

| | |
|--|--|
|  <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p> | <p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 1-16, jan.-dez. 2023 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p> |
| <p>http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39311</p> | |

SEÇÃO: ARTIGO

Violência contra adolescentes: caracterização das notificações realizadas por profissionais da saúde

Violence against adolescents: characterization of notifications carried out by health professionals

Violencia contra adolescentes: caracterización de notificaciones realizadas por profesionales de la salud

Priscila Lawrenz¹

orcid.org/0000-0002-1161-3684
prisci_lawrenz@yahoo.com.br

Melina Friedrich

Dupont²

orcid.org/0000-0002-0426-6514
melinadupont@hotmail.com

Daniela Inaiá Chambart²

orcid.org/0000-0003-0268-0487
daniela.chambart@acad.pucrs.br

Thays Carolyna Pires

Mazzini Bordini²

orcid.org/0000-0002-8657-8000
thaysbordini@hotmail.com

**Clarissa Pinto Pizarro
de Freitas²**

orcid.org/0000-0002-2274-8728
freitas.cpp@gmail.com

Luísa Fernanda

Habigzang²

orcid.org/0000-0002-0262-0356
habigzang.luisa@gmail.com

Recebido em: 5 out. 2020.

Aprovado em: 4 abr. 2022.

Publicado em: 15 nov. 2023.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Resumo: Por meio da presente pesquisa, se intenta caracterizar as situações de violência contra adolescentes notificadas por profissionais da saúde por meio da Ficha Individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (FIN-SINAN) no Rio Grande do Sul entre 2009 e 2017. Objetiva-se, também, avaliar diferenças em relação às vítimas, aos agressores e aos contextos de violência. Para tanto, foram analisadas 23.536 notificações de violência. Os dados foram coletados por meio da FIN-SINAN, posteriormente disponibilizados pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Com isso, verificou-se que a maioria das situações de violência foi perpetrada contra adolescentes do sexo feminino (66,8%), na residência da vítima (58,9%) e por agressores do sexo masculino (61,7%). A violência física foi a mais notificada (57,5%) e a maior parte dos encaminhamentos foi realizada para o Conselho Tutelar (54,3%). Portanto, os dados apontaram para a gravidade da violência e para a necessidade de capacitar os profissionais da saúde.

Palavras-chave: adolescência, violência, notificação

Abstract: Through this research, we aim to characterize situations of violence against adolescents reported by healthcare professionals using the Individual Report Form of the Notifiable Diseases Information System (FIN-SINAN) in Rio Grande do Sul between 2009 and 2017. Additionally, we intend to assess differences in relation to the victims, perpetrators, and the contexts of violence. To this end, we analyzed 23,536 reports of violence. The data were collected through FIN-SINAN and subsequently made available by the State Center for Health Surveillance (CEVS). As a result, it was found that most violent incidents were perpetrated against female adolescents (66.8%) in the victim's residence (58.9%) and by male perpetrators (61.7%). Physical violence was the most reported form (57.5%), and the majority of referrals were made to the Child Protective Services (54.3%). Therefore, the data highlight the severity of the violence and the need to train healthcare professionals.

Keywords: adolescence, violence, notification

Resumen: A través de esta investigación, buscamos caracterizar las situaciones de violencia contra adolescentes notificadas por profesionales de la salud mediante el Formulario Individual del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (FIN-SINAN) en Rio Grande do Sul entre 2009 y 2017. Además, pretendemos evaluar las diferencias con respecto a las víctimas, agresores y los contextos de la violencia. Para ello, analizamos 23.536 informes de violencia. Los datos se recopilaron a través de FIN-SINAN y posteriormente fueron facilitados por el Centro Estatal de Vigilancia en Salud (CEVS). Como resultado, se encontró que la mayoría de los incidentes violentos fueron pepe-

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil; Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

trados contra adolescentes de sexo femenino (66.8%) en la residencia de la victima (58.9%) y por agresores de sexo masculino (61.7%). La violencia física fue la forma más comúnmente notificada (57.5%), y la mayoría de las remisiones se hicieron al Consejo Tutelar (54.3%). Por lo tanto, los datos resaltan la gravedad de la violencia y la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud.

Palabras clave: adolescencia, violencia, notificación.

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a etapa do desenvolvimento humano entre os 10 e os 19 anos (World Health Organization [WHO], 2020). Apesar das tentativas de universalizar as características que demarcam a adolescência, as experiências de ser adolescente são distintas para cada indivíduo. Em um país como o Brasil, com inúmeras iniquidades, características como gênero, raça, etnia e condições socioeconômicas têm forte influência sobre as expectativas e as vivências relacionadas a essa etapa do desenvolvimento (Cerqueira-Santos et al., 2014). Muitos adolescentes brasileiros vivem em contextos de vulnerabilidade e estão expostos à pobreza, baixa escolaridade, abuso de drogas, gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e violência (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2011).

A violência contra os adolescentes pode ser definida como qualquer situação de exploração, negligência, abuso físico, psicológico ou sexual que resulte em danos reais ou potenciais para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento e a dignidade (WHO, 1999). A OMS (WHO, 2002) propõe que o fenômeno da violência seja compreendido por meio de categorias definidas a partir das características do autor da violência: (a) Violência autoprovocada: subdividida em comportamento suicida e automutilação; (b) Violência interpessoal: subdividida em violência familiar, violência por parceiro íntimo e violência na comunidade. As violências na família e por parceiro íntimo ocorrem, geralmente, no ambiente doméstico. Já a violência na comunidade envolve indivíduos que podem, ou não, se conhecer. Acontece fora de casa, principalmente em contextos institucionais, como a escola e o local de trabalho; (c) Violência coletiva: subdividida em violência social, política

e econômica. São formas de violência cometidas por grandes grupos ou pelo Estado.

A exposição à violência afeta de forma negativa a saúde e o desenvolvimento (WHO, 2020). Adolescentes que são vítimas de violência podem apresentar baixo rendimento escolar, comportamentos agressivos e ideação suicida (Assis et al., 2009). Além disso, crescer em um ambiente violento contribui para que os adolescentes identifiquem que a violência é uma forma aceitável de resolver conflitos (Paula et al., 2008). Promover relacionamentos saudáveis entre pais e filhos, fornecer treinamentos para o desenvolvimento de habilidades sociais e reduzir o acesso ao álcool e a outras drogas são formas de prevenir a violência. Além disso, oferecer proteção e cuidado empático aos adolescentes pode contribuir para a redução dos impactos negativos da violência (WHO, 2020).

