem dessa realidade e reconheçam os serviços disponíveis em seu local de atuação, quer sejam eles de caráter estatal, quer comunitários, e ainda se comprometam a mediar essas conexões. É necessário que alguns serviços de caráter específico sejam implementados, tais como campanhas sistêmicas para mobilizar a sociedade em torno da defesa dos direitos da criança e do adolescente, novos mapeamentos de áreas de risco, melhoramento das delegacias, melhor assistência multiprofissional para atuar nesses casos, atuação das escolas na identificação de vítimas e promoção de ações que tirem essas medidas públicas do discurso e as coloquem em prática. Porém, é preciso que a rede de proteção já existente estreite os mecanismos de comunicação entre seus membros e reconheça seu espaço de atuação<sup>(31)</sup>.

A Lei nº 13.010 não criminaliza os pais por educarem seus filhos, mas impõe-lhes limites para que não cometam abusos. Ela é uma das ações instituídas pelo governo com a pretensão de educar as pessoas para que resolvam os seus problemas por meio do diálogo e não por agressões físicas e/ou humilhações.

### Limitações do estudo

Não se pretende, com esta pesquisa, esgotar a discussão relativa ao perfil da violência contra crianças e adolescentes nos municípios estudados, pois, como limitação, o estudo não contemplou dados do Programa Sentinela nem do Disque 100, implantados em diferentes datas em cada município. Além disso, embora o tempo de avaliação possa parecer insuficiente para analisar mudanças decorrentes da lei, entende-se esse olhar como o inicial para o desenvolvimento de novas pesquisas, em longo prazo, sobre esse tema, uma vez que a Lei nº 13.010 ainda é considerada nova no cenário judiciário, lançando as bases para novas reflexões e debates sobre o tema. Dessa forma, entende-se que, mesmo com tais limitações, é preciso persistir

no reconhecimento da frequência desse fenômeno nas sociedades, com base em dados já disponíveis.

### Contribuições para a área da enfermagem

Com a blindagem das leis de proteção às crianças e adolescentes, pode-se refletir com mais responsabilidade sobre os meios de ampará-los e protegê-los de maneira mais segura e eficaz. Torna-se, portanto, imprescindível o traçado epidemiológico da agressão contra a criança e o adolescente, a fim de conduzir à compreensão e dimensionamento desse problema, bem como subsidiar a elaboração de ações articuladas, interdisciplinares e intersetoriais para o seu enfrentamento em nível local, buscando controle, prevenção e efetivas ações de atendimento.

### CONCLUSÃO

No período do estudo, a maior frequência de notificações de casos de violência envolveu mulheres, indivíduos de 15 a 19 anos, situações de agressões físicas, ocorrências na zona urbana e nas residências das vítimas. Em relação à lei, com a ressalva de que esta ainda é considerada nova no cenário

judiciário, o presente estudo não identificou alterações na frequência de notificações e denúncias de maus-tratos contra as crianças e adolescentes nos 53 municípios de MG, porém identificou algumas mudanças ao analisar a faixa etária, sexo, tipos de violência e agressor. Espera-se, com estes achados, além de incentivar a notificação, contribuir para a divulgação de informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas as quais efetivamente promovam a saúde e a qualidade de vida de crianças e adolescentes.

### FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, bolsa de mestrado.

### AGRADECIMENTO

Todos os autores contribuíram para a concepção e planejamento do projeto; obtenção ou análise e interpretação dos dados; elaboração ou revisão crítica do conteúdo; e participação na aprovação da versão final do manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010[cited 2017 Feb 24];26(2):347-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>
2. World Health Organization – WHO. World report on violence and health [Internet]. 2002[cited 2017 Feb 24]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf)
3. Soares AL, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AM, Gonçalves H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];51:21-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710615/pdf/main.pdf>
4. Brancaglioni BC, Fonseca RM. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];69(5):946-55. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en\\_0034-7167-reben-69-05-0946.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0946.pdf)
5. Organización Mundial de La Salud-OMS. Organización panamericana de la salud-OPAS. Prevención de la violencia: la evidencia [Internet]. 2013[cited 2017 Mar 2];9-44. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf)
6. UNICEF. Situação Mundial da Criança: crianças em um mundo Urbano [Internet]. Brasília, DF: UNICEF; 2012[cited 2017 Mar 2]. Available from: [https://www.unicef.org/brazil/pt/PT-BR\\_SOWC\\_2012.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/PT-BR_SOWC_2012.pdf)
7. UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children [Internet]. New York: UNICEF; 2014[cited 2017 Mar 2]. Available from: [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_EN\\_3\\_Sept\\_2014.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 2ª ed. Brasília: MS; 2003.
9. Brasil. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União* 2014; 27 jun.
10. Lima R. Lei da Palmada: algumas considerações. *Rev Esp Acad* [Internet]. 2012[cited 2017 Mar 2];130:95-100. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/download/16245/8831>
11. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012[cited 2017 Feb 24];17(9):2305-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>
12. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016[cited 2017 Feb 24];21(3):871-80. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/en\\_1413-8123-csc-21-03-0871.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/en_1413-8123-csc-21-03-0871.pdf)
13. Garbin CAS, Gomes AMP, Gatto RCJ, Garbina AJ. Um estudo transversal sobre cinco anos de denúncia sobre violência contra crianças e adolescentes em Araçatuba, São Paulo. *J Health Sci* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 2];18(4):273-7. Available from: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/download/3293/3403>

14. O'Donnell M, Scott D, Stanley F. Child abuse and neglect: is it time for a public health approach? *Aust N Z J Public Health*[Internet]. 2008 [cited 2017 Mar 2];32(4):325-30. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-6405.2008.00249.x/epdf>
15. Oliveira HC, Pinto Jr EP, Tavares LT, Guimarães MAP, Oliveira MAD. Notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 20];22(4):26-30. Available from: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/59/pdf\\_59](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/59/pdf_59)
16. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2011[cited 2017 Feb 24];32(4):781-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a20.pdf>
17. Sousa RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel EJS. Caracterização dos maus-tratos contra a criança: avaliação das notificações compulsórias na Paraíba. *Espaç Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 2];16(4):21-9. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/22408/5>
18. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *AMB Rev Assoc Med Bras*[Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 24];58(6):659-65. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/en\\_v58n6a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/en_v58n6a09.pdf)
19. Fernandez CB, Tavares LF, Pinheiro MJS. Enfrentamento da violência sexual de crianças e adolescentes pelo legislativo no Amazonas. *Argumentum*[Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];8(2):84-103. Available from: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/11666/9950>
20. Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];25(4):799-806. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00799.pdf>
21. Acosta DF, Amarijo CL, Silva CD, Gomes VLO, Cazeiro CC. Violência sexual: da denúncia à criminalização do agressor. *Rev Enferm UERJ*[Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];24(2):e11518. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11518>
22. Moreira TNF, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. The foundation of care: Family Health Program teams dealing with domestic violence situations. *Saúde Soc*[Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 2];23(3):814-27. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/en\\_0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/en_0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf)
23. Frota MA, Lima LB, Oliveira MGP, Nobre CS, Couto CS, Noronha CV. Perspectiva materna acerca da repercussão da violência doméstica infantil no desenvolvimento humano. *Enferm Cent O Min*[Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];6(2):2180-9. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/976/1101>
24. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiro MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *AMB Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012[cited 2017 Mar 2];58(4):465-4. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/en\\_v58n4a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/en_v58n4a18.pdf)
25. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*[Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 2];27(1):27-37. Available from: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521-6934\(12\)00137-X](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521-6934(12)00137-X)
26. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2015[cited 2017 Feb 24];31(5):1095-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1095.pdf>
27. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Brasileiro de Estudos Latino-Americanos; 2012 [cited 2017 Feb 24]. Available from: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_Crianças\\_e\\_Adolescentes.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf)
28. Morrison C, Gross B, Horst M, Bupp K, Rittenhouse K, Harnish C, et al. Under fire: gun violence is not just an urban problem. *J Surg Res*[Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 2];199(1):190-6. Available from: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-4804\(15\)00399-6](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-4804(15)00399-6)
29. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 2];29(5):889-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>
30. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 2];22(3):403-12. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>
31. Fernandes APP, Mazza VA, Lenardt MH. Network of protection against childhood violence in light of the concepts of Capra. *Rev Min Enferm*[Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 2];17(4):1032-7. Available from: [http://www.reme.org.br/exportar-pdf/903/en\\_v17n4a20.pdf](http://www.reme.org.br/exportar-pdf/903/en_v17n4a20.pdf)