

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

EDVALDO DA SILVA

**EVASÃO, ABANDONO ESCOLAR E VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE:**

Análise da Notificação no Município de Duque de Caxias-RJ

RIO DE JANEIRO – RJ

2023

EDVALDO DA SILVA

EVASÃO, ABANDONO ESCOLAR E VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

Análise da Notificação no Município de Duque de Caxias-RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e
Informação Científica e Tecnológica em Saúde,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Informação e Comunicação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Produção, Organização e Uso da
Informação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de
Souza Junior

Segundo Orientador: Prof.^a Dra Joviana Quintes
Avanci

RIO DE JANEIRO – RJ

2023

S586e

Silva, Edvaldo da.

Evasão, abandono escolar e violência contra crianças e adolescentes na perspectiva da informação em saúde: análise da notificação no município de Duque de Caxias-RJ / Edvaldo da Silva. -- 2023.

190 f. : il.color, mapas.

Orientador: Paulo Roberto Borges de Souza Junior.

Coorientadora: Joviana Quintes Avanci.

Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2023.

Bibliografia: f. 161-175.

1. Sistemas de Informação em Saúde. 2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 3. Evasão Escolar. 4. Violência. 5. Maus-Tratos Infantis. I. Título.

CDD 371.2913

EDVALDO DA SILVA

**EVASÃO, ABANDONO ESCOLAR E VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE:**

Análise da Notificação no Município de Duque de Caxias

Aprovado em: 29/03/2023

Banca examinadora:

Orientador - Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Sousa Júnior
(PPGICS/ICICT/FIOCRUZ)

Segundo Orientador - Prof.^a Dra Joviana Quintes Avanci
(PPGSP/ENSP/FIOCRUZ)

Prof. Dr.^a Rosane Abdala Lins (PPGICS/ICICT/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Ricardo Antunes Dantas de Oliveira (PPGICS/ICICT/FIOCRUZ)

Prof. Dr.^a Simone Gonçalves de Assis (PPGSP/ENSP/FIOCRUZ)

Prof. Dr.^a Marilyn Anderson Alves Bonfim (VDE/ICICT/FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e familiares pelo apoio, motivação
E aqueles que direta ou indiretamente
Contribuíram para a efetivação deste estudo.
Aos eternos, que mesmo em outro plano,
Creio que sempre olham por mim:
Minha mãe, sempre eterna e fundamental em minha vida;
Lucy, minha segunda mãe,
A quem devo meu caráter e minha formação moral;
Mário Sérgio, um irmão e pai querido,
Minha inspiração e toda a minha eterna gratidão.
Aos presentes e constantes em minha vida:
Minha filhota Maria Clara,
Por compreender minhas ausências durante
Minha trajetória acadêmica.
Mara Carvalho, meu carinho, admiração e gratidão.
À queridíssima Nádia Degrazia,
Por ter um olhar diferenciado para a Informação,
Grato pelo incentivo, dedicação e profissionalismo
Aos amigos, professores e colaboradores do Iciat,
Sempre parceiros, atenciosos e disponíveis.
Aos professores Rosane Abdala, Marilyn Bonfim,
Simone Gonçalves e Ricardo Antunes,
Que compuseram a banca examinadora,
Pela gentileza, generosidade e contribuição.
E finalmente, aos queridos orientadores Prof. Paulo Borges
E Profª. Joviana Avanci, essenciais para que minha proposta
Tomasse corpo e sentido,
Obrigado por segurarem firme minhas mãos.
Por aprimorarem minhas reflexões,
Pela paciência, carinho e disponibilidade.
Em ambos eu admiro a sabedoria e a generosidade
e sou-lhes eternamente grato pela compreensão e confiança.

*Dedico este trabalho
aos teóricos, profissionais,
e a todos aqueles comprometidos
com a garantia e o fortalecimento
dos Direitos da Criança e do Adolescente.*

*“Ser invisível
É sofrer a indiferença.
É não ter importância.”*
(Mateus Constantino)

*Longe se vai,
Sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir
O que me faz sentir
Eu,
Caçador de mim*

CAÇADOR DE MIM – L.C. Sá & Sérgio Magrão (1981)

RESUMO

Esta tese de doutorado teve como mote compreender a potencialidade do uso de Sistemas de Informação em Saúde para analisar a evasão e o abandono escolar entre crianças e adolescentes identificados nos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada enquanto problema de saúde na perspectiva da informação em saúde. O estudo teve como objetivo principal analisar o potencial do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net) para a caracterização da evasão/abandono escolar e situações de vulnerabilidade presentes nas diversas formas da vitimização de violência contra crianças e adolescentes. Para atingir este objetivo fez-se necessário identificar o perfil social e de saúde das crianças e adolescentes, caracterizar os casos de evasão e de abandono escolar contextualizados na informação sobre violências; e por fim, verificar as potencialidades e limitações da informação em saúde através do Sinan Net e das fichas de notificação de Violência. A pesquisa teve como método de análise, a abordagem quantitativa com delineamento descritivo e exploratório, com a coleta de dados extraídos do Sinan e das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada captadas no atendimento às vítimas nos serviços de saúde e notificadas no Sinan. Os dados foram tabulados, analisados e discutidos a partir dos indicadores sociodemográficos e epidemiológicos por meio de frequências absolutas e relativas e os resultados foram discutidos a luz de outras observações já registradas na literatura nacional e internacional. As análises das 938 notificações de violência contra crianças e adolescentes evidenciaram a evasão escolar com maior frequência entre o grupo etário notificado com idade entre 15 e 17 anos, com progressão conforme o avanço da idade. Entretanto, observou-se que a distorção idade - escolaridade já era presente na vida escolar desses adolescentes com destaque nos anos iniciais do ensino fundamental. Os resultados sinalizaram ainda a baixa escolaridade e a não frequência escolar com repercussão e associação a situações de violência e de acidentes. Os resultados demonstraram, ainda, relação entre gravidez precoce e baixa escolaridade. Assim, concluímos que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação além de dar visibilidade e instrumentalizar a vigilância das violências como parte estratégica do SUS, mostrou-se, neste estudo, insumo potencial para evidenciar cenários invisíveis e subsidiar políticas públicas necessárias à prevenção primária e ao enfrentamento da evasão e do abandono

escolar contextualizados nas diversas formas de violência e de negligência.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Saúde; Sistemas de Informação de Agravos de Notificação; Evasão Escolar; Violência; Maus-Tratos Infantis.

ABSTRACT

His doctoral thesis aimed to understand the potential of using Health Information Systems to analyze school dropout and dropout among children and adolescents identified in reported cases of interpersonal and self-inflicted violence as a health problem from the perspective of health information. The main objective of the study was to analyze the potential of the Notifiable Diseases Information System (Sinan-Net) for characterizing school dropout/dropout and situations of vulnerability present in the various forms of victimization of violence against children and adolescents. To achieve this objective, it was necessary to identify the social and health profile of children and adolescents, characterize cases of school dropout and dropout contextualized in information on violence; and finally, verify the potential and limitations of health information through Sinan Net and Violence notification forms. The research method of analysis was a quantitative approach with a descriptive and exploratory design, with the collection of data extracted from Sinan and the Interpersonal and Self- Inflicted Violence Notification Sheets captured in the care of victims in health services and notified in the Sinan. The data were tabulated, analyzed and discussed based on sociodemographic and epidemiological indicators using absolute and relative frequencies and the results were discussed in light of other observations already recorded in national and international literature. Analysis of 938 notifications of violence against children and adolescents showed that school dropout was more frequent among the age group reported between 15 and 17 years old, with progression as age advanced. However, it was observed that the age-education distortion was already present in the school life of these adolescents, especially in the early years of elementary school. The results also highlighted low education and non-attendance at school with repercussions and association with situations of violence and accidents. The results also demonstrated a relationship between early pregnancy and low education. Thus, we conclude that the Notifiable Diseases Information System, in addition to giving visibility and instrumentalizing the surveillance of violence as a strategic part of the SUS, proved to be, in this study, a potential input to highlight invisible scenarios and support public policies necessary for primary prevention and tackling school dropout and dropout contextualized in the different forms of violence and neglect.

Keywords: Health Information Systems; Notifiable Diseases Information Systems; School Dropout; Violence; Child Abuse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa do município de Duque de Caxias-RJ conforme divisão de Distritos e Bairros.....	60
Figura 2- Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino no Brasil.....	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantitativo de alunos/matrículas da Rede Pública Estadual de Ensino de Duque de Caxias-RJ conforme etapa de ensino e modalidade.....	68
Quadro 2 – Equivalência da organização da Educação Básica (Ensino Fundamental e Ensino Médio) em 11 e 12 anos de duração.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características demográficas da violência notificada no Sinan por sexo segundo Área de residência e US de atendimento. Duque de Caxias-RJ, 2015-2019.....	79
Tabela 2- Características demográficas da violência notificada no Sinan por Sexo segundo Ano de notificação, Faixa etária e Raça/cor. Duque de Caxias - RJ. 2015-2019.....	81
Tabela 3- Características demográficas da violência notificada no Sinan por Ano de notificação segundo Raça/cor. Duque de Caxias-RJ.....	82

Tabela 4- Características das violências notificadas segundo faixa etária. Duque de Caxias –RJ, 2015-2019.....	84
Tabela 5- Características da Violência contra crianças notificadas no Sinan por sexo, Duque de Caxias – RJ. 2015-2019	88
Tabela 6- Características demográficas da violência contra adolescentes notificadas no Sinan por sexo segundo área de residência e US de notificação. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	91
Tabela 7- Características demográficas da Violência contra adolescentes notificadas no Sinan por sexo segundo Faixa etária e Deficiência/transtorno. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	92
Tabela 8- Escolaridade da vítima de violência com idade entre 10-14 anos segundo sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	94
Tabela 9 – Escolaridade da vítima de violência com idade entre 15-19 anos segundo sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	94
Tabela 10- Situação conjugal/estado Civil, Orientação sexual e identidade de gênero de adolescentes com idade entre 10-19 anos segundo sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	96
Tabela 11- Perfil das adolescentes gestantes residentes em Duque de Caxias – RJ, notificadas nas fichas de violência. Duque de Caxias- RJ. 2015-2019.....	97
Tabela 12- Características das violências perpetradas contra adolescentes segundo Sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	101
Tabela 13- Perfil das adolescentes gestantes residentes em Duque de Caxias – RJ, notificadas nas fichas de Violência entre os anos 2015 e 2019. Duque de Caxias –RJ. 2015-2019.....	102
Tabela 14- Crianças e adolescentes em situação de evasão escolar segundo sexo e faixa etária. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	104
Tabela 15- Frequência por Ano de Notificação segundo sexo e Faixa Etária da pessoa atendida em situação de Evasão/Abandono escolar, Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	104
Tabela 16- Idade detalhada de crianças e adolescentes em situação de evasão escolar segundo ano de notificação. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	105
Tabela 17- Frequência por Faixa Etária segundo Ocupação e Deficiência e transtorno em crianças e adolescentes em situação de abandono/evasão escolar notificadas no Sinan. Duque de Caxias-RJ, Brasil. 2015-2019.....	107
Tabela 18- Adolescentes com idade entre 10-17 anos em situação de evasão escolar segundo situação conjugal/estado civil, Orientação sexual e identidade de gênero. Duque	

de Caxias – RJ, Brasil, 2015-2019.....	109
Tabela 19- Taxa de Abandono Escolar na Educação Básica em Duque de Caxias – RJ, 2021	109
Tabela 20- Taxa de Rendimento Escolar conforme ciclos da Educação Básica em Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro e Brasil em 2021.....	110
Tabela 21- Escolaridade segundo faixa etária de crianças e adolescentes em idade escolar notificadas no Agravo Violência Interpessoal/Autoprovocadas. Duque de Caxias – RJ, Brasil. 2015-2019.....	113
Tabela 22- Frequência por Idade segundo Escolaridade para crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Duque de Caxias- RJ, Brasil, 2015-2019.....	114
Tabela 23- Características das violências perpetradas contra crianças e adolescentes Segundo Sexo notificadas em residentes em Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019..	118
Tabela 24- Frequência segundo Unidade de Saúde Notificadora dos casos de violência. Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019.....	119
Tabela 25- Frequência por Ano de notificação segundo Bairro/Distrito de residência da pessoa atendida em situação de Evasão/abandono escolar. Duque de Caxias, RJ. 2015-2019.....	120
Tabela 26- Encaminhamento de crianças e adolescentes notificadas em fichas de violência interpessoal/ autoprovocada em situação de evasão escolar Segundo Faixa etária. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	121
Tabela 27- Registros distribuídos de Faixa Etária de Adolescente Gestante/ Parturiente/Puérpera segundo Ano de notificação e situação de Evasão/abandono escolar. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	133
Tabela 28- Distribuição de frequência de adolescente Gestante/ Parturiente/Puérpera em Situação de Evasão/abandono escolar segundo Raça/cor situação conjugal. Duque de Caxias–RJ. 2015-2019.....	134
Tabela 29- Distribuição de frequência de Gestante/Parturiente/Puérpera em situação de abandono/evasão escolar segundo US Notificadora e Bairro de Residência em Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	135
Tabela 30- Distribuição de frequência de Gestante/Parturiente/ Puérpera segundo Motivo de entrada e Acompanhante no ingresso na Unidade de Saúde e Informante/vínculo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	136
Tabela 31- Frequência de Gestante/Parturiente/Puérpera segundo Com quem reside, Contatos e Conflito com Genitores. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	139
Tabela 32- Frequência de Gestante/Parturientes /Puérperas segundo provável agressor e Arranjos familiares. Duque de Caxias–RJ. 2015-2019.....	140

Tabela 33 - Distribuição de frequências de adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera, segundo faixa etária e Escolaridade/Série informada. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.....	142
Tabela 34- Distribuição de frequências de Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera segundo Tempo fora da escola e Justificativa declarada.....	144
Tabela 35- Indicadores de inconsistência das notificações de violência perpetradas contra crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019.....	148
Tabela 36- Indicadores de incompletude das notificações de violência perpetradas contra crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019.....	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS/MS	Departamento de Informática do SUS
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FII	Ficha Individual de Investigação
FIN	Ficha Individual de Notificação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Inep	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
NPAV	Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SEEDUC/RJ	Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SI	Sistemas de Informação
Sinan-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPH	Unidade Pré-hospitalar
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIVA/Sinan	Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1 Violência, Negligência, Vulnerabilidade Social: reflexos das desigualdades.....	28
3.2 Evasão e abandono escolar no contexto das violências.....	35
3.3 Informação em Saúde.....	40
3.4 Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan.....	43
3.5 Ampliação da cobertura do Sistema Viva-Sinan.....	47
3.6 Informação sobre violência contra crianças e adolescentes.....	51
4 MÉTODO.....	54
4.1 Caracterização do estudo.....	54
4.2 Universo da pesquisa.....	54
4.3 Coleta e organização dos dados secundários.....	56
4.4 Análise exploratória e quantitativa dos dados.....	57
4.5 Coleta e análise de dados da evasão/abandono escolar.....	59
4.6 Contextualizando o território de Duque de Caxias – RJ.....	61
4.6.1 Aspectos Demográficos.....	61
4.6.2 Aspectos Socioeconômicos.....	63
4.6.3 A Rede Municipal de Educação.....	68
4.6.4 A Rede Estadual de Educação.....	69
4.6.5 O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.....	70
4.6.6 O Sistema de Saúde.....	71
4.6.7 Departamento de Atenção à Saúde.....	72
4.6.8 Departamento de Atenção Primária em Saúde (APS).....	74
4.6.9 Vigilância em Saúde.....	74
4.6.10 A Rede de Atendimento e o fluxo da notificação de violência – O Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências – NPAV.....	76
4.7 Considerações sobre a pesquisa.....	78
4.8 Considerações Éticas.....	78
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
5.1 Visibilidades na Notificação de Violência: Panorama da Violência Interpessoal/ autoprovocada notificada em Duque de Caxias – RJ.....	80
5.1.1 Panorama dos casos notificados.....	80
5.1.1.1 Perfil societário.....	80
5.1.1.2 Caracterização da Violência.....	84
5.1.2 Notificação de violência contra crianças em Duque de Caxias – RJ.....	86
5.1.2.1 Caracterização da Violência.....	86
5.1.2.2 Local de ocorrência da violência e possíveis agressores.....	89
5.1.2.3 Encaminhamento.....	89
5.1.2.4 Breve panorama das crianças notificadas em idade escolar (6-9 anos).....	91
5.1.3 Notificação de violência contra adolescentes em Duque de Caxias – RJ.....	92
5.1.3.1 Registros, atendimentos e local de residência.....	92
5.1.3.2 Escolaridade.....	95
5.1.3.3 Situação conjugal/estado civil, orientação sexual e identidade de gênero.....	96

5.1.3.4 Adolescentes Gestantes.....	98
5.1.3.5 Caracterização da Violência.....	100
5.1.3.6 Encaminhamento.....	104
5.2 Escolaridade e evasão/abandono escolar: (in)visibilidades na perspectiva da notificação de violência.....	105
5.2.1 Perfil Societário das crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar.....	105
5.2.2 Caracterização da Evasão/abandono escolar.....	110
5.2.2.1 Indicadores educacionais.....	110
5.2.2.2 Escolaridade.....	112
5.2.3 Caracterização da violência e negligência nas situações de evasão/abandono escolar.....	117
5.2.4 Cenários da evasão/abandono escolar nos relatos das notificações de violência	123
5.2.4.1 Acesso e atendimento nas Unidades de Saúde.....	124
5.2.4.2 Convívio, arranjos e relações familiares.....	125
5.2.4.3 Caracterização da Escolaridade e da Evasão/abandono escolar.....	125
5.2.4.4 Caracterização das violências e acidentes.....	127
5.2.4.5 Comportamento e fator de risco.....	128
5.3 Gravidez na adolescência e evasão/abandono escolar na perspectiva da notificação de violência.....	131
5.3.1 Adolescentes gestantes, parturientes e puérperas em situação de evasão/ abandono escolar.....	131
5.3.1.1 Perfil Sociodemográfico.....	132
5.3.2 Cenários da evasão/abandono escolar nos relatos das notificações de violência	135
5.3.2.1 Acesso e atendimento nas Unidades de Saúde.....	135
5.3.2.2 Convívio, arranjos e relações familiares.....	137
5.3.2.3 Caracterização das violências e acidentes.....	139
5.3.2.4 Caracterização da Escolaridade e da Evasão/abandono escolar.....	141
5.3.2.5 Comportamento e fator de risco.....	144
5.3.2.6 Encaminhamento e Notificador.....	145
6 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA E DA COMPLETUDE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....	146
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
8 CONCLUSÃO.....	157
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	176
APÊNDICE B – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE ARQUIVO.....	177
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AO BANCO DE DADOS.....	178
APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MANIPULAÇÃO DE DADOS	179
APÊNDICE E – FOLHA DE APROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESUISA.....	180
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA – SINAN-NET VERSÃO ATUAL - 15/06/2015 (PARTE I).....	181
ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA – SINAN-NET - VERSÃO 15/06/2015	

(PARTE II).....	182
ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS VERSÃO: 28/06/2006 (PARTE I).....	183
ANEXO D – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS VERSÃO: 28/06/2006 (PARTE II).....	184
ANEXO E – FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DO CAMPO ‘OBSERVAÇÕES ADICIONAIS’ DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA ADICIONAIS (I).....	185
ANEXO F – FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DO CAMPO ‘OBSERVAÇÕES ADICIONAIS’ DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (II).....	186
ANEXO G – MANUAL FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS E ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA – 5ª EDIÇÃO (CAPA).....	187
ANEXO H - FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (REPRODUZIDO DO MANUAL "FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS E ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA" – 2022, 5ª EDIÇÃO).....	188
ANEXO I– FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA EM DUQUE DE CAXIAS (REPRODUZIDO DO MANUAL "FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS E ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA" – 2022, 5ª EDIÇÃO).....	189
ANEXO J – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS – RJ.....	190

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema o uso de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como instrumento para refletir a vitimização de crianças e adolescentes em situação de violência e evasão/abandono escolar. A abordagem tem interface com o campo temático da Informação em Saúde e interconexão entre os campos multifacetados da educação e da saúde consolidando a informação como uma importante ferramenta para a produção de conhecimentos válidos e fundamentados em estudos de fenômenos que envolvem o homem e suas intrincadas relações sociais.

O tema desta pesquisa tem inserção em minha vida através do alinhamento profissional acumulado no campo da Informação em Saúde, na área da Vigilância em Saúde, onde sou partícipe, e passou à condição de objeto de investigação científica a partir do prévio conhecimento da quantidade expressiva de casos identificados de crianças e adolescentes em situação de violência e não inseridas no ambiente escolar.

A violência contra crianças e adolescentes é um problema social e de saúde pública e seu enfrentamento é reconhecido como necessidade prioritária na agenda dos diversos segmentos sociais, conforme ratifica estudo realizado pela Equipe Técnica de Notificação e Prevenção de Violência, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ sobre o perfil epidemiológico das violências contra esse grupo etário no estado do Rio de Janeiro (SES-RJ, 2020).

Na publicação em questão, o município de Duque de Caxias foi identificado como o terceiro município apresentando maior número de notificações de violência contra esse segmento da população, posicionando-se atrás dos municípios de Nova Iguaçu e da Capital, Rio de Janeiro (SES-RJ, 2020).

Marcos legais demonstram esforços na construção de políticas públicas para dar conta da questão dos direitos das crianças e dos adolescentes, orientados por princípios e assegurados mundialmente pela Convenção dos Direitos Humanos.

Internalizando uma série de normas internacionais, no Brasil, os protocolos facultativos reafirmados na Constituição Federal Brasileira (CFB/1988 – art. 227) e no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (art. 4º da Lei 8.069/90) preveem que a família, a sociedade e o Estado devem assegurar os direitos fundamentais desses sujeitos, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à

profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Na perspectiva da educação, enquanto um dos direitos assegurados com absoluta prioridade às crianças e adolescentes, destacam-se:

- O art. 53 do ECA (Brasil, 1990): "a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho";
- A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – (Lei 9.394/96), que garante o direito à educação da criança e do adolescente objetivando proporcionar a plena formação do indivíduo para o melhor convívio em sociedade, para o trabalho e participação social;
- O Estatuto da Juventude (art. 7º ao 13º da Lei nº 12.852/2013), sistema protetivo cujos princípios sustentam a promoção, a valorização, o reconhecimento e o respeito a diversas ações da juventude junto à sociedade e ao Estado e facultam o completo desenvolvimento físico, psíquico e social do jovem, enquanto cidadão (BRASIL, 2013c).

No Sistema Educacional Brasileiro, a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) é obrigatória e deve ser oferecida gratuitamente a todos, inclusive para aqueles que não tiveram acesso na idade adequada. A LDB estabelece a idade indicada para frequentar cada série da educação básica, obrigatória dos 4 aos 17 anos.

O direito à educação, enquanto um direito social, ideia ampla de cidadania, garante a participação na riqueza coletiva e permite às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo Capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos (CARVALHO, 2004).

Embora os regulamentos mais importantes da política educacional brasileira posteriores à Constituição Federal de 1988 construam uma nova função para a escola – a de ser espaço protetivo de direitos de crianças e adolescentes –, ela ainda se constitui como lugar da escolarização baseada na lógica do trabalho e do ideal de abundância do consumo como sinônimo de felicidade, replicando atitudes, valores e comportamentos que explicitam, de forma incisiva, processos de diferenciação social e oportunidades limitadas.

Nessa perspectiva, a educação como direito humano fundamental, e a escola como espaço de proteção social devem assimilar características que vão além da simples

socialização de conteúdos instrucionais, devendo abranger princípios como totalidade, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e adaptabilidade.

No relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud-2013) observou-se que de cada quatro estudantes que iniciam o ensino fundamental no país, um abandona a escola antes de completar a última série. O Brasil figurou no estudo com a menor média de anos de estudos entre os países da América do Sul e a terceira maior taxa de abandono escolar entre os 100 países com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) atrás apenas da Bósnia-Herzegovina e do arquipélago de São Cristóvão e Névis (país formado por duas pequenas ilhas no leste do mar do Caribe). Segundo dados de 2010, a escolaridade média do brasileiro era de 7,2 anos – mesma taxa do Suriname – enquanto eram esperados 14,2 anos (Pnud, 2013a).

Nos últimos anos, o Brasil vinha avançando, lentamente, no acesso de crianças e adolescentes à escola. Com a pandemia da Covid-19, no entanto, aumentou o risco de regredir duas décadas. Em 2021 o Brasil registrou aumento no número de crianças e adolescentes fora da escola: 244 mil meninos e meninas de 6 a 14 anos não estavam matriculados no segundo trimestre - uma alta de 171,1% em relação ao mesmo período de 2019 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Contínua/IBGE) (BRASIL, 2019g).

Com base no estudo realizado pela Inteligência em Pesquisa e Consultoria - Ipec para o Fundo das nações Unidas para a Infância - UNICEF, em 2022, 11% das crianças e adolescentes entre 11 e 19 anos, que ainda não haviam terminado a educação básica, deixaram a escola no Brasil, o que representava cerca de 2 milhões de pessoas nessa faixa etária. A pesquisa também revelou grande variação nos percentuais de evasão escolar em função da condição socioeconômica das crianças e adolescentes: 17% nas classes D e E, contra 4% nas classes A e B¹.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – inquérito populacional, de abrangência nacional, que tem como principal objetivo produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, adultos que não concluem o ensino médio, em geral têm piores condições de saúde, o que eleva as despesas médicas e hospitalares, além das faltas no trabalho (SOUZA-JUNIOR *et al.*, 2015, SANTOS, 2020).

Segundo um estudo realizado pela Galeria de Estudos e Avaliação de Iniciativas Públicas (Gesta), estima-se que a evasão e o abandono escolar gerem custos de mais de R\$ 130 bilhões ao ano. Especificamente, são cerca de R\$ 35 bilhões com perda de renda; custos

¹ Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/educacao-brasileira-em-2022-a-voz-de-adolescentes>. Acesso em: 04.Fev.2023.

de R\$ 49 bilhões para a atividade econômica; R\$ 18 bilhões com violência e criminalidade e R\$ 28 bilhões na área da saúde (Gesta, 2017)².

O ECA, através do art. 56º, determina que professores ou responsáveis por estabelecimento de ensino fundamental devem comunicar ao Conselho Tutelar os casos de:

I – Maus-tratos envolvendo seus alunos; II – Reiteração de faltas injustificadas e de evasão escolar, esgotados os recursos escolares; III – Elevados níveis de repetência (BRASIL, 1990). Nessa direção, a Lei nº 10.287, de 20/09/2001, que acrescentou o art. 12 da LDB, considerando diversas obrigações aos estabelecimentos de ensino, estabelece "a notificação ao Conselho Tutelar do Município, ao juiz competente da Comarca e ao respectivo representante do Ministério Público a relação dos alunos que apresentem quantidade de faltas acima de cinquenta por cento do percentual permitido em lei" (BRASIL, 2001a).

O mesmo Estatuto através do art. 13º estabelece que as instituições de saúde têm a obrigatoriedade de notificar os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar local; e através do art. 245º (assim como as Portarias GM/MS nº 1.968/2001 e GM/MS nº 1.271/2014) institui a profissionais da saúde e educadores a obrigatoriedade em informar os casos de violência contra crianças e adolescentes às autoridades competentes.

A maior parte dos casos de violência contra crianças e adolescentes, independentemente do local ou da tipologia, tem forte impacto em suas vidas e em seu desenvolvimento. Publicações relacionadas à estratificação da violência sinalizam que crianças e adolescentes são alvos constantes de atos violentos e que duas em cada três mortes na faixa etária da população jovem tem origem numa violência, seja ela homicídio, suicídio ou acidente de transporte (OMS, 2002; WAISELFISZ, 2011).

Segundo estudo publicado pelo UNICEF e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), com uma análise inédita dos boletins de ocorrência das 27 unidades da Federação, entre 2016 e 2020, 34.918 crianças e adolescentes de 0 a 19 anos foram mortos de forma violenta no Brasil – uma média de 6.970 por ano (UNICEF/FBSP, 2021).

² Disponível em:

http://gesta.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Poster_Gesta_Evasa%CC%83oEscolar_Download.pdf.

Acesso em: 04.Fev.2023.

Conforme dados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, as violências e os acidentes são as maiores causas das mortes de crianças, adolescentes e jovens de 1 a 19 anos, no Brasil, sendo a quinta nação mais violenta do mundo, com taxa de homicídio maior do que a de países em guerra³.

A iniciativa de problematizar o fenômeno do abandono/evasão escolar contextualizado nas notificações de violência dá visibilidade e significados antes invisíveis e, dessa forma, evidencia a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para a produção de conhecimento, considerando que o conhecimento sobre as causas da violência é uma preocupação concentrada nos meios acadêmicos, nas entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente e de outros grupos vulneráveis, nas instituições de atendimento às vítimas de violência e nas organizações internacionais que atuam com esse foco no país.

Nesse cenário, usuários, profissionais, gestores, instituições de ensino e de pesquisa e a sociedade civil organizada são parceiros estratégicos na produção e utilização da informação em saúde que se consolida como um componente fundamental para extrair e construir o conhecimento.

A evasão e o abandono escolar constituem um problema complexo e recorrente, enfrentado pelas políticas públicas educacionais nos diversos níveis de ensino, cuja multidimensionalidade representa a necessidade de compreensão e de integração de diferentes saberes profissionais para a sua identificação. Trata-se de uma questão nacional que vem ocupando relevante papel nas discussões e pesquisas educacionais no cenário brasileiro.

A problemática da evasão e do abandono escolar tem feito parte da realidade brasileira e tem ocupado espaço nas discussões de políticas públicas, no intuito de combater ou ao menos minimizar esse fator. Desde a falta de interesse, motivos financeiros ou familiares, muitas são as causas da evasão, principalmente em se tratando de alunos do Ensino Médio.

É importante ressaltar que, este agravante não atinge somente os jovens evadidos e seus familiares, atinge inclusive a sociedade, visto que as causas deste fenômeno estão associadas a fatores extraescolares e intraescolares correlacionados com as características do aluno, da família, da escola, e da sociedade em que está inserido.

A presente pesquisa teve o pressuposto de que a evasão/abandono escolar identificados no Sistema de Informação sobre Violências são motivados pela situação de

³ Disponível em:
<https://abrasco.org.br/sobre-a-violencia-contra-criancas-adolescentes-e-jovens-brasileiros/>
Acesso em: 15.Jan.2023.

vulnerabilidade e que sua complexidade está intrinsicamente relacionada às variadas formas de violência provocadas por diferentes autores.

Questões subjacentes ao fenômeno da evasão/abandono escolar articuladas com o campo da informação em saúde evidenciam possibilidades de integração interdisciplinar. Reconhecendo os Sistemas Nacionais de Informação de interesse para a saúde, e considerando o universo de crianças e adolescentes em situação de violência notificada em um sistema de informação de saúde esta pesquisa buscou focalizar e articular o abandono/evasão escolar como uma questão que também afeta a saúde.

Para tanto, este estudo formulou as seguintes questões:

- De que forma situações de abandono e evasão escolar mostram-se presentes em um contexto de vulnerabilidade social e de violência?
- Enquanto ferramenta estratégica no apoio às ações de vigilância das violências e acidentes, quais subsídios o Sinan-Net pode oferecer na identificação e análise de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada perpetradas contra crianças e adolescentes que abandonaram a escola?

Esta tese reforça a relevância da abordagem da produção de informação em saúde através da potencialização dos Sistemas de Informação em Saúde, enquanto mecanismo identificador de problemas e fortalecedor de ações específicas para gerar subsídios para o planejamento e a avaliação de ações em tempo oportuno de agravantes à gestão em saúde.

A formulação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010b) objetiva assegurar não apenas o cuidado e a atenção em saúde, mas também a proteção e a defesa dos direitos da criança. E está voltado para a organização de serviços e qualificação da atenção e do cuidado da criança em situação de violências numa lógica de continuidade do cuidado que perpassa o acolhimento, o atendimento, a notificação e o segmento em rede, buscando integração com profissionais da rede da Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar entre outros.

Nessa perspectiva, considera-se a relevância da gestão na execução de ações, e possibilidades de intervenção com vistas à modificação da realidade reconhecida pelo Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências (NPAV) de Duque de Caxias - RJ, que através do Sinan-Net, compreendeu a importância em detectar e investigar os casos de crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar atendidas nas Unidades de Saúde públicas a partir das informações complementares e das observações relatadas na própria ficha de notificação, preenchidas na maioria das vezes por assistentes sociais durante o atendimento à/ao usuária/o.

Assim, em Duque de Caxias, a evasão/abandono escolar é caracterizada como “Negligência/Abandono” no contexto das Tipologias de Violência apresentadas na ficha de notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada - CID 10⁴ Y09 (ANEXO A e ANEXO B), uma vez que esta ficha de notificação não disponibiliza variáveis específicas para identificar casos de evasão/abandono escolar.

A presente pesquisa considera a relevância da abordagem singular do fenômeno evasão/abandono escolar a partir do Sinan-Net, que é um Sistema de Informação em Saúde, por possibilitar caracterizar esse fenômeno como um problema de saúde pública em seu conceito ampliado. Segundo Rosen (1994), isso diz respeito à consciência desenvolvida, por parte da comunidade, da importância de seu papel na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Essa aquisição de consciência tem início a partir da necessidade de enfrentar problemas de saúde oriundos da condição humana.

A escolha do município de Duque de Caxias-RJ como local de pesquisa justifica-se pelo elevado potencial de vulnerabilidade social e desigualdades existentes; expressivo número de casos notificados de violência nesta localidade (SES-RJ, 2018), o que pressupõe uma análise de seu contexto; e pioneirismo na identificação da evasão/abandono escolar em casos de violência interpessoal e autoprovocada notificados no Sinan Net, possibilitando, dessa forma, levantar o debate sobre potencialidades e limitações dos NPAVs implantados nos grandes centros urbanos.

Conforme destacam Avanci *et al.* (2017), considerando análise bibliográfica pormenorizada referente aos trabalhos já publicados sobre o impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes, é pouco o investimento interdisciplinar na abordagem da violência, mesmo respeitando a autonomia técnica própria de cada área de conhecimento.

Além do interesse pessoal mencionado anteriormente, este estudo justificou-se também na lacuna de estudos já produzidos que analisam o registro da violência contra crianças e adolescentes interligado ao fenômeno da evasão/abandono escolar sob a perspectiva da informação em saúde.

Quanto às contribuições em termos práticos e relevância social, este estudo evidencia entraves e oportuniza a identificação e a redução do problema da evasão/abandono escolar de crianças e adolescentes no contexto das violações dos direitos através do fenômeno da violência, considerando o uso da informação socialmente adequado e a serviço da cidadania.

⁴ Traduzido do inglês, a CID-10 é a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, uma lista de classificação médica da Organização Mundial da Saúde. Contém códigos para doenças, sinais e sintomas, achados anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas de lesões ou doenças.

Ao ratificar a evasão/abandono escolar como forma de negligência incorporada na categoria de tipologias das violências, este estudo tende ainda a contribuir para subsidiar ações e políticas públicas que visem melhoria da qualidade de vida e o bem-estar democrático da população de estudo, considerando potencialidades e fragilidades dos setores saúde e educação; e enfatiza a educação como ponto de interseção e enquanto processo de organização da vida cotidiana e, em especial a escola, como espaço que favorece a socialização entre pares e onde ocorre a etapa de maior desenvolvimento humano, nas áreas cognitivas, afetivas, emocionais, psicológicas e sociais.

O desafio da construção de políticas públicas para superação destes fenômenos é um tema transversal no campo da saúde pública. A efetivação das estratégias e ações depende da capacidade de articulação entre os diversos setores, sendo que cada setor se mostra fundamental para a solução do problema e no conjunto, tornam-se potentes para produzir soluções relevantes às questões de violência e de abandono/evasão escolar.

Assim, sendo a Informação em Saúde importante espaço estratégico de produção de saber, e necessária em seu sentido pleno para garantir o direito à saúde, a partir dos diferentes cenários identificados no contexto das notificações da violência interpessoal/autoprovocada registradas em Duque de Caxias – RJ, esta tese foi estruturada tendo como abordagens a Violência, a Evasão e o Abandono Escolar, fenômenos multifacetados e enraizados nas trajetórias de muitas crianças e adolescentes, assim como a gravidez precoce, expressiva na vida de meninas adolescentes e, conforme evidenciado neste estudo, contextualizada nos diversos panoramas das situações de violência e de evasão/abandono escolar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o potencial do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET) para a caracterização da evasão/abandono escolar e situações de vulnerabilidade presentes nas diversas formas da vitimização de violência contra crianças e adolescentes.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil social e de saúde das crianças e adolescentes residentes no município de Duque de Caxias-RJ nos registros de notificação compulsória da vigilância de violência interpessoal/autoprovoada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – VIVA/SINAN.
- Caracterizar os casos de evasão/abandono escolar contextualizados na informação sobre vitimização de violências entre crianças e adolescentes residentes no município de Duque de Caxias – RJ.
- Verificar potencialidades e limitações da informação em saúde através do Sinan-Net e das fichas de notificação de Violência Interpessoal/autoprovoada com interlocução nos registros de evasão/abandono escolar entre crianças e adolescentes no cenário da vigilância das violências e acidentes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Violência, Negligência e vulnerabilidade social: reflexos das desigualdades

A violência é reconhecida na maioria dos estudos como fenômeno social-histórico e considerada como um grave problema de caráter cultural e ideológico, complexo e que implica vários elementos, posições teóricas e variadas maneiras de solução ou eliminação (PAVIANI, 2016).

Na perspectiva de um conceito amplo de violência, Johan Galtung, sociólogo norueguês e pioneiro nos estudos da paz, fala acerca de uma violência direta, uma violência estrutural como consequência de condições de desigualdade, exploração e injustiças inscritas na sociedade como um todo e considera que a violência está presente quando os seres humanos são persuadidos de tal modo que suas realizações efetivas, somáticas e mentais ficam abaixo de suas realizações potenciais (CIIP/UPAZ, 2002).

Hannah Arendt (2001) oferece referencial teórico para entender a violência na sua amplitude e a caracteriza como singular, uma entidade individual que precisa ser refletida dentro da sua complexidade. Na concepção dessa autora, o fenômeno caracteriza-se por sua instrumentalidade, é o contrário do poder, do vigor, da força e da autoridade. Este pensamento fundamenta um caminho de ação no campo da educação e reitera a violência social perpetuada dentro e fora dela, que limita e que testa.

Estudos internacionais, como o realizado por Sumner *et al.* (2015), nos Estados Unidos, descrevem que um dos motivos pelos quais a violência é pouco reconhecida no país é que os sistemas de denúncia de violência são compartimentalizados. Além disso, refere que os profissionais médicos, profissionais de saúde pública, a polícia, assim como a justiça e as organizações assistencialistas, educacionais e comunitárias, ainda não construíram mecanismos para respostas abrangentes e coordenadas à violência.

Considera-se como violência, para fins de notificação,

“o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG *et al.*, 2002).

Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral,

psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento: violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias); violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida) e violência interpessoal (doméstica e comunitária) (KRUG *et al.*, 2002).

A violência coletiva inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações.

A violência autoinfligida, subdivide-se em comportamentos suicidas, e os autoabusos. No primeiro caso a tipologia contempla suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de autoabuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.

A violência interpessoal, subdividida em violência comunitária e violência familiar, que inclui a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e abuso contra os idosos. Na violência comunitária incluem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

A essa classificação Minayo (2006) acrescenta a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, culturais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Em princípio, essa violência ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetua-se nos processos sócio-históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação. Ainda de acordo com a autora, a maioria dos tipos de violência tem sua base na violência estrutural.

A saúde enquanto campo de saberes e de práticas, possui especificidades próprias, e na perspectiva de Bourdieu (1983), constitui-se como um campo de forças, formado por regras, onde os agentes sociais estão dispostos em diferentes posições, cada qual com suas estratégias em busca de reconhecimento e mudanças.

O tema “violência” entrou na agenda da Saúde Coletiva em meados dos anos 1990. Apesar do significativo aumento da morbimortalidade por causas externas (homicídios, acidentes, suicídios) já a partir da década anterior, a saúde, durante muito tempo, teve uma visão tradicional e até mesmo negligente em relação ao problema, considerando as “violências” como acidentes ou eventos aleatórios, com restrita possibilidade de ações preventivas (MINAYO, 1994).

Na perspectiva da saúde pública, a violência se consolida como importante objeto, tanto na produção científica como na proposição de políticas públicas peculiares ao setor, orientada no estudo das causas e do planejamento de estratégias para sua prevenção. Constitui-se como um problema interdisciplinar para essa área, objeto de preocupação por parte do poder público por gerar despesas e acarretar sérias consequências à integridade física, emocional e social das populações, impactando na saúde e na qualidade de vida (MINAYO, 1994).

Os estudos sobre os impactos da violência dialogam com áreas afins, como a saúde pública, psicologia, sociologia, antropologia, ciência política, economia e direito. A articulação de saberes potencializa ações de proteção e de promoção da saúde e da qualidade de vida em sua abrangência individual e coletiva com parcerias intra e intersetoriais com a colaboração permanente de áreas como educação, segurança pública, assistência social, urbanização, trânsito, e outras voltadas para o enfrentamento dos desafios concernentes à criminalidade e à violência (SILVA, ASSIS, MINAYO, 2017; RATES, *et al.*, 2015).

Entretanto, conforme apontamentos Sierra e Mesquita (2006) e Garbin *et al.* (2015), a constituição da rede de enfrentamento, ainda pouco inter-relacionada através dos diversos setores de prestação de serviços denota que apesar do avanço nos atendimentos dos casos de violência, muitas dificuldades ainda persistem tanto na qualidade da assistência oferecida, quanto na articulação dos serviços entre si.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/MS) ao objetivar promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, prioriza estratégias para a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, o qual compreende a intersetorialidade das ações e a formação de rede para o atendimento das vítimas da violência (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2016c).

Nessa perspectiva e conforme apontam Fonseca *et al.* (2013), importantes políticas públicas nacionais se articulam como propostas para o enfrentamento dos riscos de vulnerabilidade com o objetivo de proteger crianças e adolescentes. Dentre as políticas públicas, vale ressaltar o Programa Saúde na Escola - PSE, que é fundamentado pelos princípios da integralidade, da territorialidade e da intersetorialidade. Trata-se de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação e acontece no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde de forma integrada, e conforme a organização de cada território, prevê a participação de outros setores e atores, além dos setores educação e saúde.

O PSE é o principal programa voltado para atenção à saúde dos estudantes do ensino

básico das escolas públicas. Contribui como parte da formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos e promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

A ideia de vulnerabilidade envolve o universo das interações sociais que ocorrem tanto nos ambientes públicos quanto privados. Entretanto, a vulnerabilidade não pode ser considerada somente o resultado de exposição aos riscos, mas também da condição de fragilidade ou incapacidade de reação coletiva gerada pelo somatório de condições de desigualdade envolvendo fatores como: pobreza, idade, gênero, renda, escolaridade e experiência acumulada para lidar com eventos (NOSSA; SANTOS; CRAVIDÃO, 2013).

Práticas sociais e institucionais e/ou econômicas e políticas que limitam o ser humano de alguma forma podem ser consideradas como formas de violência: a pobreza, a miséria, condições precárias de vida. Nessa perspectiva, conforme apontamentos de Assis, Pesce e Avanci (2006), a violência social atravessa e se impõe nos cenários que geralmente apresentam deficiências de gestão, dificuldades de acesso aos serviços públicos e onde faltam recursos institucionais para saúde, educação, habitação e segurança pública.

Estudos revelam que crianças e adolescentes são vulneráveis às situações ambientais e sociais que se manifestam em perfis de violência que acontecem em um contexto fundamentado na própria estruturação da sociedade, marcado por processos culturais que lhe são próprios (FONSECA *et al.*, 2013; FERREIRA, 2002).

As violações ocasionadas na infância e na adolescência, fases em que a estrutura física cerebral está se moldando pela experiência cotidiana, são impactantes na saúde individual desse grupo, e podem gerar marcas estruturais ou funcionais, sendo prejudiciais tanto a nível neurofisiológico, como em termos das identificações e da formação da personalidade, contribuindo para problemas na vida adulta (GAUER, 2001; VERONESE, 2005).

Não há consenso quanto à faixa etária exata que determina um grau de desenvolvimento completo para o desempenho das atividades referentes à infância e adolescência.

A OMS considera criança a pessoa até os dez anos incompletos e preconiza que a adolescência vai dos dez aos 20 anos incompletos, correspondendo ao período de transição entre a infância e a idade adulta e constituindo-se como um processo fundamentalmente biológico durante o qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade (WHO, 2006).

Diferentemente, o ECA, que regulamenta os direitos dos indivíduos desde o

nascimento até a maioridade, considera criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência que envolve crianças e adolescentes como todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração. Ocorre em relações nas quais os perpetradores ocupam posições de poder, confiança ou responsabilidade para com a criança ou adolescente vitimizados e se potencializa quando resulta em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade da criança e do adolescente (KRUG *et al.*, 2002).

Na definição formulada por Azevedo e Guerra (2001), o fenômeno da violência contra criança e adolescente trata-se de

“todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra a criança e o adolescente que, sendo capaz de causar, à vítima, dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica, implica, de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e por outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (AZEVEDO e GUERRA, 2001, p. 33).

Krenzinger e Soares (2020, p.27), em estudo recente, enumeraram as múltiplas expressões da questão social que caracterizam as violências que mais atingem as crianças e adolescentes nas periferias dos grandes centros urbanos: pela desigualdade social e pelo racismo estrutural; pela negligência dos responsáveis e fragilidade dos atendimentos da rede de proteção social; pela falta de acesso a políticas sociais que garantam condições mínimas de alimentação saudável, educação e saúde integrais; pela violência doméstica, que se manifesta por maus-tratos, abandono do lar, ameaça, abuso de autoridade, tortura e abuso sexual; pela exploração do trabalho infantil e exploração sexual comercial; pela discriminação étnico-racial; pela discriminação quanto à orientação sexual; pela intolerância religiosa; e, finalmente, pela vulnerabilidade às dinâmicas criminais, devido à violência que atravessa o território, tradução local hipertrofiada da insegurança urbana.

Assim como a OMS, diversos autores conceituam a negligência atribuindo como um tipo de violência, sendo utilizado em diferentes campos de conhecimento e nos serviços de saúde. Alguns indicativos de negligência têm como referência a linha de cuidados em saúde, na qual situações que requerem uma atitude dos pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes não são desempenhadas. Desta forma, a negligência configura-se pela ausência, recusa ou a deserção dos cuidados básicos, como desnutrição, baixo peso, doenças e falta de

higiene. (BRASIL, 2005; ASSIS *et al.*, 2009a).

Minayo (2000) reforça que as negligências representam uma omissão em relação às responsabilidades da família e da sociedade de satisfazerem as necessidades físicas e emocionais de uma criança, quando essas falhas não estão relacionadas com impossibilidades desses responsáveis. Salienta ainda a dificuldade de qualificar tais atitudes quando as famílias estão em condição de miséria.

Compreende-se, assim que a questão financeira e econômica também é destaque ao se pensar em negligência e que estes cuidados não se limitam aos genitores. Acrescentam-se além da família, as próprias instituições e sociedade (reforçando o dever da família, Estado e sociedade).

Segundo estudo desenvolvido por Mata (2016), a negligência é uma violência de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos de cada família ou grupo social. A detecção é mais fácil quanto maior o contato com a família e a compreensão da dinâmica familiar. Deve ser analisada a capacidade e as possibilidades desses responsáveis em prover essas necessidades. Há famílias em condições de miséria que não dispõem do básico; até mesmo possuem dificuldades emocionais e pessoais para estabelecerem vínculos entre seus familiares.

A caracterização de casos como negligência ou não contempla limites que vão desde a definição de seu conceito, que é uma implicação negativa, a outras questões que perpassam por condições socioeconômicas, culturais, responsabilização, concepções de família, intencionalidade, modelos de cuidado, tipo de violência, impactos no desenvolvimento infantil, justiça, contexto e gravidade das situações (MATA, 2016).

A família muitas das vezes é responsabilizada, mas não possui o suporte adequado do Estado para auxiliar nas necessidades básicas de suas crianças. A falta de serviços estruturados de apoio à família e às crianças e adolescentes ou o difícil acesso a eles fazem com que a negligência institucional ou estatal (DUBOWITZ *et al.*, 1993) se transforme em negligência parental, processo por meio do qual a família, em uma sociedade como a nossa, é facilmente culpabilizada como responsável exclusiva pelos problemas das crianças e adolescentes.

A Negligência institucional se refere às omissões das/nas instituições, que inclui a inadequação, ausência ou dificuldade de acesso aos serviços institucionais que são importantes para sua formação física, social e emocional da criança e do adolescente. Quando o Estado falha na prestação de cuidados relativos à infância, ele é responsabilizado por negligência estatal.

De acordo com o Manual Técnico “Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada”, “Negligência” é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente, mulheres, pessoas idosas e incapazes. Está entre as formas mais comuns de maus-tratos contra crianças e adolescentes, tendo no “abandono”, a forma extrema de negligência (BRASIL, 2015).