Proteção dos direitos dos adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é o principal instrumento normativo de proteção aos direitos de crianças e adolescentes no Brasil. O quinto artigo do ECA determina que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, tratamento cruel ou maus-tratos devem ser obrigatoriamente notificados ao Conselho Tutelar (Brasil, 1990).

Apesar dos avanços realizados nas últimas décadas em relação às medidas de proteção, a violência continua sendo um grave problema que demanda políticas de enfrentamento (Hohendorff et al., 2015). Por meio da notificação das situações de violência é possível ativar a rede de atendimento e proteção, gerar intervenções e proporcionar um dimensionamento epidemiológico para subsidiar políticas públicas (Gonçalves & Ferreira, 2002). Os casos de suspeita ou confirmação de violência atendidos em hospitais, unidades de pronto-atendimento e unidades básicas de saúde devem ser notificados às instituições de vigilância em saúde. A Portaria n.º 1.271, emitida pelo Ministério da Saúde, estabelece a comuni-

cação obrigatória às autoridades, por profissionais da saúde de serviços públicos e privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública (Brasil, 2014).

A partir de 2009, as notificações de situações de violência autoprovocada e interpessoal atendidas em serviços de saúde passaram a ser realizadas por meio da Ficha Individual de Notificação (FIN) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A FIN-SINAN é uma ferramenta de combate à violência com o objetivo de registrar, processar e fornecer informações sobre as situações de violência, bem como contribuir para a tomada de decisão em âmbito municipal, estadual e nacional (Brasil, 2020). Apesar da notificação ter caráter compulsório, há um número expressivo de profissionais da saúde que desconsidera o preenchimento da notificação, alegando ser uma ferramenta complicada, ineficaz e demorada. Além disso, deixam de notificar por temer a perda de vínculo com a vítima, demonstrando desconhecimento sobre as diferenças entre notificação e denúncia (Pedrosa & Zanello, 2016).

No Brasil, a maior parte dos estudos que analisam as notificações de violência incluem crianças e adolescentes (Alves et al., 2017; Cezar et al., 2017), sendo raros os estudos que focam nas especificidades da adolescência (Pereira et al., 2020). Sendo assim, o objetivo deste estudo é caracterizar as situações de violência contra adolescentes notificadas por profissionais da saúde por meio da FIN-SINAN no Rio Grande do Sul entre 2009 e 2017. Objetiva-se, também, avaliar diferenças em relação às vítimas, aos agressores e aos contextos de ocorrência da violência.

Método

Delineamento

Estudo de caráter quantitativo, descritivo e comparativo (Creswell, 2010).

Amostra

Composta por 23.536 notificações de violência

contra adolescentes. Os dados são referentes às notificações realizadas por profissionais da saúde do Rio Grande do Sul por meio da FIN-SINAN no período de janeiro de 2009 a agosto 2017.

Instrumento

Ficha Individual de Notificação (FIN) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os profissionais da saúde fornecem informações sobre o perfil das vítimas (e.g., sexo, idade e escolaridade), das situações de violência (e.g., local de ocorrência e formas de agressão), dos agressores (e.g., sexo e número de agressores) e os encaminhamentos realizados (e.g., encaminhamento a instituições e evolução do caso). Há opções de respostas referentes às características das perguntas (e.g., sexo conterà masculino e feminino) e as opções ignorado e não se aplica. A alternativa "ignorado" é utilizada quando o profissional não pode obter as informações, apesar de investigá-las. Já a opção "não se aplica" abrange situações em que a pergunta não tem sentido para a população investigada, como, por exemplo, questões sobre gestação para vítimas do sexo masculino. As alternativas "ignorado" e "não se aplica" são respondidas pelos profissionais, de modo que não se caracterizam como dados faltantes (*missings*). O preenchimento é embasado pelo documento "Instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada", o qual contém instruções sobre a condução da entrevista e o preenchimento da ficha (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015).

Procedimentos de obtenção dos dados

Este estudo é parte de um projeto realizado em parceria com o Núcleo de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) do Rio Grande do Sul. O CEVS forneceu um banco de dados com 121.375 notificações de situações de violência envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos realizadas entre janeiro de 2009 e agosto de 2017. Neste estudo, foram incluídas as 23.536 notificações de violência que envolviam adolescentes entre 10 e 19 anos. Na área da saúde, as

políticas voltadas às necessidades dos jovens têm sido sustentadas pela definição de adolescência da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011).

As notificações que compõem o banco de dados foram realizadas por profissionais da saúde que atuavam em hospitais, unidades de pronto-atendimento e unidades básicas de saúde a respeito de casos de suspeita ou confirmação de violência por meio da FIN-SINAN nas versões 2008, 2011 e 2015. As condições de preenchimento das fichas, bem como sua exportação para a plataforma virtual, são procedimentos internos previstos pela equipe do CEVS/RS, sujeitos à organização dos serviços de saúde. Desta forma, os pesquisadores não controlaram os procedimentos de preenchimento da FIN-SINAN e a exportação dos dados à plataforma virtual.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o parecer de número 903.328 e C.A.A.E de número 38663714.4.0000.5336.

Procedimentos de análise dos dados

A fim de caracterizar as situações de violência contra adolescentes, os dados foram submetidos a análises descritivas e inferenciais. As análises descritivas objetivaram apresentar uma caracte-

terização das vítimas (*e.g.*, idade, raça e escolaridade), das situações de violência (*e.g.*, formas de violência, número de episódios e local de ocorrência), dos agressores (*e.g.*, gênero, relação com a vítima) e os encaminhamentos realizados (*e.g.*, instituições de atendimento envolvidas). As análises inferenciais foram realizadas por meio de análises de Chi-Quadrado (χ^2) para identificar diferenças estatisticamente significativas em relação às vítimas, ao agressor e ao contexto de ocorrência da violência. Todas as análises foram realizadas por meio do *software Statistical Package of the Social Science 21* (SPSS). Todos os dados faltantes (*missings*) foram excluídos das análises realizadas no presente estudo.

