

**Violência praticada contra crianças e adolescentes no estado do Paraná:
estudo retrospectivo do quinquênio 2010-2014****Practical violence against children and adolescents in the state of
Paraná: retrospective study of the quinquenio 2010-2014**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-368

Recebimento dos originais:08/07/2020

Aceitação para publicação:28/08/2020

Luiz Fernando LoliDocente e Coordenador do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá –
UEM

Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM

Endereço: Rua José Raimundo de Oliveira, 481 - são silvestre/Mgá

E-mail: profdrluizfernando@gmail.com

Diorezane Mesacasa

Cirurgiã-dentista especialista em Saúde Coletiva e da Família - UEM

Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM

Endereço: Av. Mandacaru, 1550 - Centro, Maringá - PR, 87080-000

E-mail: dioremesacasa@gmail.com

Fernanda do Nascimento de Lemos Campos

Cirurgiã-dentista especialista em Saúde Coletiva e da Família - UEM

Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM

Endereço: Rua Francisco Padilha, 1059 - Foz do Iguaçu

E-mail: fernandalemoscampos@gmail.com

Natalia de Souza Silva

Cirurgiã-dentista - UEM

Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM

Endereço: Rua Tucuruí 233, Grevileas 3, Maringá PR

E-mail: nssilva06@gmail.com

Victoria Alicia de Oliveira

Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM

Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM

Endereço: Rua Jangada, 109, Zona 07, Maringá-PR

E-mail: victoriaalicia98@gmail.com

Gabriela Romanholo Fabiano

Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM

Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM

Endereço: Rua São João, 117, Maringá - PR

E-mail: garomanholo@gmail.com

Gabriel Quirino Dalpoz

Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM
Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM
Endereço: Rua Tietê, 57, Zona 7, Maringá-PR
E-mail: gabrieldalpoz73@gmail.com

Bárbara Vieira Pimentel

Acadêmica do Programa de Pós-Graduação em odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá – UEM
Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM
Endereço: Rua Flávio Ferreira dos Santos, 133, Londrina-PR
E-mail: barbaravpimentel4@gmail.com

Isabela Hrecek Freitag

Acadêmica do Programa de Pós-Graduação em odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá – UEM
Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM
Endereço: Rua Arthur Thomas, 942, ap 201, Centro, Maringá/PR
E-mail: isabelafreitag@gmail.com

Katia Cristina Toyokawa Sperandio

Acadêmica do Programa de Pós-Graduação em odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá – UEM
Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM
Endereço: Rua Pará, 1981, Centro
E-mail: katoyokawa@gmail.com

RESUMO

A violência e seus impactos negativos representam uma violação aos direitos humanos, estando muitas vezes associada ao ambiente familiar. Esta pesquisa objetivou analisar a prevalência da violência praticada contra crianças e adolescentes no Paraná em associação ao sexo e faixa etária, realizando-se um estudo retrospectivo quantitativo observacional e analítico a partir dos dados registrados na base DATASUS. No que se refere aos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências para o Paraná e para o município de Londrina o sexo feminino de 10 a 19 anos foi o mais acometido. Em Curitiba, o grupo mais atingido correspondeu ao sexo masculino de 0 a 9 anos. Em Maringá não houve associação entre a variável violência e as variáveis sexo e faixa etária e quanto à violência física, não houve associação com as variáveis sexo e faixa etária. Para violência física, o grupo atingido refere-se ao sexo feminino e à faixa etária de 10 a 19 anos, no Estado e nos municípios de Curitiba e Londrina. Para violência sexual em todos os cenários o grupo afetado correspondeu ao sexo feminino de 10 a 19 anos. Conclui-se que a maior prevalência de casos de violência ocorreu para adolescentes do sexo feminino.

Palavras-chaves: Maus-tratos de menores, sistema de informação em saúde, saúde coletiva, cirurgião-dentista.