Ainda de acordo com o Manual Técnico, nas notificações de violência contra crianças e adolescentes devem ser consideradas as modalidades de negligência:

De *proteção*: quando a integridade da criança ou do adolescente for exposta, o que é caracterizado pela ausência ou carência de proteção necessária;

De *saúde*: quando a criança ou o adolescente não receberem as condições para manutenção de sua saúde. Inclui-se também nessa categoria situações em que os pais ou responsáveis não proporcionam o atendimento e o cuidado com as necessidades básicas, como higiene, alimentação etc.;

De *educação*: quando os pais ou os responsáveis deixam de efetuar as ações enumeradas abaixo, referentes a crianças e adolescentes sob sua responsabilidade: 1) Matricular o filho na escola; 2) Acompanhar o desenvolvimento escolar de seu(s) filho(s); 3) Atender à solicitação de encaminhamentos da escola ou Centro de Educação Infantil para tratamento terapêutico ou outros afins (BRASIL, 2016c).

Conforme publicação do “Boletim VIVA: Vigilância e Acidentes: 2013 e 2014” (BRASIL, 2017a), foram registradas 29.784 notificações de violências contra crianças de 0 a 9 anos no país. Com relação ao tipo de violência, predominaram a negligência (50,1%), seguida da violência física (28,6%), violência sexual (28,4%) e violência psicológica/moral (17,5%). No mesmo Boletim, foram registradas 50.634 notificações de violências contra adolescentes de 10 a 19 anos, com predominância no sexo masculino com 35% (17.886). Com relação ao tipo de violência, prevaleceu a violência física, 63,3%, seguida da violência sexual, 23,9% e da violência psicológica/moral, 23,0%.

A violência também tem sido associada ao crescimento da morbimortalidade por causas externas, devido, principalmente, aos números de homicídios, internações e sequelas, basicamente, por acidentes de transporte terrestre e quedas, funcionando como fatores contributivos na expectativa de vida de jovens e na qualidade de vida da população. Cabe ressaltar que os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios, respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas no Brasil (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019b).

No que tange às políticas de enfrentamento preventivo da violência, com incentivo do MS através da Portaria GM/MS nº 936/2004, iniciou-se a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência (NPVA) em estados e municípios. Os municípios brasileiros considerados prioritários agrupam aspectos populacionais, e de alta prevalência de ocorrência de agravos à saúde pública por causas externas de morbidade e mortalidade. O município de Duque de Caxias - RJ, inclui-se entre os mais de 300 municípios prioritários, e tem instituído desde 2004 o NPAV.

Recentemente, em 2021 o Decreto nº 10.701 instituiu o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes e estabeleceu a criação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes, sendo revogado pelo Decreto nº 11.074 em 18 de maio de 2022 que instituiu o Programa de Proteção Integral da Criança e do Adolescente - Protege Brasil, de caráter intersetorial, multidisciplinar e permanente, como estratégia nacional de proteção integral da criança e do adolescente.

3.2 Evasão e abandono escolar no contexto das violências

Para compreender o desenvolvimento do ciclo vital nas diferentes etapas da vida, é preciso considerar além da situação social, as dimensões individuais de cada pessoa, os ambientes onde estão inseridas e onde mantêm relações que se estabelecem e que repercutem em seu desenvolvimento e em sua atuação na sociedade. Nessa perspectiva, Bronfenbrenner (2005) considera a escola como um dos ambientes imediatos onde o indivíduo insere-se e onde se estabelecem modos de vida e experiências fundamentais para o seu desenvolvimento.

A instituição escolar configura-se como espaço político, local de sistematização, apropriação e ressignificação de saberes, tendo função relevante, mesmo que não exclusiva, na formação de novas gerações, pautada em direitos e deveres fundamentais, e na construção da cidadania, condições necessárias para a transformação dos indivíduos em cidadãos capazes de intervir na sociedade de forma crítica, responsável e produtiva.

Na perspectiva de Araújo (2004), a escola situa-se entre as instituições mediadas por relações sociais, campo onde os sentidos sociais são produzidos e a prática discursiva está submetida a condições de desigualdade de acordo com a lógica do poder simbólico das interações. Dubet (2001) entende que o reconhecimento das identidades é o único modo de conciliação possível frente às desigualdades, principalmente se pensarmos que as relações que

se constroem e a interação que surge nas escolas também acumula capital social. Nesse cenário, de acordo com Mészáros (2006):

Além da reprodução, numa escala ampliada, das múltiplas habilidades sem as quais a atividade produtiva não poderia ser realizada, o complexo sistema educacional da sociedade é também responsável pela produção e reprodução da estrutura de valores dentro da qual os indivíduos definem seus próprios objetivos e fins específicos. As relações sociais de produção capitalistas não se perpetuam automaticamente (MÉSZÁROS, 2006, p. 263).

Apesar de a CFB (1988) e a LDB (1996) preconizarem que o ensino deve favorecer a formação humana integral, do ponto de vista da formação, a escola pode ser responsável pelo sucesso ou fracasso dos alunos, pois oficialmente avalia a competência acadêmica e relacional. Nessa perspectiva, Dubet (2001) alerta para o fato de que, no sistema escolar, considerando a oportunidade de ingresso, a seleção não é mais feita no acesso à escola, mas no seu interior, na trajetória educacional.

As variadas representações do insucesso escolar resultam da soma de vários fatores e retratam um processo muito complexo, dinâmico e cumulativo que revela uma das expressões da iniquidade no Brasil e dimensiona a perspectiva adotada no exame do problema: do indivíduo, da escola ou do sistema de ensino.

O problema da evasão e do abandono escolar possuem raízes históricas e resultam de diversas intervenções do Estado mudando o sistema escolar, sucumbindo-se à política imposta pelas elites, sem resultar, necessariamente, em qualidade de ensino e devem ser entendidos como a etapa final de um processo de desengajamento do estudante em relação à vida escolar, tanto do ponto de vista acadêmico – que se expressa no baixo rendimento e maior repetência – quanto social – expresso na fragilidade dos laços estabelecidos naquele espaço em relação a outras redes nas quais os estudantes estão inseridos (MENESES, 2011; SALATA, 2019).

Os conceitos técnicos de *evasão escolar* e de *abandono escolar* na educação brasileira têm embasamento em fatores distintos e características semelhantes que demandam ações estratégicas específicas, considerando o desempenho dos alunos e o contexto econômico e social em que as escolas estão inseridas.

As diferentes formas de interpretação trazem à tona a falta de conceito claro para abandono e evasão escolar, uma vez que estabelecem uma compreensão das relações entre os motivos de ingresso e a trajetória dos permanentes, dos desistentes e egressos desse público.

Segundo a concepção descrita pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP (1998), o conceito técnico de “Abandono” refere-se à situação em que o estudante deixa a escola num ano, mas retorna no ano seguinte. Já a “Evasão”⁵ é situação em que o estudante sai da escola e não volta mais para o sistema escolar. Segundo Silva Filho e Araújo (2017), as dificuldades para construir indicadores adequados à investigação dos fenômenos evasão e abandono escolar dificultam o entendimento, definições, assim como a própria forma de condução do ensino.

Diversos estudos reconhecem através de diferentes perspectivas que são inúmeros os fatores que condicionam os indivíduos a permanecer ou abandonar a escola. Em muitas situações, podem estar relacionados à violação de direitos, como o abuso sexual, à negligência, à vulnerabilidade social, econômica e afetiva. Entre as causas, podemos encontrar fatores psicológicos, características individuais adscritas, atributos da família de origem, padrões de comportamento e atividades dentro da escola, características das próprias instituições de ensino, qualidades da vizinhança onde o jovem reside, condições do mercado de trabalho, assim como a própria violência que se exerce na escola, pelos pares e pelos professores, e da escola com as normas e orientações discriminatórias e excludentes (DE WITTE *et al.*, 2013).

Em importante estudo quantitativo utilizando os dados da Pnad (2004 e 2006), Neri (2009) chega a resultados que apontam possíveis motivos para a evasão escolar, como a falta de escolas (10,9%), a necessidade de renda e trabalho (27,1%), a falta de interesse (40,3%), e outros (21,7%). Nessa perspectiva, compreende-se que as causas são muito mais estruturais e econômicas do que a negligência da família.

Gaioso (2005) sinaliza múltiplos fatores, intrínsecos e extrínsecos à escola, como imaturidade do estudante, falta de orientação, imposição familiar, a instabilidade social, mudança de moradia, as questões de saúde, alcoolismo, vandalismo, falta de incentivo da família e da escola, os problemas com o acesso ao estabelecimento de ensino, a infraestrutura escolar, excesso de conteúdos escolar e transtornos ou dificuldades de aprendizagem influenciam diretamente as atitudes dos alunos afastados da escola.

⁵ O termo evasão, originado do latim *evasio*, nomeia o ato de evadir-se, de fuga, de escape, de sumiço, é a ação de abandonar alguma coisa, de afastar-se do ponto em que se encontrava, também pode ser abrangido como o ato de desviar, de evitar, de iludir, de furtar-se com habilidade ou astúcia, de mudar a direção, de alterar o objetivo (FERREIRA, 2010).

Na perspectiva de Vaz (1994), o abandono e a evasão escolar podem ser ainda compreendidos como uma violência intrínseca ao cotidiano da escola. Entretanto, trata-se de uma violência simbólica, sutil e invisível, podendo ser, inconscientemente, promovida pelos próprios educadores, através de regulamentos opressivos, currículos e sistemas de avaliação inadequados à realidade onde está inserida a escola, e medidas e posturas que estigmatizam, discriminam e afastam os alunos.

A violência na escola é resultante de microviolências diárias. E de acordo com Bourdieu (1999), a instituição escolar configura-se como uma “fonte de decepção coletiva: uma espécie de terra prometida, sempre igual no horizonte, que recua à medida que nos aproximamos dela”.

A escola deve ser considerada enquanto um ambiente que também produz sujeitos, subjetividades e identidades. Trata-se de um local importante e privilegiado de manifestação e detecção de sinais de violência, onde traumas, limitações circunstanciais, clima de tensão, contribuem para que o estudante se concentre menos, estude menos, vá menos à escola, implicando na ocorrência da evasão escolar e, por fim, cresça menos moral e culturalmente (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006; AVANCI; PESCE; FERREIRA, 2010).

Em outra direção, a violência urbana constitui-se como um importante elemento que dificulta de forma considerável a meta de universalizar o acesso à escola. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública⁶, no ano de 2019 foram registrados 4.928 casos de mortes violentas intencionais de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos. Esses números confirmam que a vida dos adolescentes das periferias é marcada por uma enorme falta de oportunidades que os torna cada vez mais vulneráveis à violência letal.

Assis *et al.* (2009a) afirmam que:

A vivência de graves situações violentas em casa, na escola e na comunidade pode gerar um sentimento de desesperança e insegurança muito grande, impactando a vida e a saúde das pessoas. Nas crianças e adolescentes, o conhecimento das consequências da violência em sua saúde é ainda muito incipiente, mas pode estar relacionado ao absentismo e abandono da escola, ao baixo rendimento na aprendizagem, à ideação suicida e mesmo a comportamentos violentos. (ASSIS *et al.*, 2009a, p.353)

Monteiro e Arruda (2011) analisaram a relação entre violência e abandono escolar considerando municípios cearenses, onde apontam uma tendência de maior abandono escolar

⁶Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 02.Jun.2023.

quando se presencia mais violência nas cidades avaliadas. Em diferente perspectiva, através de estudo exploratório e interdisciplinar concebido por meio de análises de escolas públicas no contexto brasileiro e português, Silva e Assis (2018) caracterizaram as ações em prol da prevenção à violência, relacionadas como abandono e o insucesso escolar.

Teixeira (2011) analisou a relação intrínseca entre criminalidade e educação de duas formas distintas: o impacto da educação defasada ou o abandono escolar sobre a criminalidade do ano posterior ao abandono, em todos os estados brasileiros, no período 2001 a 2005; e também o efeito da violência sobre o desempenho escolar dos alunos do estado de São Paulo em 2007. Os resultados indicaram, primeiro, que a violência escolar diminui a probabilidade do aluno apresentar um desempenho satisfatório nas provas de matemática e português. Além disso, um aumento na taxa de abandono escolar dos alunos da primeira série do ensino médio é responsável por uma elevação na taxa de homicídios.

Estudo realizado por Minayo e Constantino (2015) com uma amostra da população carcerária da Capital, cidades do interior e da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro, chama atenção que mais da metade das pessoas não têm ensino fundamental completo e 7,1% da população avaliada possuem idade até 19 anos. Ainda segundo a pesquisa, dados do censo 2010 fornecidos pelo IBGE, mostram que a população carcerária do país apresenta menor grau de instrução (soma de sem instrução e fundamental incompleto) que a população total do país.

A ausência escolar pode materializar as três formas de estigmas: as abominações do corpo, as culpas de caráter individual, por fim, de raça, nação e religião (GOFFMAN, 2004). Os/as estudantes pobres podem ser duplamente estigmatizados, na medida em que, sob a ótica do insucesso escolar, são culpabilizados, já que tiveram, aparentemente, “suas chances” e não aproveitaram. A falta de êxito nesse propósito, a autorresponsabilidade, o sofrimento e o sentimento de incompetência podem prejudicar o desenvolvimento futuro, imprimindo na psique dos indivíduos o sentimento de fracasso escolar - pelo qual, na verdade, são apenas parcialmente responsáveis (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

De acordo com projeção da Pnad Contínua (2019)⁷ divulgada pelo IBGE, ao menos 1,5 milhão de crianças e adolescentes em idade escolar obrigatória estavam fora da escola no Brasil, sendo que a maioria delas, crianças de quatro e cinco anos e adolescentes de 15 a 17 anos. A pesquisa concluiu que a passagem do Ensino Fundamental para o Ensino Médio foi o período de maior abandono escolar no Brasil.

⁷ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>. Consulta em 05.Abr.2023.

Ao analisar o cenário de exclusão escolar, tornou-se relevante evidenciá-lo no contexto da pandemia da covid-19. No Brasil, a maioria das escolas públicas foi fechada ou funcionou de forma muito precária com a pandemia. Consequentemente, parece oportuno considerar que mais crianças e adolescentes foram excluídas do processo escolar.

De acordo com o relatório “*Los Costos y la Respuesta ante el Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el Sector Educativo de América Latina y el Caribe*”⁸, do Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), concluído em novembro de 2020, que monitorou o comportamento dos estudantes latinos e caribenhos no primeiro ano da pandemia do coronavírus, no Brasil, o número de crianças e adolescentes entre seis e 17 anos que abandonaram ou deixaram de frequentar a escola subiu em 12% nesse período.

O estudo informa ainda que em números totais, a educação brasileira foi a segunda mais afetada pelos desdobramentos da crise sanitária na América Latina, ficando atrás somente do México. Com esses aumentos, a região acumulou no período 1,5 milhão de jovens longe dos estudos.

Os dados apresentados pela SES/RJ apontaram que a principal série escolar afetada pela evasão foi o primeiro ano do Ensino Médio. Além disso, em 2020, cerca de 2.200 alunos abandonaram ou deixaram de frequentar as escolas da rede estadual de ensino público fluminense. Em relação aos municípios, a cidade do Rio, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti foram responsáveis pelos maiores índices de abandono⁹.

3.3 Informação em Saúde

Informação é um conceito central na pesquisa de Sistemas de Informação (SI). As teorias atuais da informação são restringidas por suposições, e na atualidade, estudos apresentados por Boel (2017) e por Emamjome *et al.* (2018), apontam que não existe uma única definição interdisciplinar do conceito de informação.

O termo Informação tem sido limitado principalmente aos processos de geração, transmissão e armazenamento de dados com definições variadas por estudiosos de Sistemas

⁸ Disponível em: <https://education4resilience.iiep.unesco.org/es/resources/2021/actuemos-ya-para-proteger-el-capital-humano-de-nuestros-ninos-los-costos-y-la>. Consulta em 05.Abril.2023.

⁹ Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/primeiro-ano-da-pandemia-levou-172-mil-alunos-a-deixarem-a-escola-no-brasil/> Acesso em 11.Nov.2022.

de Informação, tais como ‘dados’, ‘dados processados’, ‘significado’ e ‘conhecimento’.

Davenport e Prusak (1998) destacam que “dado” e “informação” estabelecem uma relação de continuidade, em que o dado é base para a informação. Os autores apontam a dificuldade de estabelecer o ponto exato em que dados se tornam informação, porém que é fácil verificar a ascensão da relação de continuidade.

A distinção entre os conceitos “Dado” e “Informação” pode ainda ser observada no Guia de Vigilância Epidemiológica 2007, onde

“Dado” é “um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância”, “o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico”, ou “a matéria-prima da produção de informação”. Já a “Informação” é “o conhecimento obtido a partir dos dados”, “o dado trabalhado” ou “o resultado da análise e combinação de vários dados”, o que implica em interpretação, por parte do usuário. É “uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático” (BRASIL, 2007b, p. 61).

Há um consenso sobre a importância central da informação para avaliar o sucesso das políticas de saúde que se manifesta tanto na literatura especializada quanto nos relatórios e recomendações de Conferências de Saúde, oficinas de trabalho do SUS e eventos de sociedades científicas (BRASIL, 2016c).

Conforme assinala Offe (1984), macro e micro interesses determinam sobre o que, como, para quem e por que informar, ocorrendo mecanismos de seletividade estrutural da informação dada por parte de um aparelho e de medidas tomadas por outros. Nesta perspectiva, na área da saúde pública brasileira, o uso de informações confiáveis e oportunas através dos Sistemas de Informação em Saúde - SIS é um insumo potencial que possibilita desenvolver e aprimorar a efetividade do sistema público de saúde e subsidia processos de gestão, vigilância e atenção à saúde através dos diferentes entes federativos (WHO, 2004; BRASIL, 2007a).

Araújo e Cardoso (2007) sinalizam que a informação coloca para fora dos limites do serviço de saúde o problema ali detectado, convoca parcerias e assegura a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas da área, sendo, portanto, fundamental pensá-la com base nos princípios e diretrizes do SUS. Na perspectiva de que a saúde é responsabilidade de todos os setores, ao convocar parcerias, é possível maior amplitude no entendimento de seus objetos de ação, através da argumentação coletiva e dialogada e do fortalecimento de uma cultura informacional.

Com o uso adequado da Tecnologia da Informação (TI) é possível melhorar a saúde de

um país, sendo este debate uma constante na literatura e experiências internacionais revisadas (SHEKELLE, 2009). A Tecnologia da Informação é conceituada como o conjunto de recursos tecnológicos e computacionais que cria soluções tecnológicas para determinar a geração, o fluxo e o uso da informação; fundamenta-se em diversos componentes físicos e lógicos que servem de suporte ao manuseio da informação, onde incluem-se os SI, definidos como um “conjunto de estruturas administrativas e unidades de produção, perfeitamente articuladas, com vistas à obtenção de dados mediante o seu registro, coleta, processamento, análise, transformação em informação e oportuna divulgação” (BRASIL, 2007b, p. 61).

No panorama atual, nas pesquisas com SI houve uma mudança geral das questões que são puramente tecnológicas para questões que incluem adicionalmente o gerencial e organizacional, daí o interesse crescente na aplicação de métodos de pesquisa qualitativa (MYERS e AVISON, 2002). E para que seja crítica, as práticas que envolvem a TI precisam ser analisadas no contexto de um conjunto mais amplo de relações sociais e políticas (DOOLIN, 2016).

A estrutura dos SIS a partir de uma quantidade quase infinita de dados produzidos diariamente nos serviços de saúde possibilita a obtenção e a transformação de dados em informação ou conhecimento na área da saúde. As informações epidemiológicas, normativas, socioeconômicas, demográficas e oriundas de dados de qualidade elucidam a realidade de serviços e ações de saúde, evidenciam problemas prioritários e criam condições para que gestores, trabalhadores e cidadãos, por meio de um sistema articulado, obtenham informações e conhecimentos de diversas realidades de saúde.

Para avaliar um SI é necessário analisar características como o fluxo de dados; o uso de novas tecnologias (computadores e redes de informação); a forma como as informações são apresentadas, de maneira que facilite o seu uso para subsidiar as intervenções em saúde pública; e a rapidez com que os resultados são interpretados e disseminados, no sentido de redirecionar as ações quando necessário (DECLICH, CARTER, 1994).

Historicamente, a experiência do Sistema de Saúde do Brasil tem sido acompanhada da implementação de vários SI voltados para diferentes dimensões: epidemiológica, demográfica, gestão dos serviços e outras funcionalidades que desencadeiam o processo “informação-decisão-ação” e constituem-se como a base para o diagnóstico, condições de saúde, morbimortalidade, fatores de risco, monitoramento, planejamento, entre outras (ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003).

Os SI disponíveis para os programas de controle de doenças e agravos à saúde pública no Brasil que registram a experiência demográfica e de saúde no país compreendem: o

nascimento (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc); a doença (Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan) e Sistema de Informações Hospitalares – SIH; e a morte (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, fonte básica para a análise dos acidentes de trânsito, dos homicídios e dos suicídios).

Embora organizados em grandes bancos de dados de nível central (estadual e/ou federal), a grande maioria desses sistemas ainda é voltada para o faturamento dos municípios, repasse de recursos da esfera federal e para objetivos específicos da gestão dos serviços; pouco se comunicam e, conseqüentemente, são pouco compatíveis com a proposta descentralizadora do SUS (SOUZA e DOMINGUES, 2009).

Apesar dos grandes avanços observados no decorrer do tempo e das suas vantagens comprovadas, os SIS ainda apresentam-se fragmentados, incompatíveis e sem interoperabilidade. Nessa conjuntura, vale ressaltar que o alcance da interoperabilidade dos SIS é condição central da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS (BRASIL, 2017b).

3.4 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

O Sinan foi criado a partir de 1993 em substituição ao Boletim de Notificação Semanal de Doenças. Contudo, sua implantação não ocorreu de forma homogênea. A partir de 1998, o uso do Sinan foi regulamentado, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 2007a).

O Sinan integra os SIS e corresponde a principal fonte de registros de doenças transmissíveis. Tem como objetivo padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

No processo de consulta, o Sinan é corroborado como um sistema de informação que obedece a uma lógica diferente dos outros sistemas existentes no país, pois equivale, na prática, a um conjunto de subsistemas relativos a diversas doenças que sempre foram gerenciadas verticalmente na estrutura de organização dos serviços de saúde (CAETANO, 2009).

A utilização do Sinan em conjunto com os demais SIS, torna-se uma importante ferramenta para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e permitir a avaliação do impacto das intervenções. O uso sistemático do Sinan de forma

descentralizada, hierarquizado coerentemente com a organização do SUS, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso às informações e as tornem disponíveis para a comunidade (BRASIL, 2007a).

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos à saúde pública que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), conforme Portaria MS/SVS (Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente) nº 05, de 21/2/2006, mas é facultado aos estados e municípios incluírem outros problemas de saúde importantes em sua região (SOUZA e DOMINGUES, 2009).

Por intermédio das notificações e de uma rede informatizada, o Sinan viabiliza pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE-MS) a caracterização do fenômeno estudado na população, de forma mais ampla, quanto à sua distribuição e às suas tendências, garantindo o estabelecimento de prioridades, o acompanhamento e o controle social de políticas públicas de saúde (CAETANO, 2009; ALENCAR, 2012) para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise de informações de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 2.325 de 08 de dezembro de 2003).

As notificações que alimentam o Sinan constituem-se de duas partes: a Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha Individual de Investigação (FII). A FIN deve ser preenchida por profissionais das unidades notificantes, geralmente, aquelas que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Já a FII, em geral, é preenchida pelo responsável pela investigação. Estes instrumentos devem ser encaminhados aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, que devem repassar semanalmente os arquivos para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde. Por conseguinte, são encaminhadas para o Ministério da Saúde (MS), conforme calendário anual pactuado entre o Sistema de Vigilância Sanitária do MS e as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2007a).

A ficha de notificação contém a identificação e localização do estabelecimento notificante, identificação do paciente, características socioeconômicas, local de residência e identificação do agravo. A ficha de investigação contém os antecedentes epidemiológicos, dados clínicos e laboratoriais específicos de cada agravo e conclusão da investigação (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

Entre as atribuições de cada nível do sistema, compete somente ao primeiro nível informatizado (municipal) realizar a complementação de dados, a correção de inconsistências, a vinculação/exclusão de duplicidades e a exclusão de registros. No entanto, cabe a todos os

níveis efetuar a análise da qualidade dos dados (duplicidade, completitude das variáveis e consistência dos dados), as análises epidemiológicas e a divulgação das informações (BRASIL, 2007a).

A vigilância de violências instrumentalizada através da ficha de notificação é parte da estratégia do SUS frente à violência, assim como os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde.

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada foi implementada em 2006 e a Ficha de Notificação/Investigação de Violência interpessoal/autoprovocada foi inserida a partir de 2009, integrando o Sinan, incorporando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas em 2009.

Através da Portaria MS/GM n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação tornou-se compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil. Os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do SUS foram padronizados com a Portaria MS/GM n.º 1.271, de junho de 2014 e regulamentada pela Portaria de Consolidação n.º 04, de 28 de setembro de 2017.

A notificação deverá ser encaminhada para o serviço de saúde de referência territorial, se o caso foi notificado pela Unidade de Assistência Social, estabelecimento de ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher ou outros, conforme fluxo estabelecido localmente (BRASIL, 2016).

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, verificou-se um aumento substancial e melhora da cobertura do Viva/Sinan, de 2.114(38,0%) municípios brasileiros notificantes, em 2011, para 4.381(78,7%) municípios notificantes, em 2018 (BRASIL, 2020b).

Segundo a CID-10, os acidentes e violências são classificados como causas externas, que englobam agressões física, psicológicas e sexuais; lesões autoprovocadas; acidentes de trânsito, de trabalho; quedas; envenenamento; afogamentos, dentre outros. Embora o CID-10 tenha inserido acidentes e violência no mesmo grupo, cabe esclarecer a diferença entre ambos: violência é aquele fenômeno que causa danos à vida de forma geral. Já o conceito de acidente é um evento não intencional que também causa danos físicos e emocionais, porém, podem ser evitados com medidas de precaução, retirando, em alguns casos, o seu caráter não intencional (OMS, 1995).

De acordo com o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030”, o número total de notificações de violência interpessoal/autoprovocada anuais vem aumentando, passando de

107.464 casos notificados em 2010 para 350.354 em 2018 (BRASIL, 2021a), contabilizando mais de 1,8 milhão de casos no Viva/Sinan, um aumento de 263,2% no número de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas no Brasil, sendo os principais acréscimos observados no sexo feminino (194%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (261%) (BRASIL, 2020b).

A notificação dos casos de violência é imprescindível para o enfrentamento da violência, visto que possibilita a interrupção desta e desencadeia medidas de proteção (Deslandes *et al.*, 2011), além de gerar informações para a avaliação da situação e da necessidade de investimentos públicos.

Tendo em vista a importância da notificação como instrumento de cuidado às vítimas de violência, torna-se fundamental a avaliação periódica do sistema, a fim de identificar suas fortalezas e fragilidades, de modo a planejar ações que busquem garantir a cobertura e sensibilidade necessárias para seu funcionamento.

No Sinan, a qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário. É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para que se constituam em instrumentos capazes de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações. Nesse sentido, algumas medidas têm sido tomadas para tornar cada vez mais difundida, entre os gestores do sistema de saúde, a importância da notificação, principalmente daquela feita com qualidade (CAETANO, 2009).

Segundo Andreazzi (2009), os dados gerados nos serviços de saúde devem ser valorizados, identificando os problemas decorrentes de acesso, cobertura e complexidade da oferta dos serviços, como também deve-se realizar análise qualitativa dos mesmos, buscando identificar falhas e desvios introduzidos no próprio processo de produção, disseminação e utilização da informação. Nessa perspectiva, a qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação em Saúde.

De acordo com o “Roteiro para uso do Sinan-net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais”, uma base de dados de boa qualidade deve ser completa (conter todos os casos diagnosticados), fidedigna aos dados originais registrados nas unidades de saúde (confiabilidade), sem duplicidades e seus campos

¹⁰ Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estudos/violencia/>. Acesso em 10.fev.2023.

devem estar preenchidos de forma consistentes (BRASIL, 2019c).

Cada campo existente na ficha de notificação tem um objetivo específico, justamente para caracterização do agravo, análise e implantação de ações de prevenção. Portanto, o completo preenchimento da ficha de notificação se faz necessário para conhecimento do perfil do agravo.

Para desenvolver análise exploratória de dados no Sinan, torna-se importante avaliar a completude de cada notificação/investigação, a consistência entre os dados e a duplicidade de notificações.

Entende-se por completude dos registros o grau de preenchimento das variáveis conforme valores válidos e não válidos (campo do dado ignorado, sem preenchimento ou vazio ou com preenchimento inadequado – não se aplica) de campos relacionados às variáveis de preenchimento essencial.

Entende-se por consistência a coerência entre as categorias assinaladas em dois campos relacionados. Deve ser avaliada, prioritariamente, a coerência entre dados de campos relacionados em que pelo menos um deles é necessário ao cálculo dos indicadores básicos.

Os registros com duplicidade considera o mesmo paciente notificado mais de uma vez pela mesma ou outra unidade de saúde, para o mesmo caso.

Todo indicador traz uma representação simplificada da realidade, fato que deve ser considerado e explorado de modo que as limitações do estudo sejam consideradas, levando à seleção de interpretações condizentes com o material disponível. Assim, importante considerar os principais indicadores gerados pelo Sinan: taxa ou coeficiente de incidência, taxa ou coeficiente de prevalência e coeficiente de letalidade.

Outras informações também podem ser obtidas através do Sinan, como: percentual de sequelas, o impacto das medidas de controle e o percentual de casos suspeitos e confirmados, entre outras (BRASIL, 2017a).

As bases de dados geradas pelo Sinan têm formato GDB. Para analisá-las, é necessário que sejam exportadas para o formato DBF através de programas informatizados como o *software* SPSS, o *TabWin*, o *Tab Net* e o *Epi Info*.

3.5 Ampliação da cobertura do Sistema Viva-Sinan

Tendo em vista a proposta do Ministério da Saúde de implementar as portarias Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737/2001), Estruturação/implementação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e

Promoção da Saúde (Portaria MS/GM N° 936/2004) e Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM n° 687/2006), a ampliação da cobertura do Sistema Viva foi fundamentada no fortalecimento da rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência tendo como objetivo a atenção à saúde da população em situações de urgências, violências e outras causas externas com redução da morbimortalidade por acidentes, promovendo saúde e qualidade de vida.

Com o aumento da cobertura, a vigilância de violências interpessoais e autoprovocadas pode contribuir ainda mais para conscientizar sobre o problema, subsidiar a construção de estratégias de prevenção e enfrentamento, assim como promover uma cultura da paz.

O atual contexto social, político e econômico é notadamente marcado por uma cultura de excessiva visibilidade; os indivíduos passam a ser levados em consideração a partir do momento em que são produzidas informações ao seu respeito ou que têm acesso aos meios de produção e circulação de suas ideias e propostas, produzindo assim sua própria visibilidade (ARAÚJO *et al.*, 2013; BOURDIEU, 1983).

Na conjuntura da vigilância das violências (interpessoais e autoprovocadas) e acidentes¹¹ (trânsito, quedas, queimaduras, entre outros), o ato de notificar inicia um processo de visibilidade que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.

Reconhecendo que as violências e os acidentes exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor saúde, e objetivando viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações, o MS, desde 2001, vem buscando padronizar a notificação de violências e acidentes em todas as unidades de saúde pública do país. Através da Portaria MS/GM n° 1.356, de 23 de junho de 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado, tendo em vista que, anteriormente, os municípios adotavam fichas próprias para as notificações das violências, gerando informações heterogêneas e desarticuladas (ASSIS *et al.*, 2012).

O VIVA é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e b) Vigilância de acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA/Inquérito).

¹¹ A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro incluiu, pela Resolução SES n° 2.485 de 18/10/21, os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) com motociclistas, na Lista Estadual de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, semanalmente, em todo o território do estado do Rio de Janeiro.

O primeiro componente capta dados de violência em todos os serviços de saúde, enquanto que o segundo se dá através da vigilância sentinela de pesquisa por amostragem a cada três anos, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência.

O VIVA/Sinan passou por aperfeiçoamento e atualizações desde sua implantação. Ao longo do tempo, a ficha de notificação/investigação das violências também se modificou com o objetivo de acompanhar os novos conceitos da vigilância das violências, além de aperfeiçoar a informação sobre as populações.

O primeiro modelo de ficha de notificação de violências para o Sinan foi criado em 2006, versão de 28/06/2006 (ANEXO C e ANEXO D), e para o VIVA Inquérito, a ficha de notificação de violências e acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (BRASIL, 2013d, BRASIL, 2015).

No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros) e a partir de 2009, o VIVA passou a integrar o Sinan Net, contendo informações sobre violência fornecidas pelos serviços de saúde e coletadas através do preenchimento da FIN.

A partir de 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam vários reforços com a publicação de diversas portarias:

- A Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011 universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória registradas no Sinan, estabelecendo a violência enquanto agravo à saúde.
- A portaria MS/GM nº 204/2016 define o conceito de “agravo” como “qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada”.
- A partir da publicação da Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, através do art. 4º, determinou-se que as notificações compulsórias de violência sexual e de violência autoprovocada deveriam ser imediatamente comunicadas às Secretarias Municipais de Saúde em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

- A Portaria MS/GM nº 4 de 28/09/2017 trata da notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados, e sinaliza que no caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, indígenas, pessoas com deficiência, pessoas idosas e pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais) e homens vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, sexual ou autoprovocada, e casos de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal.

Para fins de notificação incluem-se ainda nesse universo todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades (BRASIL, 2015).

A notificação da violência interpessoal/autoprovocada segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos já utilizada na saúde pública e deverá iniciar na unidade de saúde notificadora para os órgãos competentes, para as providências legais e cabíveis, sendo realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente.

A atual Ficha de Notificação Individual de violência - versão 15/06/2015 (ANEXO A e ANEXO B) é estruturada, respectivamente, em 10 blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais, além de campos destinados para informações complementares e observações.

Através do preenchimento das variáveis e categorias da Ficha de Notificação Individual de violência, é possível revelar a magnitude da violência, sua tipologia¹², gravidade, perfil das pessoas envolvidas, sejam elas vítimas e/ou autores da agressão, localização de ocorrência, entre outras características dos eventos violentos.

¹² Para fins de registro no Sinan deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência. Os demais quadrículos não devem ser preenchidos e caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registrar esta informação no campo observações adicionais (BRASIL, 2019c).

Como instrumento eficaz de política pública, a notificação das violências interpessoais e autoprovocadas configura-se como uma das estratégias primordiais do MS, que oportuniza análises mais gerais, permitindo que seja avaliado o impacto das intervenções no âmbito das ações contra a violência, assegurando a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência ao conjunto ou grupos específicos da população brasileira, em situações correntes e emergenciais. Desta forma, aponta as violações dando-lhes visibilidade e permite o dimensionamento epidemiológico do problema de modo a subsidiar políticas públicas voltadas à sua prevenção (BRASIL, 2007a).

3.6 Informação sobre violência contra crianças e adolescentes

A notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes, vista de forma consensual na literatura, deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social, prevendo as ações de vigilância, assistência, promoção da saúde e da cultura da paz, fornecendo subsídios e ajustes na rede de proteção. Dessa forma, a notificação verifica se o atendimento voltado para a proteção da vítima pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa está sendo incorporados às rotinas institucionais, permitindo, dessa forma, que profissionais de saúde, de educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça adotem medidas adequadas (GARBIN *et al.*, 2011, ALMEIDA *et al.*, 2012, LIMA, DESLANDES, 2011, BRASIL, 2015).

A temática referente à questão legal da notificação de violência contra crianças e adolescentes é pauta cada vez mais constante na comunidade e na literatura internacional. Segundo Lima e Deslandes (2011), nos EUA, os registros de violência estão vinculados aos serviços de proteção à criança, o que pode facilitar o acesso à rede de apoio. Nesse sentido, grande parte dos investimentos norte-americanos é destinada à rede de serviços sociais, ao contrário do caso brasileiro.

Nos Estados Unidos, o estudo de Palusci, Vandevort e Lewis (2016) faz referências ao Sistema Nacional de Abuso e Negligência de Crianças, “*The National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS)*”, que recebe todas as informações desencadeadas por profissionais, os quais têm dever legal em reportar esses eventos. Os autores fazem uma análise dos dados desse sistema para verificar se, após a implantação da lei com a inclusão de denúncias por parte da igreja, houve aumento dessas notificações. Também afirmam que alguns Estados americanos não mantêm os dados atualizados no sistema nacional, o que dificulta a análise dessa base de dados, mas consideram que as mudanças ocorridas na lei

auxiliam na identificação de novos casos.

No Irã, a notificação de violência contra a criança não é obrigatória, e os enfermeiros têm se tornado responsáveis por essas denúncias à polícia, pois não há serviços de referências ou fluxos estabelecidos para assistência a essas crianças. Sendo assim, muitas vezes, considera-se que as denúncias realizadas pelas enfermeiras se perdem e não são averiguada (BORIMNEJAD, FOMANI, 2015). Os autores desse estudo apontam que as enfermeiras iranianas ainda enfrentam barreiras culturais, sociais e religiosas no país e concluem que as leis e fluxos de atendimento precisam ser revistos. O medo de denunciar deve-se às retaliações (BORIMNEJAD; FOMANI, 2015).

A notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada compreende uma das dimensões da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2002). Viabiliza, ainda, um sistema de registro com informações mais fidedignas das situações de violência, favorecendo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas para seu enfrentamento, principalmente, a partir de um enfoque preventivo (NJAINÉ, 2009).

O preenchimento da notificação de violência para o atendimento a crianças e adolescentes deve ser feito em três vias e com o maior número de informações possíveis. A notificação original deve ser direcionada ao serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS para a digitação, consolidação e análise dos dados; uma segunda via permanece na instituição de saúde onde ocorreu o atendimento; e a terceira, enviada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes tais como Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público da respectiva localidade. Na situação em que ocorram dois casos distintos de violência com a mesma vítima envolvendo autores diferentes, duas fichas de notificação deverão ser registradas.

Apesar dos avanços no sentido de garantir a obrigatoriedade da notificação, a violência é um fenômeno invisível na rotina da maioria dos profissionais, principalmente daqueles não atendidos na rede de serviços vinculada diretamente ao SUS, configurada na existência de uma significativa subnotificação de casos¹³.

¹³ A subnotificação de um caso de doença ou agravo de notificação compulsória refere-se aquele caso que, tendo preenchido os critérios estabelecidos pela vigilância e sido identificado pelo profissional de saúde, não foi notificado ao serviço de saúde pública, refletindo, portanto, a incapacidade de captação desse evento pelo serviço de saúde (MODESITT, *et al.*, 1990). Para avaliar a subnotificação e a confiabilidade é necessário o desenvolvimento de estudos/pesquisas especiais.

A subnotificação, além de estar associada a fatores presentes na dinâmica da violência, pode ser agravada por aspectos externos, relacionados à administração governamental e à gestão de políticas públicas (GARBIN *et al.*, 2015).

As razões para a não notificação são variadas, incluindo desconhecimento da ficha de notificação e de como notificar, bem como sua obrigatoriedade, desconhecimento das diferenças entre notificação e denúncia, medo de quebra do sigilo profissional e de perda de vínculo com o paciente, medo de retaliação do agressor, e falta de confiança nas autoridades e serviços de proteção (GARBIN *et al.*, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

As principais causas da subnotificação das violências perpetradas contra crianças e adolescentes podem estar relacionadas à falta de capacitação profissional para identificação da violência nos serviços de saúde; ausência de conhecimentos sobre a compulsoriedade da notificação e preceitos do ECA; ameaças que as vítimas sofrem dos autores das violências; questões estruturais, relacionadas com a atuação insatisfatória dos órgãos competentes, nos serviços de retaguarda e no cumprimento de medidas protetivas, adequadas às vítimas; ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar e banalização da violência (COSTA, *et al.*, 2007; BAZON, 2008; ROLIM, *et al.*, 2013).

Diante de tal panorama, e considerando apontamentos de Arpini *et al.* (2008), a subnotificação nos casos de violência contra crianças e adolescentes é um problema grave, sobretudo quando se sabe que as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão baseiam-se em dados epidemiológicos. Ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, essa situação acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo teve como método de análise a abordagem quantitativa com delineamento descritivo e exploratório a fim de obter resultados abrangentes e que se complementam identificando o SIS enquanto insumo potencial para subsidiar políticas públicas necessárias à prevenção primária e enfrentamento da evasão/abandono escolar no contexto das violências.

O uso integrado da base de dados do Sinan Net e das fichas de notificação através de ferramentas estatísticas e de análises dos dados empíricos permitiu a combinação dos dados quantitativo e qualitativo, considerando a complexidade do objeto e a multidisciplinaridade da abordagem.

O uso de dados qualitativos e quantitativos implica em uma visão contextualizada e ampla e complementa o entendimento sobre o objeto estudado – as informações de Sistemas de Informação para avaliar situações de saúde – e possibilita a investigação de fenômenos multifacetados como a violência, o abandono e a evasão escolar, com adequação, sobretudo, pelo fato dos campos da Saúde e da Educação terem, entre outros, o ser humano como objeto de pesquisa.

4.2 Universo da pesquisa

O presente estudo utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de notificação - Sinan Net tendo como base, os registros no VIVA/Sinan cujo instrumento é a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, versão 5.0, de 15/06/2015 (ANEXO A e ANEXO B), que alimentam o referido sistema e que foram preenchidas em Unidades de Saúde da rede municipal – atendimento pelo SUS e outras unidades não pertencentes à rede municipal (hospitais estaduais e outros).

O recorte temporal da pesquisa compreendeu os casos de violência interpessoal e autoprovocada notificados entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019. O recorte inicial para o ano 2015 considerou o ano da implantação do modelo mais recente da Ficha de Notificação Individual e o recorte final para o ano 2019, o período pré-pandêmico do Vírus SARS-CoV-2.

A pesquisa delimitou como população de estudo crianças e adolescentes na faixa etária¹⁴ de 6 a 19 anos de idade, residentes em Duque de Caxias – RJ, notificadas banco de dados de violência interpessoal/autoprovocada do Sinan. A idade foi categorizada considerando as etapas de vida da criança e do adolescente, determinada pelo DATASUS/MS¹⁵, que por sua vez, segue a convenção elaborada pela OMS.

A OMS considera crianças aqueles até 10 anos, dividindo-os em dois grupos: 0 a 4 anos e 5 a 9 anos e os adolescentes abrangem as idades de 10 a 19 anos, divididas nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos) e de adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos).

O corte etário para as análises da evasão/abandono escolar considerou as idades entre 6 anos e 17 anos com justificativa na Portaria nº 1.035/2018 sacramentada pelo Ministério da Educação (MEC), que através do Conselho Nacional de Educação – CNE, homologou o Parecer CNE/CEB nº 2/2018 determinando a universalização do acesso ao Ensino Fundamental na faixa etária dos 6 aos 14 anos de idade (Resolução nº 02/2018 do CNE) para todas as redes e instituições de ensino, públicas e privadas na Lei nº 11.274 de 6 de fevereiro de 2006, que estabeleceu a obrigatoriedade da educação básica gratuita até os 17 anos de idade.

Assim, para o desenvolvimento do estudo da evasão/abandono escolar, optou-se por seguir o padrão da OMS, com quebra da última faixa etária (10-17 anos). Assim, torna-se possível apresentar tanto os dados agregados de registros de 6-17 anos (compreendendo o conjunto de crianças e adolescentes em idade escolar de acordo com a legislação brasileira¹⁶), como manter a comparabilidade com os estudos que utilizam as faixas da OMS.

¹⁴No Brasil, o art. 2º do ECA determina que a criança é toda pessoa até 12 anos de idade incompletos e o adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade incompletos.

¹⁵Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

¹⁶De acordo com Constituição Federal, art. 208, I, com redação da Emenda Constitucional 59/2009, a educação básica é obrigatória dos 4 aos 17 anos de idade. Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), a pré-escola deve ser oferecida às crianças de 4 e 5 anos (art. 30, II) e o ensino fundamental obrigatório inicia-se aos 6 anos de idade (art. 32, caput). Em consequência, é dever dos pais ou dos responsáveis efetuar a matrícula das crianças na educação básica a partir dos 4 anos de idade (art. 6º).

4.3 Coleta e organização dos dados secundários

A base de dados do agravo violência no formato DBF (violenet.dbf) foi solicitado à SMSDC e o acesso ao arquivo das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocadas. A extração dos dados consolidados nas fichas de notificação de violência interpessoal/Autoprovocada e no arquivo Violenet.dbf ocorreu entre os meses de março e maio de 2022.

Os dados foram organizados e analisados no software IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS® Statistics 26; no programa *Microsoft Office Excel 2010*, para a criação do banco de dados com as informações complementares e observações descritas nas notificações; e *Tabwin 3.2*, ferramenta disponibilizada pelo MS, visualizador de arquivos no padrão DBF com a finalidade de tabular de maneira fidedigna todos os agravos à saúde pública notificados no Sinan.

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória dos dados para todos os casos de violência notificados ao Sinan Net. Esta análise visou identificar, não só o potencial de cada variável para descrever o fenômeno da evasão/abandono escolar, como também, verificar a qualidade do preenchimento das informações nas fichas de notificação, permitindo identificar os valores ausentes, categorias em branco e categorias com baixa frequência.

Assim, para avaliar as dimensões da qualidade da informação, foram verificadas: a completude de todas as variáveis utilizadas na análise; a consistência (coerência); possíveis duplicidades de registros e possíveis subnotificações, seguindo-se as instruções do MS para o preenchimento da ficha de notificação (BRASIL, 2016c, BRASIL, 2019c).

Conforme apontam Lima *et al.* (2009), para que haja confiabilidade e real dimensão da realidade local, um dos aspectos da avaliação do sistema de vigilância diz respeito à qualidade dos dados, para que o sistema produza informações válidas e capazes de subsidiar a tomada de decisão por parte da gestão.

Após a coleta, os dados foram organizados por meio do *Software Excel* e distribuídos em tabelas e analisados por meio da estatística descritiva, comumente utilizada para cálculo de frequência em estudos de levantamento epidemiológico com delineamento e análise de perfil. A análise se estrutura em estatística simples, em proporção, com agrupamento e descrição dos dados categóricos e/ou numéricos, fornecendo de forma descritiva o perfil dos casos acometidos para análise.

4.4 Análise exploratória e quantitativa dos dados

A pesquisa teve como ponto norteador situar a informação sobre violência disponível nos SIS no campo dos saberes polissêmicos, dado o caráter multidimensional da expressão, compreendendo, sobretudo, que não deve ser considerada como uma mera transformação de dado em informação em saúde.

Nesse contexto, a investigação quantitativa também atua em níveis de realidade, tendo como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis e requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

O perfil sociodemográfico da população de estudo e os indicadores sociais e epidemiológicos da violência foram apresentadas por meio de estatística descritiva em frequências absolutas e relativas, que permitem avaliar a vulnerabilidade social partindo de dados específicos extraídos das notificações de violência, materializando, dessa forma, um retrato das condições de vida dos sujeitos investigados.

A tabulação e análise dos dados deram-se a partir do conjunto de variáveis e categorias que compõem a ferramenta de coleta de dados disponibilizada pelo Sinan-Net e estruturada nos campos de preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada – versão 15/06/2015 (ANEXO A; ANEXO B):

-Dados do acesso/atendimento: *Unidade de Saúde notificadora* (Hospital Geral, Unidade de Pronto Atendimento-UPA; Unidade Pré-hospitalar-UPH; Unidade de Saúde da Família-USF).

-Dados da pessoa atendida: *Idade* (entre 6 anos de idade e 19 anos de idade); *sexo* (masculino; feminino e ignorado), *raça/cor da pele* (branca; preta; amarela; parda; indígena e ignorado), *escolaridade*¹⁷; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental); 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo 1º grau); 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau); Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau);

¹⁷Nas fichas de notificação individual do Sinan, a classificação da escolaridade é obtida conforme a nomenclatura dos níveis de ensino adotados no Brasil de acordo com a nova LDB (Quadro 1), que comporta a Educação Básica nos ciclos do Ensino Fundamental e Ensino Médio com duração de 12 anos de duração quando considerados os anos cursados, e 11 anos quando consideradas as séries cursadas, iniciada aos sete anos de idade a Primeira Série do Ensino Fundamental e concluída aos 17 anos com o terceiro ano do Ensino Médio.

Ensino Médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau); Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau e ignorado); Bairro e Distrito de residência. Em se tratando de vítimas do sexo feminino, serão consideradas as seguintes categorias da variável "*gestante*": 1º trimestre 2º trimestre; 3º trimestre e idade gestacional ignorada.

-Dados da ocorrência: *Local de ocorrência da violência* (residência; habitação coletiva; escola; local de prática esportiva; bar ou similar; via pública; comércio/serviços; indústrias/construção; outro; ignorado); *recorrência* (sim; não e ignorado), *lesão autoprovocada/tentativa de suicídio* (sim; não e ignorado).

-Características do provável autor da violência: Número de envolvidos (um; dois ou mais e ignorado), *sexo do possível agressor* (masculino; feminino; ambos os sexos e ignorado), *vínculo/grau de parentesco com a vítima*: (pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; ex-namorado (a); namorado (a); filho(a); irmão(ã); amigos/conhecidos; desconhecido(a); cuidador(a); patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa).