Resultados

Em relação às características das vítimas, a maioria das notificações envolveu agressões a adolescentes do sexo feminino (66,8%), sendo a diferença entre adolescentes do sexo feminino e masculino estatisticamente significativa. A maior parte das vítimas era solteira (75,6%) e tinha entre 16 e 17 anos (24,4%). Quanto à raça ou etnia, a frequência da categoria branca (74,1%) foi significativamente maior que as demais. Em relação ao nível de escolaridade, o ensino fundamental incompleto foi significativamente mais frequente (50,9%), independentemente do sexo da vítima (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos adolescentes vítimas de violência (Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul [CEVS], 2009 a 2017)

| Variável | N(%) | χ^2 (gl) | Sexo | | | |
|-------------------------------|---------------|-----------------|------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | | | Feminino (N (%)) | χ^2 (gl) | Masculino (N (%)) | χ^2 (gl) |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 18.148 (66,8) | 3.082,2* (1) | | | | |
| Masculino | 8.999 (33,1) | | | | | |
| Ignorado | 0 (0) | | | | | |
| Raça/etnia | | | | | | |
| Branca | 19.993 (74,1) | 65.945,9* (5) | 13.506 (74,8) | 45.137,9* (2) | 6.487 (72,5) | 2.0842,6* (5) |
| Parda | 3.605 (13,4) | | 2.308 (12,8) | | 1.297 (14,5) | |
| Preta | 1.988 (7,4) | | 1.324 (7,3) | | 664 (7,4) | |
| Indígena | 144 (0,5) | | 104 (0,6) | | 40 (0,4) | |
| Amarela | 78 (0,3) | | 51 (0,3) | | 27 (0,3) | |
| Ignorado | 1.184 (4,4) | | 757 (4,2) | | 427 (4,8) | |
| Idade categorizada | | | | | | |
| 16 a 17 anos | 6.619 (24,4) | 1.040,2* (4) | 4.121 (22,7) | 854,5* (4) | 2.498 (27,8) | 424,4* (4) |
| 14 a 15 anos | 6.363 (23,4) | | 4.432 (24,4) | | 1.931 (21,5) | |
| 12 a 13 anos | 5.339 (19,7) | | 3.878 (21,4) | | 1.461 (16,2) | |
| 18 a 19 anos | 5.215 (19,2) | | 3.551 (19,6) | | 1.664 (18,5) | |
| 10 a 11 anos | 3.611 (13,3) | | 2.166 (11,9) | | 1.445 (16,1) | |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ensino fundamental incompleto | 13.040 (50,9) | 50.207,364* (8) | 8.740 (50,8) | 33.227,2* (8) | 4.300 (51,1) | 17.121,8* (8) |
| Ensino médio incompleto | 3.623 (14,1) | | 2.564 (14,9) | | 1.059 (12,6) | |
| Ensino fundamental completo | 2.405 (9,4) | | 1.688 (9,3) | | 717 (8,5) | |
| Ensino médio completo | 1.165 (4,5) | | 854 (5,0) | | 311 (3,7) | |
| Ensino superior incompleto | 166 (0,6) | | 126 (0,7) | | 40 (0,5) | |
| Analfabeto | 138 (0,5) | | 66 (0,4) | | 72 (0,9) | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Ensino superior completo | 24 (0,1) | | 20 (0,1) | | 4 (0) | |
| Ignorado | 5.053 (19,7) | | 3.150 (18,3) | | 1.903 (22,6) | |
| Situação conjugal | | | | | | |
| Solteiro(a) | 19.572 (75,6) | 66.088,8* (5) | 12.642 (73,2) | 40.767,9* (5) | 6.930 (80,4) | 25.704,7* (5) |
| Casado(a)/União estável | 1.747 (6,8) | | 1.598 (9,3) | | 149 (1,7) | |
| Separado (a) | 161 (0,6) | | 149 (0,9) | | 12 (0,1) | |
| Víuvo (a) | 6 (0) | | 5 (0) | | 1 (0) | |
| Não se aplica | 2.873 (11,1) | | 1.916 (11,1) | | 957 (11,1) | |
| Ignorado | 1.522 (4,7) | | 955 (5,5) | | 567 (6,6) | |

Nota: * $p \leq 0,001$; *gl* = Graus de liberdade

No que se refere às formas de violência, as notificações envolveram, com maior frequência, agressão física (57,5%), psicológica (32,2%), sexual (25,7%) e autoprovocada (17,4%). As notificações envolvendo vítimas do sexo feminino foram significativamente mais frequentes em comparação ao sexo masculino em relação à violência física, psicológica, sexual, autoprovocada, negligência, outras formas de violência e tortura. Quanto às agressões físicas, identifiquei

-se maior frequência de uso de força corporal ou espancamento (44,2%). As vítimas do sexo feminino foram mais agredidas por meio de força corporal ou espancamento, enforcamento, objeto perfurocortante e envenenamento. Já as agressões contra adolescentes do sexo masculino envolveram, com maior frequência, o uso de objeto contundente e arma de fogo. Em relação à violência sexual, a maioria das vítimas sofreu estupro (79,9%; Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das formas de violência (Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul [CEVSI], 2009 a 2017)