ABSTRACT

Violence and its negative impacts represent, above all, a violation of human rights, permeating interpersonal relationships and with significant frequency associated with the

family environment. This study aimed to analyze the prevalence of violence against children and adolescents in the State of Paraná in association with gender and age group. Therefore, a retrospective quantitative observational and analytical study was performed from the data recorded in the DATASUS database, selecting the option of diseases and notification diseases (SINAN). The variables analyzed were: "gender", "age group", "domestic violence, sexual violence and / or other violence", "physical violence" and "sexual violence". The data were related to the years 2010 to 2014, corresponding to the State of Paraná as a whole and to the cities of Curitiba, Londrina and Maringá. The data was organized in the Microsoft Excel program and processed using the Bioestat 5.0 software. Statistical analysis was performed by chi-square tests of contingency table C, with a significance level of 1% ($p < 0.01$). With regard to cases of domestic violence, sexual violence and / or other violence for the State of Paraná and for the city of Londrina, the female sex between the ages of 10 and 19 was the most affected. In Curitiba, the group most affected was males aged 0 to 9 years. In Maringá there was no association between the variable violence and the variables gender and age group. For physical violence, the affected group refers to the female sex and to the age group of 10 to 19 years, in the State and in the municipalities of Curitiba and Londrina. In Maringá, regarding physical violence, there was no association with the variables gender and age group. For sexual violence in all scenarios analyzed, the affected group corresponded to females from 10 to 19 years. It is concluded that the highest prevalence of violence occurred for female adolescents.

Keywords: Child abuse, health information systems, public health, dentists.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde, OMS, define a violência como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”¹. Devido ao seu caráter multifacetado e polimórfico, a violência não é uma, é múltipla. O termo *violência* possui origem latina, derivando da palavra *vis*, a qual denota a acepção de força. Alude, pois, às noções de constrangimento e emprego de superioridade física sobre o outro.²

Considerando as graves consequências da violência, em curto e em longo prazo, para os indivíduos, as famílias, as comunidades e os países, a Organização Mundial de Saúde definiu como uma de suas prioridades a caracterização dos diferentes tipos de violência, de suas causas, bem como o dimensionamento de sua magnitude, entendendo essas informações como vitais para o enfrentamento do problema, principalmente a partir de um enfoque preventivo.³

As formas de violência mais comuns praticadas contra crianças e adolescentes são: violência física, sexual, psicológica e negligência. A violência física corresponde à lesão ou ao dano físico causado ao indivíduo devido ao uso da força, podendo ter auxílio de

instrumentos ou armas. Violência sexual: caracterizada por, a partir da existência de uma relação de poder, um sujeito obrigar outro a realizar práticas sexuais, utilizando-se, para tanto, de força física. Para além disso, pode o agente agressor exercer influência psicológica sobre a vítima, bem como dispor de drogas ou armas para atingir seu intento. Violência psicológica: decorre de uma ação ou omissão capaz de causar prejuízo à autoestima, identidade ou desenvolvimento biopsicossocial do sujeito. Negligência ou abandono: ocorre quando há omissão do responsável por um ou mais membros da família em relação a indivíduos que necessitam de cuidados especiais, por condições temporárias ou permanentes, devido à idade ou condição física.⁴

A violência urbana tornou-se constante no cotidiano dos brasileiros, produzindo um grande número de vítimas e sequelas físicas e emocionais, constituindo-se em um problema de saúde pública.⁵ Essas situações frequentemente decorrem de uma relação assimétrica e desigual de poder e podem se manifestar pela força física, pela dominação e opressão familiar.⁶

Quando o sujeito sofre violência na infância ou adolescência esta produz consequências devastadoras no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, e os efeitos negativos tendem a piorar quando os pais ou responsáveis não figuram como protetores afetivos desses indivíduos, fato que tende a propiciar comportamentos inadequados, além de prejudicar a estruturação da personalidade infantil.⁷ Vale a ressalva de que é grande a chance de que tais eventos permaneçam silenciados no interior das famílias, escolas, comunidade e serviços de saúde,⁸ visto que a subnotificação e a divergência de informações sobre a violência contra criança ainda se constituem como dificuldades em muitos países.^{9,10,11, 12}

A dificuldade em identificar as vítimas de violência relaciona-se ao fato que a demanda explícita por atendimento em decorrência desses abusos é considerada baixa, mesmo com a presença deste problema no cotidiano dos usuários. De maneira geral, a busca de atendimento é motivada pelos sintomas decorrentes das agressões, e a assistência oferecida nos serviços de saúde acaba por se restringir ao tratamento de lesões e ferimentos.¹³

O impacto da violência é percebido claramente no setor dos sistemas de saúde, quer pelas mortes, traumas físicos e agravos mentais ocasionados pelo ato, quer pelo dano que acomete a qualidade de vida dos indivíduos, além de repercutir nos custos econômicos com

tratamento e reabilitação, como também pela inevitabilidade da reorganização das práticas de saúde.¹⁴

Em 13 de Julho de 1990, foi promulgado no Brasil, por meio da Lei nº 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Referido diploma legal tem por objetivo proteger integralmente crianças e adolescentes, pela garantia de proteção ao direito à vida e à saúde, por meio da efetivação de políticas sociais públicas capazes de permitir o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência. Pela definição do ECA, crianças e adolescentes são sujeitos de direito, sendo-lhes, portanto, garantida proteção integral, consoante disposto no artigo 4º, sendo de dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária.