-Características da violência: *Tipologia da violência* (física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil e intervenção legal); *Meio de agressão/natureza da lesão* (força corporal/espancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto perfuro-cortante; substância/objeto quente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo; ameaça; e "outro").

No campo descritivo da categoria "outro" da variável "meio de agressão" da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada (ANEXO B) foi possível identificar as crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Trata-se de um protocolo estabelecido no manual "Formação de profissionais na atenção às pessoas e às famílias em situação de violência" (DUQUE DE CAXIAS, 2022a) (ANEXO G), de acordo com as orientações para o preenchimento das notificações de violência¹⁸.

Assim, foram consideradas e analisadas como casos de evasão/abandono escolar, todas as descrições que indicasse que a população de estudo não estivesse inserida no âmbito escolar como: "abandono escolar", "evasão escolar", "fora da escola", "fora da rede de ensino", "fora do ensino regular", "não estuda".

Nessa perspectiva, e reconhecendo as diferenças conceituais entre "Evasão escolar" e

¹⁸ No município de Duque de Caxias - RJ, conforme orientação do Manual Técnico elaborado pelo Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências (NPAV), crianças e adolescentes em idade escolar quando ingressas na rede de atendimento de saúde em situação de abandono e evasão escolar e que nuncatenham frequentado a escola devem ser informadas nas notificações compulsórias de violência interpessoal/autoprovocada do Sinan. Ainda conforme o Manual, estas situações devem ser discriminadas no campo descritivo "Outro" da variável "Meio de agressão" e vinculados à tipologia de violência "Negligência/Abandono".

“Abandono escolar”, nesta tese, as duas situações foram consideradas em conjunto com apropriação do termo “Evasão/abandono escolar” para delimitar todas situações que envolvessem crianças e adolescentes afastadas do ambiente escolar. Desse universo foram desagregados os “analfabetos” e os que nunca frequentaram a escola.

Segundo Souza, *et al.* (2009), o conhecimento das diferentes distribuições de eventos da violência é possível graças aos estudos e indicadores epidemiológicos que permitem identificar e analisar o perfil das vítimas, os espaços de maior frequência e riscos dessas ocorrências, assim como a capacidade de cobertura no atendimento de situações de violência envolvendo crianças e adolescentes na rede de serviços de saúde, buscando a compreensão dos determinantes associados a esses eventos, a fim de adotar as medidas necessárias para atenção, prevenção e promoção da saúde.

4.5 Coleta e análise de dados da evasão/abandono escolar

As situações de violência, bem como as de evasão/abandono escolar foram caracterizadas também nos relatos preenchidos na seção final da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada no campo “Observações Adicionais” da ficha de notificação (ANEXO B) onde devem ser descritos os aspectos e observações que o notificador julgue relevantes. Assim, Trata-se de um campo aberto, composto por cinco linhas e de preenchimento não obrigatório. A digitação do campo no sistema tem a limitação de 256 caracteres.

Ao selecionar o conjunto das variáveis “Município de Residência” (Duque de Caxias); “Idade” (6-17 anos) e “Meio de Agressão” (“Outro”) com descrições específicas de situações de evasão e de abandono escolar foram identificadas 938 registros.

Para análise dos relatos foram solicitadas ao Departamento de Vigilância de Saúde – DVS/SMS de Duque de Caxias - RJ as 938 notificações de violência interpessoal/autoprovocadas, disponíveis no arquivo na Sala de Programas deste departamento, e organizadas conforme ano de notificação. Com a concordância da Coordenação do DVS/SMSDC, os registros foram separados e agrupados conforme ano de notificação e categoria “Nome do Paciente” em ordem alfabética, recebendo código numérico sequencial de 001 até 938, objetivando preservar a identidade das pessoas atendidas.

Para análise dos dados descritivos foi realizada leitura flutuante dos relatos descritos no campo aberto “Observações Adicionais” das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, objetivando maior amplitude na caracterização das situações de

violência e de evasão/abandono escolar, possibilitando, dessa forma, o levantamento de temas possivelmente recorrentes e comuns às vítimas atendidas. Nessa perspectiva, foi possível identificar temáticas e diferentes abordagens que caracterizavam as situações de violência e de evasão/abandono escolar não contempladas nos campos codificados das fichas de notificação.

As informações extraídas dos relatos das notificações e violência interpessoal/autoprovocada foram organizadas em formulários (ANEXO E, ANEXO F) individuais criados no programa de banco de dados *Microsoft Access* (MSAccess), transcritas no *Microsoft Office Excel*, e tabuladas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, *software* usado para estatísticas de dados e que permite criar tabelas e gráficos, além de realizar testes de hipóteses e cálculo de medidas de associação.

Para categorizar as informações extraídas dos relatos das notificações de violência interpessoal/autoprovocada foram consideradas as seguintes variáveis: 1.Escolaridade/ciclo; 2.Escolaridade/ano; 3.Forá da escola/sem certidão de nascimento; 4.Forá da escola/Justificativa declarada; 5.Tempo forá da escola; 6.Trabalho/ocupação; 7.Com quem reside; 8.Genitor/orfandade; 9.Drogas lícitas; 10.Drogas ilícitas; 11.Conflitos com a Lei; 12.Motivo de entrada na Unidade de Saúde; 13. Informante/vínculo; 14.Negligência/maus tratos declarados; 15.Acidente de carro/atropelamento; 16.Acidente de moto; 17.Perfuração com arma de fogo; 18.Tentativa de suicídio; 19.Violência psicológica relatada; 20.Violência sexual relatada; 21.Violência física relatada; 22.Violência motivada por briga; 23.Violência intrafamiliar; 24.Notificador; 25.Possível Agressor informado quando violência física; 26. Gestante?; 27.Puérpera?; 28.Gestação anterior?; 29.Acompanhante no ingresso?; 30.Situação recorrente?/Exceto gravidez; 31.Conflito com genitor/a?; 32. Justificativa declarada/Forá da escola. O formulário contemplou ainda os seguintes dados gerais extraídos das notificações:

1. Ano da notificação; 2. Sexo; 3. Faixa etária; 4. Idade; 5.Raça/cor; 6. Escolaridade.

Assim foram consideradas sete categorias para extração, agrupamento e análise das informações extraídas dos relatos das notificações de violência interpessoal/autoprovocada:

I – Perfil do usuário/a (se exerce ocupação; se é gestante, e outros);

II – Convívio, arranjos e relação familiar (com quem reside; relação com genitores; se existe conflito familiar, e outros);

III – Comportamento e fatores de risco (se é usuário/a de drogas lícitas/ilícitas; se tem conflito com a Lei, e outros);

IV – Acesso, atendimento e informação (motivo de entrada na Unidade de Saúde; se entrou acompanhado (a); informante; vínculo/grau de parentesco do informante com a pessoa

atendida/vítima; ocupação/profissional do notificador e outros);

VI – Caracterização da violência (se a violência é recorrente; tipologias; negligências específicas/associadas e outros);

VII- Caracterização da Evasão/abandono escolar (série em que o estudo foi interrompido; tempo fora da escola; justificativas e outros).

4.6 Contextualizando o território de Duque de Caxias – RJ

Na perspectiva de Barcellos, *et al.* (2002), entende-se que o território, enquanto espaço estruturante e dinâmico para análise da situação de saúde e de propostas de intervenção, resulta de um conjunto de situações e acumulações históricas, ambientais e sociais que propiciam e configuram condições particulares para a ocorrência de doenças/não doenças.

Para além das características demográficas (sexo, raça, idade etc.), o território onde crianças e adolescentes vivem é um fator de vulnerabilidade, que apresenta determinantes socioeconômicos, normativos e institucionais, que agravam os níveis e tipos de privações e violações desta população. Assim, compreendemos que ao contextualizar Duque de Caxias-RJ enquanto território de análise, importantes singularidades poderão ser reveladas para identificar e localizar fatores de risco e de proteção à saúde dessa população.

4.6.1 Aspectos demográficos

Duque de Caxias foi um antigo distrito do município de Nova Iguaçu, emancipado em 31 de dezembro de 1943, através do Decreto nº 1.055. Está localizado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Possui extensão territorial de 467.319 km², o equivalente a cerca de 8% da área da região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro e aproximadamente 35% da área da Baixada Fluminense. Apresenta como limites: ao norte os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis; ao sul o município do Rio de Janeiro; a oeste os municípios de São João de Meriti, Nova Iguaçu e Belford Roxo e a leste o município de Magé e a Baía de Guanabara, que abriga área de preservação permanente de manguezal.

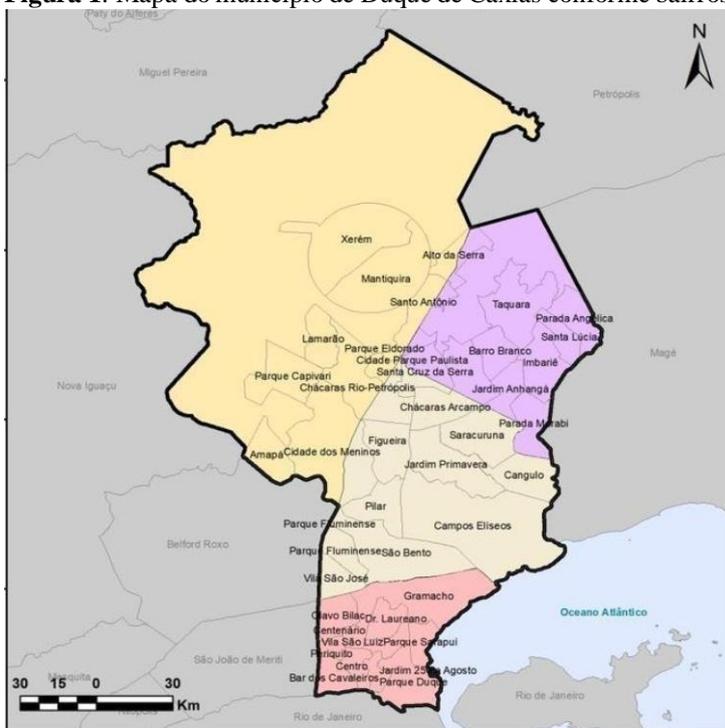
Conforme Lei Orgânica do Município, Duque de Caxias está dividido geograficamente em quatro distritos, que apresentam distribuição demográfica heterogêneas, distribuídos em quarenta bairros oficiais (DUQUE DE CAXIAS, 2022b) (Figura 1).

O Primeiro Distrito (Duque de Caxias) apresenta área aproximada de 41 km², situa-se ao sul do território municipal, onde se concentra quase a metade da população (46,6%) e maior oferta de serviços de saúde. Agrupa dez bairros: Centenário, Centro, Doutor Laureano, Gramacho, Olavo Bilac, Parque Duque, Parque Sarapuí, Periquitos, Vila São Luís e Vinte e Cinco de Agosto.

O segundo Distrito (Campos Elíseos) possui 98 km² com localização no centro-leste, onde está situada a sede a Prefeitura Municipal. Nesta área são encontrados doze bairros: Campos Elíseos, Cangulo, Chácaras Arcampo, Chácaras Rio-Petrópolis, Cidade dos Meninos, Figueira, Jardim Primavera, Parque Fluminense, Pilar, São Bento, Saracuruna e Vila São José. O Terceiro Distrito (Imbariê) ocupa área de 64 km². Situado a nordeste do território municipal, compreende dez bairros: Barro Branco, Cidade Parque Paulista, Imbariê, Jardim Anhangá, Parada Angélica, Parada Morabi, Parque Equitativa, Santa Cruz da Serra, Santa Lúcia e Taquara.

O Quarto Distrito (Xerém) ocupa a maior extensão territorial do município, com cerca de 239 km², situados na porção noroeste. É onde se concentra a maior parte da população rural. A área é integrada por oito bairros: Amapá, Capivari, Lamarão, Mantiquira, Meio da Serra, Parque Eldorado, Santo Antônio da Serra e Xerém.

Figura 1: Mapa do município de Duque de Caxias conforme bairros



Fonte: IBGE 2010/SMPHU/DC 2015. Elaboração: Daiane Santos.

De acordo com o último censo demográfico de 2022 o município dispunha de 808.161 habitantes. Configurava-se como o terceiro município em número absoluto de habitantes dentre os municípios do estado no estado do Rio de Janeiro e o 22º do país, sendo 52,02% de mulheres e 47,98% de homens. A maioria da população situa-se na faixa etária de jovens e adultos entre 30 e 49 anos (29,36%). De acordo com o Censo do ano 2010, o município possuía população de 855.048, o que representa uma queda de -5,49% em comparação com o Censo de 2010 (IBGE, 2010d, IBGE, 2022).

O município apresentou elevada densidade demográfica de 1.729,36 habitantes por quilômetro quadrado (a 9ª do estado e a 74ª do país), e média de 2,71 moradores por residência. Quanto à cor declarada, a população é formada por 53,6% de negros, 24,1% de brancos e 22,3% pardos ou mestiços. 30% da população é de origem nordestina (IBGE, 2022a).

4.6.2 Aspectos socioeconômicos

Duque de Caxias tem localização privilegiada, situado a 16,81 km do centro da capital do estado do Rio de Janeiro e próximo a importantes rodovias: Linha Vermelha, Linha Amarela, Rodovia Presidente Dutra, Rodovia Washington Luís e Avenida Brasil; além da proximidade com o Aeroporto Internacional Tom Jobim. Por essas características, empresas de vários segmentos se instalaram no município, levando seus produtos facilmente para grandes centros consumidores: São Paulo, Minas Gerais e Sul do Brasil.

O município apresenta contrastes na economia e nas condições de vida da população, que é predominantemente de baixa renda e desempenha atividades no setor terciário na cidade do Rio de Janeiro. A cidade é a segunda maior arrecadadora de impostos sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e Serviços do Estado (ICMS) no estado Rio de Janeiro, estando atrás apenas da Capital (CAMAZ, 2015).

O Plano Municipal de Saúde em vigência no município sinaliza que o município tem como base do seu crescimento econômico o refino do petróleo, operado na Refinaria de Duque de Caxias (REDUC), a segunda maior do país, localizada na área distrital de Campos Elíseos. A indústria petroquímica é responsável por mais de 50% deste PIB. Embora seja a maior empresa do setor petroquímico no município e a maior geradora de empregos, a REDUC tem 70% de sua mão de obra pertencente a outros municípios do estado, o que compromete a inserção na economia local da riqueza produzida pela empresa. A população local fica, portanto, restrita a empregos indiretos gerados por empresas terceirizadas, cujas atividades são menos sofisticadas

e com níveis de remuneração menores (DUQUE DE CAXIAS-RJ, 2022).

O maior parque industrial do estado do Rio de Janeiro está localizado no município. O segmento está mais concentrado nos setores de química e petroquímica, estimulados pela presença da REDUC, que possui um Polo Gás-Químico e conta com a Usina Termelétrica (Leonel Brizola), conhecida como Termorio. Os demais segmentos industriais em importância são: produtos alimentícios, metalúrgico, têxtil e transporte. Considerando o ano de 2015, o setor Industrial admitiu 40,6% novos trabalhadores e demitiu 59,4% trabalhadores, enquanto o Comércio admitiu 49,4% e demitiu 50,6% (DUQUE DE CAXIAS-RJ, 2022).

De acordo com o IBGE, em relação ao PIB e PIB *per capita*, que são indicadores socioeconômicos, o PIB per capita Duque de Caxias - RJ em 2021 era de R\$ 57.170,07 e ocupava a 712ª posição entre os municípios brasileiros e 19ª entre os municípios do estado do Rio de Janeiro. (BRASIL, 2010a, BRASIL, 2022).

O percentual de receitas externas em 2015 era de 66,2%, o que o colocava na posição 59ª de 92 entre os municípios do estado e na 4661ª de 5570. Em 2017, o total de receitas realizadas foi de R\$ 2.318.008,29 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 2.369.382,24 (x1000). Isso deixa o município nas posições 3 e 3 de 92 entre os municípios do estado e na 27 e 24 de 5570 entre todos os municípios (IBGE, 2022).

De acordo com o IBGE (2022a), em 2021, o salário médio mensal era de 2,6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18,07%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 14ª de 92 e 48ª de 92, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 414ª de 5570 e 1854ª de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37,8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 15ª de 92 dentre as cidades do estado e na posição 3032ª de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O IDHM de Duque de Caxias era de 0,711 em 2010. O município está situado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,166), seguida por longevidade e por renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,138), seguida por longevidade e por renda (TCE-RJ, 2014).

De acordo com o IBGE (2022a), no tocante aos indicadores, a taxa de mortalidade infantil, importante indicador de saúde e condições de vida de uma população, tem a média na cidade de 17,85 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições

9 de 92 e 37 de 92, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1243 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente.

Entre 2009 e 2019, a taxa de mortalidade caiu 0,6% no município. Essa variação foi a 80ª melhor entre os 100 municípios. Foram registrados 216 óbitos infantis em 2009. Em 2019, o número foi para 201. A variação no período foi de -6,9%, a 68ª melhor entre os 100 municípios. O maior número de mortes infantis no município ocorreu na fase neonatal precoce. Foram registradas 89 mortes nessa fase, o que representa 44,3% das mortes infantis nesse ano. Estima-se que 85,4% das mortes nessa fase tenham ocorrido por causas evitáveis¹⁹.

O indicador de atendimento pré-natal melhorou no município entre 2009 e 2019. Em 2009, Duque de Caxias ocupava a 73ª posição, com uma proporção de 53,1% nascidos vivos com mais de sete consultas pré-natal. A variação do indicador no município entre os anos analisados é a 48ª melhor entre os 100 municípios. O número de nascidos vivos teve decréscimo 13.069 para 12.257. Já o número de nascidos vivos com sete ou mais consultas era de 6.940 e chegou a 7.207.

O município apresentou a 89ª melhor cobertura nesse ano. Em 2008, Duque de Caxias apresentava uma taxa de cobertura de 31,2%, 8,9 pontos percentuais inferiores à alcançada em 2018. Duque de Caxias ocupava a 80ª posição no ranking de municípios no primeiro ano analisado. Estima-se que sua população tenha variado de 842.686 pessoas em 2008 para 890.997 em 2018. Já a população coberta pela atenção básica variou de 263.250 para 357.180 no mesmo período²⁰.

Foram registradas 1.719 mortes prematuras por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em Duque de Caxias em 2019. Essa quantidade resultou em 378,6 óbitos por 100 mil habitantes entre 30 e 69 anos, taxa maior que a média dos 100 maiores municípios do país nesse ano. A cidade tinha a 91ª menor taxa de mortalidade por DCNT entre os 100 municípios. A taxa de óbitos por DCNT em 2019 foi menor que a registrada em 2009. A variação foi de -13,7% no período. As causas prevalentes de morte no grupo de DCNT decorreram de doenças cardiológicas em 2019. Foram 803 mortes por essa causa nesse ano, o que representou 46,7% do total de mortes por DCNT²¹.

Quanto os indicadores relacionados à segurança, no município, a taxa de homicídios em Duque de Caxias variou de 48,8 para 36,2 por 100 mil habitantes entre 2009 e 2019.

¹⁹ Fonte: DATASUS. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saude Acesso em 14.dez.2022.

²⁰ Fonte: e-Gestor AB/Ministério da Saúde. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saude Acesso em 14.dez.2022.

²¹ Fonte DATASUS. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saude Acesso em 14.dez.2022.

Nesse último ano, a cidade apresentou uma taxa maior que a média dos 100 maiores municípios do Brasil, ocupando a 82ª melhor posição no ranking. O número de homicídios em Duque de Caxias passou de 426, em 2009, para 333, em 2019, uma variação de -21,8% no período. As maiores vítimas de homicídios no município são homens, 95,5% em 2019, negros ou pardos, 80,8%, e jovens, 65,5%. Ademais, estima-se que 62,2% dos homicídios no município nesse mesmo ano tenha envolvido o uso de arma de fogo²².

A taxa de óbitos no trânsito alcançou 4,5 por 100 mil habitantes em Duque de Caxias em 2019. Nesse ano, o município apresentou uma taxa menor que a média dos 100 maiores municípios do Brasil. Essa taxa situou Duque de Caxias na 3ª melhor posição entre os 100 maiores municípios em 2019. A taxa de óbitos variou -66,4% entre 2009 e 2019. É uma variação melhor que a variação média dos 100 municípios analisados (-38,4%). Foram registrados 41 óbitos no trânsito na cidade em 2019, número menor que os registrados em 2009. A maior parte dos óbitos no trânsito no município envolveu pedestres: 13 óbitos, o que representa 31,7% do total de vítimas no trânsito em 2019²³.

Quanto às características relacionadas ao Meio Ambiente, o município apresenta 85,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 47% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 68,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 19 de 92, 66 de 92 e 10 de 92, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 691 de 5570, 4237 de 5570 e 111 de 5570, respectivamente (IBGE, 2022).

Estima-se que 99,9% da população de Duque de Caxias tenha sido atendida por serviço de coleta de resíduos domiciliares em 2019, percentual maior que a média dos 100 maiores municípios do Brasil analisados nesse ano. Esse resultado colocou a cidade na 40ª melhor cobertura entre as analisadas. O município ocupava a 1ª posição em 2009, com uma taxa de cobertura igual a 100,0%.²⁴

Duque de Caxias alcançou 81,4% da população atendida por serviço de abastecimento de água em 2019. Esse percentual foi menor que a média dos 100 maiores municípios do país. O município apresentou o 89º melhor atendimento entre as cidades analisadas nesse último ano. A população atendida com abastecimento de água era igual a 618.992, em 2009, e foi

²² Fonte DATASUS. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_seguranca Acesso em 14.dez.2022.

²³ Fonte DATASUS. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_seguranca Acesso em 14.dez.2022.

²⁴ Fonte SNIS/Ministério das Cidades. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saneamento Acesso em 14.dez.2022.

para 748.452 residentes, em 2019. Estima-se que o número de residentes não atendidos por abastecimento de água tenha chegado a 171.144 nesse ano.²⁵

Quanto ao serviço de coleta de esgoto, Duque de Caxias alcançou 23,5% da população atendida em 2019. Esse percentual foi menor que a média dos 100 maiores municípios do país. O município teve o 91º melhor atendimento entre as cidades analisadas nesse último ano. A população atendida com coleta de esgoto era igual a 355.735, em 2010, e foi para 215.854 residentes, em 2019. Estima-se que o número de residentes não atendidos por coleta de esgoto tenha chegado a 703.742 nesse ano²⁶

Com relação aos indicadores educacionais, em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 96,1%. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 85 de 92. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava na posição 4499 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2021, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 4,3 e para os anos finais, de 4,1. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 91 e 83 de 92. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 4716 e 4161 de 5570. Ainda de acordo com o IBGE, em 2021, o número de alunos matriculados no ensino infantil, ensino fundamental e ensino médio eram 20.607 alunos; 110.340 alunos; e 34.026, respectivamente (IBGE, 2022).

Duque de Caxias alcançou 4,7 pontos no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) do Ensino Fundamental I na rede pública em 2019, nota menor que a média dos 100 maiores municípios do país analisados. Está na 96ª melhor posição entre eles nesse último ano. Em 2009, ocupava a 90ª melhor posição com uma nota menor que a média dos 100 municípios. O indicador cresceu 1,0 pontos entre 2009 e 2019. Essa foi a 37ª melhor variação entre os 100 municípios no período. Tal resultado decorreu do crescimento de 6,9 p.p. da taxa de aprovação e do crescimento de 0,7 pontos na nota média dos alunos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). O número de alunos matriculados no Ensino Fundamental I da rede pública no município caiu de 63.496 para 39.223 entre 2009 e 2019.²⁷

O município alcançou 3,8 pontos no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) do Ensino Fundamental II na rede pública em 2019, nota menor que a média dos 100 maiores municípios do país analisados. Está na 89ª melhor posição entre eles nesse último ano. Em 2009, ocupava a 94ª melhor posição com uma nota menor que a média dos 100

²⁵Fonte SNIS/Ministério das Cidades. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saneamento Acesso em 14.dez.2022.

²⁶Fonte SNIS/Ministério das Cidades. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saneamento Acesso em 14.dez.2022.

²⁷Fonte Inep/MEC. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_educacao Acesso em 14.dez.2022.

municípios. O indicador cresceu 1,1 pontos entre 2009 e 2019. Essa foi a 14ª melhor variação entre os 100 municípios no período. Tal resultado decorreu do crescimento de 15,5 p.p. da taxa de aprovação e do crescimento de 0,5 pontos na nota média dos alunos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). O número de alunos matriculados no Ensino Fundamental II da rede pública no município caiu de 63.098 para 36.848 entre 2009 e 2019.²⁸

A estimativa de atendimento das crianças de 0 a 3 anos em creches em Duque de Caxias em 2019 foi de 12,7%, menor que a média dos 100 maiores municípios do país. O município tinha a 91ª melhor posição no indicador nesse conjunto de municípios em 2019. Havia 2.730 crianças de 0 a 3 anos matriculadas em creches em 2009. Em 2019, o número de matrículas foi para 6.262. Essa variação correspondeu a 129,4% de crescimento das matrículas entre 2009 e 2019²⁹.

A estimativa de atendimento das crianças de 4 a 5 anos em pré-escolas em Duque de Caxias em 2019 foi de 94,9%, maior que a média dos 100 maiores municípios do país. O município tinha a 75ª melhor posição no indicador nesse conjunto de municípios em 2019. Havia 10.900 crianças de 4 a 5 anos matriculadas em pré-escolas em 2009. Em 2019, o número de matrículas foi para 19.198. Essa variação correspondeu a 76,1% de crescimento das matrículas entre 2009 e 2019³⁰.

4.6.3 A Rede Municipal de Educação

Conforme o portal da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias³¹, a Secretaria Municipal de Educação desenvolve suas ações buscando a construção da gestão democrática e participativa, a educação igualitária e o fortalecimento do trabalho coletivo.

Os principais objetivos da Secretaria são planejar, dirigir, executar e avaliar as ações relativas à garantia e à promoção da Educação, com a participação da sociedade e com vista ao pleno desenvolvimento dos estudantes, o reparo para o exercício da cidadania e o trabalho. A

²⁸Fonte Inep/MEC. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_educacao Acesso em 14.dez.2022.

²⁹Fonte Censo Escolar/IBGE. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_educacao Acesso em 14.dez.2022.

³⁰Fonte Censo Escolar/IBGE. Disponível em https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_educacao Acesso em 14.dez.2022.

³¹Disponível em: em: https://duquedecaxias.rj.gov.br/images/organograma/ORGANOGRAMA_JANEIRO_23_01.pdf Acesso em 14.dez.2022.

pasta compreende uma grande rede de ensino público, com 187 escolas, cerca de seis mil professores, 1.500 funcionários e aproximadamente 80 mil alunos. A SME é dividida em departamentos e coordenadorias que atendem e colaboram na estrutura das unidades escolares. O calendário letivo da Secretaria garante grupos de estudos, planejamentos e momentos de integração da família com a escola.

A administração da rede pública municipal de ensino é feita mediante a formulação de políticas públicas e diretrizes gerais, visando a otimização e a garantia de padrões de qualidade do modelo educacional e ao consequente aumento dos índices de escolaridade. A missão da SME é ser um agente ativo do desenvolvimento local, assegurando às crianças, jovens e adultos da rede municipal uma educação de qualidade para o exercício da cidadania.

4.6.4 A Rede Estadual de Educação

De acordo com os dados extraídos do Sistema Conexão Educação³², da Rede Pública Estadual de Ensino do Rio de Janeiro – SEEDUC, no município de Duque de Caxias são ofertadas na atualidade, 84 unidades de ensino (não considerada uma Unidade EJA – Fundação CECIERJ) com 44.223 matrículas ativas divididas nas modalidades no Ensino Fundamental (anos finais) e Ensino Médio, conforme opção de matrícula curricular³³.

O EJA – Educação para Jovens e adultos, programa do Governo que visa oferecer o Ensino Fundamental e Médio para pessoas que já passaram da idade escolar e que não tiveram oportunidade de estudar, apresenta 2.229 matrículas ativas em 2023.

A grande maioria das escolas estaduais lotadas no município ofertam Ensino Médio, responsabilidade da rede pública estadual, considerando que o município é responsável pela oferta de todas as etapas do Ensino Fundamental - do 1º ano ao 9º ano, conforme o § 2º do art. 211 da Constituição Federal de 1988 com redação dada pela Emenda Constitucional nº 14, de 1996.

Embora a etapa do segundo segmento do Ensino Fundamental (Ensino Fundamental II - 6º ao 9º ano) não seja mais competência da rede estadual de ensino, no município de Duque de

³²O Sistema Conexão Educação deve ser considerado a fonte oficial das informações relativas à vida acadêmica dos alunos da rede estadual de ensino, conforme o § 1º, do art. 6º da Resolução SEEDUC Nº 4.455 de 05 de maio de 2010. As solicitações de dados institucionais da SEEDUC foram realizadas junto ao <https://falabr.cgu.gov.br/web/home?modoOuvidoria=1>, com fundamento na Lei de Acesso à Informação.

³³As matrículas ocorrem no decorrer do ano letivo vigente, de acordo com a Resolução SEEDUC nº 6.111, com a redação atribuída pela Resolução SEEDUC nº 6.132, que estabelece normas e procedimentos para o ingresso e permanência de alunos na Rede Estadual de Ensino/SEEDUC para o ano letivo de 2023, com isso, este número é dinâmico sendo o mesmo correspondente ao momento de extração do relatório no dia que acompanha a legenda do Quadro 1.

Caxias - RJ, algumas escolas estaduais ainda ofertam aulas para o primeiro segmento.

Em Duque de Caxias, em algumas escolas da rede estadual de ensino é ofertado Ensino Médio bilíngue, intercâmbio do governo estadual do estado do Rio de Janeiro com países como China e Turquia, onde parte do conteúdo de todas as disciplinas do currículo normal do Ensino Médio é transmitida na língua oficial daqueles países, além de outras atividades voltadas ao aprendizado do idioma.

Quadro 1: Quantitativo de alunos/matrículas da Rede Pública Estadual de Ensino em Duque de Caxias- RJ conforme Etapa de ensino e modalidade³⁴

Etapa de Ensino e Modalidade	Alunos/Matrículas
Ensino Médio	24.189
Regular	21.708
Cívico Militar	173
Empreendedorismo	409
Inovador	333
Línguas	400
Normal	917
Tecnologia, sustentabilidade, esporte e arte	249
Ensino Fundamental/Anos Finais	20.034
Regular	18.468
Correção de fluxo	1.047
Línguas	31
Tecnologia, sustentabilidade, esporte e arte	488
EJA – Ensino Médio Presencial	2.229
Total Geral	46.452

Fonte: Sistema Conexão Educação/SEEDUC –RJ. Dados extraídos em 16/11/2023, 11:56:32

4.6.5 O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

O Conselho Tutelar é um órgão público municipal, de caráter autônomo e permanente, cuja principal função é fiscalizar e fazer cumprir os direitos previstos no ECA, realizando atendimento e encaminhamento dos casos de violência denunciados.

Nessa perspectiva, o Conselho Tutelar tem a função de atender os casos de maus-tratos, violência sexual, exploração do trabalho infantil, abandono ou quaisquer outras formas de violência cometidas contra as crianças e adolescente se deve acionar o serviço de saúde quando tais condições não forem ofertadas àqueles que dele necessitem.

Em Duque de Caxias – RJ, O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do

³⁴A partir do ano 2023, institui-se o Ensino Médio por módulos, o que justifica, no quadro, a separação do número de alunos por cada módulo. Correção de fluxo são as chamadas “turmas de aceleração”, que integram alunos com distorção idade/série que não conseguiram avançar nas séries por conta de reprovações.

Adolescente está vinculado administrativamente à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos - SMASDH. Os profissionais, dentre algumas das suas funções, prezam pelo bem-estar da infância e da adolescência, fiscalizam e acompanham instituições de abrigo infantil e atendem e orientam pais e responsáveis.

De acordo com o Manual “Formação de profissionais na atenção às pessoas e às famílias em situação de violência”(ANEXO G), no município, os seis Conselhos Tutelares estão distribuídos conforme área distrital: no Primeiro Distrito (Duque de Caxias), 1º Conselho Tutelar, no bairro Centenário e 5º Conselho Tutelar no bairro Vila São Luís; no Segundo Distrito (Campos Elíseos), 2º Conselho Tutelar, no bairro Jardim Primavera e 6º Conselho Tutelar, na localidade Parque Muísa; no Terceiro Distrito (Imbariê), 3º Conselho Tutelar, no bairro Santa Cruz da Serra e no Quarto Distrito (Xerém), 4º Conselho Tutelar, no bairro Xerém (DUQUE DE CAXIAS-RJ, 2022).

4.6.6 O Sistema de Saúde

Uma das diretrizes do SUS é a descentralização, que busca garantir um melhor gerenciamento dos serviços de saúde. Com a Legislação do SUS, Lei nº 8080/1990, os municípios foram convertidos em corresponsáveis pela execução de políticas públicas, compartilhando com a união e os estados, o planejamento, financiamento e cooperação das políticas públicas do SUS.

Neste sentido, a Norma Operacional Básica de 06 de novembro de 1996 (NOB SUS 01/96) estabeleceu a forma como seria o financiamento federal do SUS e a remuneração por serviços produzidos para a assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças. Neste último caso, cria uma modalidade da Transferência por Convênio especificando como seriam as transferências regulares e automáticas pelo mecanismo Fundo a Fundo (do fundo federal para os fundos estaduais e municipais).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias 2022-2025, o município encontra-se capacitado para o gerenciamento e financiamento pelo SUS sobre os procedimentos de atenção básica, média e alta complexidade, estando habilitado a exercer a gestão e execução de todas as ações e serviços de saúde que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de indivíduos e coletividades, através do gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais, hospitalares e de serviços de saúde estatais; administração da oferta de procedimentos de alto

custo e complexidade; execução das ações básicas, de média e de alta complexidade de vigilância sanitária, de epidemiologia e de controle de doenças; controle, avaliação e auditoria dos serviços no município; operação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS (DUQUE DE CAXIAS-RJ, 2022).

De acordo com o portal da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias³⁵, a Secretaria Municipal de Saúde tem como atribuição planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto a prevenção quanto o cuidado ambulatorial e hospitalar, observando a legislação vigente.

Para isso, necessita formular e implementar as estratégias de Atenção à Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde em consonância com os princípios do SUS; estabelecer normas e parâmetros para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde; dirigir, coordenar e supervisionar os órgãos da Secretaria, assinar convênios, contratos e outros documentos de interesse da Secretaria; formular políticas e diretrizes que visem garantir a eficiência e a eficácia na execução das atividades; promover a criação e a interligação de centros de operações e incrementando as atividades de monitorização, alerta e alarme, com o objetivo de otimizar a previsão de desastres; propor à autoridade competente a decretação de situação de emergência ou de estado de calamidade pública, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Defesa Civil – CONDEC³⁶.

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde tem como base as subsecretarias de Atenção à Saúde; de Monitoramento, Regulação e Fiscalização; de Administração e Gestão de Pessoal, ligadas diretamente a Subsecretaria Adjunta e ao Secretário Municipal. Esse organograma foi consolidado em termos gerenciais e administrativos (ANEXO J).

4.6.7 Departamento de Atenção à Saúde

Duque de Caxias possui ampla rede de Atenção à Saúde vinculada ao SUS, disponibilizada por unidades com diferentes graus de complexidade. Quanto à oferta de serviços de saúde, existem no município 14 Unidades Públicas de Saúde com atendimento em emergência 25 horas; 18 Unidades ambulatoriais e 40 Unidades da ESF divididas em equipes. Dentre as Unidades Públicas de Saúde com emergência funcionando 24 horas estão incluídas:

³⁵Disponível em: <https://saude.duquedecaxias.rj.gov.br/> Consulta em 04.abr.2023.

³⁶Disponível em:

https://duquedecaxias.rj.gov.br/images/organograma/ORGANOGRAMA_JANEIRO_23_01.pdf Consulta em 04.abr.2023.

Hospital Municipal (1), Hospital Municipalizado (1) UPH (5), UPA 24h (4) e Maternidade (1).

O Centro Municipal de Saúde (CMS) é a unidade de referência para os programas da Tuberculose, IST-AIDS e Hanseníase e funciona como polo do serviço de epidemiologia. As seis UPH em funcionamento têm como finalidade o pronto atendimento para emergência clínica e pequenos traumatismos. Destacam-se por ofertar alguns programas de saúde e atendimento em especialidades clínicas durante o dia.

O Hospital Municipal Dr. Moacir Rodrigues do Carmo, principal unidade municipal com atendimento à grande emergência, em geral, de pacientes transferidos de hospitais públicos dentro e fora do município.

O Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes³⁷ (antigo Hospital Estadual Adão Pereira Nunes), unidade de referência em atendimentos a politraumatizados graves, vindos de todo o estado, administrado pela Prefeitura Municipal de Duque de Caxias desde janeiro de 2022. O hospital atende pacientes em diversas especialidades e também realiza cirurgias de alta complexidade. O hospital possui Centro de imagens, clínica cirúrgica com 24 leitos de ortopedia e 41 leitos de enfermagem, Centro Cirúrgico e Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Maternidade.

A Policlínica Hospital Duque de Caxias é uma unidade de média complexidade e que oferece um grande número de especialidades com atendimento ambulatorial. A unidade é classificada como Clínica/Centro de Especialidade e dispõe de Pronto Atendimento para pacientes adultos. Possui equipamentos de ressonância magnética, tomografia, ultrassom 4D, densitometria óssea, mamografia (por estereotaxia) e cintilografia, e serviço na área de fisioterapia, com reabilitação traumo-ortopédica e reumatológica.

Integram à rede municipal, o Centro de Referência e Atenção Especializada à Saúde da Mulher (CRAESM), a Maternidade Municipal Santa Cruz da Serra; o Hospital Municipal do Olho Júlio Cândido de Brito e o Hospital Municipal São José - Duque de Caxias, exclusivamente para atendimento a pacientes de Covid-19, sendo referência para todo o estado. Ainda no tocante às Unidades com atendimento ambulatorial, há os Centros de Reabilitação e prevenção de deformidades; Centros Especiais de atendimento odontológico (CEO), de atendimento às pessoas com deficiência (CEAPD), de atendimento ambulatorial ao adolescente usuário de substância química (CEATA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço de Atendimento Móvel às Urgências e Emergências (SAMU).

³⁷ A municipalização do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes deu-se através do Termo de Cooperação de Natureza Convenial nº 001/2021 entre o estado do Rio de Janeiro e o município de Duque de Caxias, sendo homologado pela Resolução nº 006 de 16/02/2022 do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias, publicada no Boletim Oficial do Município nº 7.114 em 11 de março de 2022.

Apresentando menor complexidade, configuram-se ainda Unidades Comunitárias, vinculadas às associações de moradores. A rede de atendimento de serviços públicos de saúde é complementada também por unidades ambulatoriais privadas e unidades ambulatoriais em hospitais públicos e privados.

4.6.8 Departamento de Atenção Primária em Saúde (APS)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Município possui sete UBS (Sarapuí, Dr. Antônio Granja, Barão do Amapá, Alaíde Cunha, José Camilo, Edna Salles e José de Freitas) tendo por principal característica o funcionamento de alguns programas de saúde pública e 40 Unidades de Saúde da Família, sendo três delas alocadas dentro de Unidade Básica de Saúde. Possui 79 equipes de Atenção Básica, sendo 69 de Estratégia de Saúde da Família e 10 de Estratégia de Agentes Comunitários.

4.6.9 Vigilância em Saúde

A integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica é um processo e tem qualificado a prestação de cuidados dispensados à comunidade. Segundo o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, em virtude da reestruturação do MS, em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias modificou, em 2009, sua estrutura regimental e funcional de forma a contemplar as ações e programas propostos pelo MS.

Na atual estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, o Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) encontra-se diretamente subordinado à Subsecretaria de Atenção à Saúde, que formula e implementa as estratégias de Atenção à Saúde, APS e Vigilância em Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e estabelece normas e parâmetros para o controle de qualidade e avaliação da assistência à saúde.

O DVS de Duque de Caxias tem por atribuição: coordenar a política e as práticas de vigilância em saúde, possibilitando a identificação e priorização de problemas; definir estratégias de ação para o enfrentamento dos problemas identificados em vigilância em saúde;

coordenar as ações de promoção, prevenção e controle de saúde coletiva, visando por meio de ações conjuntas, o aperfeiçoamento das atividades; implementar programas especiais formulados no âmbito municipal. Este departamento engloba quatro Coordenadorias: Epidemiologia; Vigilância Ambiental, Vetores e Zoonoses; Centro de Referência à Saúde do Trabalhador; e Programas de Saúde. Em Duque de Caxias, a Vigilância Sanitária não está integrada no DVS, e sim, no Departamento de Vigilância e Fiscalização Sanitária e subordina-se diretamente à Subsecretaria de Monitoramento, Regulação e Fiscalização.

A Lei nº 8.080/90 conceitua Vigilância Epidemiológica como “o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças e agravos”.

A Coordenadoria de Epidemiologia de Duque de Caxias tem por responsabilidade: analisar e acompanhar o comportamento epidemiológico das doenças e agravos de interesse no âmbito municipal e de interesse dos âmbitos estadual e federal, em articulação com os órgãos correspondentes, respeitadas a hierarquia entre eles; executar medidas de controle de doenças e agravos sob vigilância de interesse municipal e colaborar na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal; estabelecer diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimento no campo da vigilância epidemiológica, contemplando as diretrizes federais e estaduais.

No município, a equipe que realiza as ações de vigilância epidemiológica está lotada no CMS, sob a coordenação da Divisão de Epidemiologia, sediada no prédio da SMS, onde são efetuadas alimentação e análises do banco de dados do Sinan.

A Coordenadoria de Vigilância Ambiental, Vetores e Zoonoses tem como responsabilidade a coordenação das atividades de investigação e de controle de endemias e zoonoses; realizar monitoramento de vetores, reservatórios e hospedeiros de doenças, assim como os aspectos que envolvem acidentes por animais peçonhentos, com a finalidade de nortear as operações de campo com vistas à erradicação e/ou controle de acidentes por ataques de animais peçonhentos, zoonoses e doenças endêmicas; propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana, contemplando as diretrizes federais e estaduais.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora. Em Duque de Caxias, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, através do Centro de Referência à

Saúde do Trabalhador (CEREST) está subordinada diretamente ao Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde, cabendo à direção administrativa e executiva do CEREST promover a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do MS visando a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

A Coordenadoria de Programas, ligada diretamente ao DVS, tem como competência coordenar as ações das áreas de educação em saúde; combate ao tabagismo; saúde do idoso, da mulher e do homem; acompanhamento e controle do pré-natal; planejamento familiar; aleitamento materno; prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; prevenção à violência contra a mulher, criança e idoso; saúde da criança e do adolescente; Programa de Controle de Tuberculose, Hanseníase; IST/Aids e hepatites virais; hipertensão e diabetes; contribuindo para a consolidação do modelo assistencial, em conformidade com a ESF.

4.6.10 A Rede de atendimento e o fluxo da notificação de Violência - O Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência

As mortes violentas intencionais constituem um problema de primeira grandeza para a segurança pública de Duque de Caxias-RJ. Análises apresentadas pelo “Atlas da Violência 2019 - retrato dos municípios brasileiros³⁸”, ao identificar a taxa estimada de homicídios para os 310 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes em 2017, apresentam Duque de Caxias com taxa de violência letal de 62,9, ocupando a 25ª posição no território nacional e a 6ª colocação (62,9) entre os 27 municípios com mais de 100 mil habitantes do estado do Rio de Janeiro, ficando atrás dos municípios de Queimados (115,6), Nilópolis (69,0), Itaguaí (68,4), Magé (66,5) e Japeri (65,0) (BRASIL, 2019b).

Na pesquisa, as taxas de homicídio variaram em um intervalo entre 2,7 e 145,7, sendo a taxa média de homicídios nesse conjunto de 37,6, com um desvio-padrão de 26,0. O conceito de homicídios adotado no estudo corresponde aos óbitos causados por agressões mais as intervenções legais, segundo a CID-10 da OMS. Os registros foram identificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019b).

Visando caracterizar a rede de serviços inter e intrasetorial articulada para a atenção e prevenção às crianças e adolescentes em situação de violência em Duque de Caxias, as informações foram solicitadas formalmente à coordenação do NPAV através de ofícios e e-

³⁸ Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9489/1/Atlas_da_violencia_2019_municipios.pdf

Consulta em 28.Fev.2023

mails informações sobre a estrutura da rede de atendimento e possíveis articulações; o fluxo de atenção das violências; cobertura da rede; fluxo e amplitude da notificação de violência interpessoal e autoprovocada; adequação e inclusão da evasão e abandono escolar nas notificações de violência interpessoal e autoprovocada.

Segundo o manual "Formação de profissionais na atenção às pessoas e às famílias em situação de violência", o NPAV da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias vem desde 2004 desenvolvendo ações relativas ao monitoramento das notificações de violências emitidas pelas Unidades de Saúde (ANEXO H), bem como a capacitação permanente de profissionais para o acolhimento e atendimento das pessoas e famílias em situação de violência. O Núcleo entende que a qualificação permanente dos profissionais é fundamental para o atendimento de qualidade destas famílias (DUQUE DE CAXIAS-RJ, 2022b)

Desde a década de 1990, o município de Duque de Caxias vem se destacando na atuação preventiva e no acompanhamento de pessoas e famílias envolvidas em situações de violência. Desde então o número expressivo de notificações de maus tratos — contra crianças e adolescentes e, posteriormente, de adultos vítimas de violência em todas as faixas etárias — preenchidas pelas Unidades de Saúde aponta para a sensibilização dos profissionais diante desta problemática.

No ano de 2000, uma equipe foi constituída no Hospital Infantil Ismélia Silveira (HIIS) para o atendimento de famílias em situação de violência. “Ambulatório de Apoio à Família” foi o nome escolhido para esse serviço que privilegia o foco na família. A partir de 2004 este Ambulatório desdobrou-se no Centro Municipal de Saúde, o “Ambulatório de Apoio à Família 2” recebe as famílias de adolescentes e mulheres vítimas de violência interpessoal, doméstica e sexual em colaboração com o Programa IST/Aids e o setor de Farmácia deste ambulatório.

A Maternidade Santa Cruz da Serra e a UPA Infantil Walter Garcia são, respectivamente na atualidade, portas de entrada para o atendimento de mulheres, adolescentes e crianças até 12 anos, vítimas de violência sexual aguda.

A Portaria nº 1.271 de 06/06/2014 reitera a inclusão dos agravos relacionados à violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e/ou outras violências na lista de situações de notificação compulsória (Sinan), modificando a nomenclatura da Ficha de Notificação, que passa a ser denominada Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada. O decreto nº 7.958 (Presidência de República), de 13/03/2013, estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos serviços de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

A proposta de educação permanente em saúde compreendida no manual (ANEXO G)

elaborado pelo Núcleo de Vigilância em Violência da SMSDC visa o aprimoramento do preenchimento da ficha de violência (já efetuado pelas unidades de saúde) e dos respectivos atendimentos aos envolvidos nas situações de violência, através da metodologia de discussão de casos, e ampliação do uso deste formulário na rede intersetorial de cuidados em saúde, assistência social, educação e direitos humanos. Para tanto foram elaborados protocolos com normas e orientações para o atendimento às pessoas em situação de violências

Ainda segundo o manual, o enfrentamento das violências nas diversas faixas etárias necessita uma articulação constante entre as Unidades de Saúde, Centros de Referência (mulheres, homens, famílias), Conselhos Tutelares, Delegacias, Ongs etc (ANEXO I). Na Secretaria de saúde, onde o Núcleo de Vigilância em Violência está sediado, a interlocução com os Programas do DVS é indispensável, pois os agravos mais frequentes à saúde da população estão atravessados por situações de violência interpessoal com consequências imediatas e a longo prazo na saúde física e mental dos cidadãos.

4.7 Considerações sobre a pesquisa

A pesquisa insere-se na área de concentração “Configurações e dinâmicas da informação e da comunicação em saúde”, convergindo com a linha de pesquisa “Produção, organização e uso da informação em saúde”, dedicada à análise de políticas, modelos, processos e práticas de produção, organização, avaliação e uso da informação e do conhecimento no campo da saúde coletiva. O estudo estruturou-se a partir dos seguintes eixos temáticos: I) interlocução entre Sistemas de Informação em Saúde e práticas de gestão; II) informação através do Sinan -Net; III) notificações sobre violência e IV) abandono e evasão escolar no contexto das notificações de violência interpessoais e autoprovocadas.

4.8 Considerações Éticas

Considerando as exigências éticas a partir da metodologia que este estudo propôs, o sigilo dos dados extraídos do banco de dados municipal, o acesso às Fichas de Notificação Individual de violência do Sinan com informações sobre as vítimas de violência, sabendo-se que a notificação assegura o direito ao sigilo do paciente, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico sanitário em caso de risco para a comunidade, sempre se respeitando o direito de anonimato dos cidadãos; e o entendimento de que as autoridades de saúde que recebem as comunicações de doenças, por dever de ofício dos profissionais de saúde, possuem a

obrigação de manterem o sigilo (art. 10 da Lei nº 6.259/75), esta tese foi encaminhado para aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (CEP/EPSJV), garantindo, dessa forma, o cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012CNS/CONEP e Resolução CNS nº 510/2016.