| Variável | N (%) | Sexo | | χ^2 (<i>gl</i>) |
|----------------------------|---------------|------------------|-------------------|------------------------|
| | | Feminino (N (%)) | Masculino (N (%)) | |
| Formas de violência | | | | |
| Física | 15.106 (57,5) | 9.026 (51,5) | 6.080 (69,3) | 766,6* (2) |
| Psicológica | 8.625 (32,2) | 6.553 (37,9) | 2.072 (24,0) | 502,6* (2) |
| Sexual | 6.655 (25,7) | 5.871 (34) | 784 (9,1) | 1876,654* (2) |
| Autoprovocada | 4.549 (17,4) | 3.266 (18,7) | 1.283 (14,8) | 63,7* (2) |
| Negligência/Abandono | 3.303 (12,8) | 1.850 (10,7) | 1.453 (16,8) | 190,0* (2) |
| Outras | 2.989 (11,6) | 2.167 (12,6) | 822 (9,6) | 56,9* (2) |
| Tortura | 657 (2,5) | 493 (2,9) | 164 (1,9) | 22,0* (2) |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Financeira | 200 (0,8) | 151 (0,9) | 49 (0,6) | 7,2 (2) | | |
| Intervenção legal | 98 (0,4) | 64 (0,4) | 34 (0,4) | 0,5 (2) | | |
| Tráfico de seres humanos | 13 (0,1) | 11 (0,1) | 2 (0) | 1,9 (2) | | |
| Características da violência física | | | | | | |
| Uso de força corporal ou espancamento | 11.514 (44,2) | 8.008 (46,1) | 3.506 (40,4) | 98,1* (2) | | |
| Objeto perfurocortante | 2.491 (9,7) | 1.311 (7,7) | 1.180 (13,7) | 241,6* (2) | | |
| Envenenamento | 1.723 (6,7) | 1.360 (7,9) | 363 (4,2) | 133,6* (2) | | |
| Arma de fogo | 1.429 (5,6) | 400 (2,2) | 1.029 (11,9) | 1.010,0* (2) | | |
| Objeto contundente | 1.065 (4,1) | 511 (2,8) | 554 (6,4) | 174,3* (2) | | |
| Enforcamento | 626 (2,4) | 377 (2,2) | 249 (2,9) | 16,4* (2) | | |
| Substância quente | 188 (0,7) | 103 (0,6) | 85 (0,9) | 16,1 (2) | | |
| Características da violência sexual | | | | | | |
| Estupro | 5.249 (79,9) | 4.664 (80,5) | 585 (75,5) | 115,9* (3) | | |
| Assédio sexual | 1.534 (23,5) | 1.369 (23,8) | 165 (21,0) | 22,6* (3) | | |
| Atentado violento ao pudor | 517 (12) | 436 (11,6) | 83 (15,1) | 26,9* (3) | | |
| Exploração sexual | 390 (6) | 329 (5,7) | 61 (7,9) | 37,7* (3) | | |
| Pornografia | 154 (2,4) | 125 (2,2) | 29 (3,7) | 25,5* (3) | | |
| Zona de ocorrência | N (%) | χ^2 (gl) | Feminino (N (%)) | χ^2 (gl) | Masculino (N (%)) | χ^2 (gl) |
| Zona urbana | 22.152 (88,6) | 54.168,8* (3) | 14.776 (88,5) | 36.144,4* (3) | 7.376 (88,6) | 18.031,6* (3) |
| Zona rural | 2.033 (7,5) | | 1.412 (8,5) | | 621 (7,5) | |
| Zona periurbana | 471 (1,9) | | 279 (1,7) | | 192 (2,3) | |
| Ignorado | 359 (1,4) | | 224 (1,3) | | 135 (1,6) | |

Nota: * $p \leq 0,001$; gl = Graus de liberdade

A maioria das agressões contra adolescentes aconteceu na zona urbana (88,6%), sendo significativamente maior em comparação às demais categorias (Tabela 2). As agressões ocorreram, com frequência significativamente superior, na residência das vítimas (58,9%). Os principais agressores foram amigos ou conhecidos (18,4%), própria pessoa (17,2%), desconhecido (14,4%),

mãe (12,7%) e pai (12,3%). Também foi possível verificar violência por parceiro íntimo, sendo os principais agressores cônjuges (4,8%), namorados(as) (3,6%), ex-namorados(as) (1,7%) e ex-cônjuges (1,5%). A maioria das situações de violência foi perpetrada por um único agressor (68,6%), sendo que, em mais de 50% dos casos, os agressores eram do sexo masculino (Tabela 3).

Tabela 3 – Local de ocorrência da violência, agressores e sexo dos agressores (Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul [CEVS], 2009 a 2017)

| Variável | N (%) | Sexo | | | | |
|---|---------------|---------------|------------------|---------------|-------------------|---------------|
| Local de ocorrência da violência | | χ^2 (gl) | Feminino (N (%)) | χ^2 (gl) | Masculino (N (%)) | χ^2 (gl) |
| Residência | 15.545 (58,9) | 77.929,7* (9) | 11.838 (67,2) | 66.884,0* (9) | 3.707 (42,3) | 16.395,4* (9) |
| Escola | 5.235 (19,8) | | 2.536 (14,4) | | 2.699 (30,8) | |
| Instituição de longa permanência | 1.472 (5,6) | | 993 (5,5) | | 479 (5,3) | |
| Via pública | 1.364 (5,2) | | 681 (3,9) | | 683 (7,6) | |
| Creche | 676 (2,5) | | 331 (1,9) | | 345 (3,9) | |
| Estabelecimento de saúde | 529 (2,0) | | 320 (1,8) | | 209 (2,4) | |
| Habitação coletiva | 257 (1,0) | | 144 (0,8) | | 113 (1,3) | |
| Ambiente de trabalho | 170 (0,6) | | 61 (0,3) | | 109 (1,2) | |
| Instituição socioeducativa | 46 (0,2) | | 16 (0,1) | | 30 (0,3) | |
| Ignorado | 1.079 (4,1) | | 684 (3,8) | | 395 (4,4) | |
| Agressores | | | | | | |
| Amigo(a)/Conhecido(a) | 4.742 (18,4) | | 2.943 (17,1) | | 1.799 (20,9) | 303,7* (2) |
| Própria pessoa | 4.415 (17,2) | | 3.192 (18,6) | | 1.223 (14,2) | 275,2* (2) |
| Desconhecido | 3.703 (14,4) | | 1.791 (10,5) | | 1.912 (22,2) | 940,7* (2) |
| Mãe | 3.263 (12,7) | | 1.910 (11,1) | | 1.353 (15,7) | 364,0* (2) |
| Pai | 3.170 (12,3) | | 2.053 (12) | | 1.117 (13) | 189,8* (2) |
| Outros | 2.424 (9,5) | | 1.794 (10,5) | | 630 (7,4) | 211,0* (2) |
| Padrasto | 1.787 (7,0) | | 1.423 (8,3) | | 364 (4,2) | 313,9* (2) |
| Cônjuge | 1.228 (4,8) | | 1.195 (7,0) | | 33 (0,4) | 714,2* (2) |
| Namorado(a) | 933 (3,6) | | 899 (5,2) | | 34 (0,4) | 546,3* (2) |
| Irmão | 771 (2,8) | | 524 (3,1) | | 247 (2,9) | 191,4* (2) |
| Ex-namorado(a) | 430 (1,7) | | 414 (2,4) | | 16 (0,2) | 346,6* (2) |
| Ex-cônjuge | 417 (1,5) | | 406 (2,4) | | 11 (0,1) | 360,4* (2) |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| Pessoa com relação institucional | 296 (1,2) | | 155 (0,9) | | 141 (1,6) | 247,8* (2) |
| Policial/Agente da lei | 180 (0,7) | | 46 (0,3) | | 134 (1,6) | 366,9* (2) |
| Madrasta | 144 (0,6) | | 83 (0,5) | | 61 (0,7) | 219,5* (2) |
| Cuidador (a) | 118 (0,4) | | 73 (0,4) | | 45 (0,5) | 201,0* (2) |
| Patrão(oa)/Chefe | 87 (0,3) | | 43 (0,3) | | 44 (0,5) | 215,9* (2) |
| Sexo dos agressores | | | | | | |
| Masculino | 16.214 (61,7) | 20.636,8* (3) | 10.289 (58,6) | 13.284,3* (3) | 5.925 (67,8) | 8.534,6* (3) |
| Feminino | 6.160 (23,4) | | 5.220 (29,7) | | 940 (10,7) | |
| Ambos os sexos | 2.094 (8,0) | | 1.257 (7,2) | | 837 (9,3) | |
| Ignorado | 1.830 (7,0) | | 787 (4,5) | | 1.043 (11,9) | |