O cirurgião-dentista, no Brasil, tem o dever legal, ético e moral de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos às autoridades competentes, fato fundamentado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁵, nas Portarias nº 1.968/2001¹⁶ e nº 104/2011¹⁷ do Ministério da Saúde, assim como no Código de Ética Odontológica, que estabelece como deveres do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, independentemente de atuar em âmbito público ou privado.¹⁸

Situação privilegiada é conferida aos cirurgiões-dentistas devido a posição estratégica para identificar possíveis vítimas, visto que atuam em cavidade bucal e região de cabeça e pescoço, locais que frequentemente podem apresentar manifestações clínicas de maus-tratos.¹⁹ No que tange a lesões ocasionadas por agressões físicas, estudos mostram que aproximadamente 50% envolvem região de cabeça e face, por isso a relevância do cirurgião-dentista no diagnóstico das lesões, que em parte significativa podem passar despercebidas, devido ao desconhecimento de sinais básicos que proporcionariam o diagnóstico precoce.^{20,21,22}

2 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo quantitativo observacional e analítico, a partir dos dados registrados em banco de dados de um sistema de informação nacional, no que tange a informações epidemiológicas e de morbidade em relação ao tema violência, sendo os dados obtidos por uma única pesquisadora previamente orientada em acesso ao Sistema

de Informações do SUS²³ por meio do recurso TabNet e clicando-se na opção “informações epidemiológicas e morbidade”. Foram considerados os dados referentes ao período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014 para o Estado do Paraná. Adicionalmente houve um detalhamento de análise para os municípios de Curitiba, Londrina e Maringá, segundo critérios de maior porte populacional. As variáveis consideradas foram: “sexo”, “faixa etária”, “violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, “violência física” e “violência sexual”. Para a variável “faixa etária”, foi realizada a categorização “0 a 9 anos” se referindo a crianças; e “10 a 19 anos” se referindo a adolescentes, segundo o Ministério da Saúde.¹⁶

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel e a análise foi realizada considerando cada uma das três variáveis de violência associadas ao mesmo tempo a “sexo” e “faixa etária”. A análise estatística se deu por meio do teste não-paramétrico qui-quadrado (χ^2) coeficiente de contingência C indicado para análises de associação de variáveis categóricas. Para as análises foi utilizado o software Bioestat 5.0.²⁴ O nível de significância considerado foi de 1% ($p < 0,01$).

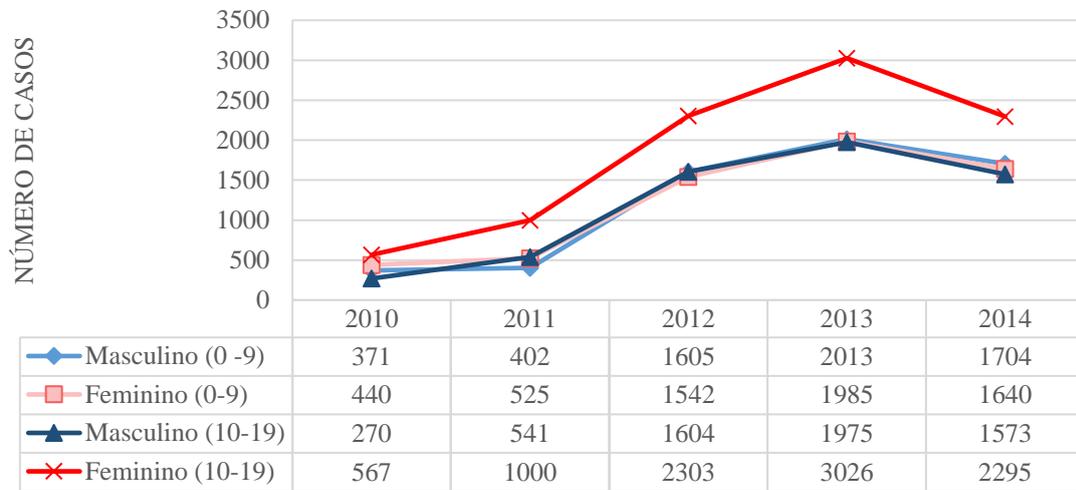
Pelo fato dos dados analisados no presente estudo estarem disponibilizados em sistema de informação de porte nacional e de livre acesso, não havendo a exposição da identidade ou quaisquer detalhamentos de intimidade dos sujeitos, não houve a necessidade de apreciação ética por comitê constituído.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período analisado e num contexto geral expresso pela variável “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” no Estado do Paraná, foram notificados 27.354 casos. No município de Curitiba, foram observados 15.769 casos. Já em Londrina ocorreram 870, enquanto que em Maringá registraram-se 656 casos. Para o Estado do Paraná e para o município de Londrina o sexo feminino adolescente foi estatisticamente o mais acometido. Em Curitiba, o grupo mais atingido foi de crianças do sexo masculino, enquanto que em Maringá não houve associação estatística entre a variável violência e as variáveis sexo e faixa etária.