Foram considerados: o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APÊNDICE A); Termo de Solicitação de Acesso aos Dados de Arquivo (APÊNDICE B) o Termo de Autorização para acesso ao banco de dados (APÊNDICE C); e Termo de Autorização para Manipulação de Dados (APÊNDICE D).

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/CONEP, que estabelece os critérios éticos para realização de pesquisas envolvendo seres humanos e resolução CNS nº 510/26 com base no Projeto de Pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (CEP/EPSJV) com CAAE de n.º 57793116.4.0000.5241 e aprovado com parecer de n.º 1.648.58 (APÊNDICE E).

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico e digital com senha, sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, conforme Art. 28 da Res. nº 510/2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram organizados em três tópicos com diferentes cenários elencados:

Tópico 1: Apresenta o panorama dos casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada em residentes em Duque de Caxias – RJ contextualizado em três conjunturas distintas: a primeira com âmbito no perfil considerando todos os casos notificados de violência no período, e a segunda e terceira conjunturas com a caracterização da violência perpetrada contra grupos etário de criança com faixa etária entre 0 e 9 anos, e adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, respectivamente.

Tópico 2: O panorama das crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar e possíveis correlações com situações das violências notificadas;

Tópico 3: A caracterização de adolescentes grávidas, parturientes e puérperas e em situação de evasão/abandono escolar na perspectiva das notificações de violência interpessoal/autoprovocada.

5.1 Visibilidades na notificação de violência: panorama da violência interpessoal/autoprovocada notificada em Duque de Caxias-RJ

5.1.1 Panorama dos Casos Notificados

5.1.1.1 Perfil societário

Foram notificados no Sinan Net, 8.425 casos de violência interpessoal/autoprovocada entre os anos 2015 e 2019 em residentes no município de Duque de Caxias. O total de unidades de saúde notificadoras dos registros correspondeu a 155 estabelecimentos, sendo 65 unidades de saúde pública e seis da rede privada. Outras 84 unidades de saúde notificadoras localizavam-se em municípios diferentes de Duque de Caxias-RJ.

A Tabela 1 sinaliza quase a totalidade (95,6%) das notificações de usuários residentes que buscaram atendimento na rede pública de saúde local com distribuição homogênea quando consideradas as categorias masculino (95,9%) e feminino (95,3%) para a variável sexo.

A quase totalidade das notificações (95,6%) foi oriunda de atendimentos nas instâncias

do SUS Nos seguintes tipos de estabelecimentos: unidades com urgências/ emergências (hospitais, unidades de pronto atendimento, etc.); Atenção Primária (CMS, ESF, PSF, NASF, Ambulatórios); unidades mistas de saúde/políclínicas; Centros de referências, serviços especializados, CAPS; Coordenações de epidemiologia, Secretaria de Saúde e Programas e Departamentos na Administração Central.

Os locais de residência dos usuários notificados foram distribuídos conforme as quatro áreas distritais do município. De acordo com a Tabela 1, entre os anos 2015 e 2019 houve maior concentração (39,4%) de notificados com residência no Segundo Distrito (Campos Elíseos). Essa alta concentração de casos notificados nesta área possivelmente se justifica pela localização do Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes (Hospital de Saracuruna), unidade que atende livre demanda para casos de emergência e obstetrícia, uma das referências para atender gestantes de alto risco na Baixada Fluminense.

Quando estratificada a distribuição de casos notificados conforme sexo, o Segundo Distrito (Campos Elíseos) apresentou percentuais muito próximos: masculino (38%) e feminino (39,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 Características demográficas da violência notificada no Sinan por sexo segundo Área de residência e US de atendimento. Duque de Caxias-RJ, 2015-2019.

Área de residência e US de atendimento	Masculino (N=2189; 26%)		Feminino (N=6236; 74%)		Total (N=8425; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Unidade de Saúde de Atendimento						
US pública local (65)	2099	95,9	5944	95,3	8043	95,6
US privada local (6)	3	0,1	8	0,1	11	0,1
US fora do município (84)	87	4,0	284	4,6	371	4,4
Total	2189	100	6236	100	8425	100
Distrito de Residência						
Primeiro Distrito (Duque de Caxias)	786	35,9	1701	27,3	2487	29,5
Segundo Distrito (Campos Elíseos)	831	38,0	2489	39,9	3320	39,4
Terceiro Distrito (Imbariê)	369	16,9	1225	19,6	1594	18,9
Quarto Distrito (Xerém)	117	5,3	530	8,5	647	7,7
Ignorados/Em branco	86	3,9	291	4,7	377	4,5
Total	2189	100	6236	100	8425	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

Conforme apresentação da Tabela 2, no percurso dos cinco anos analisados observou-se redução de 63,4% do número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada entre os anos 2015 e 2018 no município de Duque de Caxias-RJ. Essa queda provavelmente representa um aumento da subnotificação, e não de fato uma redução das ocorrências; entretanto, o ano de 2019 apresentou um crescimento de 23,6% de registros em relação ao ano

anterior.

Dentre os registros notificados de violência interpessoal/autoprovoçada, 74% foram contra mulheres e 26% contra homens, destacando-se, a proporção de notificação de violência durante os anos notificados sempre maior para o sexo feminino (Tabela 2).

A população feminina apresentou maior percentual de casos notificados na faixa etária compreendida na população adulta, com idade entre 20-59 anos (49,2%); e a população masculina na faixa etária de crianças com até 9 anos de idade (43,1%) (Tabela 2).

Ao analisar os ciclos de vida, identificou-se frequência absoluta de notificações de violência (4.633) consolidada na população jovem formada por crianças e adolescentes com idade até 19 anos, correspondendo a mais da metade dos registros (54,9%), evidenciando, ainda, nesta população, maior frequência de registros identificados em cada ano desagregado (Tabela 2).

A violência notificada no grupo de crianças com idade até 4 anos representou 8,8% dos casos notificados. Este dado nos atenta a estudos que identificam esta faixa etária como a mais acometida pela violência física doméstica contra a criança como forma de disciplinar (RIBA, ZIONI, 2023; BRITO *et al.*, 2005).

O período da vida com maior número de notificações foi a adolescência (31,6%), compreendendo as faixas etárias de 10-14 anos (10,9%) e a de 15-19 anos (20,7%). Na faixa etária de 15-19 anos, sobressaiu a população feminina com expressiva frequência de 77,9% em relação a população masculina, com 22,1% dos casos notificados (Tabela 2).

A violência contra a pessoa idosa, objeto de notificação em caso de violência doméstica/intrafamiliar e de violência extrafamiliar/comunitária, mostrou-se proporcionalmente um pouco maior no número de casos notificados em homens (4,2%) do que entre as mulheres (3,1%) (Tabela 2).

Ao analisar a variável raça/cor, prevaleceu maior número de notificação de violência entre homens e mulheres pardas, sendo 711 (23,9%) casos contra homens e 2263 (76,1%) contra mulheres. Ao considerar a soma das raças preta e parda evidenciou-se o peso relativo dentro do conjunto das variáveis, uma vez que, no somatório de todos os registros, mesmo contando os casos de cor/raça ignorados, as categorias preta e parda consolidaram a maioria dos casos de violência notificada no período analisado: 51,2% (Tabela 2).

Embora haja a obrigatoriedade³⁹ de informar uma categoria para esta variável, denota-se que o Sinan ainda está sujeito à subnotificação da raça/cor dos indivíduos conforme os 2.188 (26%) registros indefinidos decorridos em todo o período analisado e conforme apresentação na Tabela 2 e Tabela 3.

Tabela 2 Características demográficas da violência notificada no Sinan por Sexo segundo Ano de notificação, Faixa etária e Raça/cor. Duque de Caxias - RJ. 2015-2019.

Perfil demográfico da vítima de Violência	Masculino		Feminino		Total	
	(N=2189; 26%)		(N=6236; 74%)		(N=8425; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Ano de notificação						
2015	557	25,4	1621	26	2178	25,9
2016	368	16,8	1227	19,7	1595	18,9
2017	389	17,8	1075	17,2	1464	17,4
2018	400	18,3	981	15,7	1381	16,4
2019	475	21,7	1332	21,4	1807	21,4
Total	2189	100	6236	100	8425	100
Faixa Etária						
Menor 1 ano	354	16,2	328	5,3	682	8,1
1 a 4 anos	336	15,3	409	6,6	745	8,8
5 a 9 anos	254	11,6	287	4,6	541	6,4
10 a 14 anos	325	14,8	592	9,5	917	10,9
15 a 19 anos	386	17,6	1362	21,8	1748	20,7
20 a 29 anos	168	7,7	1337	21,4	1505	17,9
30 a 39 anos	120	5,5	1003	16,1	1123	13,3
40 a 49 anos	96	4,4	516	8,3	612	7,3
50 a 59 anos	57	2,6	211	3,4	268	3,2
60 a 69 anos	49	2,2	103	1,7	152	1,8
70 a 79 anos	24	1,1	56	0,9	80	0,9
80 anos e mais	20	0,9	32	0,5	52	0,6
Total	2189	100	6236	100	8425	100
Raça/cor						
Branca	383	17,5	1507	24,2	1888	22,4
Preta	354	16,2	982	15,7	1338	15,9
Amarela	3	0,1	20	0,3	23	0,3
Parda	711	32,5	2263	36,3	2974	35,3
Indígena	4	0,2	10	0,2	14	0,2
Ignorado/Em branco	734	33,5	1454	23,3	2188	26,0
Total	2189	100	6236	100	8425	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

³⁹A Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017 torna obrigatória a coleta e preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que deverão seguir a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena. Essa informação deverá ser coletada pelo profissional responsável pelo preenchimento, a partir da autodeclaração do usuário/paciente (em se tratando de criança, deve ser considerada a informação do familiar, responsável ou acompanhante). Grande parte dos sistemas nacionais, como Sinan, já fazem a coleta dessa informação.

Tabela 3 Características demográficas da violência notificada no Sinan por Ano de Notificação segundo Raça/cor. Duque de Caxias - RJ. 2015-2019.

Perfil Demográfico	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Raça/Cor												
Branca	573	26,3	363	22,8	297	20,3	291	21,1	364	20,1	1888	22,4
Preta	347	15,9	278	17,4	235	16,1	219	15,9	259	14,3	1338	15,9
Amarela	21	1,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	23	0,3
Parda	661	30,4	579	36,3	523	35,7	560	40,6	651	36,0	2974	35,3
Indígena	11	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	14	0,2
Ignorado/Branco	565	25,9	374	23,5	409	27,9	311	22,5	529	29,3	2188	26,0
Total	2178	100	1595	100	1464	100	1381	100	1807	100	8425	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

5.1.1.2 Caracterização da violência

Os dados apresentados na Tabela 4 sinalizaram que, de acordo com o preenchimento da variável *Ocorreu outras vezes*, em 2.604 (30,9%) casos notificados, o mesmo tipo ou situação de violência foi recorrente em qualquer outro momento. Assim, entende-se que qualquer que seja a forma de violência, muitas vezes ela não acontece uma única vez, e sim constante, por repetição.

Conforme apresentação na Tabela 4, metade dos casos notificados em pessoas com 60 anos ou mais de idade apresentou o mesmo tipo de violência em momento anterior; percentual que se aproxima quando considerada a população adulta com idade entre 20 e 59 anos, com 48,3% da violência notificada recorrente. Nessa direção, é importante destacar um grave problema que vem sendo cada vez mais associado à violência contra a pessoa idosa: o histórico de repetição do abuso, o que pode resultar na cronicidade desse fenômeno (PAMPOLIM, LEITE, 2020).

De acordo com a Tabela 4, a lesão autoprovocada, também definida como comportamento suicida ou autoagressão, representou 9,1% dos casos notificados. Observou-se que tanto os casos notificados com o mesmo tipo de evento ocorrido outras vezes quanto os casos caracterizados pela violência em que a pessoa inflige a si mesma, o percentual foi crescente conforme o aumento da faixa etária.

No tocante às notificações de violência interpessoal, destacaram-se 4.704 (55,8%) casos de violência física no período avaliado. A faixa etária mais atingida compreendeu pessoas adultas com idade entre 20 e 59 anos, o que corresponde a 89,7% das notificações deste grupo etário (Tabela 4).

De acordo com os dados extraídos do Sinan do município de Duque de Caxias, as crianças e os adolescentes estão entre os grupos populacionais mais vitimizados pela violência, correspondendo a mais da metade dos casos notificados (54,9%). A análise apontou, ainda, 23,3% de notificações frequentes com idade até 9 anos e 31,6% com idade entre 10 e 19 anos.

De acordo com o 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, todos os tipos de violência contra crianças e adolescentes cresceram no país em 2021. Entre os crimes não letais contra crianças e adolescentes de zero a 17 anos, houve aumento de casos de abandono, maus-tratos, lesão corporal e de crimes sexuais. Nessa direção, é importante ressaltar estudo recente que aponta o Brasil como um dos países com mais risco de violência infantil e o 5º que mais mata criança e adolescente⁴⁰.

A negligência/abandono apresentou a segunda maior tipologia das violências identificadas (33,1%) com destaque na elevada concentração entre a população de crianças (64,5%) e adolescentes (52,4%), importante percentual nas ocorrências sistematizadas (Tabela 4). Pasion *et al.* (2013) atentam que a negligência é a forma mais frequente de maus-tratos contra crianças quando comparada a outros tipos de violência, sendo responsável por grande parte das notificações de acordo com as publicações nacionais e internacionais abordadas em seu estudo.

A violência sexual destacou-se com a maior proporção de ocorrência entre as crianças com até 9 anos de idade, entretanto, esse grupo teve maiores registros de violência física. Segundo os dados registrados no Sinan do MS, entre os anos 2011 e 2018, a faixa etária de 0-9 anos apresentou elevada proporção de negligência/abandono, seguida pelas violências sexuais. Em parte, essa mesma realidade aparece nos dados apresentados no Boletim Epidemiológico Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021 (BRASIL, 2023), onde nota-se um aumento no número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021 em comparação com o ano de 2020, o que representou o maior número de notificação entre os anos estudados⁴¹.

Ainda ilustrando o cenário nacional, no tocante às violências letais e conforme dados da Abrasco, entre as chamadas causas externas, as agressões são as que mais matam crianças

⁴⁰Disponível em: <https://edicaodobrasil.com.br/2021/05/14/brasil-e-lider-no-ranking-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-da-america-latina/> Consulta em 03.Jun.2023.

⁴¹Esses dados podem ter sofrido influência da pandemia gerada pela covid-19, em que indivíduos e famílias precisaram ficar em isolamento social. Discute-se que o isolamento social pode ter facilitado o maior controle dos agressores sobre crianças e adolescentes e a perpetuação do silêncio das vítimas, podendo influenciar o aumento da ocorrência de violência sexual (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021).

e adolescentes, a partir dos 10 anos. O suicídio (a violência contra si mesmo) tornou-se a terceira maior causa das mortes entre adolescentes e jovens com idade entre 15 e 25 anos. A violência é ainda mais letal contra o sexo masculino. Os homicídios são a causa da metade dos óbitos de rapazes de 15 a 19 anos. E ao se analisar a questão da raça da taxa de homicídios foi verificado que a maioria eram jovens negros⁴².

Tabela 4 Características das violências notificadas segundo faixa etária. Duque de Caxias – RJ, 2015- 2019.

Características da Ocorrência	0-9 anos (N=1968; 23,6%)		10-19 anos (N=2625; 31,2%)		20 a 59 anos (N=3508; 41,7%)		60 anos e+ (N=284; 3,4%)		Total (N=8425; 100%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipos de Violência*										
Violência de repetição	223	11,3	546	20,5	1693	48,3	142	50,0	2604	30,9
Lesão Autoprovocada	22	1,1	218	8,2	479	13,7	47	16,5	766	9,1
Violência Física	336	17,1	1040	39,0	3145	89,7	183	64,4	4704	55,8
Violência Psicológica/moral	167	8,5	440	16,5	1584	45,2	93	32,7	2284	27,1
Tortura	22	1,1	60	2,3	227	6,5	10	3,5	319	3,8
Sexual	292	14,8	317	11,9	203	5,8	4	1,4	816	9,7
Tráfico de seres humanos	2	0,1	6	0,2	4	0,1	-	0	12	0,1
Violência Financeira/Econômica	29	1,5	28	1,1	48	1,4	21	7,4	126	1,5
Negligência/Abandono	1270	64,5	1396	52,4	39	1,1	83	29,2	2788	33,1
Trabalho Infantil	6	0,3	21	0,8	-	0	-	0	27	0,3
Intervenção Legal	12	0,6	11	0,4	6	0,2	1	0,4	30	0,4
Outra Violência	68	3,5	109	4,1	99	2,8	11	3,9	287	3,4

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022 *É possível que seja informado mais de uma tipologia em um mesmo caso de violência interpessoal/autoprovocada notificado (BRASIL, 2016c).

5.1.2 Notificação de violência contra crianças em Duque de Caxias - RJ

5.1.2.1 Caracterização da violência

Entre os anos 2015 e 2019 foram registrados 1968 casos de violência contra crianças menores de 1 ano e com até 9 anos de idade e residentes em Duque de Caxias – RJ. Houve maior concentração de meninas nessa faixa etária, correspondendo a 52,3% dos casos notificados (Tabela 5).

A tabela 5 ilustra que as meninas sofrem violência de repetição (12,9%) com maior frequência que os meninos (9,6%) e que com o avanço da idade das crianças, as repetições tornam-se mais frequentes. Esse panorama corrobora os dados do boletim “Panorama da

⁴²Disponível em: <https://abrasco.org.br/sobre-a-violencia-contra-criancas-adolescentes-e-jovens-brasileiros/>
Acesso em: 15.jan.2023

violência interpessoal/autoprovocada a partir da análise sobre o preenchimento da ficha de notificação - dezembro/2019”, no universo de 7.130 notificações de crianças residentes no estado do Rio de Janeiro, em 2018, que também aborda a questão da violência de repetição neste público, pois os dados epidemiológicos mostram que a prevalência de notificações de violência sobre as meninas correspondendo a 53% em crianças do sexo feminino e 47% do sexo masculino (SES-RJ, 2020).

Considerando que a notificação de violência permite o registro de diferentes tipos de violência, entre os tipos de violência perpetradas contra as crianças notificadas, a Tabela 4 apresentou as três tipologias de violência mais notificadas, com destaque para a negligência/abandono (64,5%) como a mais notificada, seguida das violências física (17,1%) e sexual (14,8%). Estes dados mostraram-se similares aos divulgados pelo Disque-100⁴³ em 2019, ao apresentar as violências mais denunciadas contra crianças: Negligência, Violências Física e Sexual e Psicológicas.

Conforme apresentação da Tabela 5, no sexo masculino, a negligência foi o tipo de violência mais notificado (63,9%), seguido da violência física e sexual, com 18,7% e 7,2% respectivamente. No sexo feminino a negligência também foi o tipo de violência mais notificado (59,5%), a violência sexual em segundo lugar com 21,8%, seguido da violência física (15,5%)

Este panorama reflete realidade semelhante quando comparado aos dados informados pela SES-RJ, conforme boletim referente às notificações de violência contra crianças no ano 2019. Em todo o estado, a negligência foi o tipo de violência mais notificado (68,5%) no sexo masculino, seguido da violência física e sexual, 13,06% e 5,7% respectivamente. No sexo feminino a negligência também foi o tipo de violência mais notificado (52,6%), porém em segundo lugar, a violência sexual com 19,3%, seguida da violência física (12,8%) (SES-RJ, 2020).

Ainda de acordo com os dados extraídos da base municipal, ao considerar a faixa etária de crianças com idade entre 0 e 1 anos, 93% sofreram negligência/abandono (Tabela 5). Nessa perspectiva, Assis *et al.* (2012) ao apresentarem um quadro de violência doméstica, sexual e outras violências perpetradas contra crianças nesta mesma faixa etária, mencionaram as negligência/abandono registradas no Sinan, destacando a negligência entre os menores de 1

⁴³Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Disque Direitos Humanos. Relatório, 2019. Disque-100 – Dados Violência contra Criança e Adolescente (2019). Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mmfdh/disque_100_relatorio_mmfdh2019.pdf Acesso em 16.Jun.2024.

ano, como o principal tipo de violência notificado.

Importante destacar que a ocorrência de negligência, quando considerada uma prática de violência pode impactar a saúde infantil. Na literatura internacional, como o estudo realizado por Heck (2019) com amostra de 409 alunos de uma escola primária para avaliar maus-tratos, identificou-se a negligência física e emocional em 31 % dos participantes. Nos menores (6-9 anos), observou-se relação entre negligência e os problemas de internalização e externalização. Nos maiores, a violência e o abuso foram os maiores fatores de risco.

A violência física mostrou-se crescente com o avançar da idade das crianças notificadas, tendo no corte etário de 5-9 anos, quase o dobro do percentual registrado entre as crianças com idade entre 1 e 4 anos (Tabela 5). Esse dado corrobora com estudo realizado por Riba e Zioni (2022) baseado em dados secundários, obtidos no Sinan-Net, ao identificar que a faixa etária mais acometida por violência física doméstica é de zero a 4 anos, período em que as crianças estão desenvolvendo a comunicação oral. O estudo revelou ainda que os meninos são mais suscetíveis à violência física doméstica na infância.

Na literatura internacional a violência física perpetrada contra esse grupo etário envolve outras dimensões. Estudos como o de Feng *et al.* (2012), sobre desafios éticos e legais dos profissionais que denunciam o abuso infantil, realizado com uma equipe multiprofissional in Taiwan (incluindo profissionais da saúde e educadores), demonstrou que os profissionais não fazem a notificação imediata às autoridades, mesmo tendo o prazo de 24 horas após o atendimento para denunciar. Apesar de entenderem que os direitos das crianças devam ser garantidos, esses profissionais percebem que há costumes socialmente aceitáveis, como o de educar por meio da violência física.

No tocante à violência sexual notificada em crianças em Duque de Caxias, a Tabela 5 chama a atenção para a grande margem de diferença da ocorrência no grupo de meninas em relação aos meninos, independentemente do corte etário. Nessa perspectiva, de acordo com o boletim epidemiológico sobre as notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, com dados de 2015 até 2021, na violência sexual contra crianças, estima-se que 76,9% das notificações ocorreram entre meninas (BRASIL, 2023).

As maiores ocorrências de violência sexual, tanto do sexo feminino quanto do masculino, foram entre a faixa etária de 5 a 9 anos (55,1%), com valores correspondentes a 53,6% e 60,1%, respectivamente (BRASIL, 2023). Ainda tendo como referência este tipo de violência, um estudo sobre abuso sexual, físico e emocional e negligência física e emocional publicado em cerca de 30 países demonstrou que o Brasil era o país com as maiores

estimativas de maus-tratos contra crianças no mundo (VIOLA, *et al.*, 2016)⁴⁴.

5.1.2.2 Local da ocorrência da violência e possíveis agressores

Considerando os prováveis agressores informados, a Tabela 5 destaca os percentuais dos dois prováveis autores que apresentaram os maiores percentuais de registros notificados: a mãe e o pai, com destaque para a mãe, com 61,7% ao considerar os três recortes etários para as crianças avaliadas. De acordo com diversos estudos, os responsáveis pelas violências notificadas contra crianças são indivíduos que apresentam uma relação de proximidade com a vítima, destacando-se a mãe, o pai e amigos/conhecidos (WASELFISZ, 2012, SINUMBU *et al.*, 2016).

Segundo o Disque-100, em 2019, 70% das violências mais denunciadas ocorreram na casa da vítima, pela mãe, pai, padrasto, avós, tios e familiares e sob a ótica da negligência, 56% são cometidas pelas mães, e 40% da violência sexual por pais e padrastos⁴⁵.

Ao analisar a residência, enquanto local com maior registro de ocorrência das violências, as meninas(47,4%) apresentaram maior percentual em relação aos meninos(36,9%). Nessa perspectiva, o levantamento “Maus-tratos entre crianças e adolescentes: perfil inédito das vítimas e circunstâncias desse crime no Brasil”, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, apontou que 81% dos crimes dos maus-tratos ocorreram nas residências, percentual que, no estudo, pouco variou de acordo com a faixa etária da vítima. (REINACH, BARROS, 2022).

Diversos estudos discutem ainda que em alguns casos, pelo agressor ser um familiar a denúncia não ocorre para que a família seja preservada e sugerem ser este um ambiente propício e de maior liberdade de ação aos abusadores, uma vez que o maior número de registros de violência infantil ocorre no ambiente doméstico (FERREIRA, 2012, MATA, 2016, LENCIONI, 2020, REINACH, BARROS, 2022), o que reforça a necessidade de notificações mais aprofundadas.

5.1.2.3 Encaminhamento

O Conselho Tutelar foi o órgão que recebeu maior número de encaminhamento dos

⁴⁴Pesquisa divulgada na *Child Abuse and Neglect*, publicação oficial da *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*, vinculada à Organização das Nações Unidas e à Organização Mundial de Saúde (OMS).

⁴⁵ Disque Direitos Humanos. Relatório 2019. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf

casos, correspondendo a 1.550 crianças notificadas (78,8%). Todas os recortes etários apresentaram percentuais próximos, sobressaindo a faixa etária de 6 a 9 anos para ambos os sexos: meninas (80,8%) e meninos (80,7%) (Tabela 5).

Importante ressaltar que, embora o percentual de encaminhamento para o Conselho Tutelar seja expressivo, de acordo com Bazon (2008), ao analisar diversos estudos que visavam contribuir com a descrição de casos de violência contra crianças, poucos trabalharam com as informações dos Conselhos Tutelares. A maioria trata informações disponibilizadas por serviços de atendimento e/ou encaminhamento de vítimas, no âmbito da saúde o que aporta maior viés para o perfil dos casos analisados e, por consequência, para a caracterização do fenômeno da violência. Essa realidade, de fato, retrata subnotificação de casos, e consequentemente a invisibilidade de ocorrências de violência contra crianças.

Tabela 5 Características da Violência contra crianças notificadas no Sinan por sexo, Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Características da violência	<1 ano (N=349; 37,2%)		<1 ano (N=333; 32,4%)		<1 ano (N=682; 34,6%)	
	1-4 anos (N=336; 35,8%)		1-4 anos (N=409; 39,7%)		1-4 anos (N=745; 37,9%)	
	5-9 anos (N=254; 27,0%)		5-9 anos (N=287; 27,9%)		5-9 anos (N=541; 27,5%)	
	N	%	N	%	N	%
Ocorreu Outras vezes						
<1 ano	18	5,2	22	6,6	40	5,7
1-4 anos	24	7,1	46	11,2	70	9,4
5-9 anos	48	18,9	65	22,6	113	20,9
Violência Negligência/Abandono						
<1 ano	276	79,1	249	74,8	525	77,0
1-4 anos	234	69,6	226	55,3	460	61,7
5-9 anos	148	58,3	137	47,7	285	52,7
Violência Física						
<1 ano	41	11,7	40	12,0	81	11,9
1-4 anos	50	14,9	54	13,2	104	14,0
5-9 anos	85	33,5	66	23	151	27,9
Violência Sexual						
<1 ano	2	0,6	11	3,3	13	1,9
1-4 anos	25	7,4	114	27,9	139	18,7
5-9 anos	41	16,1	99	34,5	140	25,9
Vínculo com possível agressor/Mãe						
<1 ano	283	81,1	255	76,6	538	78,9
1-4 anos	212	63,1	217	53,1	429	57,6
5-9 anos	217	85,4	120	41,8	247	45,7
Vínculo com possível agressor/Pai						
<1 ano	126	36,1	119	35,7	245	35,9
1-4 anos	114	33,9	129	31,5	243	32,6
5-9 anos	87	34,3	85	28,6	172	31,8
Ocorrência em Residência						
<1 ano	104	29,8	104	31,2	208	30,5
1-4 anos	136	40,5	204	49,9	343	46,0
5-9 anos	107	42,1	180	62,7	287	53,0
Encaminhamento/Conselho Tutelar						
<1 ano	281	80,5	267	80,2	548	80,4
1-4 anos	259	77,1	306	74,8	565	75,8
5-9 anos	205	80,7	232	80,8	437	80,8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

5.1.2.4 Breve panorama das crianças notificadas em idade escolar (6-9 anos)

Ao avaliar a escolaridade⁴⁶ das crianças notificadas, foram consideradas as orientações legais e normas estabelecidas pelo CNE, que delimita a data de corte, ou seja, a data de ingresso das crianças no Ensino Fundamental a partir dos seis anos de idade, completos ou a completar até o início do ano letivo. Assim, foram identificados 422 registros de crianças (6-9 anos) no Sistema de Notificação de Violências, sendo 211 meninas e 211 meninos. Ressalta-se que o campo *escolaridade* apresentou preenchimento em branco ou “ignorado” em 60,9% das notificações compreendidas nessa faixa etária.

O total de 69 meninas e 68 meninos inclusos em alguma etapa do Ensino Fundamental representou 32,5% das notificações; e nove crianças (2,1%) foram identificadas como “analfabeto”, o que presume-se que esse percentual refere-se àqueles sem nenhuma escolaridade ou não ingressos na rede de ensino.

Foram identificadas 18 crianças em situação de evasão/abandono escolar e destes, dois com escolaridade com preenchimento *ignorado* ou *em branco*. Outras 14 crianças com seis anos de idade foram identificadas equivocadamente na categoria “*Não se aplica*”⁴⁷.

Os dados sobre escolaridade na faixa etária de 6-9 anos nos atentam à construção da evasão/abandono escolar já na infância nas séries iniciais de estudo e sinalizam indícios do “aprendizado do fracasso”, abandono e evasão escolar.

Nessa perspectiva, o fracasso escolar significa insuficiente alfabetização, elevado número de reprovação, defasagem série/idade, exclusão da escola ao longo dos anos e dificuldades escolares não superadas que comprometem o prosseguimento dos estudos, problemas que atingem principalmente as crianças e jovens mais vulneráveis.

De acordo com o Inep, as notas estatísticas do censo escolar 2016 revelam uma escala progressiva de fracasso que já se inicia nos anos iniciais do Ensino Fundamental e aumenta consideravelmente até o ensino médio (Inep, 2016).

Estudo produzido com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) de 2012 a 2021 confirmou os efeitos negativos da pandemia de Covid-19 sobre a Educação Pública brasileira ao destacar que entre 2019 e 2021, houve um

⁴⁶De acordo com o “Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada”(BRASIL, 2016c), a classificação da escolaridade da pessoa atendida/vítima é obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação de acordo com os níveis de ensino adotados no Brasil.

⁴⁷O campo “Não se aplica” enquanto referência à variável “Idade” deve ser considerado à pessoa com idade inferior a 6 anos e pessoa com comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave (BRASIL, 2016c)

aumento de 66,3% no número de crianças de 6 e 7 anos de idade que, segundo seus responsáveis, não sabiam ler e escrever. O número passou de 1,4 milhão em 2019 para 2,4 milhões em 2021. Este impacto reforçou a diferença entre crianças brancas e crianças pretas e pardas. Os percentuais de crianças pretas e pardas de seis e sete anos de idade que não sabiam ler e escrever passaram de 28,8% e 28,2% em 2019 para 47,4% e 44,5% em 2021, sendo que entre as crianças brancas o aumento foi de 20,3% para 35,1% no mesmo período⁴⁸.

Quanto aos dados sobre os encaminhamentos direcionados às crianças em idade escolar, 36 crianças (16 meninas e 20 meninos) foram encaminhadas ao Conselho Tutelar. Todas tinham escolaridade definida. Observaram-se, ainda, seis encaminhamentos à rede de educação, e destes, duas crianças com Ensino Fundamental incompleto e quatro crianças identificadas como “*analfabetas*”.

Conforme critérios estabelecidos, o IBGE mede o grau de analfabetismo da população adulta considerando a pessoa de 15 anos ou mais que declara não saber ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece; assim como aquela que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, e a que apenas assina o próprio nome.

5.1.3 Notificação de violência contra adolescentes em Duque de Caxias - RJ

5.1.3.1 Registros, atendimentos e local de residência

Entre os anos 2015 e 2019 foram registrados na base de dados do Sinan do município de Duque de Caxias-RJ 2.665 casos de Violência Interpessoal/Autoprovocadas perpetradas contra adolescentes com idade entre 10 e 19 anos residentes neste município, correspondendo a 31,6% total dos registros identificados (Tabela 6).

O total de unidades de saúde notificadoras correspondeu a 80 estabelecimentos. Destes ingressos, 39 ocorreram em unidades de saúde locais, sendo 37 unidades de saúde públicas e duas da rede privada. Outras 41 unidades de saúde notificadoras localizavam-se em municípios diferentes de Duque de Caxias-RJ.

Conforme a Tabela 6, quase a totalidade das notificações (95,5%) identificou usuários adolescentes com atendimento na rede pública de saúde local, como mesmo percentual de atendimento para ambos os sexos (95,5%).

⁴⁸Disponível em <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2022/02/digital-nota-tecnica-alfabetizacao-1.pdf>. Acesso em 08.Agosto.2023

Quanto à área residencial, houve maior concentração de adolescentes (40,6%) residentes no Segundo Distrito (Campos Elíseos). Este mesmo Distrito concentrou o maior percentual de moradia para ambos os sexos (Tabela 6).

Tabela 6 Características demográficas da violência contra adolescentes notificadas no Sinan por sexo segundo Área de residência e US. DQ. de Caxias -RJ, 2015-2019.

Área de residência e US de atendimento	Meninos		Meninas		Total	
	(N=711; 26,7%)		(N=1954; 73,3%)		(N=2665; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
US de Atendimento						
US pública local (37)	679	95,5	1867	95,5	2546	95,5
US privada local (2)	0	0	2	0,1	2	0,1
US fora do município (41)	32	4,5	85	4,4	117	4,4
Total	711	100	1954	100	2665	100
Distrito de Residência						
Primeiro Distrito (Duque de Caxias)	251	35,3	510	26,1	761	28,6
Segundo Distrito (Campos Elíseos)	270	38,0	811	41,5	1081	40,6
Terceiro Distrito (Imbariê)	134	18,8	403	20,6	537	20,1
Quarto Distrito (Xerém)	29	4,1	145	7,4	174	6,5
Ignorados/Em branco	27	3,8	85	4,4	112	4,2
Total	711	100	1954	100	2665	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

Conforme os dados apresentados na Tabela 7, não há variações relevantes quanto às tendências do número de casos notificados nos cinco anos analisados. As meninas adolescentes constituem expressivos 73,2% dos registros de violência contra 26,7% dos adolescentes meninos informados na base de dados do Sinan. Durante o período analisado, em todos os anos a proporção de notificação de violência foi sempre maior para o sexo feminino.

A faixa etária de 15 a 19 anos apresentou maior frequência de registros de violência em todo o período analisado (65,6%) e chama a atenção a elevada frequência de notificações de adolescentes meninas (77,9%) em relação a população masculina notificada nesta mesma faixa etária (22,1%) (Tabela 7).

Ao analisar a variável raça/cor, a população adolescente declarada parda correspondeu ao maior percentual de notificações (40,4%) em comparação com as demais raças. Adolescentes pardos e pretos perfazem 56,5% das notificações de violência. Do total de 1.076 casos notificados de violência contra adolescentes pardos, 75,8% distribuem-se entre as meninas e 24,2% entre os meninos (Tabela 7).

Nessa perspectiva e considerando que todas as dimensões da desigualdade brasileira se refletem na vida de crianças e adolescentes, os aspectos étnico-raciais também comprovam a desigualdade da população brasileira, pois entre os 10% mais pobres, 78,5% são pretos ou pardos (IBGE, 2019).

Notou-se considerável percentual de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor apresentando o campo de preenchimento em branco ou com a opção “Ignorado”, o que denota uma das fragilidades nos processos de notificação que refletem na qualidade dos dados do Sinan. Embora seja considerada uma variável de preenchimento obrigatório, 706(26,5%) notificações tiveram este campo preenchido com informação não válida.

Foram identificados ainda 80 adolescentes com algum tipo de deficiência, 49 (física, intelectual, visual, auditiva) e/ou transtornos (mental ou de comportamento), conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 Características demográficas da Violência contra adolescentes notificadas no Sinan por sexo segundo Faixa etária e Deficiência/transtorno. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Características Demográficas	Meninos (N=711; 26,7%)		Meninas (N=1954; 73,3%)		Total (N=2665; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Ano de Notificação						
2015	158	22,2	432	22,1	590	22,1
2016	133	18,7	381	19,5	514	19,3
2017	141	19,8	379	19,4	520	19,5
2018	146	20,5	336	17,2	482	18,1
2019	133	18,7	426	21,8	559	21
Total	711	100	1954	100	2665	100
Faixa Etária						
10 a 14 anos	325	35,4	592	64,6	917	100
15 a 19 anos	386	22,1	1362	77,9	1748	100
Total	711	26,7	1954	73,3	2665	100
Raça/cor						
Branca	102	14,4	348	17,8	450	16,9
Preta	136	19,1	292	14,9	428	16,1
Amarela	0	0	1	0,1	1	0
Parda	260	36,6	816	41,8	1076	40,4
Indígena	0	0	4	0,2	4	0,2
Ignorado/Em branco	213	30,0	493	25,2	706	26,5
Total	711	100,0	1954	100,0	2665	100,0
Deficiência/Transtorno						
Sim	31	4,4	49	3,0	80	3,0
Não	280	39,4	1016	51,0	1296	48,6
Ignorado/Em branco	400	56,3	889	46,0	1289	48,4
Total	711	100	1954	100	2665	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

⁴⁹De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (promulgada pelo Decreto nº 6.949 de 25/08/2009): “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

5.1.3.2 Escolaridade

O nível de instrução da população brasileira é uma importante variável de inserção social, considerado como indicador melhor avaliado entre aquelas pessoas que já poderiam ter concluído o seu processo regular de escolarização, em geral, em torno dos 25 anos de idade.

Quanto à escolaridade, as tabelas 8 e 9 chamam a atenção para o número elevado de notificações que apresentaram dados ignorados ou em branco no preenchimento da variável escolaridade. Ao considerar todos os registros notificados, a faixa etária de adolescentes com idade entre 10-14 anos (40,3%) apresentou percentual mais elevado que a faixa etária de 15-19 anos (30,9%).

De acordo com estudos realizados por Cerqueira (2016) e Andrade *et al.* (2020), a falta de instrução está relacionada ao aumento dos casos de violência. Contudo, vítimas com maior escolaridade e maior riqueza buscam serviços de saúde privados e, muitas vezes, solicitam a omissão de informações, causando subnotificações e distorção do real perfil da violência.

No contexto das notificações de casos de violência interpessoal/autoprovocada notificadas em residentes em Duque de Caxias – RJ, foram identificados 12 adolescentes não alfabetizados na idade adequada (Tabela 8 e Tabela 9). Nessa perspectiva, vale ressaltar que o analfabetismo atinge cerca de 7% da população brasileira, o que corresponde a aproximadamente 11,5 milhões de pessoas. O índice é considerado alto e traz inúmeros problemas para o indivíduo e para o desenvolvimento do Brasil (IBGE, 2019).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua, 2019) revelou que a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade passou de 6,8%, em 2018, para 6,6%, em 2019. Apesar da queda, que representou cerca de 200 mil pessoas, o Brasil tinha neste período, estimados 11 milhões de analfabetos (IBGE, 2019).

De acordo com a Tabela 8, ao considerar apenas os 1.203 registros com escolaridade informada, 348(28,9%) adolescentes com 15 anos ou mais ingressaram no ensino médio, e destes, apenas 76(4,4%) finalizaram a educação básica obrigatória. Este nível de instrução é estimado para as pessoas de 15 anos ou mais de idade por pertencerem a um grupo etário que já poderia ter concluído o seu processo regular de escolarização.

Nas Tabelas 8 e 9 evidencia-se ainda que, no tocante à escolaridade declarada houve predomínio da etapa de ensino entre a 5ª e a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental nas duas faixas etárias dos adolescentes, com 324(35,3%) registros no corte etário de 10 a 14 anos e 652(37,3%) registros na faixa etária de 15 a 19 anos.

Tabela 8 Escolaridade da vítima de violência com idade entre 10-14 anos segundo sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Adolescentes 10-14 anos	MASC		FEMI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Escolaridade						
1ª a 4ª série incompleta do EF	52	16,0	54	9,1	106	11,6
4ª série completa do EF	16	4,9	41	6,9	57	6,2
5ª a 8ª série incompleta do EF	105	32,3	219	37,0	324	35,3
Ensino Fundamental completo	4	1,2	10	1,7	14	1,5
Ensino Médio incompleto	7	2,2	27	4,6	34	3,7
Ensino Médio completo	0	0,0	4	0,7	4	0,4
Escolaridade Informada	184	56,6	355	60,0	539	58,8
Analfabeto/sem escolaridade	6	1,8	2	0,3	8	0,9
Ignorado/Branco	135	41,5	235	39,7	370	40,3
Total	325	100,0	592	100,0	917	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

Tabela 9 Escolaridade da vítima de violência com idade entre 15-19 anos segundo sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Adolescentes 15-19 anos	MASC		FEMI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Escolaridade						
1ª a 4ª série incompleta do EF	31	8,0	39	2,9	70	4,0
4ª série completa do EF	19	4,9	41	3,0	60	3,4
5ª a 8ª série incompleta do EF	121	31,3	531	39,0	652	37,3
Ensino Fundamental completo	15	3,9	58	4,3	73	4,2
Ensino Médio incompleto	51	13,2	221	16,2	272	15,6
Ensino Médio completo	3	0,8	68	5,0	71	4,1
Educação Superior incompleta	1	0,3	4	0,3	5	0,3
Escolaridade informada	241	62,4	962	70,6	1203	68,8
Analfabeto/sem escolaridade	3	0,8	1	0,1	4	0,2
Ignorado/Em branco	142	36,8	399	29,3	541	30,9
Total	386	100,0	1362	100,0	1748	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

5.1.3.3 Situação conjugal/estado civil, orientação sexual e identidade de gênero

No tocante à “situação conjugal/estado civil”, a Tabela 10 sinaliza que entre os adolescentes compreendidos na faixa etária de 10 a 19 anos, 106(4%) adolescentes declararam estar casado/a ou em união consensual, e deste grupo etário, 99(93,3%) eram meninas adolescentes. Evidenciaram-se, ainda, registros de 1800(67,5%) adolescentes declarados solteiros/solteiras. Importante ressaltar que a situação conjugal pode ter interpretações variadas tanto por parte do declarante quanto por parte dos notificadores. A pessoa atendida pode declarar-se solteira ou casada, independentemente de exercer convívio conjugal com namorado/a ou companheiro/a.

Observou-se o elevado número de dados ignorados e sem preenchimento para a

variável *Situação conjugal/ Estado civil*. Para o grupo de adolescentes no corte etário de 15-19 anos, as 333(19,1%) notificações sem preenchimento podem ocultar a violência na relação de intimidade. Das 205 (22,4%) notificações com o campo de preenchimento sem definição para adolescentes na faixa etária de 10-14 anos, entende-se que possivelmente são casos aplicáveis à categoria *Não se aplica*, peculiar a esta faixa etária.

De acordo com a Tabela 10, a categoria *Não se aplica* para a variável Situação conjugal/estado civil foi identificada em 166(18,1%) registros de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos. Tratam-se de inconsistências no preenchimento da notificação⁵⁰. De acordo com o ECA, a equipe de atendimento à vítima deve se responsabilizar por investigar situações conjugais envolvendo menores de 12 anos.

Com relação à orientação sexual, no tocante à população LGBTQIA+, foram notificadas 39(1,5%) adolescentes homossexuais e bissexuais; deste grupo, a violência foi frequente em 29(1,5%) adolescentes do sexo feminino – homossexuais e lésbicas.

No que tange à *Identidade de gênero* declarada, 23 adolescentes (0,9%) declararam-se travesti, transexual homem ou transexual mulher (Tabela 10). Vale ressaltar que são objetos de notificação as violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades, assim como a população LGBTQIA+ no caso de violência extrafamiliar/comunitária.

Chama ainda a atenção na Tabela 10 a interpretação equivocada, possivelmente por parte do profissional notificador nas definições e correlações de *identidade de gênero*, ao registrar 11 adolescentes transexuais mulheres identificadas na categoria *sexo* (biológico) *feminino*, assim como dois adolescentes transexuais homens identificados com sexo (biológico) na categoria *masculino*.

Os dados apresentados configuram apenas um pequeno aspecto dos casos de violência de gênero atendidas nos serviços de saúde contra a população adolescente LGBTQIA+ e estão sujeitos à subnotificação do evento, e vale destacar que os elevados percentuais de dados ignorados no preenchimento das variáveis Orientação Sexual (60%) e Identidade de Gênero (72%), o que também caracteriza possível subnotificação de casos.

Estudo realizado Pinto *et al.* (2019) sugere que os elevados percentuais de casos ignorados nas variáveis “Orientação Sexual” e “Identidade de Gênero” podem ser consequência de preconceitos e dificuldades de abordagem dessas questões por profissionais de saúde. É recorrente o relato de práticas discriminatórias nos estabelecimentos, o que

⁵⁰Segundo o instrutivo “Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada”, esta opção de preenchimento, em se tratando de *situação conjugal*, deve ser para os casos que envolvam crianças menores de 10 anos (crianças de zero a 9 anos). No momento da digitação dos dados, o sistema faz esse preenchimento automaticamente (Brasil, 2016).

impacta de forma negativa o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde, especialmente das pessoas travestis e transgêneras.

Tabela 10 Situação conjugal/estado Civil, Orientação sexual e identidade de gênero de adolescentes com idade entre 10-19 anos segundo sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

	Meninos (N=711; 26,7%)		Meninas (N=1954; 73,2%)		Total (N=2665; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Situação Conjugal/Estado Civil (10-14 anos)						
Solteiro	170	52,3	366	61,8	536	58,5
Casado/União Consensual	0	0	8	1,4	8	0,9
Viúvo	0	0	1	0,2	1	0,1
Separado	0	0	1	0,2	1	0,1
Não se Aplica	73	22,5	93	15,7	166	18,1
Ignorado/Em branco	82	25,2	123	20,8	205	22,4
Total	325	100,0	592	100,0	917	100
Situação Conjugal/Estado Civil (15-19 anos)						
Solteiro/a	289	74,9	975	71,6	1264	72,3
Casado/a União Consensual	7	1,8	91	6,7	98	5,6
Separado/a	0	0	3	0,2	3	0,2
Não se Aplica	14	3,6	36	2,6	50	2,9
Ignorado/ Em branco	76	19,7	257	18,9	333	19,1
Total	386	100,0	1362	100,0	1748	100,0
Orientação sexual (10-19 anos)						
Heterossexual	82	11,5	542	27,7	624	23,4
Homossexual (gay/lésbica)	9	1,3	18	0,9	27	1,0
Bissexual	1	0,1	11	0,6	12	0,5
Não se aplica	135	19	268	13,7	403	15,1
Ignorado/ Em branco	484	68,1	1115	57,1	1599	60,0
Total	711	100,0	1954	100,0	2665	100,0
Identidade de gênero (10-19 anos)						
Travesti	2	0,3	0	0	2	0,1
Transexual Mulher	2	0,3	11	0,6	13	0,5
Transexual Homem	2	0,3	6	0,3	8	0,3
Não se aplica	172	24,2	552	28,3	724	27,2
Ignorado/ Em branco	533	75,0	1385	70,9	1918	72,0
Total	711	100,0	1954	100,0	2665	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

5.1.3.4 Adolescentes gestantes

Conforme os dados apresentados na Tabela 11, entre os anos 2015 e 2019 foram identificadas 423 adolescentes gestantes nas notificações de violência interpessoal e autoprovocada, correspondendo a 21,6% do total das 1.954 adolescentes notificadas no período. No momento da notificação, 234 (55,3%) adolescentes estavam no terceiro trimestre de gravidez.

De acordo com o IBGE, no Brasil, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com

idade entre 10 e 19 anos⁵¹, dado superior aos índices internacionais, o que consolida a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública no Brasil, principalmente quando se relaciona a violência sexual e a iniquidade de gênero, visto que esta violência atinge em sua maioria o gênero feminino.

Considerando a adolescência como uma fase de grande relevância para o reconhecimento da sexualidade; a existência de uma maior prematuridade na iniciação sexual na fase da adolescência e que a atividade sexual precoce expõe os adolescentes a diversos problemas como aborto, múltiplos parceiros sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, a gravidez indesejada entre outros (TAVARES *et al.*, 2017), torna-se relevante identificar a gravidez precoce no contexto das notificações de violência, uma realidade na vida dessas jovens cada vez mais comum na sociedade contemporânea.

A Tabela 11 sinaliza 78 (18,4%) adolescentes gestantes com idade entre 10 -14 anos e 345 (81,6%) adolescentes gestantes na faixa etária de 15 -19 anos. Importante sinalizar que o risco de morte materna para mães com menos de 15 anos de idade em países de baixa e média renda é o dobro do risco que há para mulheres mais velhas, e, conforme a legislação nacional acerca do estupro de vulnerável (em menores de 14 anos), a notificação é compulsória (UNFPA, 2013).