Nota: * $p \leq 0,001$; *gl* = Graus de liberdade

O Conselho Tutelar recebeu a maioria dos encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde (54,3%). Os encaminhamentos para o Conselho Tutelar foram significativamente mais frequentes quando envolveram vítimas do sexo masculino, enquanto encaminhamentos realizados a outras instituições (e.g., outras delegacias, Instituto Médico Legal (IML), CRAS ou CREAS) foram

mais frequentes entre vítimas do sexo feminino. Quanto aos encaminhamentos de saúde, o mais frequente foi o ambulatorial (68,1%) para ambos os sexos e a maioria das vítimas recebeu alta (81,7%). Nos casos de violência sexual, os encaminhamentos envolveram coleta de sangue (28,9%) e profilaxias para prevenir infecções sexualmente transmissíveis (23,7%; Tabela 4).

Tabela 4 – Encaminhamentos para outros serviços e evolução dos casos (Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul [CEVS], 2009 a 2017)

| Variável | N (%) | Feminino (N (%)) | Masculino (N (%)) | χ^2 (<i>gl</i>) |
|---|--------------|------------------|-------------------|------------------------|
| Encaminhamentos para os serviços da rede | | | | |
| Conselho Tutelar | 8.458 (54,3) | 5.955 (57,6) | 2.503 (47,8) | 134,5* (2) |
| Outras delegacias | 3.255 (21) | 2.063 (20,1) | 1.192 (22,8) | 22,4* (2) |
| Instituto Médico Legal | 2.641 (17,1) | 1.994 (19,5) | 647 (12,5) | 117,2* (2) |
| CRAS ou CREAS | 2.100 (13,7) | 1.658 (16,3) | 442 (8,5) | 174,2* (2) |
| Outros encaminhamentos | 1.943 (12,8) | 1.307 (13,0) | 636 (12,4) | 1,1 (2) |
| Ministério Público | 1.437 (9,4) | 1.095 (10,7) | 342 (6,6) | 68,5* (2) |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente | 1.116 (7,3) | 760 (7,5) | 356 (6,9) | 3,2 (2) | | |
| Delegacia de Atendimento à Mulher | 891 (5,8) | 854 (8,3) | 37 (0,7) | 367,1* (2) | | |
| Vara da Infância e Juventude | 774 (5,1) | 546 (5,4) | 228 (4,4) | 7,4 (2) | | |
| Centro de Referência da Mulher | 361 (2,3) | 351 (3,4) | 10 (0,2) | 157,6* (2) | | |
| Casa Abrigo | 342 (2,2) | 276 (2,7) | 66 (1,3) | 32,7* (2) | | |
| Programa Sentinela | 238 (1,6) | 190 (1,9) | 48 (0,9) | 20,5* (2) | | |
| Encaminhamentos de saúde | N (%) | χ^2 (gl) | Feminino (N (%)) | χ^2 (gl) | Masculino (N (%)) | χ^2 (gl) |
| Ambulatorial | 10.724 (68,1) | 15.690,8*(3) | 7.283 (69,4) | 11.205,6*(3) | 3.441 (64,8) | 4.575,0*(3) |
| Não se aplica | 2.029 (12,9) | | 1.133 (10,9) | | 896 (16,9) | |
| Hospitalar | 1.704 (10,8) | | 1.141 (10,9) | | 563 (10,6) | |
| Ignorado | 1.282 (8,1) | | 870 (8,3) | | 412 (4,6) | |
| Encaminhamentos dos casos de violência sexual | N (%) | Feminino (N (%)) | Masculino (N (%)) | χ^2 (gl) | | |
| Coleta de sangue | 1.874 (28,9) | 1.688 (29,5) | 186 (24,6) | 8,0* (3) | | |
| Profilaxia IST's | 1.530 (23,7) | 1.401 (24,6) | 129 (16,5) | 16,0* (3) | | |
| Profilaxia HIV | 1.479 (22,9) | 1.366 (23,9) | 113 (15) | 7.157,6* (3) | | |
| Profilaxia Hepatite B | 1.072 (16,6) | 992 (17,4) | 80 (10,7) | 8.560,7 (3) | | |
| Contracepção de emergência | 956 (14,9) | 956 (17) | 0 (0) | - | | |
| Coleta de secreção vaginal | 511 (8) | 511 (9,1) | 0 (0) | - | | |
| Coleta de sêmen | 284 (4,4) | 270 (4,8) | 14 (1,9) | 16,7 (3) | | |
| Aborto | 42 (0,7) | 42 (0,7) | 0 (0) | - | | |
| Evolução dos casos | N (%) | χ^2 (gl) | Feminino (N (%)) | χ^2 (gl) | Masculino (N (%)) | χ^2 (gl) |
| Alta | 12.646 (81,7) | 37.766,3*(4) | 8.552 (83) | 26.255,9*(4) | 4.094 (79,1) | 11.558,5*(4) |
| Evasão/fuga | 368 (2,4) | | 204 (1,1) | | 164 (3,2) | |
| Óbito por violência | 271 (1,8) | | 77 (0,7) | | 194 (3,7) | |
| Óbito por outras causas | 16 (0,1) | | 4 (0) | | 12 (0,2) | |
| Ignorado | 2.182 (14,1) | | 1.467 (14,2) | | 715 (13,8) | |