As figuras apresentam a distribuição dos casos de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, “violência física” e “violência sexual” com as respectivas progressões anuais para o Estado do Paraná. Ressalta-se, para todas as variáveis, o aumento das notificações entre o período de 2010 a 2013. Demais disso, observa-se declínio dos casos notificados de 2013 a 2014.

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE "VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS" PARA O ESTADO DO PARANÁ DE 2010 A 2014, MARINGÁ - 2017

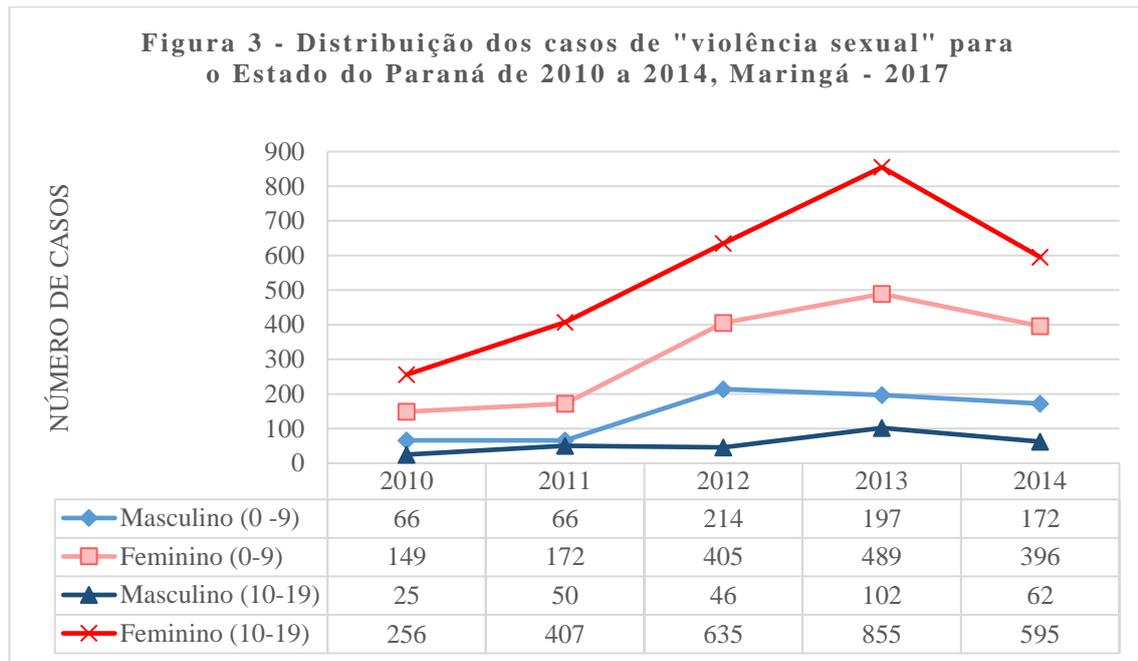


Fonte: TabNet (DATASUS)

Figura 2 - Distribuição dos casos de "violência física" para o Estado do Paraná de 2010 a 2014, Maringá - 2017



Fonte: TabNet (DATASUS)



Fonte: TabNet (DATASUS)

A Tabela 2 refere-se aos casos de “violência física”. No Estado do Paraná, ela ocorreu 10.404 vezes, de acordo com as notificações. Em Curitiba, ocorreu 3.782 vezes. Já para os municípios de Londrina e Maringá, as ocorrências foram de 600 e 388 casos, respectivamente. A variável em questão esteve associada a adolescentes meninas no Estado como um todo e nos municípios de Curitiba e Londrina. No município de Maringá não houve associação com as variáveis sexo e faixa etária.