Tabela 11 Perfil das adolescentes gestantes residentes em Duque de Caxias – RJ, notificadas nas fichas de Violência. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Perfil da vítima Adolescente Gestante	10-14 anos(N=78; 18,4%)		15-19 anos(N=345; 81,67%)		Total(N=423; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Ano de notificação						
2015	10	12,8	53	15,4	63	14,9
2016	23	29,5	75	21,7	98	23,2
2017	18	23,1	77	22,3	95	22,5
2018	10	12,8	71	20,6	81	19,1
2019	17	21,8	69	20,0	86	20,3
Total	78	100,0	345	100,0	423	100,0
Adolescentes Gestantes						
1º Trimestre	25	32,1	42	12,2	67	15,8
2º Trimestre	16	20,5	40	11,6	56	13,2
3º Trimestre	27	34,6	207	60	234	55,3
Idade gestacional Ignorada	10	12,8	56	16,2	66	15,6
Total	78	100,0	345	100,0	423	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

⁵¹Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/swop2017/navegacao/swop.html>. Consulta em 20 de Fevereiro de 2023.

5.1.3.5 Caracterização da violência

Sob o ponto de vista da violência, conforme apresentação da tabela 12, as violências motivadas por “*sexismo*” (3,1%) e por *conflito geracional*” (2,4%) foram as mais evidenciadas entre os adolescentes.

Quanto ao preenchimento da variável, chama a atenção o número de notificações com indefinição quanto à motivação da violência perpetrada contra esse grupo etário. Somente 7,3% dos casos apresentaram este dado, enquanto 92,7% apresentaram preenchimento “ignorado”, “outros”, “não se aplica” ou apresentaram campo sem preenchimento. De certo, essa incompletude dos dados compromete a análise das motivações das violências.

Um fundamento para a incompletude dos dados epidemiológicos é de que a complexidade e naturalização das violências pode dificultar o entendimento do profissional que acolhe uma pessoa em situação de violência e precisa realizar a sua notificação⁵².

Conforme apresentação da Tabela 12, no grupo de adolescentes, a violência de repetição esteve presente em 104 (14,6%) registros para homens e 442 (25,3%) para mulheres.

Ao identificar a frequência de casos notificados de violência recorrente contra adolescentes no estado do Espírito Santo e sua associação com as características da vítima, da violência e dos agressores, Leite *et al.* (2022), em estudo descritivo de casos de violência contra adolescentes, destacou a maior frequência no sexo feminino (78,3%), na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade (52,5%) raça/cor não branca (72%), sendo o tipo de agravo mais frequente, a violência física (34%).

Em pesquisa realizada a nível nacional com dados de notificação de violência contra adolescentes registrados no Sinan entre 2011 e 2017, foi observado que 39,9% dos eventos tiveram caráter de repetição (PEREIRA, 2020). Além de ocorrer outras vezes, independentemente da forma ou tipologia, a violência também não costuma ocorrer de forma isolada e diferentes tipologias podem estar relacionadas entre si. Nessa perspectiva, a ficha de notificação permite em seu preenchimento que seja definida mais de um tipo de violência.

De acordo com a Tabela 12, o tipo de violência mais frequente perpetrado contra os

⁵²Análise das situações de violência no Rio Grande do Sul: contribuição para o aprimoramento da Vigilância em Saúde de populações vulneráveis no SUS [e-book] / Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira, Maurício Polidoro. Porto Alegre: UFRGS, 2020.88p. Disponível em: <https://atencabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/29145849-relato-u0301rio-especial-29-88pag-final.pdf>. Consulta em 17.fev.2023.

adolescentes foi a “Negligência/abandono” com 1.396 (52,4%) casos, correspondendo mais da metade das notificações, presente em 396 casos (43,2%) contra adolescentes homens e em 1.000 casos (57,2%) contra adolescentes mulheres.

Estudo realizado pelo Conselho Tutelar, no município da Baixada Fluminense - RJ, trouxe resultados semelhantes, e ressaltam que o elevado número de casos de negligência se deve, em parte, a uma indefinição consensual do conceito e uma inobservância de sua complexidade, o que dificulta uma análise mais apurada do fenômeno, já que em muitas vezes é utilizada de forma equivocada para descrever situações de pobreza extrema (SILVA, GONÇAVES, 2019).

Em outro estudo, ao analisar 386 casos notificados de violência psicológica e negligência contra adolescentes com idade entre 10 a 19 anos no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018, chamou a atenção a violência por negligência sendo mais frequente em relação à violência psicológica (LEITE *et al.*, 2021).

Conforme dados apresentados na Tabela 10, a violência física configurou-se em segundo lugar, detectada em 345(37,6%) notificações de adolescentes homens e em 695(39,8%) notificações de adolescentes mulheres. Esta tipologia esteve presente no total de 1.040(39%) registros, sendo o tipo de violência informada com maior percentual de aproximação entre ambos os sexos.

A violência psicológica, de difícil identificação, apresentou-se como o terceiro tipo com maior frequência, sobressaindo o percentual de adolescentes meninas (20%), com o dobro de registros em relação aos adolescentes meninos (9,9%), considerando o total de indivíduos em cada grupo analisado (Tabela 12).

Nessa direção, é importante ressaltar estudo recente realizado por Dhamayanti (2020) com amostra final de 786 alunos de ensino médio onde conclui-se que a violência psicológica foi o maior fator de risco para depressão ao identificar relação entre histórico de situações de abuso infantil e sintomas de depressão.

A violência sexual apresentou expressivos 278(15,9%) registros em adolescentes mulheres contra 39(4,3%) casos em homens (Tabela 12). Este dado sinaliza a preferência dos autores das violências por mais jovens, que pode ser explicada pelo fato de serem mais vulneráveis, assim como um padrão de vitimização diferenciado para meninos e meninas em relação à violência sexual, em que o sexo feminino apresenta maior percentual de vitimização. Segundo Moreira *et al.* (2008), a violência cometida contra meninas e mulheres se dá devido ao poder, às desigualdades de gênero, classe social, etnia e geração.

Conforme publicação do UNICEF) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública

(FBSP), com uma análise inédita dos boletins de ocorrência das 27 unidades da Federação, entre 2016 e 2020, entre os anos 2017 e 2020 ocorreram 180 mil registros de violência sexual – uma média de 45 mil por ano. A grande maioria, cerca de 31 mil desses casos, estava na faixa etária entre 15 e 19 anos. (UNICEF/FBSP, 2021).

Com relação às autoagressões e tentativas de suicídio (autoprovocada ou autoinfligida), conforme dados da Tabela 12, chama atenção que uma em quase dez (9,9%) das adolescentes atendidas constatou-se esse tipo de violência. Os adolescentes meninos corresponderam a 45 (4,9%) registros. Segundo Bahia *et al.* (2017), o suicídio está entre as dez principais causas de mortes no mundo, atingindo em sua grande maioria, jovens e jovens adultos.

Quanto às formas de violência provocadas pelos diferentes meios de agressão no grupo de adolescentes notificados, a categoria “outra agressão” (42,3%), outro tipo de agressão não contemplada nas categorias citadas foi a que apresentou maior registro, tanto para adolescentes do sexo masculino (28,8%) quanto para o sexo feminino (49,4%).

A segunda forma de violência mais notificada foi a “força corporal/espancamento”, presente em 185(20,2%) adolescentes homens e 535(30,6%) adolescentes mulheres. Quando analisadas conforme as categorias “masculino” e “feminino”, a terceira forma de violência com maior frequência diverge: os adolescentes homens destacam-se com o meio de agressão “arma de fogo”, presente em 99(10,8%) dos casos, e as adolescentes meninas com o meio de agressão “ameaça” em 223(12,8%) casos (Tabela 12).

Com base nas variáveis que apresentaram dados sobre os possíveis agressores, em âmbito intrafamiliar sobressaíram as mães para ambos os sexos, com 34,% para os meninos e 44,2% para as meninas. Esse registro pode ter correlação com os casos notificados de negligência, pois adolescentes estão mais sujeitos aos cuidados das mulheres, principais responsáveis pela condução da educação e de outras responsabilidades sobre os filhos menores de idade. Ao considerar ambos os genitores, esse índice ultrapassou em mais da metade para ambos os sexos: 56,1% para os meninos e 69,2% para as meninas notificadas.

De acordo com Mata (2016), os estudos mostram que os casos de negligência em sua grande parte são praticados dentro de seus lares e por seus responsáveis. Entretanto, há inúmeras variáveis que interferem no comprometimento dos pais em relação aos filhos. Segundo a autora, alerta-se quanto a isso, pois há definições que expõem claramente que a negligência envolve falhas dos “pais”.

Ao analisar os possíveis agressores, a Tabela 12 ilustra a violência doméstica perpetrada contra adolescentes do sexo feminino e o vínculo com o possível agressor:

somando cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado, 17,3% adolescentes mulheres sofreram alguma agressão de seus parceiros ou ex-parceiros.

Segundo a OMS (2012), são fatores de risco da violência por parceiro íntimo no nível individual: juventude, baixo nível socioeconômico/renda, baixa escolaridade, estado civil (separada/divorciada), gravidez, exposição a maus-tratos na infância, violência interparental, abuso sexual, depressão, uso de drogas, aceitação da violência pela sociedade e exposição anterior ao abuso.

Tabela 12 Características das violências perpetradas contra adolescentes segundo Sexo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Caracterização das Violências	Meninos (N=711; 26,7%)		Meninas (N=1954; 73,3%)		Total (N=2665; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Violência motivada por						
Sexismo	3	0,4	80	4,1	83	3,1
Homofobia/Lesbofobia/Transfobia	2	0,3	9	0,5	11	0,4
Racismo	0	0	1	0,1	1	0
Intolerância religiosa	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Conflito geracional	13	1,8	52	2,7	65	2,4
Situação de rua	7	1,0	13	0,7	20	0,8
Deficiência	4	0,6	7	0,4	11	0,4
Outros	68	9,6	154	7,9	222	8,3
Não se aplica	161	22,6	356	18,2	517	19,4
Ignorado/em branco	425	63,5	1281	18,2	173	65,0
Total	711	100,0	1954	100	2665	100
Tipificação da Violência						
Violência de repetição	104	11,3	442	25,3	546	20,5
Lesão Autoprovocada	45	4,9	173	9,9	218	8,2
Violência Física	345	37,6	695	39,8	104	39,0
Violência Psicológica/moral	91	9,9	349	20,0	440	16,5
Tortura	15	1,6	45	2,6	60	2,3
Sexual	39	4,3	278	15,9	317	11,9
Tráfico de seres humanos	3	0,3	3	0,2	6	0,2
Econômica/Financeira	8	0,9	20	1,1	28	1,1
Negligência/Abandono	396	43,2	1000	57,2	1396	52,4
Trabalho Infantil	11	1,2	10	0,6	21	0,8
Intervenção Legal	4	0,4	7	0,4	11	0,4
Outra Violência	32	3,5	77	4,4	109	4,1
Total/adolescentes	917	100,0	1748	100,0	2665	100,0
Meio de Agressão						
Força corporal/Espancamento	185	20,2	535	30,6	720	27,0
Enforcamento	11	1,2	68	3,9	79	3,0
Objeto Contundente	24	2,6	38	2,2	62	2,3
Objeto perfurocortante	33	3,6	77	4,4	110	4,1
Substância e Objeto quente	5	0,5	17	1	22	0,8
Envenenamento	16	1,7	82	4,7	98	3,7
Arma de fogo	99	10,8	35	2,0	134	5,0
Ameaça	47	5,1	223	12,8	270	10,1
Outra agressão	264	28,8	864	49,4	1128	42,3
Total/adolescentes	917	100,0	1748	100,0	2665	100,0
Possível agressor						
Pai	202	22,0	437	25	639	24,0
Mãe	313	34,1	772	44,2	1085	40,7
Padrasto	26	2,8	65	3,7	91	3,4

Continuação:

Caracterização das Violências	Meninos (N=711; 26,7%)		Meninas (N=1954; 73,3%)		Total (N=2665; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Madrasta	5	0,5	12	0,7	17	0,6
Cônjuge	0	0	94	5,4	94	3,5
Ex-cônjuge	3	0,3	51	2,9	54	2,0
Namorado/a	4	0,4	121	6,9	125	4,7
Ex-namorado/a	1	0,1	36	2,1	37	1,4
Irmão/ã	22	2,4	77	4,4	99	3,7
Amigo/conhecido	91	9,9	189	10,8	280	10,5
Desconhecido	77	8,4	116	6,6	193	7,2
Cuidador	2	0,2	3	0,2	5	0,2
Patrão/chefe	1	0,1	3	0,2	4	0,2
Pessoa com rel Institucional	8	0,9	11	0,6	19	0,7
Policial Ag da Lei	13	1,4	3	0,2	16	0,6
Própria pessoa	36	3,9	134	7,7	170	6,4
Outros Vínculos	41	4,5	124	7,1	165	6,2
Total/adolescentes	917	100,0	1748	100	2665	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

5.1.3.6 Encaminhamento

De acordo com a Tabela 13, a partir do atendimento pelos serviços de saúde, houve destinação para mais de um setor. Assim, 1.865(69,6%) adolescentes foram encaminhados ao Conselho Tutelar, conforme previsto em Lei.

A Rede de Saúde, local estratégico para o acolhimento de pessoas em situação de violência e responsável pelo atendimento para a recuperação das lesões e do sofrimento psíquico decorrentes do ato de violência apresentou o segundo maior percentual de encaminhamento: 454(17%). Outros 257(13,2%) adolescentes foram direcionadas à delegacia da Mulher, o que configura possível agressão físico-psicomoral sofrida (Tabela 13).

O setor saúde tem um papel importante a desempenhar por se tratar de uma área estratégica baseada em métodos científicos e abordagem interdisciplinar. Os encaminhamentos aos diversos setores evidenciam o trabalho na perspectiva intersetorial com esforços coletivos de áreas como as da saúde, educação e assistência social no enfrentamento da violência. Constituem-se locais estratégicos para o acolhimento de pessoas em situação de violência assim como redes de apoio e de proteção para a garantia de seus direitos.

Tabela 13 Perfil das adolescentes gestantes residentes em Duque de Caxias – RJ, notificadas nas fichas de Violência entre os anos 2015 e 2019. Duque de Caxias –RJ. 2015-2019.

	10-14 anos(N=711; 26,7%)		15-19 anos(N=1954; 73,3%)		Total(N=2665; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Rede de Encaminhamento						
Rede da Saúde	105	14,8	349	17,9	454	17,0
Assistência Social	29	4,1	108	5,5	137	5,1
Rede da Educação	6	0,8	50	2,6	56	2,1
Rede Atendimento à Mulher	3	0,4	101	5,2	104	3,9
Conselho Tutelar	543	76,4	1312	67,1	1855	69,6
Centro Referência Direitos Humanos	2	0,3	2	0,1	4	0,2
Ministério Público	4	0,6	6	0,3	10	0,4
Delegacia da criança/adolescentes	49	6,9	71	3,6	120	4,5
Delegacia Atendimento à Mulher	7	1,0	257	13,2	264	9,9
Just Infância Juventude	11	1,5	17	0,9	28	1,1
Defensoria Pública	2	0,3	4	0,2	6	0,2
Outras delegacias	91	12,8	218	11,2	309	11,6
Total	711	100,0	1954	100,0	2665	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

5.2 Escolaridade e evasão/abandono escolar: (in)visibilidades na perspectiva da notificação de violência

5.2.1 Perfil Societário das crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar

Entre os anos 2015 e 2019 foram registrados no Sinan o total de 2.764 notificações de violência interpessoal/autoprovocada de crianças e adolescentes residentes no município de Duque de Caxias-RJ e com idade entre 6 e 17 anos. Os registros de evasão/abandono escolar foram identificados em 938 (33,9%) destas notificações (Tabela 14).

Considerando o sexo dos indivíduos analisados, a Tabela 12 ilustra que o percentual da evasão/abandono escolar entre as meninas foi mais que o dobro (40,6%) em relação aos meninos (20%), entretanto, os meninos com idade entre 6-10 anos (2,3%) apresentaram percentual superior às meninas (0,9%) desta mesma faixa etária.

Esses dados refletem realidade similar às apresentada no estudo desenvolvido pela UNICEF e CENPEC Educação⁵³, que concluiu que entre 2016 e 2019, a exclusão escolar afetava principalmente quem já vivia em situação mais vulnerável. Os meninos eram maioria entre os que estavam fora da escola nas faixas etárias mais novas. O cenário se invertia quando chegavam ao final da adolescência, em que 50,9% eram meninas. Os maiores percentuais de exclusão de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos estavam nas regiões Norte(4,3%) e Centro-Oeste(3,5%), seguidas por Nordeste e Sul(2,7%) e Sudeste (2,1%).

⁵³Pesquisa Cenário da Exclusão Escolar no Brasil: um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação. Período de realização: nov. 2020 a abr. 2021. Parceiro: UNICEF. Dados publicados no site <https://buscaativaescolar.org.br/>. Consulta em:01/07/2023.

Tabela 14 Crianças e adolescentes em situação de evasão escolar segundo sexo e faixa etária. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019

Notificação de Violência Interpessoal/Provocada (6-17 anos)	Masculino (N=891)		Feminino (N=1873)		Total (N=2764)	
	N	%	N	%	N	%
Evasão/Abandono Escolar						
Faixa Etária						
06-10	21	2,3	17	0,9	38	1,4
11-14	44	4,9	113	6,0	157	5,7
15-17	113	12,7	630	33,6	743	26,9
Total	178	20,0	760	40,6	938	33,9

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

Conforme a distribuição dos registros apresentados na Tabela 15, no período 2015-2016 houve aumento de 11,8% de notificações de crianças e adolescentes notificadas nas fichas de violência interpessoal/autoprovocada e fora do âmbito escolar e diminuição de 12,5% no período 2018-2019.

Ao analisar os casos de evasão/abandono escolar, observou-se o predomínio de casos notificados para o sexo feminino (81%) contra 19% para o sexo masculino. Ao estratificar crianças e adolescentes conforme grupo etário, observou-se que a evasão/abandono escolar apresentou maior registro em adolescentes (95,9%) em comparação com os registros em crianças (4,1%). Constatou-se ainda que o fenômeno da evasão/abandono escolar dos adolescentes aumenta de acordo com o avanço das faixas etárias: 15 - 17 anos (79,2%), 10 - 14 anos (16,7%) (Tabela 15).

Tabela 15 Frequência por Ano de Notificação segundo sexo e Faixa Etária da pessoa atendida em situação de Evasão/Abandono escolar, Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

	2015(N=168)	2016(N=202)	2017(N=197)	2018(N=195)	2019(N=176)	Total (N=938)	
	N	N	N	N	N	N	%
Sexo							
Masculino	15	31	46	43	43	178	19
Feminino	153	171	151	152	133	760	81
Total	168	202	197	195	176	938	100
Faixa Etária							
6 a 9 anos	1	2	6	15	14	38	4,1
10 a 14 anos	20	46	33	26	32	157	16,7
15 a 17 anos	147	154	158	154	130	743	79,2
Total	168	202	197	195	176	938	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

Considerando as idades detalhadas com maior número de registros, conforme a Tabela 16, os registros de evasão/abandono escolar mostraram-se mais presentes no grupo etário notificado com idade entre 15 e 17 anos, com progressão conforme o avanço da idade: 15 anos, com 156 (16,6%) registros; 16 anos, com 288 (30,7%) registros; e com 17 anos, 299

(31,9%) registros.

Os dados nacionais apresentados pelo Ministério da Educação apontam que a maior taxa de evasão escolar revelada pelo Censo Escolar entre 2014 e 2015 foi de 12,7% dos alunos matriculados na primeira série do ensino médio, seguida por 12,1% dos matriculados na segunda série. A terceira maior taxa de evasão é no nono ano do ensino fundamental, que registrou 7,7%. Os números fazem parte dos indicadores de fluxo escolar na educação básica, divulgados pelo Inep⁵⁴.

Ao analisar o período posterior, os estudos desenvolvidos pela UNICEF e CENPEC Educação⁵⁵, com análise aprofundada do cenário educacional brasileiro, aponta que de 2016 até 2019, o percentual de meninas e meninos de 4 a 17 anos fora da escola no Brasil caiu de 3,9% para 2,7%. Em 2019, havia quase 1,1 milhão crianças e adolescentes em idade escolar obrigatória fora da escola no Brasil. A maioria deles, crianças de quatro e cinco anos (384 mil) e adolescentes de 15 a 17 anos (629 mil); considerando a faixa etária de 6 a 14 anos, eram 82 mil.

Em estudo realizado posteriormente, constatou-se que em 2020, mais de 5 milhões de meninos e meninas de seis a 17 anos não tinham acesso à educação no Brasil, o que corresponde a 13,9% dessa parcela da população em todo o Brasil (UNICEF/CENPEC, 2021).

Tabela 16 Idade detalhada de crianças e adolescentes em situação de evasão escolar segundo ano de notificação. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Ano de Notificação	(N=168)	(N=202)	(N=197)	(N=195)	(N=176)	(N=938)	
	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
	N	N	N	N	N	N	%
Idade detalhada							
6 anos	0	1	1	7	5	14	1,5
7 anos	1	0	0	2	3	6	0,6
8 anos	0	0	3	4	2	9	1,0
9 anos	0	1	2	2	4	9	1,0
10 anos	1	0	5	0	4	10	1,1
11 anos	0	2	1	3	1	7	0,8
12 anos	1	5	5	0	8	19	2,0
13 anos	4	11	8	7	7	37	3,9
14 anos	14	28	14	16	12	84	9,0
15 anos	33	25	39	34	25	156	16,6
16 anos	59	73	55	54	47	288	30,7
17 anos	55	56	64	66	58	299	31,9
Total	168	202	197	195	176	938	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

⁵⁴<http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/50411-evacao-no-ensino-medio-supera-12-revela-pesquisa-inedita> Consulta em 15.Março.2023.

⁵⁵Pesquisa Cenário da Exclusão Escolar no Brasil: um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação. Período de realização: nov. 2020 a abr. 2021. Parceiro: UNICEF. Dados publicados no portal <https://buscaativaescolar.org.br/>. Consulta em: 01/07/2023.

Estudos demonstram que a exclusão do ambiente escolar é personificada por pobres, negros, indígenas e quilombolas, e outra parcela tem algum tipo de deficiência; vive nas periferias dos grandes centros urbanos e muitos deixam a escola para trabalhar e contribuir com a renda familiar (Pnad, 2019). Nessa perspectiva, a Tabela 17 ilustra as frequências de raça/cor, situação ocupacional e pessoas com deficiência e transtornos.

Quanto à raça/cor, a raça/cor parda prevalece nos três cortes etários seguida da raça/cor preta. Pardos e pretos e brancos representam respectivamente 48,7%, 15,3% e 10,6% do total de crianças e adolescentes notificados.

A Tabela 17 chama a atenção da variável raça/cor sem preenchimento em 25% das notificações, o que resulta em impactos significativos nos dados epidemiológicos. Quando consideradas apenas as categorias com preenchimento, as raças parda e preta somadas representaram 85,8% da população informada em situação de evasão/abandono escolar.

Segundo a PNAD 2015⁵⁶, pessoas brancas, com renda alta e residente em área urbana apresentam 79% de possibilidade de alcançar os maiores índices de escolaridade, enquanto que, pessoas negras e de renda mais baixa tendem a ter um menor índice de avanço escolar. Já na hierarquia de raça, quando se trata de famílias chefiadas por mulheres negras, analfabetas e da área rural, esse índice é de 65% no Estado do Maranhão, e de 21,7% em Santa Catarina.

Ainda na Tabela 17 identificou-se o número de jovens em situação de evasão/abandono escolar que relataram estar trabalhando assim como as crianças e adolescentes com deficiência e transtornos. Denota-se a precariedade que geralmente permeia as condições de trabalho das 14 ocupações apresentadas nesta população, assim como a possibilidade de sub-registros, a exposição à violência, drogas, assédio sexual, tráfico de pessoas, e riscos de acidentes, dada a informalidade destas ocupações.

Através dos registros cabe ainda evidenciar a frequência de 12 adolescentes em situação de evasão escolar e com algum tipo de deficiência ou transtorno, condição que os torna mais vulneráveis às violências, assim como o possível sub-registro destas informações.

Conforme Cavalcante, Silva e Vieira (2020), o adolescente com 10 anos ainda é muito imaturo e a presença de alguma deficiência coloca-o em uma condição de dependência de terceiros, uma vez que necessita de mais cuidados, o que pode gerar um peso para quem cuida e conseqüente omissão dos cuidados básicos. Já a faixa de 15 a 19 são mais suscetíveis a violência psicológica, que pode surgir diante da humilhação, da falta de elogio e de estímulo

⁵⁶BRASIL.IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2015/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p. ISBN 978-85-240-4398-7. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25.Jun.2023.

para os desafios que precisam enfrentar.

Tabela 17 Frequência por Faixa Etária segundo Ocupação e Deficiência e transtorno em crianças e adolescentes em situação de abandono/evasão escolar notificadas no Sinan. Duque de Caxias-RJ, Brasil. 2015-2019

Faixa Etária	6-9anos (N=38)	10-14anos (N=157)	15-17anos (N=743)	Total (N=938)	
	N	N	N	N	%
Raça					
Branca	3	9	87	99	10,5
Preta	9	27	107	143	15,3
Parda	15	73	369	457	48,7
Ignorado/Branco	11	48	180	239	25,5
Total	38	157	743	938	100
Ocupação					
Malabarista	-	1	0	1	
Atendente de lanchonete	-	0	1	1	
Barbeiro	-	0	2	2	
Manicure	-	0	1	1	
Lavador de veículos	-	0	2	2	
Vendedor ambulante	-	2	2	4	
Pedreiro	-	0	2	2	
Ajudante de motorista	-	0	1	1	
Total	-	3	11	14	
Deficiência/Transtorno					
Deficiência Física	1	0	0	1	
Deficiência Intelectual	1	0	0	1	
Transtorno Mental	1	0	0	1	
Transtorno de Comportamento	1	2	1	4	
Outra Deficiência	0	3	2	5	
Total	4	5	3	12	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

De acordo com a Tabela 18, a respeito da sexualidade e relações afetivas, foram identificadas 28 adolescentes meninas casadas ou em união consensual. Não houve registros de rapazes nesta condição. Entretanto, vale ressaltar que a pessoa atendida se autodeclara solteira ou casada ou em união estável. Nessa perspectiva é possível que alguns adolescentes caracterizem sua situação conjugal independentemente de exercer convívio conjugal.

Com relação à orientação sexual e identidade de gênero, a Tabela 18 identifica duas adolescentes mulheres bissexuais e uma homossexual/lésbica e três adolescentes do gênero feminino que se identificam enquanto homem trans/transgênero/transsexual. Trata-se de um dado inconsistente, possível erro de interpretação por parte do notificador ao correlacionar a categoria *masculina* à identidade de gênero *transsexual homem*.

Tabela 18 Adolescentes com idade entre 10-17 anos em situação de Evasão/abandono escolar segundo situação conjugal/estado civil, orientação sexual e identidade de gênero. Duque de Caxias – RJ, Brasil, 2015-2019.

Ano de Notificação	(N=113)	(N=630)	(N=743)
	Masculino N	Feminino N	Total N
Situação conjugal/Estado civil			
Casado/União Consensual	-	28	28
Orientação sexual			
Heterossexual	13	122	135
Homossexual (gay/lésbica)	-	1	1
Bissexual	-	2	2
Identidade de gênero			
Transexual Homem	1	3	4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

5.2.2 Caracterização da Evasão/abandono escolar

5.2.2.1 Indicadores Educacionais⁵⁷

As taxas de rendimento escolar são informações produzidas anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), por meio dos dados coletados pelo Censo Escolar da Educação Básica, e são fundamentais para a verificação e o acompanhamento dos dados da escola e do município. Além disso, as taxas de rendimento são variáveis incorporadas ao cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), indicador de qualidade educacional produzido e divulgado a cada dois anos pelo Inep, que congrega as informações de desempenho dos estudantes nos testes padronizados do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) com as informações de rendimento escolar (aprovação)⁵⁸.

A partir dos dados extraídos do Censo Escolar - Inep⁵⁹, em Duque de Caxias, a Taxa de abandono escolar (porcentagem de alunos que deixou de frequentar a escola após a data de referência do Censo Escolar) mostrou-se constante nos anos iniciais do EF entre os anos 2015 e 2018, com queda em 2019, grande aumento em 2020 e nova queda em 2021 (Tabela 19).

Ao avaliar o Ensino Médio, o abandono escolar quase dobrou entre os anos 2015 e

⁵⁷O Indicador de Rendimento (ou Fluxo) é um conceito muito importante na educação brasileira por ser um dos componentes utilizados no cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e também porque nos diz se os alunos estão permanecendo na escola e avançando nos anos escolares.

⁵⁸Disponível em:

https://download.inep.gov.br/educacao_basica/educacenso/situacao_aluno/documentos/2021/taxas_de_rendimento_escolar_final.pdf. Acesso em 15.Março.2023 Consulta em 17.mar.2023.

⁵⁹Disponível em: <https://qedu.org.br/municipio/3301702-duque-de-caxias/taxas-rendimento>. Consulta em 15.dez.2022.

2016, apresentou queda em 2017, elevação considerável em 2019, queda brusca em 2020 e triplicando em 2021. Nos anos finais do EF o abandono escolar no município apresentou uma trajetória descendente entre os anos 2016 e 2018, alternando elevação e queda entre os anos 2019 e 2021(Tabela 19).

No cenário nacional, a taxa de abandono vem apresentando uma trajetória descendente desde 2009, atingindo sua menor média em 2019. Já a taxa de evasão teve sua queda interrompida e voltou a crescer no biênio 2018-2019 (IMDS & OPPEN SOCIAL, 2022).

Cabe salientar que o cenário pandêmico contribuiu para o aumento da evasão escolar, principalmente devido a perda de vínculo da escola com os estudantes e suas famílias. Quando comparada ao ano de 2019, a evasão escolar obteve um aumento de cerca de 170%, segundo dados da PNAD Contínua, que abrange os efeitos da pandemia. O estudo também aponta que houve queda no percentual de pessoas da mesma faixa etária que estava matriculada no ensino fundamental ou médio. Enquanto em 2019, 99,0% estavam matriculados, em 2021, esse índice caiu para 96,2%, menor valor desde 2012⁶⁰.

Tabela 19 Taxa de Abandono Escolar na Educação Básica em Duque de Caxias – RJ, 2015-2021.

Taxa de Abandono Escolar Duque de Caxias – RJ – 2015-2021							
Educação Básica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anos Iniciais (EF)	1,1	1,1	1,1	1,1	0,9	4,5	1,5(954)
Anos Finais (EF)	2,2	3,2	2,3	2,0	2,7	1,5	1,6(777)
Ensino Médio	4,8	8,0	5,5	5,5	7,9	0,7	2,4(772)

Fonte: Taxas de Abandono Escolar 2015-2021, INEP.

De acordo com a Tabela 20 em 2021, a Taxa de abandono de alunos matriculados nas duas etapas do Ensino Fundamental no município de Duque de Caxias foi maior que as taxas apresentadas no estado do Rio de Janeiro e no Brasil. Quando avaliado o abandono escolar no Ensino Médio, o município apresentou percentual superior ao estadual e percentual inferior ao nacional.

Ao analisar as taxas de abandono escolar entre escolas no 1º ano do ensino médio, constatou-se que na região Sudeste, o Espírito Santo se destacou positivamente enquanto o

⁶⁰INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA– IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Contínua: Educação 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso em: 10.abr.2023.

Rio de Janeiro possuía distribuição mais desigual entre as escolas. Nota-se, ainda, que boa parte dessa dispersão no Rio de Janeiro vem da região metropolitana, em particular a microrregião do Rio de Janeiro (IMDS, OPPEN SOCIAL, 2022).

Em 2021, em Duque de Caxias, a taxa de aprovação (porcentagem de alunos que, ao final do ano letivo, alcançou os critérios mínimos para a conclusão satisfatória da etapa de ensino) mostrou-se maior entre os alunos do Ensino Médio (92,3%) e menor entre os alunos dos anos iniciais do Ensino Fundamental (88,5%). Os alunos ingressos nos anos iniciais do Ensino Fundamental também sobressaíram-se com as maiores taxas de reprovação (10%), porcentagem de alunos que, ao final do ano letivo, não alcançou os critérios mínimos para a conclusão da etapa de ensino.

Outro dado preocupante, segundo a Pnad Contínua 2018, é que 52,6% da população brasileira com 25 anos ou mais ainda não havia terminado a Educação Básica⁶¹, ou seja, mais da metade dos adultos não terminou seus estudos e alguns sequer chegaram à conclusão do Ensino Fundamental.

No Brasil, em 2022, as taxas de reprovação e abandono na rede pública foram de 4,2% e 0,5%, respectivamente. Os percentuais também estão próximos dos verificados em 2019, quando alcançavam 5,1% e 0,6% dos alunos, respectivamente (IMDS, OPPEN SOCIAL, 2022).

Tabela 20 Taxa de Rendimento Escolar conforme ciclos da Educação Básica em Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro e Brasil em 2021.

Ano 2021	RENDIMENTO ESCOLAR								
	Taxa de Reprovação			Taxa de Abandono			Taxa de Aprovação		
	DC	RJ	BR	DC	RJ	BR	DC	RJ	BR
Educação Básica									
Anos Iniciais (EF)	10,0	2,3	1,6	1,5 (954)	0,9	0,7	88,5	96,7	97,6
Anos Finais (EF)	5,1	2,4	2,5	1,6 (777)	1,0	1,8	93,3	96,6	95,7
Ensino Médio	5,3	4,7	4,2	2,4 (772)	1,9	5	92,3	93,4	90,8

Fonte: Taxas de Rendimento Escolar 2021, INEP.

5.2.2.2 Escolaridade

Conforme apresentação da Figura 2 e do Quadro 2, na atualidade, o sistema educacional brasileiro é dividido em dois níveis: I - Educação básica, que compreende a educação infantil (de 0 até 5 anos), o ensino fundamental (de 6 até 14 anos) e o ensino médio

⁶¹Fonte: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101657_informativo.pdf. Acesso em 15. Agosto. 2023.

(de 15 até 17 anos), que antes da nova LDB - 9.394/96 chamavam-se de 1º e 2º graus respectivamente; II - Educação superior.

A Educação Infantil é a primeira etapa da Educação Básica, o início e o fundamento do processo educacional. Atendendo crianças na faixa etária de 0 a 5 anos e 11 meses, essa etapa escolar é obrigatória no país para crianças de 4 e cinco anos, sendo facultativo o ingresso nos anos anteriores. Como dispõe a LDB, em seu artigo 29, a Educação Infantil tem como finalidade: (...) *o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, completando a ação da família e da comunidade.* (BRASIL, 1996) (Figura 2) (Quadro 2).

Figura 2: Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino no Brasil⁶²

Nomenclaturas anteriores			Nomenclatura atual
Primário incompleto	→ 1ª a 4ª série incompleta do 1º grau	→ 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	1º a 9º ano incompleto do ensino fundamental I e II
Ginásio incompleto	→ 5ª a 8ª série incompleta do 1º grau	→ 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental	
Ginásio completo	→ 1º grau completo	→ Ensino fundamental completo	1º a 9º ano completos do ensino fundamental I e II
Científico, normal ou curso profissionalizante incompleto	→ 2º grau incompleto	→ Ensino médio incompleto	
Científico, normal ou curso profissionalizante completo	→ 2º grau completo	→ Ensino médio completo	
Curso universitário	→ Curso do 3º grau incompleto	→ Educação superior incompleta (ensino superior incompleto)	
Curso universitário	→ Curso do 3º grau completo	→ Educação superior completa (ensino superior completo)	

Fonte: Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal/autoprovoada (Brasil, 2016)

⁶²A Figura 1 estabelece a equivalência entre nomenclaturas de ensino no Brasil de acordo com a Resolução nº 3, de 3 de agosto de 2005, do Conselho Nacional de Educação que indicou a nomenclatura adotada para a Educação Infantil e o Ensino Fundamental.

Quadro 2. Equivalência da organização da Educação Básica (Ensino Fundamental e Ensino Médio) em 11 e 12 anos de duração⁶³

Duração: 11 anos	Duração: 12 anos	Idade correspondente no início do ano letivo (sem distorção idade/ano)
-	1º ano EF	6 anos
1ª série EF	2º ano EF	7 anos
2ª série EF	3º ano EF	8 anos
3ª série EF	4º ano EF	9 anos
4ª série EF	5º ano EF	10 anos
5ª série EF	6º ano EF	11 anos
6ª série EF	7º ano EF	12 anos
7ª série EF	8º ano EF	13 anos
8ª série EF	9º ano EF	14 anos
1ª série EM	1ª série EM	15 anos
2ª série EM	2ª série EM	16 anos
3ª série EM	3ª série EM	17 anos

Fonte: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, 1996).

* Adaptado.

No tocante à escolaridade das crianças e adolescentes notificadas nas fichas de violência, a Tabela 21 chama a atenção para os expressivos 39,1% de dados ignorados, em branco ou preenchidos equivocadamente com a categoria Não se aplica, apropriada para crianças com idade inferior a seis anos. Essa elevada proporção de casos ignorados para a variável escolaridade evidencia a baixa qualidade no preenchimento dos campos da ficha, o que pode impactar no conhecimento das realidades desses sujeitos.

Foi possível identificar que entre a população adolescente notificada, 287 (10,4%) adolescentes não completaram a 4ª série do Ensino Fundamental e quando consideradas as idades entre 15 e 17 anos, 720 (50,6%) dos adolescentes nessa faixa etária apresentaram distorção de idade/escolaridade.

O nível de escolaridade da população brasileira, que é baixo e desigual, é uma importante variável de inserção social e tem na taxa de escolarização, a medição da frequência escolar.

Conforme dados apresentados pelo IBGE⁶⁴, quando aplicada à faixa etária de 6 a 14 anos, a Taxa de Escolarização manteve-se elevada, mas a taxa ajustada de frequência escolar líquida – que considera a adequação idade/etapa – caiu de 97,1% em 2019 para 95,2% em 2022 e chegou menor nível da série, iniciada em 2016 chegou menor nível da série, iniciada

⁶³O Quadro 1 apresenta as idades estimadas com equivalência da organização dos ciclos da Educação Básica: o primeiro e o segundo ciclo do Ensino Fundamental, de 6 a 9 anos e de 10 a 14 anos, respectivamente; e o ensino médio, de 15 a 17 anos.

⁶⁴ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37089-em-2022-analfabetismo-cai-mas-continua-mais-alto-entre-idosos-pretos-e-pardos-e-no-nordeste>. Consulta em 15.Jul.2023

em 2016.

Já a taxa de escolarização das pessoas de 15 a 17 anos subiu de 89,0% em 2019 para 92,2% em 2022. Também aumentou a proporção dos que estavam na etapa adequada, frequentando ou já tendo concluído o ensino médio, passando de 71,3% em 2019 para 75,2% em 2022.

Embora os dados apresentados na Tabela 21 tenham consolidado 21(0,8%) crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos como analfabetas, vale ressaltar que segundo o IBGE, a pessoa é considerada analfabeta com 15 anos ou mais.

A baixa escolaridade somada a não frequência à escola repercute nas condições de inserção no mercado de trabalho e de superação da pobreza, agravada especificamente pela precocidade em que adolescentes ingressam no mercado para complementar a renda familiar ou buscar seu próprio sustento (MENDONÇA, 2002).

Tabela 21. Escolaridade segundo faixa etária de crianças e adolescentes em idade escolar notificadas noagravo Violência Interpessoal/Autoprovocada. Duque de Caxias – RJ, Brasil. 2015-2019.

Escolaridade	6-9 anos (N=422; 15,3%)		10-14 anos (N=917; 33,2%)		15-17 anos (N=1425; 51,5%)		Total (N=2764; 100%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolaridade Sinan NET								
1ª a 4ª série incompleta do EF	119	28,2	106	11,6	62	4,4	287	10,4
4ª série completa do EF	16	3,8	57	6,2	50	3,5	123	4,5
5ª a 8ª série incompleta EF	11	2,6	324	35,3	608	42,7	943	34,1
EF completo	0	0,0	14	1,5	58	4,1	72	2,6
Ensino médio incompleto	0	0,0	34	3,7	202	14,2	236	8,5
Ensino médio completo	0	0,0	4	0,4	16	1,1	20	0,7
Educação superior incompleta	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,1
Escolaridade Informada	146	34,6	539	58,8	998	70,0	1683	60,9
Analfabeto/sem escolaridade	9	2,1	8	0,9	4	0,3	21	0,8
Não se aplica	111	26,3	0	0,0	0	0,0	111	4,0
Ignorado/ em Branco	156	37,0	370	40,3	423	29,7	949	34,3
Total	422	100,0	917	100,0	1425	100,0	2764	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC,23/05/2022

A Tabela 22 destaca a distorção de idade/escolaridade das crianças e adolescentes notificadas tendo como referência a equivalência da organização a Educação Básica (Ensino Fundamental e Ensino Médio)⁶⁵. Em 2018, 6,4 milhões de estudantes das escolas estaduais e municipais tinham dois ou mais anos de atraso escolar (Pnad, 2019).

⁶⁵ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/50411-evasao-no-ensino-medio-supera-12-revela-pesquisa-inedita>. Consulta em 15.Março.2023.

Segundo Almeida (2008), a defasagem entre idade e série, repetências e/ou interrupções dos estudos atribuem-se, geralmente, aqueles/as com menor renda mensal familiar, negros/as, filhos/as de mães com baixa escolaridade, com início da vida sexual mais cedo, e menor uso de contracepção/proteção na primeira relação sexual.

Considerando as pessoas identificadas como analfabetas e todos aqueles que ingressaram no Ensino Fundamental, 588 (62,7%) indivíduos apresentaram distorção de idade/escolaridade (Tabela 22). Estudos demonstram que no território nacional o abandono é mais prevalente dentre jovens em distorção idade-série, quando o atraso escolar está em 2 anos ou mais relativo à idade adequada para cursar a etapa/série em que o aluno está matriculado (IMDS, OPPEN SOCIAL, 2022).

Também são piores as taxas de abandono entre homens e negros. Este mesmo estudo, produzido a partir do censo escolar, confirma que a saída de alunos da escola atinge seu pico no 1º ano do Ensino Médio. Nesta etapa, 7% abandonaram e 13% evadiram da escola no Brasil, em 2019 (IMDS, OPPEN SOCIAL, 2022).

Ao considerar o grupo de adolescentes com idade entre 15 e 17 anos e escolaridade definida, a proporção de adolescentes nesta faixa etária com ingresso no Ensino Médio foi de 10,6%. Ainda neste corte etário, observou-se que apenas 3,4% finalizaram o Ensino Fundamental. Pessoas de 15 anos de idade ou mais pertencem a um grupo etário que sugere inserção no Ensino Médio e que poderia ter concluído ou estar por concluir seu processo regular de escolarização (Tabela 22).

Ao analisar a Tabela 16, podemos observar 20(2,1%) notificações sinalizando crianças e jovens sem escolaridade. De acordo com as faixa etárias, são 16 crianças com até 9 anos de idade e em idade escolar e 11 adolescentes que possivelmente nunca tiveram acesso a rede de ensino.

Esses dados chamam atenção pois destaca a construção da ideia de fracasso escolar em crianças e adolescentes em idade escolar e que não ingressaram no Ensino Fundamental. Nesse prisma, a efetivação do direito à educação já deixou de ser uma ameaça à criança, pois já está penalizada e com a vida escolar comprometida. Uma vez que não inserida no sistema educativo a criança deixa de estar em nível de igualdade com as demais. Efetivamente esse panorama não se constitui apenas como um problema educacional, mas possui repercussões individuais e sociais.

Tabela 22 Frequência por Idade segundo Escolaridade para crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Duque de Caxias- RJ, Brasil, 2015-2019.

Idade/Anos	6a	7a	8a	9a	10a	11a	12a	13a	14a	15a	16a	17a	Total	
Escolaridade	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
1ª a 4ª série incompleto EF	0	3	7	6	6	3	5	7	7	11	20	15	90	9,6
4ª série completa do EF	0	0	0	0	0	1	3	4	7	8	11	11	45	4,8
5ª a 8ª série incompleto EF	0	0	0	0	0	2	2	18	44	96	170	169	501	53,4
EF Completo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	10	20	2,1
EM incompleto	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	20	37	67	7,1
Escolaridade Informada	0	3	7	6	6	6	10	31	60	122	230	242	723	77,1
Analfabeto/sem escolaridade	0	1	4	4	2	1	2	1	1	0	2	2	20	2,1
Não se aplica	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1,5
Ignorado/Branco	0	2	0	0	0	0	6	5	23	34	56	55	181	19,3
Total	14	6	9	9	10	7	19	37	84	156	288	299	938	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

5.2.3 Caracterização da violência e negligência nas situações de evasão/abandono escolar

As notificações de violência perpetradas contra crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar mostraram a recorrência da violência no grupo de meninos (12,9%) quase quatro vezes mais recorrente que a apresentada na população feminina (3,6%) (Tabela 19).

Estudos internacionais, como os desenvolvidos por McGee e Baker (2002) e Yule, Houston e Grych (2019) apontaram que adolescentes que sofrem violência recorrente tendem a sofrer mais episódios de violência na escola, vivenciam mais agressões na comunidade e transgridem mais as normas sociais. Eles também têm menos apoio social, menor capacidade de resiliência e baixa autoestima.

No tocante à motivação da violência, o número de registros ignorados/em branco representaram expressivos 67,4%; entretanto, observa-se que a categoria “Não se aplica” teria melhor adequação em caso da motivação da violência não estar relacionada dentre as demais categorias apresentadas.

Em outra dimensão, compreende-se que a própria situação de evasão/abandono escolar enquanto negligência e objeto de notificação, na compreensão do notificador pode ter descaracterizado a violência compreendendo dessa forma, ausência de violência e consequentemente sem uma motivação que a caracterizasse (Tabela 23).

A incompletude dos dados, de fato, compromete a análise das motivações das

violências. Em relação à literatura nacional, vários estudos abordam a questão da análise do preenchimento das fichas de notificação de violências em determinados municípios, como, por exemplo, o estudo de Cezar, Arpini e Goetz (2017) que objetivou apresentar dados epidemiológicos relacionados à violência contra crianças e adolescentes no Sul do Brasil, no período de 2009-2013 para caracterizar o perfil das vítimas e agressores. Os autores concluíram que a notificação é um importante instrumento para efetivação das políticas de proteção às crianças e adolescentes, mas ainda é um desafio para os profissionais da saúde pública.

As violências não ocorrem de maneira isolada umas das outras. Elas se repetem e muitas vezes podem fazer parte de um relacionamento abusivo. Nessa perspectiva, estudo internacional realizado por Krase e Delong-Hamilton (2015), constatou que 18 Estados americanos têm leis que regulamentam a respeito da notificação obrigatória em casos de abuso e negligência contra a criança; nos demais Estados, pode ser feita uma denúncia por meio de relatório elaborado por adultos. Os autores relatam que a subnotificação traz muitos prejuízos para a criança, pois não dá acesso à proteção.

Outro estudo internacional concluiu que a violência doméstica torna as crianças e os adolescentes vulneráveis a diversas morbidades, comprometendo, ainda, o desempenho escolar, o que gera baixo desempenho no aprendizado, evasão e a limitação de oportunidades para realizações pessoais e profissionais futuras (Cordeiro *et al.*, 2019).

De acordo com a Tabela 23, a negligência/abandono foi frequente em todos os casos notificados de crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. As situações nomeadas como negligência são diversas e sujeitas a diferentes caracterizações, por vezes controversas. Entretanto, esse dado nesta tese ratifica e legitima a correlação entre negligência e evasão/abandono escolar em crianças e adolescentes em idade escolar nas notificações realizada em quase sua totalidade pela rede de saúde municipal de Duque de Caxias – RJ.

A segunda maior ocorrência de violência notificada entre os adolescentes fora do âmbito escolar foi a violência física, com ocorrência proporcionalmente maior em crianças e adolescentes homens (39,3%) do que nas crianças e adolescentes mulheres (4,9%). Isso nos atenta quanto às motivações de ingresso na unidade hospitalar, possivelmente diferenciadas nos grupos e faixas etárias, assim como no gênero da população atendida. A lesão autoprovocada, que inclui comportamento suicida ou autoagressão e ações individuais contra si mesmo, foi identificada em seis registros (Tabela 23).

Quanto aos diferentes meios de agressão, a categoria “Outra agressão” foi identificada em todas as notificações. Essa totalidade se justifica trata-se de um campo de identificação

dos casos de evasão/abandono escolar, pois esta categoria permite especificar eventos e outras formas de agressão não contempladas para o preenchimento da variável.

Os dados indicaram que a arma de fogo, enquanto meio de agressão não está igualmente distribuído entre os grupos analisados no estudo. A característica mais marcante é quanto ao sexo: os homens representaram 95% do total das notificações que apontam este meio de agressão.

Nessa perspectiva, armas de fogo e força corporal/espancamento como meios de agressão com ênfase na população masculina sugerem correlação com os índices de violência física apresentados na Tabela 23. Em importante análise sobre os reflexos das violências com arma de fogo notificadas no Brasil, Pinto *et al.*(2020) assinalam o elevado número de casos notificados de violência com arma de fogo na população adolescente, que também é agravada pela subnotificação desses eventos.