Nota: * $p \leq 0,001$; gl = Graus de liberdade

Discussão

O objetivo deste estudo foi caracterizar as situações de violência contra adolescentes notificadas por profissionais da saúde por meio da FIN-SINAN no Rio Grande do Sul entre 2009 e 2017. Objetivou-se, também, avaliar diferenças em relação às vítimas, aos agressores e aos contextos de ocorrência da violência. Em relação às características das vítimas, a maioria das notificações envolveu adolescentes do sexo feminino. A literatura aponta que a população feminina é mais vulnerável à violência em todas as etapas do desenvolvimento (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2021). Menor escolaridade, dependência econômica de pais ou responsáveis e dificuldades para acessar dispositivos de proteção tornam as adolescentes mais suscetíveis à violência (Tanquette, 2008). Trata-se de um problema social permeado pelas relações desiguais de gênero, construídas histórica e culturalmente a partir dos papéis atribuídos aos homens e às mulheres (Netto et al., 2014). Enquanto as adolescentes são as principais vítimas de violência no ambiente doméstico, os jovens do sexo masculino estão mais expostos à violência comunitária e urbana. Os homicídios são a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos no Brasil (Waiselfisz, 2014).

Quanto às formas de violência, a maioria das notificações envolveu agressão física. Entre as vítimas do sexo feminino, as formas mais frequentes de agressão física incluíram uso de força corporal e espancamento. Já entre os adolescentes do sexo masculino, o uso de objeto contundente e de arma de fogo foram mais notificados. Estes resultados corroboram dados da literatura que apontam a agressão física como a forma de violência contra adolescentes mais notificada, o que pode ser explicado pelo fato de, muitas vezes, gerar ferimentos e ser identificada com maior facilidade (Andrade et al., 2012; Cezar et al., 2017). A segunda forma de violência mais notificada foi a psicológica, caracterizada por insultos, ameaças, xingamentos e humilhações. A agressão psicológica tende a ser menos notificada por ser naturalizada e não deixar marcas

no corpo (Magalhães et al., 2017). Os resultados deste estudo também permitiram identificar alta frequência de notificações de violência sexual, especialmente contra adolescentes do sexo feminino. O estupro e o assédio sexual foram as formas mais frequentes de violência sexual. Entende-se que aspectos culturais e sociais atuam como mantenedores da ideologia patriarcal que reduz a mulher a uma forma de propriedade do homem, legitimando a violência sexual (Sousa, 2017).

A maior parte das situações de violência notificadas ocorreu na zona urbana. Hipotetiza-se que adolescentes que vivem na zona rural tenham menos acesso aos diferentes serviços que fazem parte da rede de saúde e de proteção. Além disso, podem viver em um contexto de maior isolamento e a possibilidade de buscar ajuda é menor. O principal local de ocorrência de violência foi a residência da vítima. Identificou-se que 35,4% dos agressores eram membros da família (e.g., mães, pais, padrastos, irmãos e madrastas). A violência física, psicológica ou sexual perpetrada por um membro da família ou por alguém importante para o adolescente é um fator que contribui para níveis mais baixos de autoestima, autoeficácia e competência social, aumentando a chance de o adolescente ter uma percepção negativa sobre si, as outras pessoas e o mundo (Assis et al., 2009). Sofrer violência por um membro da família tem sido associado à revitimização ou à reprodução de comportamento violento (Xia et al., 2018).

Os homens foram responsáveis pela maioria das agressões notificadas contra adolescentes de ambos os sexos. A masculinidade é produto de uma construção histórica e social que determina as características esperadas para o homem, como ser viril, imperativo e dominante (Sousa, 2017). Assim, a violência torna-se um componente fundamental da identidade masculina, sendo reforçada por práticas sociais que naturalizam comportamentos agressivos como formas de resolução de conflitos. Além disso, os papéis de gênero socialmente construídos são reproduzidos nas relações interpessoais, de modo que adolescentes do sexo masculino podem utilizar

práticas violentas ancoradas na padronização de comportamentos agressivos dos homens e de submissão das mulheres (Diniz & Alves, 2015; Sousa, 2017).

Os resultados deste estudo também permitiram identificar situações de violência perpetradas pelo parceiro íntimo (*e.g.*, cônjuges, namorados(as), ex-cônjuges e ex-namorados(as)). O casamento envolvendo menores de 18 anos é reconhecido como casamento infantil. No Brasil, 36% da população feminina enquadra-se nessa definição. Em relação às adolescentes do sexo feminino, o casamento infantil aumenta o risco de exposição à violência por parceiro íntimo (Taylor et al., 2015). Também foi verificada a presença de violência no namoro, conceito que diz respeito a relações amorosas abusivas entre adolescentes e/ou jovens adultos, atravessadas por violência física, psicológica e/ou sexual (Costa et al., 2018). Apesar de ser considerada um fenômeno bidirecional, em que ambos os parceiros funcionam como perpetradores e vítimas, as consequências negativas tendem a ser maiores entre adolescentes do sexo feminino (Diniz & Alves, 2010). Muitos comportamentos abusivos por parte dos homens, como controlar as roupas da parceira e proibi-la de ter amigos do sexo masculino, são encarados como expressões de amor, naturalizando a violência de gênero e mantendo a dinâmica abusiva do relacionamento (Diniz & Alves, 2015; Tanquette, 2008).

Além do ambiente doméstico, a escola foi um dos principais contextos de ocorrência de violência. Em relação aos agressores, verificou-se que, em mais de 18% dos casos, eram amigos e conhecidos. Embora a escola seja um local destinado à convivência e à aprendizagem, também é um espaço de ocorrência de violência (Andrade et al., 2012). Atualmente, o termo *bullying* tem sido empregado para definir atos repetitivos de opressão, agressão e dominação de pessoas ou grupos sobre outras pessoas ou grupos. A exposição ao *bullying* pode gerar consequências negativas para a saúde, como depressão, ansiedade, diminuição da performance acadêmica, lesões, agressividade, automutilação, pensamentos e

tentativas de suicídio (Pigozi & Machado, 2015). Cabe à instituição escolar discutir temas ligados ao desenvolvimento dos jovens, tais como a violência. Esta responsabilidade social se deve ao fato de a escola ser um contexto crucial de convivência, assim como a família (Njaine & Minayo, 2003).