Os dados da Tabela 3 referem-se à “violência sexual”. No Estado do Paraná foram registrados 5.369 casos desta categoria. Nas três maiores cidades, a situação foi de 2.553 casos em Curitiba, 187 casos em Londrina e 262 casos em Maringá. Em todos os cenários analisados houve associação entre violência sexual e meninas adolescentes.

As figuras apresentam a distribuição dos casos de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, “violência física” e “violência sexual” com as respectivas progressões anuais para o Estado do Paraná. Ressalta-se, para todas as variáveis, o aumento das notificações entre o período de 2010 a 2013. Demais disso, observa-se declínio dos casos notificados de 2013 a 2014.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” segundo “sexo” e “faixa etária” para o período de 2010 a 2014 no Paraná e detalhamento nos municípios de Curitiba, Londrina e Maringá, Maringá – 2017.

	Sexo	0 a 9	10 a 19	Total	Valor de P
PARANÁ	Masculino	6095	5963		
	Feminino	6105	9191*	27354	<0,0001
CURITIBA	Masculino	4291*	3316		
	Feminino	4055	4107	15769	<0,0001
LONDRINA	Masculino	113	225		
	Feminino	116	416*	870	0,0002
MARINGÁ	Masculino	84	178		
	Feminino	117	277	656	0,57

Fonte: TabNet (DATASUS). TABELA 1

Tabela 2 – Distribuição dos casos de “violência física” segundo “sexo” e “faixa etária” para o período de 2010 a 2014 no Paraná e detalhamento nos municípios de Curitiba, Londrina e Maringá, Maringá – 2017.

	Sexo	0 a 09	10 a 19	Total	Valor de P
PARANÁ	Masculino	1484	3046		
	Feminino	1345	4529*	10404	< 0,0001
CURITIBA	Masculino	750	1054		
	Feminino	636	1342*	3782	< 0,0001
LONDRINA	Masculino	63	200		
	Feminino	49	288*	600	0,0046
MARINGÁ	Masculino	35	152		
	Feminino	40	161	388	0,8678

Fonte: TabNet (DATASUS). TABELA 2.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de “violência sexual” segundo “sexo” e “faixa etária” para o período de 2010 a 2014 no Paraná e detalhamento nos municípios de Curitiba, Londrina e Maringá, Maringá – 2017.

	Sexo	0 a 09	10 a 19	Total	Valor de P
PARANÁ	Masculino	715	295		
	Feminino	1611	2748*	5369	< 0,0001
CURITIBA	Masculino	383	142		
	Feminino	847	1181*	2553	< 0,0001
LONDRINA	Masculino	28	8		
	Feminino	48	103*	187	< 0,0001
MARINGÁ	Masculino	36	22		
	Feminino	81	123*	262	0,0041

Fonte: TabNet (DATASUS) TABELA3 .

Considerando os resultados apresentados, pode-se afirmar que as maiores proporções de casos notificados foram identificadas para o sexo feminino de 10 a 19 anos de idade. Em estudo²⁵ para tipificar os casos atendidos em um Centro de Referência, responsável por acolher crianças e adolescentes em situação de violência sexual no Rio Grande do Sul, constatou-se a ocorrência de 4292 casos no período de 2002 e 2006. Do total citado, 75% foram cometidos contra o sexo feminino. Quando considerado o fator idade, mais de 50% eram meninas de cinco aos doze anos. Sinimbu et al., realizou uma pesquisa com dados do SINAN, para caracterizar o perfil das vítimas de violência do Brasil em 2014, em todas as faixas etárias houve predomínio para o sexo feminino, sendo mais expressivo em mulheres adultas e adolescentes e a violência física foi a mais notificada. Em estudo²⁶ realizado em Londrina, a partir das notificações aos três Conselhos Tutelares, ao Programa Sentinela da Prefeitura Municipal e ao Projeto de extensão “De Olho No Futuro” da Universidade Estadual de Londrina, investigou-se a violência sofrida contra a população menor de 15 anos de idade, nos anos de 2002 e 2006. Entre os 1620 casos estudados, houve predomínio da violência física, seguida por negligência/abandono e pela violência sexual e entre as vítimas de violência física e de violência sexual, prevaleceu o sexo feminino, semelhante a presente casuística.