De acordo com a Tabela 23, no tocante ao perfil dos supostos agressores, as maiores prevalências foram observadas entre os genitores: a mãe (72,9%) e o pai (39,9%). Estes valores apontam para a negligência familiar, com apontamentos para os genitores, onde a mãe é considerada o principal agressor, assim como padrastos (1,6%) e madrastas (0,4%).

Importante ressaltar que enquanto motivada pela notificação da criança e do adolescente fora do âmbito escolar e entendida como negligenciada, o perfil de “agressor”, baseado em juízos subjetivos e frequentemente condenatórios em relação a certos perfis de famílias, recaia sobre os responsáveis pela criança. Nesse sentido, é preciso atentar-se acerca das situações em que a família é responsabilizada e os determinantes socioculturais e outros são desconsiderados.

Tabela 23 Características das violências perpetradas contra crianças e adolescentes segundo Sexo notificadas em residentes em Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019.

Caracterização das Violências	Meninos (N=178; 19%)		Meninas (N=760; 81%)		Total (N=938; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Violência motivada por						
Sexismo	1	0,6	2	0,3	3	0,3
Homofobia/Lesbofobia/Transfobia	0	0	3	0,4	3	0,3
Conflito geracional	0	0	2	0,3	2	0,2
Situação de rua	4	2,2	3	0,4	7	0,7
Deficiência	1	0,6	1	0,1	2	0,2
Outros	6	3,4	25	3,3	31	3,3
Não se aplica	63	35,4	195	25,7	258	27,5
Ignorados/Em branco	103	57,9	529	69,6	632	67,4
Total	178	100,0	760	100,0	938	100,0
Tipificação da Violência						
Violência de repetição	23	12,9	27	3,6	50	5,3
Lesão Autoprovocada	2	1,1	4	0,5	6	0,6
Violência Física	70	39,3	37	4,9	107	11,4
Violência Psicológica/moral	9	5,1	10	1,3	19	2
Tortura	5	2,8	2	0,3	7	0,7
Sexual	2	1,1	15	2	17	1,8
Econômica/Financeira	4	2,2	4	0,5	8	0,9
Negligência/Abandono	178	100,0	760	100,0	938	100,0
Trabalho Infantil	4	2,2	1	0,1	5	0,5
Outra Violência	13	7,3	27	3,6	40	4,3
Total/adolescentes	178	100,0	760	100,0	938	100,0
Meio de Agressão						
Força corporal/ Espancamento	23	12,9	14	1,8	37	3,9
Enforcamento	0	0	1	0,1	1	0,1
Objeto Contundente	2	1,1	4	0,5	6	0,6
Objeto perfuro-cortante	6	3,4	5	0,7	11	1,2
Substância e Objeto quente	2	1,1	1	0,1	3	0,3
Envenenamento	3	1,7	1	0,1	4	0,4
Arma de fogo	38	21,3	2	0,3	40	4,3
Ameaça	1	0,6	5	0,7	6	0,6
Outra agressão	178	100,0	760	100,0	938	100,0
Total/adolescentes	178	100,0	760	100,0	938	100,0
Possível agressor						
Pai	78	43,8	296	38,9	374	39,9
Mãe	127	71,3	557	73,3	684	72,9
Padrasto	5	2,8	10	1,3	15	1,6
Madrasta	2	1,1	2	0,3	4	0,4
Cônjuge	0	0	17	2,2	17	1,8
Ex-cônjuge	0	0	1	0,1	1	0,1
Namorado/a	0	0	47	6,2	47	5
Ex-namorado/a	0	0	4	0,5	4	0,4
Irmão/ã	8	4,5	28	3,7	36	3,8
Amigo/conhecido	10	5,6	7	0,9	17	1,8
Desconhecido	15	8,4	8	1,1	23	2,5
Cuidador	0	0	3	0,4	3	0,3
Pessoa com rel Institucional	1	0,6	0	0	1	0,1
Policial Ag da Lei	4	2,2	0	0	4	0,4
Própria pessoa	4	2,2	20	2,6	24	2,6
Outros Vínculos	8	4,5	38	5,0	46	4,9
Total/adolescentes	178	100	760	100	938	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

O registro de notificações de violência contra crianças e adolescentes e em situação de evasão/abandono escolar foi realizado em 19 Unidades de Saúde local, sendo 18 unidades de saúde pública e uma da rede privada; e em 9 Unidades de saúde localizadas em municípios diferentes de Duque de Caxias-RJ.

Conforme a Tabela 24, o Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes destacou-se com 89,3% das notificações. Ressalta-se a baixíssima cobertura (0,9%) no atendimento das Unidades que integram a Estratégia Saúde da Família, porta de entrada do sistema local de saúde, fundamentada no trabalho de equipes multiprofissionais e conforme Giovanella *et al.* (2021), desempenha importante papel no apoio social às populações vulneráveis e grupos de risco em articulação com organizações e lideranças locais.

Tabela 24 Frequência segundo Unidade de Saúde Notificadora dos casos de violência. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Unidade de Saúde Notificadora	(N=938)	
	N	%
Hospitais e Unidades Especializadas	42	4,5
Ceata-Centro de Atenção Total ao Adolescente	4	0,4
Centro de Referência da Mulher	1	0,1
Hospital Infantil Ismélia Silveira	20	2,1
Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo	17	1,8
Unidades Pré-Hospitalares	22	2,3
UPH Campos Elíseos	1	0,1
UPH Xerém	3	0,3
UPH do Pilar	5	0,5
UPH Parque Equitativa	1	0,1
UPH Saracuruna	12	1,3
Hospital Estadual Local e UPAS	855	91,2
SES RJ Hospital Estadual Adão Pereira Nunes ⁶⁶	838	89,3
UPA Infantil Walter Garcia	15	1,6
UPA Parque Beira Mar	1	0,1
SES RJ UPA 24h Duque de Caxias	1	0,1
Estratégia Saúde da Família	9	0,9
Unidade de Saúde da Família Cristóvão Colombo	2	0,2
Unidade de Saúde da Família Parada Angélica	1	0,1
Unidade de Saúde da Família Parque Chuno	3	0,3
Unidade de Saúde da Família Pilar	2	0,2
Unidade de Saúde da Família Santa Rosa	1	0,1
Hospital Particular	1	0,1
Hospital Caxias D'or	1	0,1
Hospitais de Outros Municípios	9	0,9
Total	938	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022.

Quanto à área residencial dos usuários e usuárias atendidos, destacaram-se os bairros Saracuruna (9,5%) e Jardim Primavera (8,6%), localizados no Segundo Distrito – Campos Elíseos; e Gramacho (8,4%) localizado no Primeiro Distrito - Duque de Caxias (Tabela 25).

⁶⁶Todas as notificações no Hospital ocorreram no período em que o mesmo esteve sob gestão estadual.

Tabela 25 Frequência por Ano de notificação segundo Bairro/Distrito de residência da pessoa atendida em situação de Evasão/abandono escolar. Duque de Caxias, RJ. 2015-2019

	2015 (N=168)	2016 (N=202)	2017 (N=197)	2018 (N=195)	2019 (N=176)	Total (N=938)	
	N	N	N	N	N	N	%
I Distrito - Duque de Caxias							23,7
Parque Duque	4	2	6	7	7	26	2,8
Vinte e Cinco de Agosto	2	1	0	1	0	4	0,4
Centro	3	5	9	7	2	26	2,8
Bar dos Cavaleiros	4	0	3	4	4	15	1,6
Periquitos	1	0	1	1	0	3	0,3
Centenário	3	3	6	2	3	17	1,8
Olavo Bilac	1	2	1	1	3	8	0,9
Gramacho	18	18	21	12	10	79	8,4
Dr. Laureano	4	4	6	6	1	21	2,2
Vila São Luis	5	4	3	6	4	22	2,3
Parque Sarapui	0	0	0	0	1	1	0,1
II Distrito - Campos Elíseos							44,1
Vila São José	6	4	5	5	7	27	2,9
Parque Fluminense	1	5	7	7	11	31	3,3
São Bento	3	9	4	5	4	25	2,7
Pilar	8	14	8	9	16	55	5,9
Campos Elíseos	4	5	5	8	8	30	3,2
Cidade dos Meninos	0	0	1	0	0	1	0,1
Figueira	1	4	5	8	6	24	2,6
Jardim Primavera	5	21	20	19	16	81	8,6
Cangulo	4	4	2	10	7	27	2,9
Saracuruna	18	17	19	20	15	89	9,5
Chác. Rio-Petrópolis	0	0	2	3	2	7	0,7
Chácaras Arcampo	6	5	1	4	1	17	1,8
III Distrito - Imbariê							24,6
Parque Eldorado	2	3	4	3	3	15	1,6
Santa Cruz da Serra	11	11	7	4	10	43	4,6
Parada Morabi	6	4	3	2	2	17	1,8
Jardim Anhangá	4	6	3	5	4	22	2,3
Cidade parque Paulista	10	11	13	3	4	41	4,4
Imbariê	8	6	7	14	5	40	4,3
Barro Branco	0	3	2	0	3	8	0,9
Santa Lúcia	3	8	1	1	2	15	1,6
Parada Angélica	6	7	6	4	5	28	3,0
Taquara	1	1	0	0	0	2	0,2
IV Distrito - Xerém							7,2
Santo Antônio	2	3	3	2	0	10	1,1
Meio da Serra	0	0	0	0	1	1	0,1
Amapá	4	2	5	4	3	18	1,9
Capivari	6	5	3	4	4	22	2,3
Mantiquira	1	1	0	0	0	2	0,2
Xerém	3	3	4	3	2	15	1,6
Ignorado/Em branco	0	1	1	1	0	3	0,3
Total	168	202	197	195	176	938	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

Com relação ao encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar, todas as crianças na faixa etária de 6 a 9 nos foram encaminhadas ao Conselho Tutelar; 10 a 14 anos (94,3%) e 15 a 17 anos (96,5%). Evidenciou-se, dessa

forma, que se trata de um direcionamento protocolado por se tratar de menores de idade.

Importante assinalar que embora todos os casos envolvessem crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar ou que possivelmente nunca tenham frequentado a escola, apenas 5,4% das pessoas atendidas foram encaminhadas à Rede da Educação, prevalecendo o grupo de crianças com idade entre 6 e 9 anos (15,8%) (Tabela 26).

A Rede de Saúde foi direcionada a 4,5% dos encaminhamentos, prevalecendo as crianças na faixa etária de 6 a 9 anos com 26,3% dos registros (Tabela 26).

Conforme apontamentos de Ferreira (2010), embora os serviços de saúde sejam parceiros para ajudar na avaliação e tratamento das crianças vítimas de violência, seu poder de proteção da criança é limitado e, tal como a escola, não têm papel de responsabilizar quem cometeu violência. Nessa perspectiva, uma iniciativa a ser utilizada pela escola para acionar as ações de proteção e responsabilização é a notificação ao Conselho Tutelar.

Tabela 26 Encaminhamento de crianças e adolescentes notificadas em fichas de violência interpessoal/autoprovocada em situação de evasão escolar Segundo Faixa etária. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Encaminhamento*	6-9 anos (N=38; 4,1%)		10-14 anos (N=157; 16,7%)		15-17 anos (N=743; 79,2%)		Total (N=938; 100%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Rede da Saúde	10	26,3	16	10,2	16	2,2	42
Assistência Social	6	15,8	4	2,5	4	0,5	14	1,5
Rede da Educação	6	15,8	12	7,6	33	4,4	51	5,4
Rede Atendimento à Mulher	0	0	1	0,6	2	0,3	3	0,3
Conselho Tutelar	38	100,0	148	94,3	717	96,5	903	96,3
Ministério Público	0	0	1	0,6	0	0	1	0,1
Delegacia crianças/adolescentes	1	2,6	10	6,4	10	1,3	21	2,2
Delegacia Atendimento Mulher	0	0	1	0,6	5	0,7	6	0,6
Outras delegacias	2	5,3	7	4,5	6	0,8	15	1,6
Just Infância/Juventude	0	0	2	1,3	3	0,4	5	0,5
Defensoria Pública	0	0	0	0	2	0,3	2	0,2
Total	38	100,0	157	100	743	100,0	938	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

*Pode haver mais de um encaminhamento.

5.2.4 Cenários da evasão/abandono escolar nos relatos da ficha de notificação de violência

Embora não haja a obrigatoriedade de preenchimento do campo “informações complementares e observações”, esta tese considerou as informações descritas desta última sessão da ficha de notificação atentando-se aos aspectos importantes e observações relevantes que pudessem caracterizar as situações de evasão/abandono escolar nas notificações de

violência e não contempladas no preenchimento dos campos anteriores.

As informações que podem colaborar no preenchimento/seguimento do caso visando a avaliação da importância desse dado e possíveis ações preventivas a partir dele, ratifica a relevância deste campo de preenchimento.

Assim, através da coleta de informações por parte do notificadores foi possível identificar e caracterizar diferentes aspectos e abordagens como o acesso e o atendimento nas Unidades notificadoras; arranjos e relações familiares; melhor caracterização dos fenômenos evasão/abandono escolar; acidentes e violências; comportamento e fator de risco.

5.2.4.1 Acesso e atendimento nas Unidades de Saúde

O assistente social foi o profissional responsável pelo preenchimento de 913(98,7%) notificações, correspondendo a quase totalidade das notificações que apresentaram relato e com profissional especificado. Apenas 12 notificações não tiveram o notificador informado e destas, 9 não apresentaram relatos. Enfermeiros (6), Médico (1) e outros profissionais (6) descreveram informações complementares e observações sobre o caso atendido.

Apenas 633(67,5%) relatos apresentaram informações quanto à motivação do ingresso das crianças e dos adolescentes fora do âmbito escolar nas Unidades de Saúde. As motivações deram-se por diferentes circunstâncias: violências (violência física/agressão, violência sexual); atendimento ambulatorial (consultas); internações; acidentes (atropelamentos), complicações da gravidez e partos.

“Relato total de abandono à criança (8 anos): fora da escola, falta de higiene, saúde precária, vacinas atrasadas, não compareceu às consultas marcadas e não fez exames solicitados. Perdeu Benefício Bolsa Família.”(Fonte: relato da notificação nº 134, notificador anônimo).

Considerando os relatos informados, 314(49,6%) das motivações tinham correlação com a gestação ou o parto das adolescentes, conforme o momento do preenchimento das notificações. Consulta ambulatorial, atendimento na emergência ou internação consolidaram 159(17%) registros conforme relatos descritos. Outras motivações relatadas para o atendimento nas Unidades de Saúde: 72(11,8%) acidentes de trânsito, 40(6,3%) perfurações por arma de fogo; 38(6%) ferimentos provocados por agressão; 25(3,9%) abortos/óbito fetais. Houve ainda em proporções menores, relatos de envenenamentos, negligências e violência sexual.

“Paciente (13 anos) deu entrada nesta US trazido pelo SAMU após ser atropelado em via pública onde estava fazendo malabarismos no semáforo. A genitora verbalizou que o paciente está fora da escola há um ano.” (Fonte: relato da notificação nº 119, notificador anônimo).

De acordo com os relatos, nem sempre quem forneceu as informações ao notificador foi o acompanhante da criança e do adolescente em sua chegada à Unidade de Saúde. Assim, sobre acompanhantes e vínculo/grau de parentesco, 838(89,3%) notificações identificaram o informante. Dentre os acompanhantes informados, 557(66,5%) entraram acompanhados da mãe; 57(6,8%) acompanhados de irmão/irmã; 46(5,5%) acompanhados do pai; 38(4,5%) desacompanhados/as; 34(4%) acompanhados do/a sogro/a. Outros vínculos descritos em proporções menores foram: tio/a; cônjuge/companheiro; e amigo/conhecido.

No tocante às informações coletadas, 775 (80,5%) notificadores sinalizaram nos relatos o vínculo/grau de parentesco do informante com a pessoa atendida: a própria pessoa: 432(55,7%); (249)32,1%, a mãe; (27)3,5%, o pai; (25)3,2%, irmão/irmã. Outros familiares informaram sobre o/a usuário/a: avô, tio, sogro, padrasto/madrasta, assim como amigos/conhecidos e agentes da Lei.

5.2.4.2 Convívio, arranjos e relações familiares

Em 370(39,4%) observações descritas foram mencionados aspectos sobre relação e convivência familiar das crianças e adolescentes notificadas. Dentre esses relatos, especificaram-se os usuários que residem com os genitores ou com apenas um deles; 101(27,3%) adolescentes residem com companheiro/namorado, habitando com os genitores ou com sogro/a(43,8%). Em menores proporções foram informadas outras situações: residentes sozinhos, em situação de acolhimento institucional; em situação de rua; residentes com amigos/conhecidos; e residentes com outros familiares como irmão, avós, tios e primos.

“Usuário (11anos) chegou à Unidade Hospitalar trazido por uma pessoa desconhecida que lhe prestou socorro após ter sido atropelado por um caminhão. Informou que está em situação de rua e fora da escola.” (Fonte: relato da notificação nº 393, notificador anônimo).

Sobre os genitores das crianças e adolescentes notificados foi possível identificar 10 crianças e adolescentes com pai e mãe já falecidos, 14 órfãos de mãe, dois órfãos de pai e 16 sem contato com um dos genitores. Os relatos descreveram, ainda, 26 usuários com conflitos com os genitores. Destes, cinco apresentam conflitos com ambos os genitores; 16 com conflitos com a mãe e cinco com conflitos com o pai.

5.2.4.3 Caracterização da escolaridade e da evasão/abandono escolar

Quanto à escolaridade das usuárias e usuários atendidos, em mais da metade dos relatos foi informado que a evasão/abandono escolar ocorreu antes da conclusão do Ensino Fundamental: 499(53,2%) crianças e adolescentes estavam afastados da escola quando cursavam entre a 5ª e 8ª série e (72)7,7% quando estavam matriculados entre a 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental. Neste grupo, nenhum deles havia concluído a 4ª série do Ensino Fundamental. Conforme os relatos, outros 3,2% nunca frequentaram escola. No total de 205 (21,9%) relatos não havia informação a sobre escolaridade do usuário atendido. A evasão/abandono escolar foi mencionada como recorrente nas informações complementares de 51(5,4%) notificações.

“Realizada entrevista social com a genitora da paciente. Relatou que sua filha (16 anos), segue fora da rede de ensino, cursou somente até a terceira série do ensino fundamental.” (Fonte: relato da notificação nº 439, notificador anônimo).

O tempo de afastamento do ambiente escolar da pessoa atendida foi explicitado em 357(38%) notificações; destas, 34(9,8%) das pessoas atendidas permaneciam por até seis meses de afastamento da escola; 61(17%) afastados por sete meses e um ano; 106(29,7%), afastados por 12- 19 meses e 103(29,1%) com mais de dois anos de afastamento da escola. Considerando o grupo de crianças e adolescentes em idade escolar, 30 crianças e adolescentes nunca frequentaram a escola, e destes, 21 não possuíam registro de nascimento.

“Segundo informações colhidas, adolescente (15 anos) foi vítima de agressão física provocada por terceiro. No momento da abordagem, genitora relatou que a adolescente segue fora da rede de ensino há aproximadamente quatro anos.” (Fonte: relato da notificação nº 70, notificador anônimo).

“Adolescente (17 anos) relata nunca ter sido matriculada na rede de ensino regular e responsável sempre ausente (sic).” (Fonte: relato da notificação nº 663, notificador anônimo).

“Adolescente de 16 anos não possui qualquer tipo de documento civil e não pode registrar o filho recém-nascido.” (Fonte: relato da notificação nº 113, notificador anônimo).

A justificativa para a situação de evasão/abandono escolar das crianças e adolescentes nas notificações de violência foi mencionada em diversos relatos: gravidez (40); falta de documentos (16), falta de vaga na escola (15), negligência dos genitores (5); mudança de

local de residência (5); doenças (4); em situação de rua (3); vontade própria (2); outros (3). Outras justificativas apontadas para o afastamento do estabelecimento de ensino: mudança de local de residência, desinteresse e necessidade de trabalhar. Embora 17 usuários exercessem alguma ocupação/trabalho no momento em que foram notificados, o afastamento do ambiente escolar por necessidade de trabalhar foi justificado por apenas quatro relatos.

“Paciente (16 anos) deu entrada no trauma, vítima de atropelamento em via pública, em atendimento ao familiar, este relatou que o paciente estava trabalhando como vendedor ambulante na Linha Vermelha e está fora da rede escolar, cursou até a terceira série.” (Fonte: relato da notificação nº 61, notificador anônimo).

“Criança (9 anos) internada nesta Unidade Hospitalar. Em abordagem com a genitora, a mesma relata que todos os seus quatro filhos estão fora da escola, relata que mudaram de bairro e não conseguiram vaga para as crianças, e por isso perdeu a transferência de renda do Programa Bolsa Família.” (Fonte: relato da notificação nº 54, notificador anônimo).

As razões para o afastamento escolar apresentadas nos relatos das notificações de violência refletem o panorama apresentado coadunam os dados apresentados na pesquisa de caráter nacional desenvolvida pela UNICEF e CENPEC Educação⁶⁷ com recorte entre os anos 2016 até 2019, ao sinalizar que as causas da exclusão variavam por faixa etária, mas destacavam-se a falta de vaga para os mais novos, e o desinteresse pela escola, aliado a gravidez na adolescência e trabalho para os mais velhos. No estudo em questão, os motivos relacionados à saúde somente apareciam na faixa etária de 6 a 14 anos, o que pode indicar um alerta um sobre inclusão de crianças com deficiência.

“Hoje em conversa com a genitora, esta relatou que a adolescente em tela (12 anos) não está matriculada na rede de ensino, pois a diretora da escola informou não haver vaga e também pela doença da paciente (febre reumática com lesões na válvula mitral). A irmã da adolescente (15 anos) e o irmão (9 anos) também estão fora da rede de ensino, família sendo acompanhada.”(Fonte: relato da notificação nº 57, notificador anônimo).

“Adolescente (14 anos), no segundo trimestre de gestação, em atendimento nesta US, informou que sua mãe não a acompanhou por ter gêmeos de 1 ano de idade. Socorrida por seu namorado e padrasto, segue acompanhada de sua cunhada. Evadiu da escola por não gostar de estudar, segundo ela.”(Fonte: relato da notificação nº 682, notificador anônimo).

⁶⁷ Pesquisa Cenário da Exclusão Escolar no Brasil: um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação. Período de realização: nov. 2020 a abr. 2021. Parceiro: UNICEF. Dados publicados no site <https://buscaativaescolar.org.br/>. Consulta em: 01.Jul.2023.

5.2.4.4 Caracterização das violências e acidentes

A partir dos relatos nas notificações de crianças e de adolescente foi possível identificar e agrupar diversos acidentes, muitos deles descritos da categoria “Outro” da variável “Meio de agressão”.

Conforme apresentação dos relatos, os acidentes foram correlacionados à 257 violências com tipologia física e em situações distintas: 102(39,7%) relatos de acidente e queda com moto; 40(15,6%) relatos de perfurações por arma de fogo; 31(12,1%) relatos de acidentes com automóvel; 24(9,3%) atropelamentos. Em proporções menores, foram especificados ainda: 15 acidentes de trânsito não especificados; 14 quedas não especificadas; 11 quedas acidentais; 6 relatos de tentativa de suicídio.

“Genitora atendida e relata que sua filha (14 anos) é dependente química, atentou contra a própria vida por duas vezes e está fora da rede pública de ensino há quase dois anos.” (Fonte: relato da notificação nº 922, notificador anônimo).

“Paciente de 16 anos foi agredido por homens desconhecidos após ser surpreendido roubando celulares. Não estuda e reside com a mãe. A mesma relata que o menor mesmo matriculado não ia à escola.” (Fonte: relato da notificação nº 645, notificador anônimo).

“Criança (10 anos) trazida pela avó materna, pois foi queimado pela mãe com colher quente. Mãe agride o filho com frequência, o retirou da escola. Negligente com os outros filhos, que também estão faltando a escola. Passagem anterior pelo Conselho Tutelar.” (Fonte: relato da notificação nº 102, notificador anônimo).

Particularizando a descrição da violência física apresentada nas observações adicionais, quanto ao perfil dos agressores mencionados, 15 agressões foram acometidas por pessoas desconhecidas e 9 por pessoas conhecidas. Foram relatados 23 episódios de violência intrafamiliar; 10 perpetradas por um dos genitores; 8 pelo cônjuge/companheiro. Nos relatos foram especificados, ainda, agressores como irmãos; ex-cônjuge/companheiro, padrasto/madrasta e agentes da Lei. Foram identificadas nos relatos a violência psicológica (20) e violência sexual (17) no grupo de crianças e adolescentes notificados.

“Comunicamos abertura de prontuário para acompanhamento do caso. Ressaltamos que o pai da menor (14 anos) a agrediu fisicamente ao saber do suposto abuso sexual à adolescente pelo “namorado” de 47 anos (sic). Encaminhamento à DEAM. Embora matriculada, a adolescente não frequenta a escola.” (Fonte: relato da notificação nº 164, notificador anônimo).

“Adolescente de 17 anos deu entrada nesta Unidade Hospitalar vítima de agressão física pelo ex-companheiro de 34 anos, segundo informação colhida pela mesma e por sua genitora. A adolescente segue fora da rede de ensino há dois anos. Parou de estudar no Ensino Fundamental.” (Fonte: relato da notificação nº 167, notificador anônimo).

A pulverização das diferentes violências relatadas nos remete a um fator importante a ser considerado no enfrentamento das violências, e em particular da violência sexual. Trata-se de das ocorrências estarem relacionadas, de forma mais frequentes, ao território físico e simbólico da estrutura familiar e do ambiente escolar (BRASIL, 2023), instituições imprescindíveis à formação de crianças e adolescentes como cidadãos e seres sociais, e que, entretanto, não garantem necessariamente uma rede de proteção integral.

“Criança (9 anos) agredida fisicamente com importunação sexual (beijos) provocada pelo irmão de 20 anos. Genitora informa que o outro filho de 12 anos também é assediado por esse mesmo irmão. Criança não estuda.” (Fonte: relato da notificação nº 941, notificador anônimo).

“Adolescente de 14 anos deu entrada nesta maternidade. Está no quarto mês de gestação, o que caracteriza “estupro de vulnerável”. Também encontra-se fora da instituição escolar, conforme relato de sua genitora, parou de estudar no sexto ano do Ensino Fundamental (sic).” (Fonte: relato da notificação nº 144, notificador anônimo).

5.2.4.5 Comportamento e fator de risco

De acordo com relatos apresentados nas fichas de notificação de violência, foram mencionadas situações de risco e de comportamento mencionadas pelo usuário, acompanhante ou informante. Assim, apresentaram especificidade 50 usuários de drogas ilícitas (maconha e/ou cocaína) e 26 adolescentes usuários de drogas lícitas (álcool e cigarro). Em algumas notificações foi informado o uso concomitante da maconha e da cocaína. Onze adolescentes atendidos apresentavam conflitos com a Lei.

“Realizo atendimento à mãe do adolescente (14 anos), que deu entrada nesta US por queda de moto (estava pilotando). Informa que o mesmo não está inserido em rede de ensino há seis meses, faz uso de bebida alcoólica, tabaco e drogas (maconha) desde os dez anos de idade. Já é acompanhando pelo Conselho Tutelar.” (Fonte: relato da notificação nº 339, notificador anônimo).

“Irmã do paciente (16 anos) relatou que o adolescente foi baleado (PAF) e está na custódia. Informou que o paciente não tem registro de nascimento e nunca estudou (sic). A irmã do paciente foi encaminhada para o Conselho Tutelar para orientação sobre registro tardio.”(Fonte: relato da notificação nº 825, notificador anônimo).

De acordo com Boruchonitch (1992), o comportamento sexual adolescente ocorre em um contexto de risco, considerando esta fase da vida caracterizada pela intensa necessidade de explorar e experimentar o contexto em que se vive e tal necessidade de exploração torna o adolescente mais vulnerável ao engajamento em comportamentos que envolvem riscos pessoais.

Os relatos evidenciaram ainda 313 gestantes e 263 parturientes e puérperas em idade escolar, correspondendo a 75,8% dos registros de mulheres em idade fértil. Ainda de acordo com os relatos, 98(17,1%) adolescentes já haviam apresentado gestação anterior.

Esse panorama sugere situações diversificadas muitas vezes condicionadas à falta de apoio familiar na adolescência, de programas de saúde e de educação sexual nas escolas e o início precoce da vida sexual são fatores determinantes para a gravidez na adolescência.

“Adolescente (15 anos), grávida, e sem frequentar uma unidade escolar. Aos 13 anos de idade iniciou sua vida sexual ativa com outro adolescente de 15 anos de idade.” (Fonte: relato da notificação nº 90, notificador anônimo).

Nessa perspectiva, e conforme apontamentos de Taquete (2008), geralmente adolescentes de famílias disfuncionais, pobres, com pouca instrução e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, têm maiores chances de engravidar. Famílias com história de violência, abuso de drogas, e doença crônica de um dos pais podem predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura. As meninas com baixa auto-estima, baixo rendimento escolar e falta de aspirações profissionais também constituem um grupo de risco.

“Irmã da adolescente (15 anos) em atendimento relatou que a adolescente está fora do ensino regular há 1 ano, reside com o companheiro, e informa que sua genitora é alcoólatra. Solicito o acompanhamento do Conselho Tutelar.” (Fonte: relato da notificação nº 165, notificador anônimo).

5.3 Gravidez na adolescência e evasão/abandono escolar na perspectiva das notificações de violência interpessoal /autoprovocada

Para descrição e análise, este estudo considerou todas as notificações de adolescentes em ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, observou-se que o notificador discriminou os estágios pré e pós-parto em que as adolescentes se encontravam no momento da notificação: “gestante”, “parturiente” “puérperas”. Como não existem categorias ou variáveis na notificação que sinalizem o estágio pós-parto, os notificadores situaram as adolescentes nesse estágio no campo descritivo “informações complementares e observações”.

Ao considerar todas as adolescentes em ciclo gravídico-puerperal atentou-se à possibilidade de diminuir substancialmente o número de registros subnotificados, pois o preenchimento da categoria “Não” para a variável “Gestante” na notificação descaracteriza a gravidez na adolescência.

Assim, foram analisadas 579 adolescentes em ciclo gravídico-puerperal: 313 (54%) gestantes e 266 (46%) parturientes/puérperas, correspondendo a 77,8% do total de 744 mulheres adolescentes em situação de evasão e abandono escolar notificadas no período abordado.

5.3.1 Adolescentes gestantes, parturientes e puérperas em situação de evasão/abandono escolar

5.3.1.1 Perfil Sociodemográfico

Os dados extraídos do Sinan e das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocadas da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias - RJ notabilizaram 744 adolescentes do sexo feminino com idade entre 10 e 19 anos, residentes naquele município que abandonaram/evadiram a escola entre os anos 2015 e 2019. Deste universo, 579 (77,8%) adolescentes encontravam-se Gestante/Parturiente/Puérpera, com predomínio para a faixa etária de 15-19 anos (88,3%), em relação à faixa etária de 10-14 anos (11,7%) (Tabela 27). Importante salientar que meninas grávidas com até 12 anos de idade são consideradas vítimas de violência sexual.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, jovens com idade entre 15 a 19 anos têm probabilidade de mortes relacionadas à gravidez ou parto duas vezes maior que em

mulheres de 20 anos ou mais. Para aquelas menores de 15 anos, esse risco é aumentado em cinco vezes. As gestações que ocorrem nas adolescentes precoces (menores de 16 anos) são as que apresentam pior resultado perinatal. Quanto mais jovem a paciente, maior o risco de morbimortalidade materna e fetal, pela maior incidência de baixo peso fetal e de parto prematuro (UNFPA, 2013; BRASIL, 2020c).

No Brasil, a taxa de nascimento de crianças filhas de mães entre 15 e 19 anos é 50% maior do que a média mundial — a taxa mundial é estimada em 46 nascimentos por cada 1 mil meninas, enquanto no Brasil estão estimadas 68,4 gestações nesta fase da vida. A situação ainda é mais preocupante quando é analisado o recorte de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos.

Conforme dados extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, o número de partos realizados em residentes em Duque de Caxias RJ, na faixa etária de 10-19 anos no período de 2015 a 2019 variou entre 14.344 partos em 2015 e 12.257 partos em 2019⁶⁸.

Considerando este mesmo período, foram contabilizadas no Brasil 2.405.248 adolescentes grávidas, sendo a Região Nordeste a de maior prevalência, representando 33,7% deste total, seguida da Região Sudeste com 31,7%⁶⁹. As duas regiões mantiveram a prevalência na última década. A Região Nordeste foi a que mais teve casos de gravidez na faixa etária de 10-19 anos: foram 61,2 mil, seguido pelo Sudeste, com 42,8 mil⁷⁰.

A taxa de gravidez em adolescentes no país é mais elevada do que a média mundial, em que a cada mil adolescentes com idade entre 15 a 19 anos, 62 tiveram parto (UNFPA, 2019)⁷¹. Em 2020, foram registradas 17,5 mil mães com idade entre 10 e 19 anos.

⁶⁸Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc-1996-a-2020>. Consulta em 10.Fevereiro.2023.

⁶⁹ Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS). Informações de saúde: Nascidos vivos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. Acesso em: 2023.Fev.2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvMG.def>

⁷⁰Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/casos-de-gravidez-na-adolescencia-diminuiram-em-media-18-desde-2019#:~:text=PROTE%C3%87%C3%83O-,Casos%20de%20gravidez%20na%20adolesc%C3%A4ncia,em%20m%C3%A9dia%2C%2018%25%20desde%202019&text=Desde%202019%2C%20o%20n%C3%BAmero%20de,Nascidos%20Vivos%2C%20do%20Governo%20Federal>. Consulta em 10.Fev.2023.

⁷¹Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Situação da população mundial [Internet]. Brasília (DF): UNFPA; 2019 [acesso em 2023 fev 23]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/topics/swop2019>

Tabela 27 Registros distribuídos de Faixa Etária de Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera segundo Ano de notificação e situação de Evasão/abandono escolar. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera	10-14 anos	15-19 anos	Total	
	(N=113; 15,2%)	(N=631; 84,8%)	(N=744; 100%)	
	N	N	N	%
Ano da Notificação				
2015	17	136	153	20,6
2016	37	134	171	23
2017	23	126	149	20
2018	15	128	143	19,2
2019	21	107	128	17,2
Total	113	631	744	100
Gestante/Parturiente/Puérpera em situação de Evasão/abandono escolar				
2015	8	112	120	20,7
2016	27	116	143	24,7
2017	15	106	121	20,9
2018	10	95	105	18,1
2019	8	82	90	15,5
Total	68	511	579	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação. (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

No que tange à categoria raça/cor, conforme apresentação da Tabela 28 observou-se o elevado percentual 23,5% de dado ignorado ou em branco para o preenchimento desta variável e destacaram-se as adolescentes grávidas/parturientes/puérperas pardas ou pretas (64,2%) em situação de evasão/abandono escolar, em comparação às adolescentes brancas (12,8%).

O predomínio de adolescentes gestante/parturiente/puérpera pardas e pretas identificadas nas notificações representa uma das características do contexto do desenvolvimento brasileiro caracterizada também pelos vieses de renda e escolaridade, significativos na prevalência do alto índice de gravidez entre adolescentes. Adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes (UNFPA, 2019).

Quanto à situação conjugal informada no preenchimento das fichas de notificação, observou-se o número significativo de adolescentes gestantes/parturientes/puérperas solteiras (66,5%) fora do ambiente escolar, o que reforça que os matrimônios prematuros são, amiúde, oriundos de relações pré-conjugais. As adolescentes casadas ou com união consensual representam 3,3% das gestantes/parturientes/puérperas informadas. Os campos sem informação ou com informação ignorada representam 28,3% das adolescentes notificadas, o que denota pouca importância ao preenchimento desta variável (Tabela 28).

Tabela 28 Frequência de adolescentes Gestantes/ Parturientes/ Puérperas em Situação de Evasão/abandono escolar segundo Raça/cor e situação conjugal. Duque de Caxias–RJ. 2015-2019.

Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera Em Situação de Evasão/abandono escolar	10-19 anos (N=579)	
	N	%
Raça/cor		
Branca	72	12,4
Preta	71	12,3
Parda	300	51,8
Ignorado	136	23,5
Total	579	100
Situação Conjugal		
Solteira	385	66,5
Casada/união consensual	19	3,3
Não se aplica	11	1,9
Ignorado/Em branco	164	28,3
Total	579	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

Quanto à área de residência das adolescentes gestantes/parturientes notificadas, constatou-se, conforme a Tabela 29, que quase a metade (44,7%) residia no Segundo Distrito (Campos Elíseos) do município de Duque de Caxias-RJ.

Ao categorizar os bairros de residência do município conforme frequência de registros foi observado que os bairros Saracuruna e Jardim Primavera destacaram-se com os maiores números de registros, correspondendo a 18,8% do total das adolescentes gestantes/parturientes/puérperas notificadas. Ambos os bairros localizam-se no Segundo Distrito (Campos Elíseos) (Tabela 29).

Ao analisar as Unidades de Saúde notificadoras, quase a totalidade (96,7%) das notificações ocorreram no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) (atualmente municipalizado), localizado no bairro Saracuruna, Segundo Distrito do município de Duque de Caxias (Campos Elíseos).

Mesmo com a mudança de gestão, o Hospital Geral mantém o perfil de alta complexidade, tendo como principais linhas de cuidado: o trauma, urgência e emergência adulto e pediátrico. O hospital dispõe de uma estrutura de maternidade com leitos que atendem obstetrícia de alto risco, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal (Tabela 29).

Tabela 29 Frequências de Gestante/Parturiente/Puérpera em situação de abandono/evasão escolar segundo US Notificadora e Bairro de Residência em Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Gestante/Parturiente/Puérpera em Situação de Evasão/abandono escolar	10-19 anos (N=579)	
	N	%
US Notificadora		
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes*	560	96,7
UPH Saracuruna	6	1,0
Outras US	13	2,3
Total	579	100,0
Local de residência		
Saracuruna	62	10,7
Jardim Primavera	49	8,5
Gramacho	41	7,1
Pilar	35	6,0
Cidade Parque Paulista	32	5,5
Outros Bairros	360	62,2
Total	579	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC,23/05/2022

*Atualmente sob gestão do município de Duque de Caxias-RJ

5.3.2 Cenários da evasão/abandono escolar contextualizados nos relatos das notificações de violência

5.3.2.1 Acesso e atendimento nas Unidades de Saúde

Em 63% das fichas de notificação, através dos relatos descritos no campo “Informações Complementares e Observações” da ficha de notificação foi identificado o motivo da entrada das adolescentes em ciclo gravídico-puerperal nas Unidades de Saúde. Em 54,1% o parto foi o evento que sobressaiu como motivo de entrada no nosocômio. Foram relatados ainda 49 (8,5%) atendimentos englobando consultas, emergência e internação e ainda dois registros específicos: acidente de trânsito e ferimento por agressão (Tabela 30).

“Segundo informações colhidas, a adolescente (15 anos) foi admitida neste hospital proveniente de aborto infectado. Relata ser natural de Minas Gerais e não possuir familiares no estado do Rio de Janeiro e reside com o namorado e seus familiares. Relata fazer uso de bebida alcoólica e drogas lícitas e ilícitas (maconha). Está fora da rede de ensino há aproximadamente dois anos.” (Fonte: relato da notificação nº 148, notificador anônimo).

Conforme os dados apresentados na Tabela 30, em 87,7% no tocante ao acompanhamento à adolescente no momento da entrada na Unidade de Saúde, 61,1% foi pelos genitores ou apenas um deles; cônjuge/companheiro(2,9%); sogro/sogra(4,3%); outros

familiares ou amigos(15,7%). As adolescentes que chegaram sem acompanhamento representaram 3,6% e as notificações sem relato sobre acompanhamento no momento de ingresso na Unidade de Saúde corresponderam a 12,3%.

“Adolescente (17 anos) em tela internada neste nosocômio sem receber suporte familiar dos seus responsáveis legais (sic). Evadiu da escola há 1 ano.” (Fonte: relato da notificação nº 85, notificador anônimo).

Ainda sobre os ingressos nas Unidades e Saúde, a partir dos relatos foi possível constatar que nem sempre quem acompanhou a adolescente na Unidade de Saúde foi quem esclareceu informações a respeito da adolescente. Em 80,8% dos relatos foi discriminado o informante assim como seu vínculo com a adolescente atendida. Assim, considerando todos os relatos, os genitores foram identificados como informantes em 19,7% das notificações; cônjuge/companheiro, 0,7%, sogro/sogra, 0,9%; outros familiares ou amigos, 3,3% das notificações e em 56,3% dos relatos as informações foram proferidas pelas próprias adolescentes (Tabela 30).

Tabela 30. Distribuição de frequência de Gestante/Parturiente/ Puérpera segundo Motivo de entrada e Acompanhante no ingresso na Unidade de Saúde e Informante/vínculo. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Gestante/Parturiente/Puérpera em Situação de Evasão/abandono escolar	10-19 anos (N=579)	
	N	%
Motivo de entrada na US		
Parto	313	54,1
Acidente trânsito	1	0,2
Agressão/ferimento	1	0,2
Consulta/emergência/internação	49	8,5
Não relatado	215	37,0
Total	579	100,0
Acompanhante /ingresso na US		
Mãe	341	58,9
Pai	13	2,2
Padrasto/madrasta	3	0,5
Cônjuge/companheiro (a)	17	2,9
Sogra (a)	25	4,3
Avo	22	3,8
Irmã (a)	39	6,7
Tio (a)	13	2,2
Primo (a)	4	0,7
Amigo (a)/ conhecido (a)	10	1,7
Sem acompanhante	21	3,6
Não relatado	71	12,3
Total	579	100,0
Informante/Vínculo		
A própria	326	56,3
Amigo (a)/ conhecido (a)	1	0,2
Avo	4	0,7
Cônjuge / companheiro (a)	4	0,7

Continuação

Gestante/Parturiente/Puérpera em Situação de Evasão/abandono escolar	10-19 anos (N=579)	
	N	%
Irmão (a)	9	1,6
Mãe	106	18,3
Outro familiar	1	0,2
Padrasto/madrasta	1	0,2
Pai	8	1,4
Sogro (a)	5	0,9
Tio (a)	3	0,5
Não relatado	111	19,2
Total	579	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

5.3.2.2 *Convívio, arranjos e relações familiares*

Considerando as notificações com informações sobre os arranjos familiares, a grande maioria das adolescentes gestantes/parturientes/puérperas e em situação de evasão escolar coabita com seus parceiros, entretanto, parte considerável reside com os genitores ou com os pais do companheiro ou namorado.

“Adolescente (16 anos) relatou que estava grávida de três meses e teve um aborto. Informou que reside com o companheiro, sogra e cunhado e está fora do ensino regular. Solicito acompanhamento do Conselho Tutelar.” (Fonte: relato da notificação nº 937, notificador anônimo).

Conforme apresentação na Tabela 31, sobre os arranjos familiares das adolescentes atendidas, em quase metade (45,6%) dos relatos das fichas de notificação foi identificado com quem as adolescentes residiam no momento da notificação. Assim, considerando os relatos informados, 65,9% das adolescentes residiam com companheiro/namorado, ou na companhia deste, entretanto, morando com os genitores ou com os pais do companheiro/namorado. Em menor proporção, 8,7% das adolescentes residiam com ambos os genitores ou apenas com um deles, porém sem o companheiro/namorado.

“Em abordagem à genitora da paciente, a mesma relatou que a paciente (17 anos) teve parto (segundo filho), reside com avó paterna e está fora do ensino regular. Solicito acompanhamento do Conselho Tutelar.”(Fonte: relato da notificação nº 417, notificador anônimo).

“Adolescente de 17 anos, gestante, deu entrada nessa US em trabalho de parto. Segundo relato da genitora, a paciente permaneceu morando na rua por aproximadamente três meses, onde além de ter feito uso de drogas ilícitas, acabou engravidando. A adolescente está fora do ensino regular desde então.”(Fonte: relato da notificação nº 312, notificador anônimo).

Os relatos deram visibilidade sobre situação de orfandade e conflitos na relação entre as adolescentes gestantes/parturientes/grávidas e seus genitores. Considerando os relatos das notificações, na Tabela 33 sobressaíram 18 adolescentes órfãs de pai, de mãe ou de ambos os genitores; e oito adolescentes não tinham contato com um dos genitores. Em 12 notificações foram evidenciados relatos de conflitos entre as adolescentes com um dos genitores ou com ambos. De acordo com os relatos, observou-se diferentes níveis de conflitualidade com implicações distintas. Em muitas situações, o relacionamento entre genitores apresentaram-se como fator com interferência no relacionamento pais e filhos.

“Paciente adolescente (15 anos), puérpera de parto cesáreo, fora da rede de educação. Sua genitora cumpre pena em regime fechado e a adolescente encontra-se sob responsabilidade da tia materna. Verificar regularização.”(Fonte: relato da notificação nº 183, notificador anônimo).

“Entrevista realizada com a paciente de 16 anos acompanhada pela sogra. Relata que está morando com a mesma há aproximadamente nove meses. Segue fora da rede de ensino. Está gestante com 30 semanas. Seus genitores são falecidos e segue avó afetiva com a guarda. Solicito o acompanhamento do Conselho Tutelar.”(Fonte: relato da notificação nº 186, notificador anônimo).

Nessa perspectiva, importante considerar que o contato pleno pode ser entendido como um modo de favorecer uma relação saudável entre pais e adolescentes, e muitas adolescentes sem o apoio da família ou do companheiro, possivelmente vivenciam situações de estresse e insegurança, tendo seu direito fundamental a uma convivência familiar saudável interrompido. Conforme aponta Ribeiro (2006), qualquer interrupção do contato implica uma perda da saúde.

“Paciente de 13 anos, no quinto mês de gestação sofreu acidente de moto (sic) e está fora da escola há 1 ano. Segundo a mãe, não escuta os familiares, vive fugindo e “aprontando”. Solicito acompanhamento do Conselho Tutelar.” (Fonte: relato da notificação nº 384, notificador anônimo).

“Adolescente de 12 anos, com mais ou menos cinco meses de gestação, sem pre-natal. Segundo a adolescente, já convive com o namorado. Segundo a mãe, deixou de frequentar a escola. Feito orientações ao familiar visando zelar com absoluta prioridade aos cuidados com a saúde da adolescente. Oriento a genitora a levar a filha para casa e aguardar orientações do Conselho Tutelar.” (Fonte: relato da notificação nº 660, notificador anônimo).

Tabela 31 Frequência de Gestante/Parturiente/Puérpera segundo Com quem reside, Contatos e Conflito com Genitores. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Gestante/Parturiente/Puérpera em Situação de Evasão/abandono escolar	10-19 anos (N=579)	
	N	%
Com quem reside		
Mãe	43	7,4
Pai	5	0,9
Pai/mãe	18	3,1
Pai e / ou mãe e companheiro (a)	8	1,4
Companheiro (a) / namorado (a)	139	24
Sogro (a) / companheiro (a)	27	4,7
Sogro (a)	1	0,2
Irmão (a)	8	1,4
Avo	7	1,2
Tio (a)	1	0,2
Amigo (a) / conhecido (a)	3	0,5
Sozinho (a)	2	0,3
Situação de rua	1	0,2
Abrigo	1	0,2
Não relatado	315	54,4
Total	579	100,0
Contato com Genitor/a		
Falecidos	5	0,9
Órfã de mãe	10	1,7
Órfã de mãe, sem contato com o pai	2	0,3
Órfã de pai	1	0,2
Sem contato com a mãe	5	0,9
Sem contato com o pai	1	0,2
Não relatado	555	95,9
Total	579	100,0
Conflito com Genitor/a		
Conflito com pai e mãe	2	0,3
Conflito com a mãe	9	1,6
Conflito com o pai	1	0,2
Não se aplica	26	4,5
Não relatado	541	93,4
Total	579	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

5.3.2.3 Caracterização das violências e acidentes

A "negligência/abandono", caracterizada nas notificações de violência interpessoal/Autoprovocadas como uma das tipologias de violência foi identificada em todas as notificações de adolescentes gestantes/parturientes/puérperas em situação de evasão e abandono escolar. Por tratar-se de um campo da ficha de notificação em que é possível assinalar mais de uma tipologia de violência, 39 adolescentes sofreram outros tipos de violência: sete registros de violência física; dois registros de violência psicológica; cinco registros de violência sexual; três registros de violência financeira; uma “violência infantil”; e 21 “outras violências” diferentes das variações de tipologias apresentadas na ficha de

notificação, assim descritas no preenchimento: “Acidente de moto” (um registro), “drogado” (um registro), “omissão (três registros), “evasão escolar” / “fora da escola” (16 registros) (Tabela 32).

Ao caracterizar o campo de preenchimento da ficha de notificação sobre os “autores da agressão”, onde é possível informar mais de um agressor durante o preenchimento da notificação, observou-se a autoria como responsabilização às situações evidenciadas (negligência, gravidez, violência, abandono/evasão escolar): mãe (72,7%) e pai (37,7%). Os prováveis “agressores” namorado ou cônjuge totalizaram 21 (3,6%) registros (Tabela 32).

Assim, percebe-se a complexidade na contextualização e caracterização de situações de negligência quando consideradas as dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a esta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001, p.14).