Além da violência interpessoal, foram notificadas situações de violência autoprovocada, especialmente entre adolescentes do sexo feminino. No Brasil, entre os anos de 2011 e 2016, foram realizadas 176.226 notificações de violência autoprovocada entre adolescentes, sendo que 27,4% correspondiam a tentativas de suicídio (Ministério da Saúde, 2017). O risco de comportamento suicida aumenta durante a adolescência e a presença de ideação suicida é um sinal de sofrimento emocional grave que aparece como um dos principais preditores de tentativa e suicídio consumado (Azevedo & Matos, 2014). Apesar da alta frequência e da gravidade dos comportamentos suicidas na adolescência, verifica-se que a subnotificação dos casos é recorrente entre profissionais da saúde, o que pode ter relação com as dificuldades encontradas para identificar e encaminhar de forma adequada os casos (Vieira et al., 2015).

Em relação aos encaminhamentos para serviços de saúde, verificou-se que a maior parte dos casos notificados foi encaminhada para atendimento ambulatorial. Cabe destacar que os casos de violência autoprovocada devem ser notificados e encaminhados imediatamente para prevenir que a tentativa de suicídio se concretize. Da mesma forma, há urgência nos casos de violência sexual, sendo que a notificação e o encaminhamento devem ocorrer no prazo máximo de 24 horas (Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul [CEVS], 2022). A urgência em relação à notificação e ao encaminhamento é justificada pela necessidade de agilizar a proteção e o atendimento à vítima, acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas para prevenção de ISTs (Ministério da Saúde, 2018). Os resultados deste estudo revelaram que em apenas 23,7% das notificações de violência sexual

foi registrado o encaminhamento da vítima para recebimento de profilaxias contra ISTs.

Além das ISTs, outra consequência da violência sexual é a gravidez não planejada. A chance de o estupro originar uma gestação pode variar de 0,5% a 5% (Ministério da Saúde, 2012). Neste estudo, o encaminhamento para contracepção de emergência foi registrado em 14,9% das notificações e o encaminhamento para aborto legal em 0,7%. Caso a gestação ocorra, é dever do profissional da saúde informar à vítima sobre seu direito legal de realizar o aborto (Ministério da Saúde, 2012). A legislação brasileira assegura a interrupção da gravidez de forma legal e gratuita como direito de mulheres e adolescentes abusadas sexualmente (Brasil, 1940). Quando alguém buscar um serviço de saúde para realizar aborto por ter sido vítima de violência sexual, sua palavra deve ser respeitada, o profissional da saúde não tem o direito de recusar o atendimento e não deve questionar o relato (Ministério da Saúde, 2012).

Por meio dos resultados deste estudo foi possível verificar que muitos casos de violência sexual contra adolescentes não foram encaminhados para os tratamentos e cuidados médicos previstos em lei, deixando as vítimas desamparadas e ferindo seus direitos de receber assistência. Privar a vítima de seus direitos também é uma forma de violência. Sá et al. (2016) realizaram um estudo com profissionais da saúde com o objetivo de identificar os motivos para a não realização da notificação e do encaminhamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Os motivos incluíram falta de comunicação entre os serviços, quadro reduzido de profissionais trabalhando na instituição, acúmulo de tarefas, desgaste físico e emocional dos funcionários. Os profissionais relataram que a sobrecarga de trabalho culmina em atendimentos menos eficazes e compromete a sensibilidade necessária para identificar e encaminhar casos de violência sexual.

Após os atendimentos em saúde, todos os casos de violência contra adolescentes devem ser encaminhados para o Conselho Tutelar (Brasil, 1990). Neste estudo, além do Conselho Tutelar, verificou-se alta frequência de encaminhamentos

para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o que denota a importância do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para o enfrentamento da violência. No Brasil, a assistência social é um direito de todos os cidadãos (Brasil, 2011). A implementação do SUAS possibilitou o desenvolvimento de uma ampla rede de proteção e assistência às populações que vivem em situação de vulnerabilidade. Entretanto, nos últimos anos, os serviços de proteção social básica e especial, como CRAS e CREAS, foram alvo de cortes financeiros (Confederação Nacional de Municípios, 2017). A retirada de investimentos nesse setor impacta diretamente as populações em situação de risco, como é o caso de adolescentes vítimas de violência. Dentre os serviços oferecidos pelo CREAS, está o atendimento psicossocial às vítimas de violência sexual, importante ferramenta para a redução do impacto negativo dessa experiência. Com o corte de investimentos, as vítimas de violência tendem a ficar sem o suporte adequado, o que agrava o cenário de vulnerabilidade de indivíduos cujos direitos foram violados.

Conclusões

Os resultados deste estudo permitiram caracterizar as situações de violência contra adolescentes notificadas por profissionais da saúde por meio da FIN-SINAN no Rio Grande do Sul. As principais limitações do estudo dizem respeito às informações que foram reportadas como "ignoradas" pelos profissionais da saúde ou que constavam como "ausentes" no banco de dados. A ausência dessas informações pode ter relação com a complexidade envolvida na dinâmica da violência e a relutância, por parte de algumas vítimas e profissionais da saúde, em informar a respeito dos aspectos envolvidos. Além disso, os pesquisadores não tiveram controle sobre a coleta de dados e a exportação das variáveis para a plataforma digital.

A análise das notificações das agressões contra adolescentes evidenciou que, por vezes, o encaminhamento das vítimas às instituições de saúde

e proteção foi limitado, de modo a não atender integralmente às suas demandas. Por exemplo, foi observado que nem todas as vítimas de violência sexual foram encaminhadas para instituições de saúde para receber tratamento profilático. As limitações no encaminhamento das vítimas, além de associadas a possíveis prejuízos a elas, dificultam o fortalecimento da rede de atendimento e proteção (Gonçalves & Ferreira, 2002), tendo em vista que invisibilizam a relevância dessas e a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas de integração da rede.