“Adolescente de 15 anos deu entrada no setor do Centro Obstétrico em processo de aborto. Reside com sua genitora e encontra-se fora do ensino regular; porém almeja retornar à escola e declara que sua mãe se recusa a fazer a matrícula.” (Fonte: relato da notificação nº 737, notificador anônimo).

Tabela 32 Frequência de Gestante/Parturientes /Puérperas segundo provável agressor e Arranjos familiares. Duque de Caxias–RJ.2015-2019.

Gestante/Parturiente/Puérpera em Situação de Evasão/abandono escolar	10-19 anos (N=579)	
	N	%
Provável Agressor Informado		
Mãe	421	72,7
Pai	218	37,7
Namorado (a)	7	1,2
Cônjuge	14	2,4
Irmão a)	20	3,5
Padrasto	5	0,9
Ex-Namorado (a)	1	0,2
Ex-Cônjuge	1	0,2
Cuidador	1	0,2
Amigo/Conhecido	1	0,2
Própria pessoa	12	2,1
Provável Agressor (Arranjo familiar)		
Pai	11	1,9
Mãe	231	39,9
Namorado/cônjuge	9	1,6
Pai + Mãe	178	30,7
Pai + Namorado/cônjuge	1	0,2
Mãe + Namorado/cônjuge	14	2,4
Pai + Mãe + Namorado/cônjuge	27	4,7
Padrasto + Mãe	3	0,5
Padrasto + Pai + Mãe	1	0,2

Fonte: Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

Os registros de violência física perpetrada contra as adolescentes gestantes/parturientes/puérperas e em situação de abandono/evasão escolar identificaram como provável autoria da agressão: cônjuge/companheiro (2); namorado (1) e pessoa conhecida (1). Ainda de acordo com apontamentos nos relatos e observações, a situação de violência física foi recorrente em três adolescentes nestas condições.

“De acordo com o atendimento, adolescente (16 anos) nos revela que sofre agressão física constante do marido e que após descobrir a gestação evadiu-se da escola. Sendo assim, de acordo com as informações colhidas, a adolescente está há dois anos fora da sala de aula.”(Fonte: relato da notificação nº 12, notificador anônimo).

De acordo com a transcrição dos relatos, foram identificados ainda cinco registros de violência sexual nesta população de estudo, sendo quatro casos associados com violência física e um caso às tipologias física e psicológica. Quatro adolescentes gestantes/parturientes/puérperas com idade entre 12 e 14 anos e fora da rede de ensino sofreram violência sexual. A mesma ocorrência deu-se com uma adolescente de 17 anos.

Os agressores informados constituem-se do pai, da mãe e do namorado da vítima; ambos relatados em dois registros; a mãe e o namorado da vítima em um registro; a genitora em um relato; e o namorado em um registro. Um dos casos notificados foi identificado com a observação "estupro de vulnerável".

5.3.2.4 Caracterização da escolaridade e da evasão escolar/abandono escolar

No tocante às situações de evasão/abandono escolar das adolescentes gestantes/parturientes/puérperas nos relatos das fichas de notificação, vale ressaltar alguns achados: considerando os relatos com informação sobre a escolaridade das adolescentes notificadas que evadiram/abandonaram a escola, a incidência foi sempre maior entre a 5ª e a 8ª série do Ensino Fundamental: considerando todas as adolescentes notificadas (75%); as adolescentes com idade entre 12-14 anos (71,7%) e as adolescentes com idade entre 15-19 anos (75,5%) (Tabela 33).

Nessa perspectiva, chama a atenção da maternidade precoce das meninas com abandono/evasão nos anos finais do Ensino Fundamental e com idade entre 15-19 anos, faixa etária que engloba as idades adequadas à etapa do Ensino Médio (15- 17 anos). Nesta faixa etária, apenas 12,9% das adolescentes ingressaram no ensino médio.

No Brasil, há uma estreita relação entre educação e maternidade. Resultados da Pnad mostram maior frequência de gravidez em adolescentes de 15 a 19 anos sem escolarização do que naquelas com 9 a 11 anos de estudo (COSTA, SENA, DIAS, 2011).

Embora, de acordo com dados do Datasus, o município de Duque de Caxias tenha apresentado uma relação positiva entre escolaridade da mãe e proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas, com a média de mães com 12 anos ou mais anos de estudo apresentando uma proporção de 16,2 pontos percentuais superior a das mães que completaram até três anos de estudo⁷², há muito a ser feito no que compromete as oportunidades de desenvolvimento das jovens que vivenciam a maternidade precoce.

Considerando os diversos níveis da trajetória do desenvolvimento da adolescência, a maternidade afeta negativamente principalmente os domínios educacionais (como abandono escolar ou menor progressão educativa), socioeconômico (pobreza), ocupacional (desemprego), social (monoparentalidade) e psicológico, como depressão, baixa autoestima e isolamento social (FIGUEIREDO, 2000).

“Paciente (16 anos), segunda gestação, 32 semanas, cursou até o sexto ano; deixou de estudar faz dois anos, no período da sua primeira gestação (sic). Favor acompanhar” (Fonte: relato da notificação nº 64, notificador anônimo).

“Paciente (16 anos), deu entrada nesta US acompanhada com seu companheiro. Residem juntos há 1 ano e seus genitores são falecidos, sendo criada pelos avós paternos. Relata estar fora da rede de ensino desde a quinta série do ensino fundamental. Sua gestação é de 39 semanas.” (Fonte: relato da notificação nº 94, notificador anônimo).

Tabela 33 Distribuição de frequências de adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera, segundo faixa etária e Escolaridade/Série informada. Duque de Caxias – RJ. 2015-2019.

Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera em situação de Evasão/Abandono escolar	12-14 anos	15-19 anos	Total	
	(N=113)	(N=631)	N	%
Escolaridade				
1ª a 4ª série incompleta	8	16	24	4,1
4ª série completa	3	17	20	3,5
5ª a 8ª série	38	305	343	59,2
EF completo	0	14	14	2,4
EM incompleto	4	52	56	9,7
Escolaridade Informada	53	404	457	100,0
Analfabeto/sem escolaridade	2	0	2	0,3
Ignorado	13	107	120	20,7
Total	68	511	579	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

⁷² Fonte: DATASUS. Disponível em

https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php#section_saude Acesso em 14.dez.2022.

No tocante sobre o tempo decorrido do abandono/evasão escolar, o número de adolescentes Gestantes/Parturientes/Puérperas que não retornam no ano seguinte à escola ou que permanecem fora da escola por muitos anos é preocupante.

Embora apenas 33,3% das notificações apresentem esta informação relatada, deste percentual, 69,6% das adolescentes estavam fora do âmbito escolar havia mais de um ano. Conforme descrição nos relatos e apresentação da Tabela 34, duas adolescentes estavam fora da escola havia 5 anos e outras duas nunca frequentaram a rede de ensino por falta de Certidão de Nascimento.

“Em atendimento, mãe da adolescente (17 anos) relata que a paciente deu entrada na US grávida de 31 semanas, segunda gestação, tem filho com 2 anos e encontra-se fora da Unidade de Ensino há dois anos.”(Fonte: relato da notificação nº 118, notificador anônimo).

A condição de gestante apontada como justificativa para a evasão/abandono escolar foi relatada na maioria das notificações que apontavam alguma razão para a infrequência escolar. A percepção por parte das adolescentes de que sua condição de gestante foi determinante para o abandono/evasão escolar nos remete aos vários motivos que podem ter levado à evasão/abandono assim como a reflexão de que embora a educação constituída como um direito fundamental e presente em muitas outras legislações do nosso arcabouço jurídico e também em tratados e convenções internacionais, e por fim, mesmo reconhecida na Lei nº 6.202/75⁷³, que permite à estudante em estado gravídico realizar exercícios em casa e permanecer afastada das aulas, a gestação ainda permanece como uma das grandes causas da evasão e do abandono escolar.

“Adolescente gestante de 16 anos deu entrada nessa US, gestante de 40 semanas, relata estar fora do ensino regular por conta da gestação. Encaminhado por evasão escolar há oito meses.” (Fonte: relato da notificação nº 190, notificador anônimo).

“Adolescente, 17 anos, no oitavo mês de gestação, com evasão escolar. Sua genitora informou que a mesma tem vaga garantida para o próximo ano, mas que neste ano a evasão foi por passar muito mal devido à gestação.” (Fonte: relato da notificação nº 689, notificador anônimo).

⁷³ O Decreto-Lei n.º 1.044, de 21 de outubro 1969, instituiu o chamado “regime de exceção”, destinado àqueles alunos merecedores de tratamento excepcional, atribuindo a esses estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da respectiva escola. Por sua vez, a Lei n.º 6.202/75 estendeu esse regime às estudantes em fase de gestação, estabelecendo: “Art.1º. A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969.”

“Atendendo à genitora da paciente (17 anos) que firma a evasão escolar da filha por causa da gravidez.” (Fonte: relato da notificação nº 146, notificador anônimo).

Tabela 34 Distribuição de frequências de Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera segundo Tempo fora da escola e Justificativa declarada.

Adolescente Gestante/Parturiente/Puérpera em situação de Evasão/Abandono escolar	Total (N=579)	
	N	%
Tempo fora da escola		
1 mês a 6 meses	19	3,3
7 meses a 11 meses	39	6,7
1 ano	71	12,3
2 anos	47	8,1
3 anos	13	2,2
5 anos	2	0,3
Tempo Informado	191	33,0
Nunca estudou	2	0,3
Não relatado	386	66,7
Total	579	100,0
Justificativa Declarada*		
Desinteresse pai/mãe	1	0,2
Falta documentos	3	0,5
Gravidez	37	6,4
Mudança local residência	1	0,2
Sem vaga na escola	2	0,3
Situação de rua	1	0,2
Trabalho/ocupação	1	0,2
Vontade própria	1	0,2
Não relatado	532	91,9
Total	579	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

*Exceto falta de certidão de Nascimento.

5.3.2.5 Comportamento e fator de risco

Foram evidenciadas ainda nas descrições, situações de exposição e de riscos: três notificações com trabalho/ocupação relatada; oito adolescentes expostas às drogas lícitas e 17 expostas às drogas ilícitas; e uma adolescente vítima de acidente de moto e uma com deficiência/transtorno.

Em importante estudo sobre o uso de álcool por adolescente, Moura, Priotto e Guerin (2018) concluem que o uso do álcool por ser uma droga lícita é usado com maior frequência, devido à facilidade de acesso, fazendo com que os adolescentes consumam de maneira elevada podendo interferir em seu aprendizado e como consequência a evasão e abandono escolar.

“Deu entrada nesta US, adolescente de 17 anos proveniente de pré-eclâmpsia na gestação (sic). Reside com a genitora, relata que tem mais ou menos 1 ano segue fora da escola. Favor acompanhar evasão escolar.”(Fonte: relato da notificação nº 152, notificador anônimo).

“Deu entrada nesta US paciente, 16 anos, em trabalho de parto. Faz uso de bebida alcoólica, cigarro e maconha, de acordo com sua genitora. Solicito acompanhamento por evasão escolar, há aproximadamente 1 ano.” (Fonte: relato da notificação nº 4, notificador anônimo).

Nos relatos das fichas de notificação de violência, a gravidez recorrente foi citada em 74(12,8%) notificações das Gestantes/Parturientes/Puérperas. Conforme apontamentos de Viellas *et al.* (2012), trata-se de um problema muito frequente no mundo e seus prejuízos apenas recentemente vêm recebendo atenção. Stevens-Simon *et al.*, em 2001, realizaram uma pesquisa com mães adolescentes nos Estados Unidos e revelaram que 14% das adolescentes engravidaram no ano subsequente ao primeiro parto e 35% em até dois anos. No Brasil, em 2006, na Pesquisa Nacional Demografia e Saúde foi identificado que 16,2% de adolescentes com idade entre 15 e 19 anos já eram mães e, entre estas, 13,5% tinham dois filhos ou mais (BRASIL, 2006a).

“Adolescente (17 anos), quarta gestação. Mãe se recusa a acompanhar a filha nas consultas e também em matricular a filha na escola.” (Fonte: relato da notificação nº 442, notificador anônimo).

“Adolescente (17 anos), puérpera do segundo filho, não estuda, parou na terceira série do Ensino Fundamental, mora com companheiro de 52 anos e diz não ter mãe. É tabagista e segundo ela, fazia uso de drogas, e não faz há algum tempo.” (Fonte: relato da notificação nº 734, notificador anônimo).

5.3.2.6 Encaminhamento e Notificador

No tocante aos encaminhamentos, constatou-se que 95,5% das adolescentes gestantes atendidas foram encaminhadas ao Conselho Tutelar e 5,4% à rede de educação. Quanto às adolescentes parturientes e puérperas, 97,7% foram direcionadas ao Conselho Tutelar, e 4,5% à rede de educação. Esta conduta denota o serviço de saúde atuando de forma articulada com as políticas de assistência social, educação, proteção, sinalizando uma importante intervenção para garantir ou restabelecer os direitos ameaçados e violados das adolescentes notificadas.

Nas notificações de sete gestantes e uma parturiente não foram informados encaminhamentos. Todas as notificações foram preenchidas pelo Assistente Social (segmento na rede de atenção e de proteção social). Importante ressaltar que é possível informar na notificação mais de um tipo de encaminhamento.

6 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA E DA COMPLETUDE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE EVASÃO/ABANDONO ESCOLAR

A Tabela 35 e Tabela 36 apresentam, respectivamente, as taxas de inconsistência e incompletude⁷⁴ de preenchimento das variáveis das notificações de violência contra crianças e adolescentes residentes em Duque de Caxias –RJ e fora da rede de ensino.

As características sociodemográficas da população quando analisadas na totalidade da população de estudo apresentou preenchimento satisfatório. O preenchimento da variável Sexo e Idade apresentou consistência em sua totalidade. Campos de preenchimento obrigatórios, inicialmente foi verificada a inexistência de nomes unissex para confrontar o nome do/a usuário/a e sexo biológico informado, identificando assim possíveis incongruências.

Quanto a idade, o preenchimento da variável apresentou consistência em sua totalidade. Esta avaliação é de grande importância, pois são frequentes os erros de preenchimento da notificação ou de digitação em que a data da ocorrência ou da notificação da violência é igual a data de nascimento da pessoa atendida.

O grupo de mulheres adolescentes analisadas apresentou maior comprometimento na completude dos dados do que a inconsistência do mesmo, quando avaliada a variável que situa a adolescente atendida enquanto gestante. Esses dados revelam a inconsistência do preenchimento “Não se aplica” e escore ruim quando avaliada a incompletude com os dados ignorados e em branco, dada a condição de que todas apresentam idade fértil.

Os maiores percentuais de inconsistência foram destacados nas variáveis relacionadas à violência, no tocante às motivações, com preenchimento “Não se aplica”, e à violência autoprovocada; esta, apresentando entre os seis casos informados, quatro sem informação de que o “possível agressor” sendo a própria pessoa.

Dentre as quatro notificações com identidade de gênero informadas, identificou-se possível erro de interpretação do notificador ou erro de digitação ao categorizar um “homem trans/transgênero/transsexual” com sexo biológico “masculino”.

De modo geral, e de acordo com as análises, a completude das notificações de violência nessa população apresentou-se em todas as variáveis com escore ruim ou muito ruim.

⁷⁴ Para classificação da incompletude foram utilizados os escores propostos por Romero e Cunha (2006): excelente (< de 5% de preenchimento incompleto); bom (5 a < 10%); regular (10 a < 20%); ruim (20 a < 50%) e muito ruim (50% ou mais).

Chama a atenção na Tabela 35, as variáveis que apresentaram incompletude acima de 50%, avaliadas com preenchimento “muito ruim”. Configuram-se nesta análise as variáveis “identidade de gênero” e “orientação sexual”, registradas nas notificações com categorias diferentes de “não se aplica” em crianças de até de 9 anos.

Embora em proporções menores, a inconsistência nos dados também foi observada em pessoas com deficiência/transtorno considerando que dentre os 14 informados, não houve especificação do tipo de deficiência/transtorno para dois usuários.

Percebe-se, dessa forma, a pouca importância dada ao preenchimento destas variáveis, que apontam para questões como a invisibilidade, a desinformação, a insegurança, preconceito ou mesmo o entendimento de que esses dados não agregam aos indivíduos ou às situações de violência e de evasão/abandono escolar nas pessoas atendidas. Entretanto, são informações que precisam ser retiradas da invisibilidade, pois muitas vezes agregam outras situações e que podem camuflar o lado mais cruel das situações de violência e de evasão/abandono escolar.

Entende-se que a condição de baixo preenchimento das variáveis “orientação sexual” e “identidade de gênero” pode ser consequência de preconceitos e dificuldades de abordagens dessas questões por profissionais de saúde, além do conhecimento limitado sobre a temática que ainda não é totalmente incorporada nos currículos de cursos de graduação na área da saúde (SILVA; PAULINO; RIMONDI, 2020).

Em outra direção, cabe ressaltar que o período aqui abordado para a avaliação da inconsistência e incompletude (2015-2019) é imediato à implantação do modelo de notificação, em 2015, com a inserção das variáveis “Orientação sexual”, “Identidade de gênero”, “Motivação da violência” e “Encaminhamento”.

Assim, de acordo com as perspectivas apontadas, atenta-se para o monitoramento e resgate de variáveis incompletas ou inconsistentes, rotina da vigilância epidemiológica municipal, a necessidade de capacitação constante das equipes de saúde para o atendimento humanizado, assim como de capacitação para o preenchimento adequado da ficha de notificação de violência, especialmente para esses campos específicos integrados à notificação.

Observamos ainda no tocante às incompletudes, na Tabela 36, o escore muito ruim atribuído a algumas características da violência notificada: a não informação da motivação da violência, se ela é recorrente, de repetição; e se é uma violência autoprovocada. Sobressaem-se as lacunas como resposta para o expressivo percentual de dados ignorados ou em branco para esses importantes dados sobre a ocorrência da violência entre o grupo de crianças e

adolescentes analisados e em situação de evasão/abandono escolar.

A qualidade do preenchimento das variáveis raça/cor e escolaridades, indicadores de heterogeneidades socioeconômicas, ação, mostraram-se comprometidas, mesmo dada a obrigatoriedade de seu preenchimento e o reconhecimento da importância social e epidemiológica no estudo das análises de situação de saúde e, em especial, das desigualdades em saúde, assim como na elaboração de políticas públicas e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira.

Embora não comprometa totalmente a compreensão e conseqüentemente a análise de dados para este estudo, observou-se inconsistência no preenchimento inadequado da variável escolaridade, cuja classificação correta deveria ser diferente de “Não se Aplica”, mas o campo foi classificado como “ignorado” ou não foi preenchido.

Tabela 35 Indicadores de inconsistência das notificações de violência perpetradas contra crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019.

Inconsistência	Avaliada	Identificada	% Identificada
	N	N	%
Indicadores Epidemiológicos			
Preenchimento incorreto da variável Sexo/Nome da pessoa	938	0	0
Preenchimento incorreto da variável Idade	938	0	0
Escolaridade (diferente de Não se aplica)	938	14	1,5
Motivação da Violência (Não se aplica)	938	258	27,5
Orientação Sexual em >10 anos (Não se aplica)	900	136	15,1
Gestante? (Não se aplica)	743	101	13,6
Situação conjugal/estado civil < 16 anos (casado/união estável)	351	7	2
Homens encaminhados à Rede de Atendimento à mulher	178	1	0,6
Identidade de Gênero em <10 anos (diferente de Não se aplica)	38	0	0
Orientação Sexual em <10 anos (diferente de Não se aplica)	38	0	0
Deficiência/transtorno confirmada sem especificar o tipo	14	2	14,3
Lesão autoprovocada (autor NÃO é a própria pessoa)	6	4	33,3
Identidade de gênero Mulher/Homem Transexual e Sexo Biológico	4	1	25,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

Tabela 36 Indicadores de incompletude das notificações de violência perpetradas contra crianças e adolescentes em situação de evasão/abandono escolar. Duque de Caxias-RJ, Brasil, 2015–2019.

Incompletude	Avaliada	Identificada	% Identif	Escore
	N	N	%	
Indicadores Epidemiológicos				
Raça/cor (Ignorado e Em branco)	938	239	25,5	Ruim
Escolaridade (Ignorado e Em branco)	938	201	21,4	Ruim
Situação Conjugal/Estado Civil (Ignorado e Em branco)	938	237	23,1	Ruim
Identidade de Gênero (Ignorado e Em branco)	938	690	73,6	Muito ruim
Orientação Sexual (Ignorado e Em branco)	938	626	66,8	Muito ruim
Deficiência/transtorno (Ignorado e Em branco)	938	587	62,3	Muito ruim
Lesão autoprovocada (Ignorado e Em branco)	938	569	60,1	Muito ruim
Violência de repetição (Ignorado e Em branco)	938	752	80,2	Muito ruim
Motivação da violência (Ignorado e Em branco)	938	632	67,4	Muito ruim
Gestante? (Ignorado/ Em branco)	743	200	26,9	Ruim

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (Sinan), SMS/DC, 23/05/2022

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso desta tese foram identificadas diversas dimensões da violência e da evasão/abandono escolar em infâncias e adolescências invisibilizadas, o que ratifica que a informação em saúde, intrinsecamente vinculada à pesquisa em saúde, constitui-se como fonte de novos saberes, capaz de subsidiar o conhecimento objetivo e profundo de diferentes realidades.

Esta tese corrobora a importância da notificação compulsória de violência alinhada às práticas de cuidado enquanto exigência legal e instrumento potente de prevenção e de proteção; entretanto, além de elemento-chave para retirar os casos de violência da invisibilidade, constitui-se como importante meio de desvendar fragilidades, vulnerabilidades e outros fenômenos complexos, graves e interligados às situações de violência.

A notificação compulsória da violência é um desafio ao campo da Saúde Pública. Quando desenvolvida com propriedade, conduzem a um conhecimento objetivo da realidade. A caracterização e a análise do perfil das vítimas de violência notificadas no município de Duque de Caxias – RJ realçaram problemas sociais e de saúde pública intrinsecamente ligados a este fenômeno.

Os resultados obtidos personificaram três problemas identificados nas notificações de violência interpessoal/autoprovocada, contextualizados nas práticas legitimadas na sociedade e internalizados nos âmbitos pessoal, familiar, escolar e comunitário da população de estudo: a violência silenciosa e invisível que atravessa a trajetória de crianças e adolescentes; fatores condicionantes ao expressivo número de registros de evasão/abandono escolar; e os reflexos da gravidez na adolescência na vida escolar.

Esta pesquisa demonstrou que, embora a violência seja um fenômeno multifacetado que extrapola o setor Saúde, a rede de serviços do SUS constitui-se de um espaço potente e privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Entretanto, o atendimento no município de Duque de Caxias - RJ, caracterizado pela quase totalidade dos registros demonstrou necessidade de maior estreitamento do setor saúde com atuação de outras instituições como segurança, justiça, defesa dos direitos humanos, movimentos sociais e educação, fator imprescindível para buscar melhoria da qualidade de vida à população infanto-juvenil em situação de vulnerabilidade social e muitas vezes imersas na invisibilidade.

A partir do reconhecimento de que a educação é um direito social, inerente à pessoa humana, seja qual for a sua característica pessoal de gênero, raça, religião, condição econômica ou deficiência, a iniciativa de notificar crianças e adolescentes fora do ambiente escolar, não apenas reflete a violação do direito à educação, como também significa que ela está exposta a outras violências e violações.

Nessa perspectiva, a educação é um setor diferenciado quando integrada à rede de apoio as pessoas que sofrem violência tendo como resultado desta integração a elaboração e execução de programas visando a permanência na escola e a prevenção à evasão/abandono escolar.

Embora complexo e com uma pluralidade de elementos que dificultam a definição de uma situação como negligência, este estudo atentou-se ao conceito de negligência definido como uma das tipologias de violência e configurado em diversos relatos e observações adicionais nas notificações quando articulado às particularidades das práticas de cuidado. atreladas às muitas situações em que as famílias com ou sem intenção, não estão incentivando e priorizando o ensino/aprendizagem dos seus filhos.

Assim, é de grande relevância o entendimento da diversidade de contextos, a fim de evitar a utilização inadequada desse conceito no enquadramento de determinada situação como “negligência”. Torna-se necessário um debate mais amplo em torno do eixo família “negligente”, pressupondo-se que ora a família é negligente, ora é negligenciada, cabendo o alerta sobre os desafios de responsabilização coletiva.

Para além da complexidade intrínseca às situações de violência, esta pesquisa ao concatenar diversos elementos contextualizados nas notificações de violência interpessoal/autoprovocada, entendeu que crianças e adolescentes quando não inseridos no contexto escolar apresentam qualidade de vida comprometida e estão mais vulneráveis a situações de violência e de acidentes.

A escolaridade é um importante determinante da situação de saúde do indivíduo visto que o custo da evasão/abandono escolar e a não conclusão do ciclo básico recaem sobre o jovem e também sobre o conjunto da sociedade, com repercussões a curto e longo prazo em várias esferas da vida. Dessa forma, podemos afirmar que o cenário da evasão/abandono escolar implica em gastos para diversos níveis de complexidade do setor saúde e de outros setores, como economia e previdência social, afetando, inclusive, a entrada dessas pessoas no mercado de trabalho.

Assim, sob a perspectiva da informação em saúde, de acordo com as análises deste estudo e de outras referências percebeu-se que a evasão/abandono escolar além de transcender

a características do padrão de ambiente escolar, impacta na qualidade de vida dos indivíduos, pois acarreta disfunções e graves consequências nos âmbitos social, acadêmico, econômico e na saúde do indivíduo.

Esta tese enumerou alguns fatores determinantes da evasão/abandono escolar, muitos deles enraizados na escola (acesso, estrutura, questões pedagógicas), na família (desestruturação, fatores econômicos), e no próprio indivíduo (saúde, falta de perspectivas, gravidez na adolescência, e na ausência de políticas públicas adequadas.

Esta tese evidenciou a capacidade comprometida do sistema educacional de gerar oportunidades, pois os estudantes em sua trajetória escolar experimentaram o ingresso tardio, a evasão, a reprovação e os abandonos sucessivos, o que nos permite pensar que há desigualdades substanciais que persistem nesse processo e obstáculos à garantia do direito à educação para todas as crianças e todos os adolescentes.

Este estudo corrobora com resultados de alguns indicadores educacionais que apontam a evasão/abandono escolar como um dos reflexos da desigualdade sociais. É um indicador de fracasso do próprio sistema e sua incidência é marcada por desigualdades educacionais relacionadas à questões sociais, questões raciais e de gênero. Nessa perspectiva, o estudo identificou crianças e adolescentes de raça/cor não branca com maior vulnerabilidade à situações de violência e evasão/abandono escolar. Nessa direção é importante refletir sob a perspectiva de grupos historicamente excluídos e aqui retratados neste estudo: estudantes negros, pessoas LGBTQIA+ e pessoas com deficiência.

Este estudo entende que para buscar soluções que superem o processo da evasão escolar são necessárias ações articuladas entre governo e sociedade para o desenvolvimento de estratégias concretas de enfrentamento. As ações preventivas à evasão/abandono escolar, além de minimizarem a saída do educando da escola, evitam a perda da qualidade de vida das pessoas envolvidas, consolidando dessa forma, uma associação positiva entre educação e melhores condições de vida. Nessa perspectiva, a evasão e o abandono escolar podem ser avaliados como um problema também alinhado à ausência de políticas de saúde.

De acordo com os dados apresentados nessa pesquisa, a evasão/abandono escolar apresentou relação com situações de violência doméstica (física, psicológica, sexual e negligência), envolvimento com drogas, aliciamento em atividades criminosas e outras violações, constituindo, assim, um risco que aumenta a vulnerabilidade social da criança e do adolescente. Assim, a presente pesquisa, ao mostrar um pequeno recorte da evasão/abandono escola sob o viés das notificações de violência dá um passo a mais nessa direção e serve de motivação a futuras pesquisas ainda pouco exploradas nessa área.

Vale destacar o fluxo escolar de crianças e adolescentes que evadiram/abandonaram a escola configurados na defasagem de aprendizagem e a distorção idade-série. Observou-se que no universo das notificações de violência interpessoal/autoprovoçada, a evasão escolar atingiu principalmente alunas e alunos do Ensino Médio. Assim, cabe uma reflexão sobre a etapa da vida em que se começa a projetar-se sobre futuro, a buscar o próprio lugar no mundo e a sofrer também pressões socioeconômicas.

Estes dados denotam o prejuízo imensurável para a superação de questões sociais, os reflexos para a formação cidadã e, por conseguinte, para a emancipação dos indivíduos e para busca pela igualdade social. Fortalecem ainda a necessidade de operacionalização mais incisiva do Estatuto da Criança e do Adolescente, em prol da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes e da promoção de autonomia e desenvolvimento saudável.

Ao relacionar a gestação na adolescência com a trajetória escolar, esta tese identificou correlação entre gestação e baixa escolaridade, com destaque para a evasão/abandono escolar nos anos finais do ensino fundamental e do ensino médio. Observou-se que muitas das adolescentes notificadas já haviam abandonado a escola quando engravidaram ou frequentavam as aulas irregularmente. Assim, compreendemos que nesta pesquisa, a gravidez embora não seja o fator desencadeador da interrupção da escolarização, está condicionado à ela e acentua um quadro de vulnerabilidade social que já existia.

A maternidade na adolescência, questão de saúde mundial, no Brasil é um problema social e de saúde pública agravado pelo aumento de desigualdades. Trata-se de uma questão complexa e delicada que pode refletir na vida escolar das jovens ou na dependência, tanto financeira quanto psicológica e emocional com demanda de serviços, programas e ações eficazes.

As adolescentes grávidas, gestantes e parturientes notificadas no município de Duque de Caxias estão inseridas num contexto de conflitos que incluem ambientes frágeis que potencializam os riscos de exposição à violência urbana e doméstica e o agravamento das desigualdades sociais ao comprometer projetos de vida, gerar impactos negativos nos aspectos sociais, econômicos e nos indicadores de saúde dessas jovens.

Os resultados desta pesquisa demonstraram através das notificações de violência algumas convergências e complexidades entre a gravidez na adolescência e evasão/abandono escolar. Além de repercutir no desenvolvimento educacional, dificuldade de inserção profissional, bem como torná-las mais vulneráveis às situações de pobreza, violência, criminalidade e exclusão social, cabe reafirmar a responsabilidade do governo, das escolas e da sociedade em dar suporte para estas adolescentes. Embora a responsabilidade do estado

sobre esta população esteja prevista em uma série de instrumentos legais e planos governamentais, ainda existe uma grande invisibilidade política relacionada a este segmento.

A evasão/abandono escolar evidenciado em adolescentes gestantes é a resposta ao processo de abandonos anteriores, tais como heranças educativas, trajetória escolar, invisibilidade no currículo escolar e a ausência de políticas públicas que se antecipem, para que essas jovens tenham outras possibilidades de reconhecimento identitário antes de lançarem mãos das alternativas historicamente repetidas pelas gerações anteriores, perpetuando os dramas da intersecção de gênero, classe social e raça, legitimando as estatísticas e ocupando os lugares que lhe são reservados e concedidos na sociedade.

Este estudo atentou ainda para o significativo número de gestações sucessivas na adolescência informadas através dos relatos notificados, que podem decorrer de possíveis fatores atrelados ao contexto de vida da adolescente, como: situações socioeconômicas desfavoráveis, início precoce da atividade sexual, baixa adesão aos métodos contraceptivos, a convivência antecipada com o parceiro, assim como o abandono/evasão escolar. A multiparidade na adolescência implica na fragilidade das relações e caracteriza o envolvimento afetivo delas em uma atmosfera de instabilidade por meio de relações amorosas superficiais e imaturas, o que aponta a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais para a abordagem do planejamento reprodutivo e saúde sexual da adolescente.

A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência tem prejuízos e constitui uma situação de risco não apenas para a adolescente, mas também para a família e a sociedade, sendo recomendável o investimento em programas de educação sexual e reprodutiva. O contexto da maternidade na adolescência revela a importância do desenvolvimento de mecanismos que identifiquem as adolescentes com maior propensão à gravidez precoce e criação de recursos de uma rede de cuidado e de proteção social com enfoque na intersetorialidade entre as escolas, os serviços de saúde e a sociedade com ações prioritárias na identificação das adolescentes fora da escola e providências necessárias tanto para a matrícula quanto para a permanência da aluna na unidade de ensino, fortalecendo, dessa forma, o combate a evasão/abandono escolar.

Enquanto contribuição para o campo da informação em saúde e sua vital importância para a gestão da vigilância epidemiológica das violências e acidentes, esta tese considerou a relevância dos sistemas de informação em saúde em todo o processo de investigação da evasão/abandono escolar e de outros fenômenos contextualizados nas notificações de violência.

Através dos resultados apresentados nesta tese foram verificadas algumas fragilidades

e limitações no processo de preenchimento das fichas de notificação de violência, em grande parte, pela singularidade das interpretações repercutidas na ausência de informações importantes que poderiam fornecer um melhor retrato da situação de saúde e vulnerabilidades e conseqüentemente o desenvolvimento de ações devem ser conduzidas para o enfrentamento da violência contra crianças adolescentes.

Entretanto, ao analisar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação das violências, há que atentar-se para a subnotificação muitas vezes compreendida como responsabilização do profissional. Esta constatação constitui-se como o pior caminho para construção de inteligibilidade para as situações experimentadas no cotidiano dos serviços, dada toda a complexidade e multiplicidade das situações de violências. Da mesma forma, aguardar por um número aceitável de notificação para acionar ações de enfrentamento, significa negligenciar que o "não-número" é também revelador de um problema extremamente complexo.

Para fortalecer o processo da notificação, inicialmente é necessário acolher as incertezas dos profissionais e qualificá-los continuamente como atores na coordenação do cuidado dessa rede. A formação, treinamento e educação contínua para profissionais diretamente envolvidos nos cuidados com as crianças e adolescentes são fundamentais para prevenir, identificar e responder às violências contra a infância e a adolescência. É necessário a criação de políticas públicas voltadas à temática para fortalecê-los e instrumentalizá-los sobre leis, processos de trabalho e respaldo para atuação diante desses casos.

Embora as notificações de violência interpessoal/autoprovoçadas não seja competência exclusiva do setor saúde, em Duque de Caxias, os resultados não identificaram a participação de outros setores, concordando com pesquisas que apontam a baixa cobertura das escola e de outras instituições no processo de notificação de violência.

Compreende-se que a ausência de outros setores no processo de notificação pode ser consequência do despreparo dos profissionais em lidar com as situações de violência e os encaminhamentos, seja pelos aspectos culturais que consideram a violência contra crianças e adolescentes como um problema de nível familiar, como pela falta de conhecimento das leis, quanto pela obrigatoriedade de denúncias dos casos suspeitos.

Essa responsabilidade de atuar na notificação de violência é atribuída especialmente aos profissionais vistos como da "saúde": médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, cabe ressaltar que dentre as equipes e os órgãos de trabalho mais cobrados por ações diante de situações de violência perpetrada contra crianças e adolescentes e especificamente as situações evidenciadas de evasão/abandono escolar destaca-se o Conselho

Tutelar.

Entretanto, mesmo tendo o setor saúde como porta de entrada para o recebimento das notificações realizadas por outras instituições ou mesmo por anônimos, não houve perda significativa para análise ao considerar a totalidade de casos notificados por unidades de saúde e a quase totalidade em instâncias do SUS.

Neste estudo chamou atenção a distribuição dos registros de violência interpessoal/autoprovocada na rede pública de saúde de Duque de Caxias: a alta concentração de casos atendidos no Hospital Adão Pereira Nunes e a baixíssima cobertura de registros na Atenção Básica.

Através desse estudo observou-se a baixíssima cobertura de casos atendidos e notificados de crianças e adolescentes na Atenção básica. O elevado percentual de notificações de violência registrado no Hospital Adão Pereira Nunes, nosocômio com demanda para atendimentos de alta complexidade, apresentou elevado percentual de atendimento de meninos adolescentes vítimas de violência física e de acidentes assim e elevadíssima taxa de atendimento à adolescentes gestantes e parturientes. Entretanto, vale ressaltar que o Hospital Adão Pereira Nunes é apto para atender e tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos.

Quanto ao registro expressivo de atendimento às adolescentes gestantes no terceiro trimestre gestacional, a maioria no momento do parto na unidade hospitalar em questão, cabe a reflexão sobre o registro tardio das situações de evasão/abandono escolar identificados nas notificações, com algumas circunstâncias de violência, negligência e outras diferentes formas de agressão.

Essa constatação evidencia o descompasso entre o que é proposto pelos dispositivos legais e as políticas públicas de enfrentamento de problemas e a efetiva prática dos profissionais de saúde da Atenção Básica, considerando que a Atenção Primária à Saúde visa captar e garantir o atendimento integral e acolhedor às mulheres durante a gestação e o puerpério.

As situações de evasão/abandono escolar nas adolescentes que circularam na rede de saúde do município, uma vez atendidas pelos profissionais da Atenção Básica, poderiam ter sido identificadas no início da gestação durante a realização do pré-natal, evitando dessa forma o registro tardio destes fenômenos.

No tocante às situações de violência, vale reforçar o papel fundamental da Estratégia Saúde da Família no cenário apresentado pelas notificações de violência no município de

Duque de Caxias, uma vez que casos de violência podem surgir de forma silenciosa na rede de saúde, necessitando de atenção durante todo o processo de identificação, condução e encaminhamento. Assim, é imprescindível investir em estratégias de estímulo à notificação, de modo a garantir o respaldo técnico-científico, a instrumentalização das equipes e a sensibilização dos profissionais, bem como dos demais serviços sociais dos territórios.

Dentre as limitações identificadas no processo de preenchimento das notificações, ressaltamos a baixa completude dos dados relacionados às variáveis de preenchimento essencial para a Vigilância de Violências e Acidentes com necessidade de maior aprimoramento no preenchimento das variáveis que norteiam a ocorrência da violência, assim como aquelas que orientam sobre o acesso à rede de educação de ensino.

Salienta-se que em parte, o mau preenchimento de variáveis sociodemográficas e socioeconômicas dificultam, principalmente, a identificação de desigualdades sociais em vários desfechos no contexto da saúde da criança e do adolescente vítimas de violência e/ou em situação em evasão/abandono escolar.

A incompletude nesses casos é um grave problema, pois a ausência de dados sobre os fenômenos investigados implica em sua invisibilidade e no não desencadeamento de estratégias adequadas pelo poder público, projetando suas ações basicamente sobre os registros realizados.

Essa constatação reflete que, apesar da instituição e padronização da última versão da ficha de notificação enquanto registro da situação de violência no âmbito do SUS ter acontecido há quase uma década, ainda é preciso melhorar a qualidade do preenchimento desses dados, que permitem melhor caracterização da pessoa que sofreu violência e sinalizam as ações necessárias para garantir a adequação da vigilância, da prevenção e da atenção dispensadas à saúde da população, respeitando-se as especificidades.

Por fim, reforçamos a importância da inclusão da categoria “evasão escolar” como forma de negligência na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, pois conforme apresentou este estudo, no modelo atual da ficha, a visibilidade e a compreensão deste fenômeno só é possível quando identificados nos campos abertos na categoria “outros”, ou quando descritos nas observações adicionais da ficha de notificação.

8 CONCLUSÃO

Embora reconhecidos como sujeitos de direitos e merecedores de proteção integral, o panorama ilustrado nesta tese por meio das notificações de violência identificadas em crianças e adolescentes residentes em Duque de Caxias - RJ materializou diversos reflexos que a ausência de políticas públicas ocasionam na educação a partir do reconhecimento da evasão/abandono escolar articulados às diversas desigualdades estruturais que constituem a nossa sociedade, como classe social, raça ou etnia, gênero, sexualidade e outras.

O processo de escolarização constitui-se na atualidade, um espaço relevante de sentido, que inegavelmente, evidencia as desigualdades e oportunidades limitadas que marcam expressivos grupos de jovens brasileiros. Ao mesmo tempo, é um espaço fundamental de reflexão e luta por direitos. Nessa perspectiva, compreende-se que a educação somente pode ser direito de todos havendo um número suficiente de escolas, sendo princípio basilar, a não exclusão delas.

Assim, entendendo o direito à saúde como parte fundamental do direito à vida e materializado nos princípios constitucionais da equidade e integralidade em ações efetivas na prática cotidiana do SUS, o afastamento do ambiente escolar no universo das violações de direitos implica na garantia ampla de qualidade de vida e na redução dos riscos à saúde de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Compreendemos que resolver os problemas da evasão e do abandono escolar, e outros que permeiam a infrequência escolar, vai além da elaboração de Leis, pois estas, por si, mesmo decisivas, nem sempre são suficientes para a consumação do direito.

Embora exista na atualidade políticas para reduzir a evasão escolar na educação básica, entendemos que ainda seja necessária maior articulação entre estados, municípios e União em prol de uma política nacional de educação com aprimoramento na aprendizagem que responda a essa e tantas outras demandas da educação pública no país.

Nessa direção, entendemos que a política educacional intersetorial seja fundamental para o desenvolvimento de estratégias coerentes com as realidades locais mobilizando a escola e diferentes setores do governo e da sociedade como atores centrais na prevenção e resposta ao abandono/evasão escolar.

Nessa perspectiva, a notificação do abandono/evasão escolar além de dar visibilidade e instrumentalizar a vigilância das violências como parte estratégica do SUS, mostrou-se, neste estudo, ferramenta com potencial para evidenciar cenários invisíveis, corroborando,

dessa forma, para legitimar que a garantia à educação de crianças e adolescentes vai além do acesso ao ensino público e que quando esse direito é violado, na maioria das vezes, outros direitos também são afetados.

Na perspectiva da informação em saúde, a notificação compulsória da violência ainda é um desafio para a Saúde Pública e tal procedimento é um valioso instrumento de proteção quando aliado à intersetorialidade das ações; à formação de redes para atendimento às pessoas em situação de violência; aos avanços conquistados em termos de legislação e direitos integrados às práticas de cuidado e às Políticas Públicas.

Ao retirar das notificações de violência a invisibilidade de crianças e adolescentes que evadiram ou abandonaram a escola, esta tese contribuiu ao lançar luzes para a vulnerabilidade social de crianças e adolescentes e compreendeu o afastamento do ambiente escolar e a gravidez na adolescência enquanto iniquidades sociais em diferentes contextos traduzidos pela escolarização ou ausência desta.

Ao identificar alguns dos problemas que interferem na sobrevivência, no desenvolvimento e na proteção desta população, ratifica-se, nesse estudo, nas abordagens extraídas da informação em saúde, o potencial para produzir reduções do problema fomentando investimentos direcionados adequadamente ao enfrentamento das violências e da evasão/abandono escolar.

Embora os resultados aqui apresentados apontem algumas limitações decorrentes da análise descritiva de dados extraídos das fichas de notificação de violência, compreende-se que os resultados foram positivos no tocante à sistematização e visibilidade dos casos notificados e requer a necessidade de intensificar a capacitação de profissionais de saúde.

Os dados epidemiológicos reforçaram as evidências sobre as vulnerabilidades contextualizadas no universo das notificações de violência, ratificada entre outros fatores pelo elevado número de adolescentes negligenciados e identificados com baixa escolaridade, distorção série/idade, e o elevado índice de gravidez na adolescência, fenômenos que merecem análise e investigação sobre possíveis correlações com as situações das violências notificadas.

Objetivando mudar o cenário apresentado por este estudo, essa tese reitera que as Políticas Públicas Educacionais são de suma importância no que se refere a tornar a educação pública mais qualitativa, e formar cidadãos e destaca como principais recomendações, um olhar direcionado aos grupos da infância e da adolescência mais vulneráveis, com risco de abandono escolar.

Enfim, cumprir os direitos constitucionais, investir na educação, mais notadamente da

rede pública, e garantir a qualidade da mesma a todos os indivíduos, pois contribui significativamente para com a evolução do processo de ensino aprendizagem dos alunos, minimizando os índices de evasão, de reprovação e favorecendo o progresso do país.

A partir desses achados, torna-se necessário avançar na utilização e na problematização dos dados epidemiológicos, tencionando na notificação compulsória da violência, identificar as tantas (in) visibilidades de situações de violência e de violações de direitos envolvendo crianças e adolescentes.

Esta tese, ao trazer diversos problemas imersos em diferentes contextos, deixou claro que existe muito a explorar nessa temática, principalmente quando se pensar no grande desafio que é o de garantir a permanência assim como o reingresso dos alunos que evadiram/abandonaram a escola independentemente dos níveis da educação.

Nesse sentido, levando-se em consideração a quantidade expressiva de casos de evasão/abandono escolar identificados nas notificações de violência, entendendo a informação no âmbito da gestão da saúde categorizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, este estudo foi formulado com o objetivo de contribuir com a discussão da necessidade de fortalecer o uso da informação em saúde como ferramenta estratégica favorecendo à tomada de decisão.

Em razão da relevância e da complexidade do tema, além das evidências verificadas, novas pesquisas são necessárias para que se torne possível consolidar cada vez mais o processo de notificação de violência na rotina dos profissionais, partindo-se dos obstáculos que ainda precisam ser superados.

Vale enfatizar que enquanto principal fonte utilizada pela vigilância para subsidiar potencialidades e desafios imersos no percurso das notificações de violência contra crianças e adolescentes nas três esferas do governo, o Sinan apresentou limitações no percurso da notificação que refletem na qualidade dos dados; entretanto, mostrou-se um instrumento válido para identificação e análise das diversificadas formas da vitimização de crianças e adolescentes em situação de violência e de evasão/abandono escolar atendendo satisfatoriamente às demandas crescentes que lhe foram impostas no decorrer da pesquisa e assim demos nossa parcela de contribuição nesse campo. Assim, os resultados da investigação foram positivos e convertem em uma oportunidade para reflexão sobre a sistematização e visibilidade dos casos investigados.

Ao compreender a importância em detectar o abandono/evasão escolar nos casos crianças e adolescentes vítimas de violência, enquanto importante diretriz nacional e estratégia para a promoção da saúde e para a vigilância e a prevenção das violências e dos

acidentes e seus fatores de risco, o presente estudo ao atingir o resultados esperados oportuniza o debate e reflexão sobre o fortalecimento de políticas públicas de saúde condizentes com a realidade e sugere o aperfeiçoamento do modelo de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, considerando a importância da correlação entre os dois fenômenos (evasão/abandono escolar e violência).

Assim este estudo propõe a inclusão dos casos de evasão/abandono escolar, detectadas em crianças e adolescentes em idade escolar, na definição de caso para notificação de situações de negligências no sistema de informação em saúde sobre violências interpessoais e autoprovocadas – Sinan-Net, considerando que na concepção da saúde pública brasileira, o uso de informações confiáveis e oportunas constitui-se um insumo potencial para subsidiar políticas públicas necessárias à prevenção primária e enfrentamento da violência.

Para tanto, visando atender às novas demandas e necessidades externadas no percurso desta tese; pensando em uma nova perspectiva de identificação quanto à prevenção e combate ao abandono/evasão escolar; considerando a importância do acompanhamento sistemático e permanente da frequência e matrícula dos estudantes; e compreendendo o abandono e a evasão escolar como uma forma de violência e exclusão social, percebeu-se a necessidade de elaboração de uma Nota Técnica tendo em vista a magnitude e a transcendência do problema da evasão/abandono escolar, com recomendações ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, V.L. **Informação em Saúde: fontes e usos no nível local**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde – PPGICS, Fiocruz: Rio de Janeiro, 2012. 78 p.
- ALMEIDA, A.H.V. *et al.* A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arq Odontol**, 2012; 48(2): pp.102-115.
- ALMEIDA, M.C.C. **Gravidez na Adolescência e Escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras**. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2008. 174 p.
- ANDRADE, C. *et al.* **O desafio da reintegração social do preso: uma pesquisa em estabelecimentos prisionais**. Brasília: Ipea, 2015. (Texto para Discussão, n. 2095). Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4375>>. Acesso em: 30.set.2022.
- ANDREAZZI, M.A.R. **O uso da informação em saúde para avaliação de impacto e gestão do território: uma proposta de abordagem metodológica**. (Tese Doutorado) Ensp-Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. 199 p.
- ARAÚJO, I.S., CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, I.S., MOREIRA, A.L., AGUIAR, R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. **Rev Eletron Comun Infnov Saúde** [Internet]. 2013. Acesso em 11. Mar.2020.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface (Botucatu)** [online]: Botucatu, 2004, vol.8, n.14, pp.165-178.
- ARENDDT, Hannah. **Sobre a violência**. Trad. André de Macedo Duarte. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- ARPINI, D. *et al.* A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, 14(2), 2008. pp. 95-112.
- ASSIS, S. G. de *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 2009a.
- ASSIS, S. G. de *et al.*(Org.). **Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009b.
- ASSIS, S.G., *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.17, n.9, 2012.
- ASSIS, S.G., PESCE, R.P., AVANCI, J.Q. **Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- AVANCI, J.Q. *et al.* Violência contra a criança e o adolescente: descobertas e desafios. *In*: MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G. (orgs). **Novas e velhas faces da violência no século XXI. Visão da literatura brasileira no campo da saúde**. Rio de Janeiro: Edit. Fiocruz, 2017. pp.161-187

AVANCI, J.Q., PESCE, R. P., FERREIRA, A.L. Reflexões sobre Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na escola. In: ASSIS, S.G. (orgs). **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: MEC/Fiocruz, 2010.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Editora Iglu, 2001.

BAHIA, C. A. *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 9, p. 2841-2850, 2017.

BARCELLOS, C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138, 2002.

BAZON, Marina Rezende. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332, Fev. 2008.

BOELL, S.K. Informacion: Fundamental Positions for Information Systems Reserach, Educacion and Practice, **Information and Organizacion** (27:1), 2017. pp.1-16.

BORIMNEJAD, L.; FOMANI, F. K. Child abuse reporting barriers: iranian nurses' experiences. **Iran Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 17, n. 8, p. 1-7, Aug. 2015.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev Saúde Pública** 1992; 26:437-43.

BOURDIEU, Pierre *et al.* (coord.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1999

BOURDIEU, Pierre. **O campo científico**. In: ORTIZ, Renato (org.) Pierre Bourdieu (coleção Grandes cientistas sociais). São Paulo: Ed. Ática, 1983, pp. 122-155.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. Ano 14. 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS BRASIL**. Brasil; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação–SINAN-NET: normas e rotinas/MS, SVS**, 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 2ª reimpressão (2007). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde** [Internet]. Brasília: MS; 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010b.104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**.3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Estatísticas da Educação. Abandono escolar 2013**. Rio de Janeiro, Pnud, Ipea, Fundação João Pinheiro, 2013a. Disponível em <http://www.pnud.org.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d, 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília: MS; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico].2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIVA: Vigilância de violências e Acidentes: 2013 e 2014** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 218 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: MS, 2016. Brasil. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: Volume único**. [recurso eletrônico]. 2. Ed. Brasília: MS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resumo Técnico: Censo da Educação Básica 2018** [online]: Brasília, 2019a. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública(org.) **Atlas da violência 2019. Retratos dos municípios Brasileiros**. Brasília; Rio de Janeiro;São Paulo: Ipea; FBSP, 2019b.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Violência Interpessoal /**

Autoprovocada – Caderno de Análise (Versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. 75p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise das notificações e mortes por violência envolvendo crianças em 2018.** Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS). Boletim Epidemiológico, nº 28, Volume 51, jul. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Violência interpessoal contra pessoas com deficiência/transtorno no Brasil. **Boletim Epidemiológico. Volume 51. Nº 46.** Nov. 2020b. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim_epidemiologico_svs_46.pdf. Acesso em 10.fev.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.** Brasília. 2020c. <http://bvsm.s.saude.gov.br/ultimas-noticias/3123-01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**[recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022-2030.pdf>. Acesso em 10.fev.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico.** Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Ministério da Saúde. Volume 54. | N.º 8. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08> Acesso em 15.ago.2023.

BRITO, Ana Maria M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudos de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p.143-149, 2005.

BRONFENBRENNER, U. A future perspective. *In:* BRONFENBRENNER, U. (Ed.). **Making human beings human: Bioecological perspectives on human development.** California: Sage Publications, 2005, pp. 50-59.

CAETANO, Rosângela. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). *In:* **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Organização Pan Americana da Saúde. Fiocruz. Brasília: Ministério da Saúde. v. 2., 2009. 148 p.

CAMAZ, F.R. Duque de Caxias-Rio de Janeiro: contradições entre crescimento econômico e desenvolvimento social. *In:* **Espaço e Economia. Revista Brasileira de Geografia Econômica.** Ano IV, número 7, 2015.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CAVALCANTE, L.V; SILVA, L.M.P.; VIEIRA, S.C.M. Violência contra adolescentes com deficiência: caracterização dos casos no estado de Pernambuco. **Brazilian Journal Develop.** Vol 6, 2020.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021. Mendonça M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad Saúde Pública.** 2002;18:113-20.

CERQUEIRA, Daniel. Trajetórias individuais, criminalidade e o papel da educação. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 9, jan/jun., Brasília: IPEA, 2016. Disponível em:

CEZAR, Pâmela Kurtz; ARPINI, Dorian Mônica; GOETZ, Everley Rosane. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 432-445, June 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932017000200432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17.fev.2023.

CIIP. Centro Internacional de Investigação e Informação para a Paz. Universidade para a Paz das Nações Unidas (UPAZ). **O estado da paz e a evolução da violência: a situação da América Latina**. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, 2002.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Strategies by educators with in the school setting to prevent and cope with the experience of domestic violence by adolescents. **Aquichan**, v.19, n.3, 2019. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.8>. Acesso em: 27.fev.2023.

COSTA, E. L.; SENA, M. C. F; DIAS, A. Gravidez na adolescência: determinante para prematuridade e baixo peso. **Ciências da saúde**, 22 Sup 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>

COSTA, M.C.O., *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Cien Saude Colet** [recurso eletrônico] 2007 Set-Out. Consulta: 28.marc.2022.

DAVENPORT, T.H., PRUSAK Laurence. **Ecologia da Informação: Por que só a Tecnologia não basta para o Sucesso na Era da Informação**. Tradução Bernadette Siqueira Abrão. 1ª ed. São Paulo: Futura, 1998. 316 p.

DE WITTE, Kristof *et al.* A critical review of the literature on school dropout. **Educational Research Review**, v.10, pp.13-28, 2013.
Disponível em: <http://www.tierweb.nl/tier/assets/files/UM/Working%20papers/TIER%20WP%2014-14.pdf>. Acesso em: 15mar.2020.

DECLICH, S., CARTER, A.O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**, v.72, pp. 285-304, 1994.

DESLANDES, S., *et al.* (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, 27(8), pp.1633-1645. 2011.

DHAMAYANTI, M. *et al.* The association of depression with child abuse among Indo-nesian adolescents. **BMC Pediatrics**, v. 20, n. 1, p. 313, 2020. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13.abr.2023.

DOOLIN, BILL. Information Technology as Disciplinary Technology: Being Critical in Interpretive Research on Information Systems. *In*: WILLCOCKS, L. P.; SAUER, C.; LAITY, M. C. (ed.). **Enacting Research Methods in Information Systems: volume 1. cap.1** [S.l.]: PalgraveMacmillan, v. 1, pp.19-39. E-book. 2016

DUBET, F. As desigualdades multiplicadas. **Rev Bras de Educ**, n.17, pp. 5-19, 2001.

DUBOWITZ H, BLACK M, STARR R, ZURAVIN S: A conceptual definition of child neglect.

Criminal Justice Behav 1993; 20:8–26

EMAMJOME, F. *et al.* Re-thinking the ontology of information. In **International Conference on Information Systems (ICIS 2018)**, 13-16 December 2018, San Francisco, CA.
Disponível em: <https://eprints.qut.edu.au/125649/14/125649.pdf>. Acesso em 29.Mar21.

FENG, J. Y.; CHEN, Y.W.; FETZER, S.; FENG, M. C.; LIN, C. L. **Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. Children and youth services review**, New York, v. 34, n. 1, pp. 276-280, jan. 2012.

FERREIRA, A. L. A criança vítima de violência. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 13, n. 2, pp. 4-9, 2012.

FERREIRA, A.L. A escola e a rede de proteção de crianças e adolescentes. In: ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., AVANCI, J.Q., orgs. **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores** [online]. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 203-234.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua português**. 8, ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, K.M.M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade. In: (org) **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: Edupe; 2002.

FIGUEIREDO, B. Maternidade Na Adolescência: Consequências E Trajetórias Desenvolvimentais. **Análise Psicológica**, XVIII (4), 485-98, 2000.

FONSECA, Franciele Fagundes *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 31, n. 2, pp. 258-264, Jun 2013. Acesso em 12 Dez. 2019.

FONSECA, Maria Goretti *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, pp. 77-87, 2000.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA –UNICEF. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP)**. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: UNICEF/FBSP; 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA -UNICEF. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (2021)**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contra-criancase-adolescentes-no-brasil>. Acesso em: 07 mar.2022.

GAIOSO, N.P. de L. **O fenômeno da evasão escolar na educação superior no Brasil**. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2005.

GALERIA DE ESTUDOS E AVALIAÇÃO DE INICIATIVAS PÚBLICAS – **Gesta**. Já ouviu falar sobre evasão e abandono escolar ? São Paulo, SP: Fundação Brava, 2017. Disponível em:

GARBIN, C. A. S. *et al.* (2016) ‘Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, pp. 179–186. doi: 10.5123/S1679- 49742016000100019.
GARBIN, C.A.S., *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2015; 20(6):1879-90.

GARBIN, C.A.S., *et al.* Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. **Rev. Bras. Enferm.** 2011; 64(4):665-670.

GAUER, G.C. Personalidade e conduta violenta. Civitas: **Revista de Ciências Sociais**, 1 (2), 2001, pp.45-65.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 1. Rio de Janeiro, [online], p. 2543-2556, jun. 2021.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

HECK, T. et al. Child neglect and its relation to emotional and behavioral problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania. **Development and Psychopathology**, v. 31, n. 1, pp. 325-339, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad Contínua)**. Tabelas. 2018. Educação: Rio de Janeiro, 2019.

Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=24772&t=resultados> Acesso em: 27 de dez 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2010. Dados referentes ao município de Duque de Caxias**, fornecidos em meio eletrônico.2010b

Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=29>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **11,8% dos jovens com menores rendimentos abandonaram a escola sem concluir a educação básica em 2018**. 2019f.

Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25885-11-8-dos-jovens-com-menores-rendimentos-abandonaram-a-escola-sem-concluir-a-educacao-basica-em-2018>. Acesso em: 15 fevereiro 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados. Duque de Caxias População Estimada 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Disponível em:

[.https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/duque-de-caxias.html](https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/duque-de-caxias.html) Acesso em: 02.abr.2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua – Educação 2019**.

Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf >. Acesso em: 13.fev.2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010. Amostra – Resultados Gerais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010d. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/pesquisa/23/26170>. Acesso em: 03 dez. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Panorama. População**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de->

caxias/panorama. Acesso em: 03 dez. 2023.

IMDS & OPPEN SOCIAL. **Abandono e evasão escolar de adolescentes e jovens. Cenário do território nacional. Um estudo a partir do Censo Escolar.** Edição 1ª. Maio. 2022. Disponível em <https://imdsbrasil.org/abandono-e-evasao-escolar-de-adolescentes-e-jovens-cenario-do-territorio-nacional> Consulta em: 25.nov.2023.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – Inep. (2016). **Notas Estatísticas do Censo Escolar 2016.** Consulta em: 25. Ago.2017. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/Basica/Censo/Escolar/Sinopse/sinopse.asp>.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – Inep.. **Censo da educação básica 2020: resumo técnico** [recurso eletrônico] – Brasília: Inep, 2021b. 70 p.

Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. CERQUEIRA, Daniel. Trajetórias Individuais, Criminalidade e o Papel da Educação. In: **Boletim de Análise Político-Institucional, nº 9. Jan.-Jun.** 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7105>>. Acesso em 11.fev.2023.

Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. In: **Desafios do desenvolvimento - Ipea.** SANTOS, Rubens. Somos menos iguais. Ano 10. nº 77. Brasília: IPEAS, 2013. pp 44-51. Disponível em: <<http://www.desafios.ipea.gov.br> >.

KRASE, K. S.; DELONG-HAMILTON, T. A. **Comparing reports of suspected child maltreatment in states with and without Universal Mandated Reporting. Children and youth services review,** New York, v. 50, p. 96-100, mar. 2015.

KREZNINGER, M., SOARES, L. E. Evasão escolar, violência e políticas intersetoriais. **O Social em Questão** - Ano XXIII - nº 46 - Jan a Abr/2020. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2020. pp. 21-46

KRUG, *et al.* **World report on violence and health** Geneva: World Health Organization; 2002.

LAGUARDIA, Josué. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004.

LDB: Lei de diretrizes e bases da educação nacional. Conteúdo: **Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional** – Lei n. 9.394/1996 – Lei nº 4.024/1961. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 58 p

LEITE, I.B.A.P. Negligência e violência psicológica contra adolescentes: uma descrição dos casos. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 23(3): 62-70, jul-set, 2021 | ISSN: 2175-3946 | DOI: 10.47456/rbps.v23i3.35722

LENCIONI, C. 57% dos casos de violência contra crianças ocorrem dentro de casa. **Observatório do terceiro setor, 2020.** Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/57-dos-casos-de-violencia-contra-criancasocorrem-dentro-de-casa>. Consulta em 13.Fev.2023.

LEVANDOWSKI, M.L., *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021.

LIMA, J.S., DESLANDES, S.F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface** (Botucatu) 2011; 15(38). pp.819-832.

- LIMA, C.R.A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde. **Cad. Saúde Públ.** 2009 out; 25(10). pp.2095-109.
- MATA, Natália Teixeira. **Afinal o que é negligência? Um estudo sobre negligência contra crianças.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.122 f.
- McGEE ZT, BAKER SR. Impact of Violence on Problem Behavior Among Adolescents: Risk Factors Among an Urban Sample. **J Contemp Crim Justice.** 2002;18(1):74-93. <https://doi.org/10.1177/1043986202018001006>
- MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento):113-120, 2002.
- MENESES, J.D.A. **Problemática da Evasão Escolar e as Dificuldades da Escolarização**, 2011. Disponível em: <http://www.artigonal.com/ensino-superiorartigos/a-problematica-da-evasao-escolar...da-escolarizacao-2761092.html>. Acesso em: 25.nov. 2021.
- MÉSZÁROS, István. **A teoria da alienação em Marx.** São Paulo: Boitempo, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MINAYO, M.C.S. (org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M.C.S. **Violência e Criança.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, pp.95-113, 2000.
- MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, Suplemento1, pp.7-18. 1994.
- MINAYO, M.C. S., CONSTANTINO, P. (orgs.) **Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.
- MODESITT, S.K., *et al.* Evaluations of active versus passive surveillance in Oregon. *American Journal of Public Health* 1990; 80(4): 463-4.
- MONTEIRO, V.B., ARRUDA, E.F. O impacto da violência urbana nos indicadores de evasão escolar na Região Metropolitana de Fortaleza. Code 2011, **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**, 2011.
- MOREIRA, S. da N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. 6, dez. 2008.
- MOURA, F.C., PRIOTTO, E.M.T.P., GUERIN, C.S. Álcool: uma das causas na evasão e abandono escolar do adolescente. **Revista Valore.** Vol 3, 2018.
- MYERS, M. D.; AVISON, D. **Qualitative Research in Information Systems.** A reader. London, UK: Sage Publications, 2002.
- NERI, M.C. **Tempo de permanência na escola e as motivações dos sem-escola.** Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2009.
- NJAINE, Kathie. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externa. In: NJAINE,

Kathie. (orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ. Fundação Oswaldo Cruz; Ensp. Editora Fiocruz, 2009.

NOSSA, P., SANTOS, N., CRAVIDÃO, F. Risco e vulnerabilidade: a importância de fatores culturais e sociodemográficos na interpretação e reação aos perigos. *In*: LOURENÇO, L.F.; MATEUS, M.A. (org.). **Riscos naturais, antrópicos e mistos**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2013. pp.45-62.

OFFE, Claus. (org.) **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Trad. de Bárbara Freitas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2ª edição do **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Washington: OMS; 2012. Acesso em 14.Fev.2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão**. São Paulo. Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 1995.

PALUSCI, V. J.; VANDERVORTB, F. E.; LEWIS, J. M. **Does changing mandated reporting laws improve child maltreatment reporting in large U.S. counties? Children and youth services review**, New York, v. 66, p. 170-179, jul. 2016.

PAMPOLIM, G.C; LEITE, F.M.C. Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.23.n.6, pp.1-14, 2020.

PASIAN, M. S. et al. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, dez. 2013. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 julho.2023.

PAVIANI, Jaime. Conceitos e formas de violência. *In*: MODENA, M.R. (org.). **Conceitos e formas de violência** [recurso eletrônico]. Caxias do Sul, RS: Educ, 2016.

PEDROSA, M., ZANELLO, V. (2016) '(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental', **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, s.n., pp. 1–8. doi: 10.1590/0102- 3772e32ne214.

PEREIRA, V.O.M. *et al.* Violence against adolescents: analysis of health sector notifications, Brazil, 2011-2017. **Rev Bras Epidemiol**. 2020; 23 Suppl 1: e200004.SUPL.1.
<https://doi.org/10.1590/1980-549720200004.supl.1>

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Adolescências feridas: retrato das violências com arma de fogo notificadas no Brasil. **Rev. Brasil. Epidemiol.**, 23 (1), 2020, pp. 1-13.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23 Supl. 1, 2020. 2019.
Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2020.v23suppl1/e200006.SUPL.1/>.
Acesso em: 14.fev.2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. NPAV - Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências. **Formação de profissionais na atenção às pessoas e às famílias em situação de violência** (5ª edição). 2022b.18 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. Duque de Caxias - RJ, 2022a. 130 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Vigilância em Saúde. **Notificação de Violência contra crianças e adolescentes residentes em Duque de Caxias**. Mensagem recebida por edsahist@gmail.com em 12. Mai.2019.

RATES, S.M.M. *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil, 2011. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. 2015. pp. 655-665.

REINACH, S., BARROS, B.W. O aumento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil em 2022. In: **FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, pp. 188-203, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 15.ago.2023.

RIBA, A.C.; ZIONI, F. O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan. **Saúde debate**, v. 46, n. 5, 2022. pp. 193-207, 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E516>

RIBEIRO, J.P. **Vade-mécum de Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2006.

RIO DE JANEIRO. SES-RJ. **Boletim Epidemiológico 001/2018. Violência Contra Crianças e Adolescentes Abril/2018 Janeiro- Dezembro 2017**. Área Técnica de Notificação e Prevenção da Violência. DIVDANT/SVS/SVEA. Rio de Janeiro. 2018. Acesso em 20.out.2020.

RIO DE JANEIRO. SES-RJ. Panorama da violência interpessoal/autoprovoçada a partir da análise sobre o preenchimento da ficha de notificação - dezembro/2019. Área Técnica de Notificação e Prevenção da Violência. DIVDANT/SVS/SVEA. Rio de Janeiro, 2020. Acesso em 20.out.2023.

ROLIM, A.C.R. *et al.* Notificação de violência contra crianças e adolescentes em Fortaleza nos anos 2007 e 2011. In: VIEIRA, L.J.E. *et al.* (orgs.). **Violência e saúde na diversidade dos escritos acadêmicos**. São Paulo: Hucitec, 2013. pp. 84-96.

ROMERO, D. E., CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad Saúde Publica** 2006; 22(3):673-684

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALATA, André. Razões da evasão: abandono escolar entre jovens no Brasil. **Revista Interseções**, v. 21, n. 1, abr, 2019. Rio de Janeiro, pp. 99-128.

SANTOS, J. A. F. Desigualdades e Interações de Classe Social na Saúde no Brasil. **Dados**, 63 (Dados, 2020 63(1)). <https://doi.org/10.1590/001152582020203>

SHEKELLE, P. G. *et al.* **Costs and Benefits of Health Technology Information: an updated systematic review**. London: The Health Foundation, 2009. Disponível em: https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/74711/HITc_b.pdf. Acesso em: 04 abr. 2020.

SIERRAV. M., MESQUITA W.A. **Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes.** São Paulo em Perspec 20, 2006. pp 148-155.

SILVA FILHO, R.B., ARAÚJO, R.M.L. Evasão e abandono escolar na educação básica no Brasil: fatores, causas e possíveis consequências. **Educação Por Escrito**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, jan.-jun. 2017. pp. 35-48

SILVA, A., ASSIS, S.G, MINAYO, M.C.S. Caminhos metodológicos da revisão bibliográfica. In: MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G. (orgs). **Novas e velhas faces da violência no século XXI. Visão da literatura brasileira no campo da saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. pp. 63-80.

SILVA, F.R., ASSIS, S.G. A prevenção à violência em programas interdisciplinares que atuam em escolas brasileiras e portuguesas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, pp. Set.2018. pp. 2899-2908.

SILVA, J. C. F.; GONÇALVES, S. M. M. Perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registros do Conselho Tutelar de um município da Baixada Fluminense. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, pp. 2-9, 2019.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. (2016) ‘Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, pp. 1–2. doi: 10.5123/S1679- 49742016000200012.

SILVA, J.M.N.; PAULINO, D.B.; RAIMONDI, G.A. Gênero e sexualidade na graduação em Saúde Coletiva do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, pp. 2335-2346, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.2582.2018>. Acesso em: 03.fev.2023.

SINIMBU, R. B., *et al.* Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil–2014. **Revista Saúde em Foco**, 1(1), 10-4. Acesso em 15.mar.2018. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência.** 2nd ed. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/Fiocruz; 2001.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. *et al.* Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. In: NJAINE, Kathie (orgs.). **Impactos da violência na saúde.** 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ. Fiocruz/ Ensp. Editora Fiocruz, 2009.

SOUZA, W.V., DOMINGUES, C.M.A.S. Notificação compulsória de doenças e agravos no Brasil: Um breve histórico sobre a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação -Sinan. In: **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Vol.1 (Série B. Textos Básicos de Saúde). MS/OPAS, Fiocruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. pp 39-48

SOUZA-JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. *et al.* Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, 2015. pp. 207-216.

STEVENS-SIMON, C., Kelly L, Kulick R. A village would be nice but it takes a long acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. **AmJ Prev Med** 2001; 21(1): 60-5.

SUMNER, S. A., *et al.* Violence in the United States: status, challenges and opportunities. **JAMA.** Chicago, v. 314, n. 5, p. 478-488, ago. 2015.

TAQUETTE, Stella R. Sobre a gravidez na adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**, Volume 5 Nº 2, julho de 2008.

TAVARES, Beatriz Franck *et al.* Sexualidade na adolescência. In: DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. **Sexualidade: do prazer ao sofrer**. 2. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2017.

TCE-RJ. Estudo socioeconômico dos municípios do estado do Rio de Janeiro 2014: Duque de Caxias. Rio de Janeiro: TCE-RJ, 2014. Disponível em: https://www.tcerj.tc.br/portalnovo/publicadordearquivo/estudos_socioeconomicos. Consulta em 02 dez.2023

TEIXEIRA, E.V. **Dois Ensaio Acerca da Relação Entre Criminalidade e Educação**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo - USP, Piracicaba, 2011.

UNFPA (2013). Adolescent Pregnancy: **A Review of the Evidence**. Nova York.

VAZ, J.C. A violência na Escola: como enfrentá-la. São Paulo: Instituto Polis, **Dicas Nº 10**,1994.

VERONESE, J.R.P. **Violência e exploração sexual infanto-juvenil: crimes contra a humanidade**. Florianópolis: OAB Editora, 2005. pp. 20-21.

VIELLAS, E.F. *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido. **Rev Bras Epidemiologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-454, 2012.

VIOLA, et. al., T.W. **The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis**. **Child Abuse and Neglect**, 51:1-11. 2016

WASELFISZ, J. J. (2012). **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**.

Disponível em:

<https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf>

Acesso em: 21. Agosto. 2023

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

WHO – World Health Organization (OMS). **Developing health management information systems: a practical for developing countries**. Manila: Regional Office for the Western Pacific. Geneva, World Health Organization, 2004.

WHO – World Health Organization (OMS). KRUG, E.G., *et al.*(Orgs) **The world report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

WHO – World Health Organization (OMS). **Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope**. Geneva, World Health Organization, 2006.

WHO – World Health Organization (OMS). **Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help**. Geneva: Switzerland: World Health Organization, 2008.

YULE K, HOUSTON, J, GRYCH, J. Resilience in Children Exposed to Violence: A Meta-analysis of Protective Factors Across Ecological Contexts. **Clin Child Fam Psychol Rev**. 2019;22(3):406-31. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00293-1>

Leis, Portarias, Resoluções e Pareceres

BRASIL. Ministério da Educação. MEC. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica **Parecer CNE/CEB nº 2/2018, aprovado em 13 de setembro de 2018** – Diretrizes Operacionais complementares para a matrícula inicial de crianças na Educação Infantil e no Ensino Fundamental, respectivamente, aos quatro e aos seis anos de idade. Publicada no D.O.U.8/10/2018, Seção 1, Pág. 43.

BRASIL. Ministério da Educação. MEC. Brasil. Ministério da Educação. MEC. **Portaria Nº. 1.035, de 05 de outubro de 2018**. Homologou o **Parecer CNE/CEB nº 2/2018**, que determinou, dentre outras deliberações, a data de corte etário vigente em todo o território nacional, para todas as redes e instituições de ensino, públicas e privadas, para matrícula inicial na Educação Infantil aos 4 (quatro) anos de idade, e no Ensino Fundamental aos 6 (seis) anos de idade, completos ou a completar até 31 de março do ano em que se realiza a matrícula. D.O.U 08/10/2018

BRASIL. Ministério da Educação. MEC. **Resolução CNE/CEB nº 2, de 9 de outubro de 2018**. Define Diretrizes Operacionais complementares para a matrícula inicial de crianças na Educação Infantil e no Ensino Fundamental, respectivamente, aos 4 (quatro) e aos 6 (seis) anos de idade. Publicado em: 10/10/2018. Edição: 196. Seção: 1. Página: 10. Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/44709546.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. D.O.U.1975; 31 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. **Lei nº 10.287, de 20 de setembro de 2001**. Altera dispositivo da **Lei nº 9.394**, de 20/12/1966, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2325 de 08 de dezembro de 2003**. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, nº 240,p.81, 10 de dezembro de 2003. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 936 de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

BRASIL. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. **Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006**. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata e normas para notificação de casos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2006/prt0005_21_02_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356 de 23 de junho de 2006**. Institui incentivo aos

estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1356.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 18, 26 jan. 2011b. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. **Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013** – Estatuto da Juventude. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos - Casa Civil; 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. [recurso eletrônico]: 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. (Série legislação; n. 122)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 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. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>.

BRASIL. **Lei nº 13.010, de 26 de Junho de 2014**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente deserm educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Brasil. MS. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. 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 República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2016 fev 18; Seção 1:23.

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 344, de 1º de fevereiro de 2017. Diário Oficial da União 2017; 2 fev.

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), através do Curso de Doutorado Acadêmico em Informação e Comunicação em Saúde do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), estabelece como um dos critérios de aprovação a construção de uma tese (Doutorado).

Enquanto discente do Curso de Doutorado Acadêmico em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), sob orientação do Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior (Icict/Fiocruz) e coorientação da Prof.^a Dra Joviana Quintes Avanci(ENSP/ Fiocruz)), através do Projeto de Pesquisa **“Evasão, Abandono escolar e violência contra crianças e adolescentes na perspectiva da informação em saúde: análise de notificações no município de Duque de Caxias/RJ.”**, ao solicitar a disponibilização da base de dados do agravo Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, gerenciado pelo Departamento de Vigilância em Saúde do Município de Duque de Caxias – RJ, informo: o referido material será usado única e exclusivamente para o objetivo supracitado e, desta forma, na qualidade de pesquisador principal do estudo, assumo as seguintes responsabilidades: utilizar estas bases de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento; guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados na base de dados e nas notificações de violências interpessoais e autoprovocadas; não disponibilizar, emprestar ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas o acesso a estes materiais.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações sem riscos diretos ou indiretos de identificação do usuário analisado, uma vez que a pesquisa se dará como levantamento e análise de dados secundários do referido sistema, resguardando-se a identidade dos usuários.

De forma geral, compreendo a necessidades de tais informações, tendo em vista que este estudo objetiva conhecer como as diversas formas da vitimização de violência contra a criança e adolescente se expressam nas situações de evasão e abandono escolar de crianças notificadas em sistemas de informação em saúde do município de Duque de Caxias- RJ, subsidiando-os a potencializá-los enquanto instrumentos estratégicos de planejamento e ação de proteção e atenção na saúde infantil e da adolescência através dos casos notificados do agravo em questão.

Aluno/Pesquisador: Ident. / CPF:

Tels p/ contato

Rio de Janeiro, ___de___de 2022.

APÊNDICE B – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE ARQUIVO

Duque de Caxias, _de ____ de ____.

À Coordenadora da Divisão de Epidemiologia da SMSDC

Senhora Coordenadora,

Eu, Edvaldo da Silva, discente do Curso de Doutorado Acadêmico em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), sob orientação do Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior (Icict/Fiocruz) e coorientação da Prof.^a Dra Joviana Quintes Avanci (ENSP/Fiocruz), solicito acesso às Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocadas de crianças e adolescentes notificadas entre os anos 2015 e 2019 e arquivadas nesta Secretaria, com a finalidade de obter as informações relatadas no preenchimento do campo “Observações Adicionais” para fins de condução da pesquisa intitulada **“Evasão, Abandono escolar e violência contra crianças e adolescentes na perspectiva da informação em saúde: análise de notificações no município de Duque de Caxias/RJ.”** sob minha responsabilidade.

Outrossim, informo que estou ciente que este material deve ser manipulado com sigilo e cuidado e não deve ser retirado de seu lugar de guarda.

Declaro ainda que tenho ciência e cumprirei as legislações abaixo relacionadas, que regulamentam o uso e manipulação de informações preenchidas em Unidades de Saúde e arquivadas nesta Secretaria:

Código de Ética Médica – CFM – artigo 11, 70, 102, 103, 105, 106, 108

Normas da Instituição quanto ao acesso a prontuários;

Parecer CFM nº 08/2005;

Parecer CFM nº 06/2010;

Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular Gl.2 – Gl 1.12;

Resolução da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21;

Resolução do CFM nº 1605/2000 – 1638/2002 – 1639/2002 – 1642/2002.

Resolução 466/2012 – CONEP/CNS/MS

Aluno/Pesquisador:

Ident/ CPF

Tels p/ contato:

Solicitação aceita. [nome por extenso,

assinatura e carimbo do responsável pela

Instituição]

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AO BANCO DE DADOS

Considerando o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e serviços de forma a gerar conhecimentos, produtos e inovações com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e que por meio do **Curso *Stricto sensu* de Doutorado Acadêmico em Informação e Comunicação em Saúde** objetiva aprofundar o conhecimento técnico e acadêmico, possibilitando a formação de docentes tendo como um dos critérios de aprovação a construção de uma tese (Doutorado);

Enquanto Coordenadora da Divisão de Epidemiologia da SMSDC, **disponibilizo e autorizo a utilização da base de dados de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**, para a pesquisa “Abandono, evasão escolar e violência contra crianças e adolescentes na perspectiva da informação em saúde: análise de notificações no município de Duque de Caxias/RJ”, desenvolvida por Edvaldo da Silva, discente do **Curso *Stricto sensu* de Doutorado Acadêmico em Informação e Comunicação em Saúde** sob orientação do Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior (Icict/Fiocruz) e coorientação da Prof.^a Dra Joviana Quintes Avanci (ENSP/ Fiocruz).

De forma geral, compreendo a necessidade de tais informações, tendo em vista o objetivo central do estudo: conhecer como as diversas formas da vitimização de violência contra criança e adolescente se expressam nas situações de evasão e abandono escolar de crianças notificadas em sistemas de informação em saúde do município de Duque de Caxias-RJ, subsidiando-os a potencializá-los enquanto instrumentos estratégicos de planejamento e ação de proteção e atenção na saúde infantil e da adolescência, e tendo a garantia da confidencialidade e a privacidade das informações sem riscos diretos ou indiretos de identificação dos usuários analisados, uma vez que a pesquisa se dará com o levantamento e análise de dados secundários do referido sistema e o acesso às fichas de notificação que o alimentam, resguardando-se a identidade dos usuários.

Finalmente, entendo a colaboração desta pesquisa como benefício e subsídio direto ou indireto para discussões sobre as possíveis ações de Vigilância e Promoção em Saúde, AUTORIZO o acesso ao banco de dados, compreendendo a importância em detectar os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência em situação de abandono escolar.

Coordenadora da Divisão de Epidemiologia da SMSDC

Rio de Janeiro, _____ de _____ 2022.

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MANIPULAÇÃO DE DADOS

Declaramos que nós da Coordenação de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, autorizamos o pesquisador Edvaldo da Silva, discente do Curso de Doutorado Acadêmico em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), a coletar informações relatadas no preenchimento do campo “Observações Adicionais” das Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocadas de crianças e adolescentes notificadas entre os anos 2015 e 2019 e arquivadas nesta Secretaria, para fins de execução do Projeto de Pesquisa intitulado **“Evasão, Abandono escolar e violência contra crianças e adolescentes na perspectiva da informação em saúde: análise de notificações no município de Duque de Caxias/RJ”**.

Estamos cientes de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares. Da mesma forma, estamos cientes de que o pesquisador somente poderá iniciar a pesquisa pretendida após encaminhar a este setor uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de pesquisa.

Coordenadora da Divisão de Epidemiologia da SMSDC

Por ser verdade, firmo a presente em _____ / _____ / _____

Aluno-pesquisador

APÊNDICE E – FOLHA DE APROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 5.366.333

Folha de Rosto	Folharostoed.pdf	23:35:05	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	TAACBCDD.pdf	04/04/2022 11:07:23	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	TSACDDARQ.pdf	04/04/2022 11:06:20	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	TAMANDD.pdf	04/04/2022 11:05:15	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declarcomprom.pdf	03/04/2022 21:06:13	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	Formencaminh.pdf	03/04/2022 19:33:53	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	03/04/2022 18:56:20	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/04/2022 18:39:00	EDVALDO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Abril de 2022

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil, 4365 ç Manguinhos Ramal.: 9809
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9809 **E-mail:** cep.epsjv@fiocruz.br

Página 05 de 05

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA – SINAN-NET VERSÃO ATUAL - 15/06/2015 (PARTE I)

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

SVS 15.06.2015

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA – SINAN-NET - VERSÃO 15/06/2015 (PARTE II)

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/>	
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancarmento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)
	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado	
	65 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>	
Informações complementares e observações		
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____		
Observações Adicionais: _____ _____ _____		
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____
Violência Interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015		

ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS
VERSÃO: 28/06/2006 (PARTE I)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL		Nº _____		
	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS				
Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.					
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.					
Dados Gerais	1	2	3		
	4				
	5	6			
Dados da Pessoa Atendida	7			8	
	9	10	11		
	12	13			
	14		15		
	16		17		
	18		19		
	Dados de Residência	20	21		22
		23			24
		25		26	
		27		28	
29		30			
31		32			
Dados da Ocorrência	33		34		
	35		36	37	
	38		39		
	40		41		
	42		43		

**ANEXO E – FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DO CAMPO
‘OBSERVAÇÕES ADICIONAIS’ DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA ADICIONAIS (I)**

DADOS GERAIS

Ano da notificação () 2015 () 2016 () 2017 () 2018 () 2019	Sexo () M () F	Faixa etária () 5 a 9 anos () 10 a 14 anos () 15 a 19 anos
Idade detalhada () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 () 16 () 17 () 18 () 19 ()	Raça/cor () Branca () Parda () Preta () Ignorada/Sem preenchimento	

ESCOLARIDADE E EVASÃO/ABANDONO ESCOLAR

Escolaridade/Ano () EF () EF2 () EF3 () EF4 () EF5 () EF6 () EF7 () EF8 () EF9 () EM1 () EM2 () EM3 () Não informado () Nunca estudou	Escolaridade/Ciclo () 1ª a 4ª série incompl EF () 4ª série compl EF () 5ª a 8ª série incompl EF () EF Completo () EM Incompleto () Não informado () Nunca estudou
Fora da escola/Justificativa declarada (exceto falta de certidão de nascimento) () Desinteresse pai/mãe () Doença () Falta documento () Gravidez () Mudança local de residência () Sem vaga da escola () Trabalho/ocupação () Nunca estudou () Outros () Não informado	Tempo fora da escola () 1M () 2M () 3M () 4M () 5M () 6M () 7M () 8M () 9M () 10M () 1A () 2A () 3A () 4A () 5A () Nunca estudou () Não informado
Fora da escola/Sem certidão de nascimento () Sim () Não se aplica	

RELAÇÕES FAMILIARES

Com quem reside () Pai () Mãe () Pai/Mãe () Companheiro/namorado () Pai e/ou Mãe e companheiro () Irmão/irmã () Tio/a () Primo/prima () Sogro/a () Sogro/a e companheiro () Amigo/a/Conhecido/a () Avó/avó/bisavó () Sozinho/a () Abrigo () Situação de rua () Não informado	Genitoror/a e Orfandade () Órf/Pai () Órf/Mãe () Órf/Pai e Mãe () Órf/Pai s/ contato com a mãe () Órf/Mãe s/ contato c/ o pai () Sem contato pai () Sem contato mãe () Sem contato pai e mãe () Não informado
Conflito com Genitores () Confl com pai () Confl com mãe () Confl com pai e mãe () Não informado () Não se aplica	

PERFIL SOCIAL

Trabalho/ocupação () Sim () Não () Não se aplica	Relação com drogas lícitas () Sim () Não informado () Não se aplica
Relação com drogas ilícitas () Sim () Não informado () Não se aplica	Conflito com a Lei () Sim () Não informado () Não se aplica

INGRESSO NA UNIDADE DE SAÚDE

Entrada na Unidade de saúde. Motivação () Abandono de incapaz () Aborto/óbito fetal () Acidente de trânsito () Agressão/ferimento () Agressão/Arma de fogo () Parto () Consulta/Atendimento emergência/internação () Envenenamento/queimadura/perfuração com objeto cortante () Negligência/higiene/descuido () Violência Sexual () Não informado	Acompanhante/Com quem chegou na Unidade de atendimento () Sem acompanhante () Pai () Mãe () Padrasto/madrasta () Irmão/irmã () Companheiro/namorado () Tio/a () Sogro/a () Outro familiar () Amigo/a/Conhecido/a () Agente da Lei () Não informado
Informante/vínculo () O/A próprio/a () Pai () Mãe () Padrasto/madrasta () Irmão/irmã () Tio/a () Primo/a () Avó/avó () Companheiro/namorado () Sogro/a () Amigo/a/Conhecido/a () Desconhecido/a () Não informado	

NEGLIGÊNCIAS E VIOLÊNCIAS

Negligência/maus tratos declarados () Exclusiva evasão/abandono escolar () Em situação () Não declarada/associada	Acidente de Carro () Sim () Não
Acidente de moto () Sim () Não	Perfuração com arma de fogo () Sim () Não
Tentativa de Suicídio () Sim () Não	Violência Psicológica () Sim () Não se aplica () Não informado

**ANEXO F – FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DO CAMPO
‘OBSERVAÇÕES ADICIONAIS’ DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (II)**

Violência Sexual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado	Violência Física <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado
Brigas/Motivação da violência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado	Violência Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado
Violência física/Agressor informado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto/madrasta <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Namorado/a <input type="checkbox"/> Ex Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Conhecido/a <input type="checkbox"/> Desconhecido/a <input type="checkbox"/> Polícia <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> Não se aplica	Situação recorrente (Exceto gravidez) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não informado

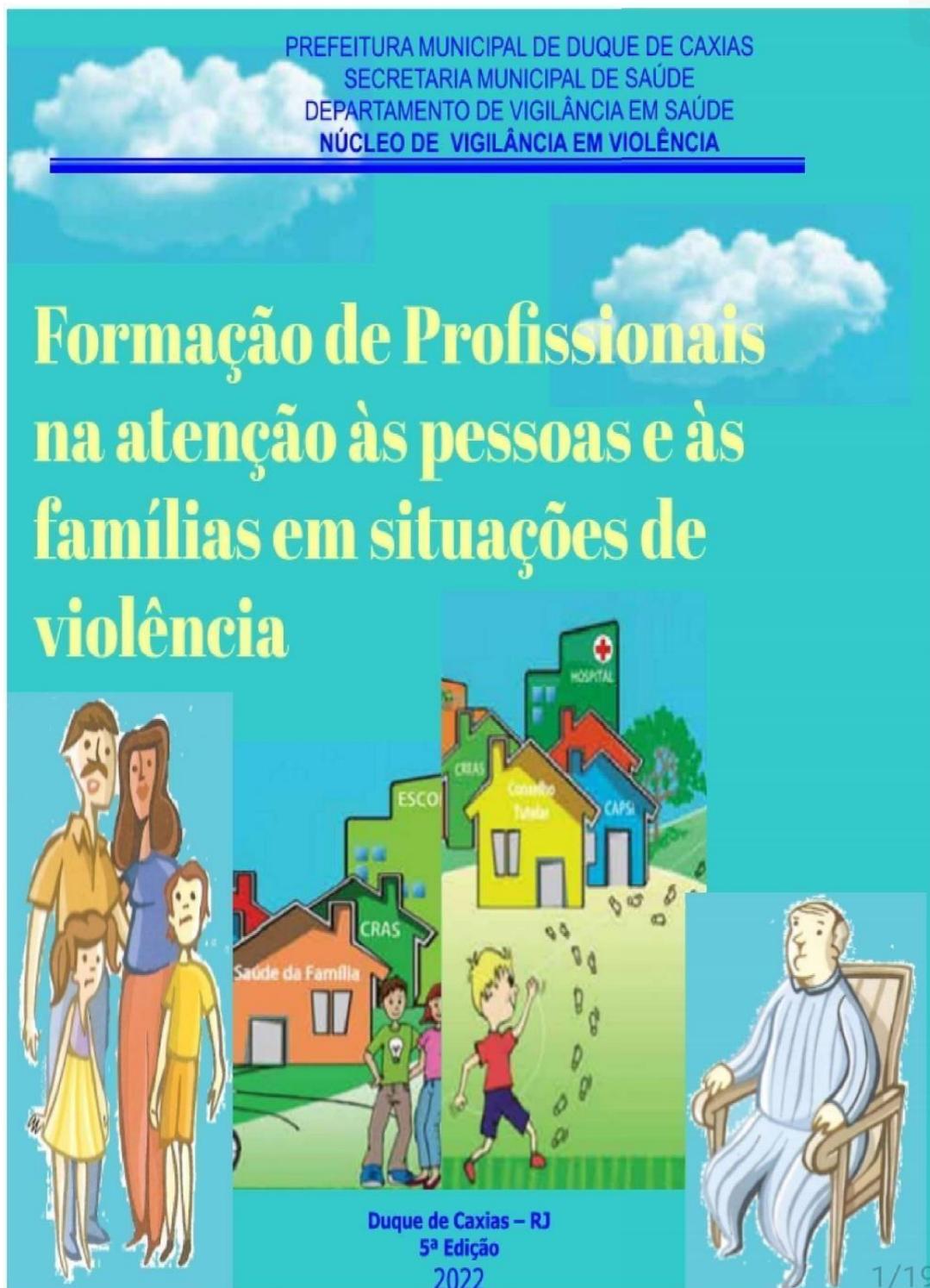
GRAVIDEZ

Gestante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado	Puérpera? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado
Gestação anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não informado	

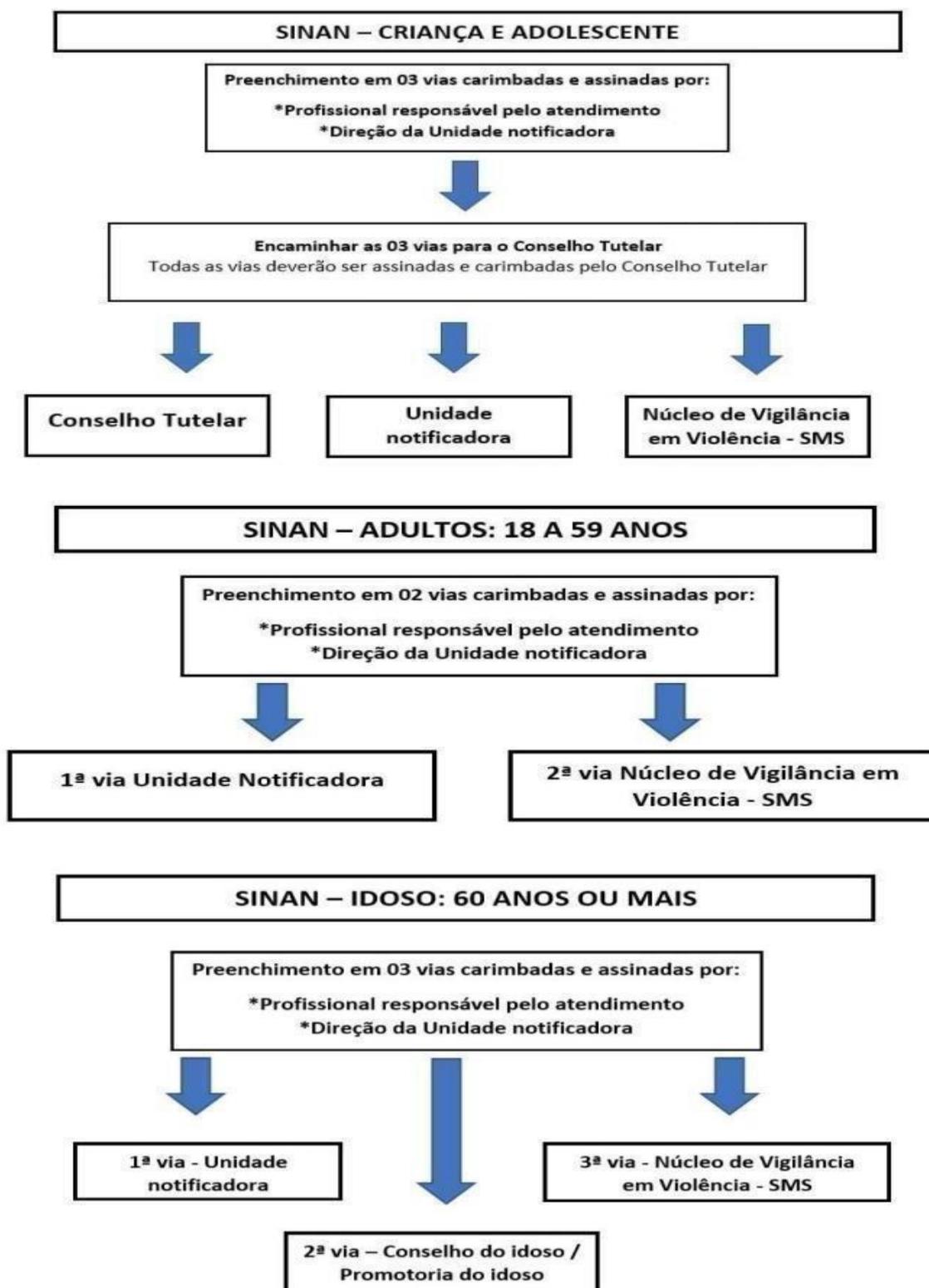
NOTIFICADOR

Notificador <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não informado

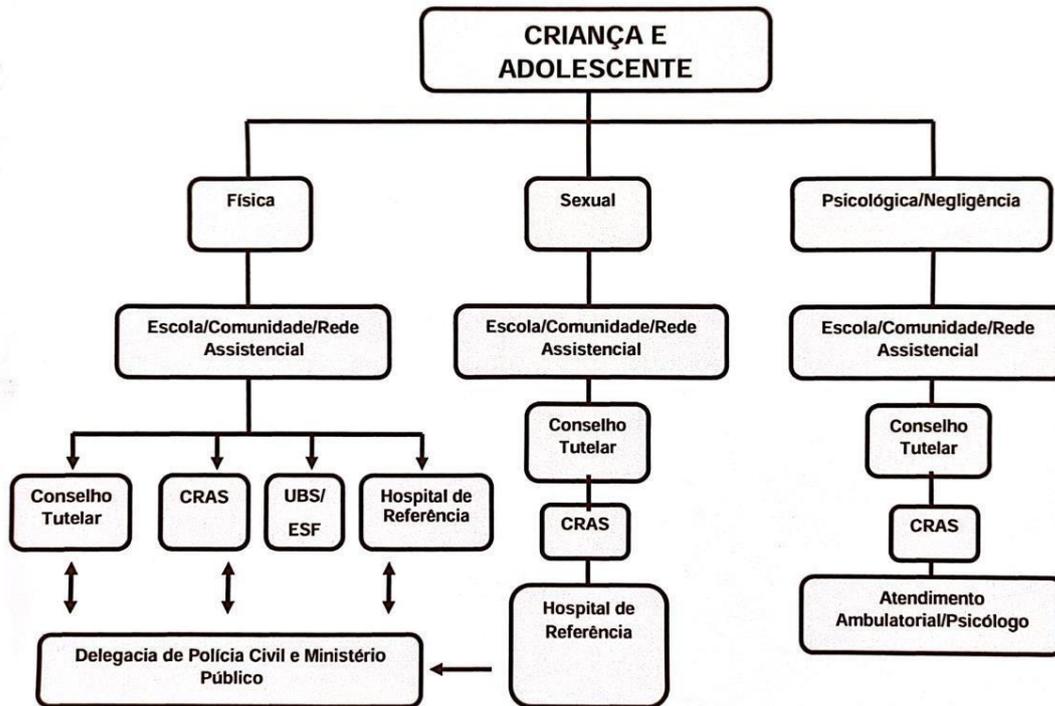
**ANEXO G – MANUAL FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ÀS
PESSOAS E ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA – 5ª EDIÇÃO
(CAPA)**



ANEXO H - FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (REPRODUZIDO DO MANUAL "FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS E ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA" – 2022, 5ª EDIÇÃO)



ANEXO I- FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA EM DUQUE DE CAXIAS (REPRODUZIDO DO MANUAL "FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS E ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA" – 2022, 5ª EDIÇÃO)



ANEXO J – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS - RJ (Disponível em: https://duquedecaxias.rj.gov.br/images/organograma/ORGANOGRAMA_JANEIRO_23_01.pdf. Consulta em 15.ago.2023)