Com base nesta perspectiva, este estudo revelou a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para o preenchimento da ficha de notificação e a realização de encaminhamentos que assegurem a saúde e a proteção dos adolescentes. A violência é um problema de saúde pública e as notificações contribuem para o mapeamento do problema em cada município, fornecendo um dimensionamento epidemiológico que influencia a criação de políticas públicas e os investimentos destinados à prevenção e ao enfrentamento. Conhecer os serviços que compõem a rede de atendimento e proteção é imprescindível, pois o trabalho na área da violência contra adolescentes requer intervenções complexas e interdisciplinares.

Referências

- Alves, J. M., Vidal, E. C. F., Fonseca, F. L. A., Vidal, E. C. F., Silva, M. J., Pinto, A. G. A., & Aquino, P. S. (2017). Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(1), 26-32. <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201726596>
- Andrade, S. S. C. A., Yokota, R. T. C., Sá, N. N. B., Silva, M. M. A., Araújo, W. N., Mascarenhas, M. D. M., & Malta, D. C. (2012). Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, 28(9), 1725-1736. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900011>
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191. <https://doi.org/10.15309/14psd150115>
- Brasil. (1940). *Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Brasil. (1990). *Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Brasil. (2011). *Lei Federal nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm
- Brasil. (2014). Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. 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. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Brasil. (2020). *Notificação individual*. Portal Sinan. <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>
- Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul. (2022). *Informações básicas para notificação de violência*. <https://www.cevs.rs.gov.br/informacoes-basicas>
- Cerqueira-Santos, E., Melo Neto, O. C., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescentes. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp.17-29). Artmed.
- Cezar, P. K., Arpini, D. M., & Goetz, E. R. (2017). Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 432-445. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001942015>
- Confederação Nacional de Municípios. (2017). *Redução no orçamento da Assistência Social compromete futuro do SUAS*. <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/cnm-aponta-que-reducao-orcamentaria-da-assistencia-social-compromete-futuro-do-suas>
- Costa, A. M., Costa, M. C. O., & Nascimento, O. C. (2018). Percurso amoroso e eventos violentos nas relações de namoro dos jovens. *Revista de Saúde Coletiva da UFEFS*, 8, 39-45. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v8.2973>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed.
- Diniz, G. R. S., & Alves, C. O. (2015). Gênero e violência no namoro. In S. G. Murta, S. G., J. S. N. F. Bucher-Maluschke, & G. R. S. Diniz, (Org.). *Violência no namoro: Estudos, prevenção e psicoterapia* (pp. 19-42). Editora Appris.
- Gonçalves, H. S., & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1), 315-319. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032>

- Hohendorff, J. V., Koller, S. H., & Habigzang, L. F. (2015). Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: Panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(1), 182-198. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>
- Magalhães, J. R. F. de, Gomes, N. P., Campos, L. M., Camargo, C. L. de, Estrela, F. M., & Couto, T. M. (2017). Expressão da violência intrafamiliar: História oral de adolescentes. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001730016>
- Ministério da Saúde. (2012). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica*. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
- Ministério da Saúde. (2017). *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). *Notificação de violência interpessoal/autoprovocada - Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0*. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal>
- Netto, L. A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. N. B., Tyrell, M. R. B., & Bravo, M. M. P. (2014). Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458-464. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>
- Njaine, K., & Minayo, M. C. S. (2003). Violência na escola: Identificando pistas para a prevenção. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 7(13), 119-134. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200009>
- Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2021). *Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência*. <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>
- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I. A. S., Barros, M. G. S. M., D'Antino, M. E., & Mercadante, M. T. (2008). Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528. <https://doi.org/10.1590/S0034-891020080005000027>
- Pedrosa, M., & Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1-8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>
- Pereira, V. O. M., Pinto, I. V., Mascarenhas, M. D. M., Shimizu, H. E., Ramalho, W. M., & Fagg, C. W. (2020). Violências contra adolescentes: Análise das notificações realizadas no setor da saúde, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200004>
- Pigozi, P. L., & Machado, A. L. (2015). *Bullying na adolescência: Visão panorâmica no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3509-3522. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.05292014>
- Sá, C. M. Q., de Lima, E. I. S., Ramos, F. M. C., da Silva, F. E. B., Oliveira, R. S., & de Araújo Carrilho, C. (2017). Atenção da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, 2(2), 1-5. <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1142>
- Secretaria de Vigilância em Saúde. (2015). *Instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>
- Sousa, R. F. (2017). Cultura do estupro: Prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Revista Estudos Feministas*, 25(1), 9-29. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p9>
- Taquette, S. R. (2008). Políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher adolescente/jovem. *Adolescência e Saúde*, 5(3), 49-53. http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=51
- Taylor, A., Lauro, G., Segundo, M., & Greene, M. (2015). "Ela vai no meu barco" - Casamento na infância e adolescência no Brasil: Resultados de uma pesquisa de métodos misto. *Promundo*. <https://promundo.org.br/recursos/ela-vai-no-meu-barco-casamento-na-infancia-e-adolescencia-no-brasil>
- United Nations Children's Fund. (2011). *Situação da adolescência brasileira*. http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
- Vieira, L. P., Santana V. T. P., & Suchara E. A. (2015). Caracterização de tentativas de suicídio por substâncias exógenas. *Caderno de Saúde Coletiva*, 23(2), 118-23. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010074>
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Os jovens do Brasil*. https://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/
- World Health Organization. (2020). *Adolescents: Health risks and solutions*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Xia, Y., Li, S. D., & Liu, T. (2018). The interrelationship between family violence, adolescent violence, and adolescent violent victimization: An application and extension of the Cultural Spillover Theory in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph15020371>

Priscila Lawrenz

Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; mestre em Psicologia pela mesma instituição. Professora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), em São Leopoldo, RS, Brasil.

Melina Friedrich Dupont

Psicóloga/Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Daniela Inaiá Chambart

Psicóloga/Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

ThaysCarolyna Pires Mazzini Bordini

Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil, com pós-doutorado e mestrado em Psicologia pela mesma instituição. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Lúisa Fernanda Habigzang

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil, com pós-doutorado e mestrado em Psicologia pela mesma instituição. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Priscila Lawrenz; Lúisa Fernanda Habigzang
Av. Ipiranga, 6681, prédio 11, sala 924
Partenon, 90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.