Vale ressaltar que na maior parte das notificações envolvendo crianças entre 1-9 anos a violência ocorre em residências. A violência sexual foi relatada em 41,7% das notificações, sendo mais frequente entre meninas do que meninos, fato que está de acordo com o que foi encontrado no presente estudo.

Devemos nos atentar para o fato do uso da força física como medida educativa,²⁷ o que a torna frequente em nosso meio. A punição física se configura como prática cultural e acaba sendo rotineira no âmbito familiar brasileiro.²⁸ Considerando-se os atos de violência mais constantes, os que ocorrem em ambiente doméstico são os que produzem maior gravidade, podendo até mesmo levar crianças ao óbito. Há uma concordância estabelecida de que as consequências da violência são avassaladoras, com potencial para atingir não só a vida da criança, devido à degradação emocional e física, mas também a família e sociedade.^{29,30}

Ao analisarmos o município de Curitiba, percebe-se que para violência doméstica, sexual e/ou outras violências, o grupo prevalente foi o sexo masculino menor de 10 anos de idade, fato correspondente ao encontrado em outro trabalho³¹ da área, que investigou o perfil dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de

Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) detectando o sexo masculino como predominante acometido na faixa etária de 0 a 9 anos, tal como de 10 a 19 anos.

Em relação à predominância de violência infantil por gênero, há controvérsias na literatura nacional, visto que a prevalência se associa ao local onde os dados foram originados, exceto no que concerne à violência sexual, a qual acaba por acometer predominantemente o sexo feminino,³² fato que foi observado no presente estudo. Porém, estima-se que no Brasil a quantidade relatada de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes corresponda a menos de 10% das ocorrências.³³

Ressalta-se que apesar da violência sexual recair sobre ambos os sexos, as vítimas predominantes são do sexo feminino, independentemente da faixa etária, porém o risco mais elevado para esse tipo de violência corresponde às mulheres jovens e adolescentes^{34,35} fato que foi constatado nesse trabalho. Ao analisar-se as consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista, sendo o grupo composto por 236 adolescentes como idade média de 17 anos, 94 jovens (39,8%) declararam ter pensando em suicídio, sendo que 39 destes (16,5%) disseram ter tentado, dados que demonstram que o histórico de violência sexual pode contribuir para o risco de suicídio.³⁶

O período da infância proporciona as primeiras experiências de vida do ser humano enquanto criança e conseqüentemente possui potencial para determinar aquilo que o ser humano será quando adulto, pois é nesse estágio que o indivíduo aprende sobre si, sobre os outros e sobre o mundo.³⁷ O período da adolescência se caracteriza por ser marcado pela inconstância emocional e também por ser a fase na qual é consolidada a personalidade. Não se pode simplesmente reduzi-lo a uma faixa etária, visto que se trata da transformação para a vida adulta e, portanto, corresponde a uma época de decisões sociais, biológicas e, especialmente, psicológicas, com potencial para impactar durante toda a vida.³⁸ Essa vulnerabilidade associada a essas faixas etárias faz com que possa ocorrer abalo do estado psicológico, social ou mental, capaz de afetar a saúde mesmo em situações de ausência de doença.³⁹

Considerando dados mundiais para a faixa etária de 15 a 44 anos, a violência constitui como uma das principais causas de morte. Expressivas também são as lesões femininas, decorrentes da violência doméstica, representando a principal causa de morte de mulheres entre 14 a 44 anos. Diante desta perspectiva, justificou-se considerar em 1996, durante a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública.⁴⁰ Embora se compreenda que o setor de saúde não possa se

responsabilizar por combater à violência, ele se consolida como responsável pelo envolvimento institucional, visto que precisa capacitar seus profissionais para o enfrentamento das questões associadas a este problema.⁴¹

Na violência praticada contra menores, os dados apontam que as mulheres também incorrem na prática de violência física, porém são os homens os responsáveis por causarem lesões de maior gravidade na cabeça, valendo-se de agressões que provocam fraturas e ferimentos fatais. Traçando-se um panorama da situação em diversos países, observa-se que na maioria deles as meninas têm risco aumentado para infanticídio, abuso sexual, negligência educacional, nutricional e prostituição forçada. Por outro lado, ao se observar a violência física, os meninos figuram como principais acometidos por punições severas. Acredita-se que este fato se sustente na crença de preparo para os papéis e responsabilidades de adulto, bem como na concepção de que os meninos precisam de disciplina física.⁴⁰

Destaca-se a vasta literatura que objetiva relatar os efeitos causados no bem-estar e na saúde das vítimas de violências. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relatou, por meio de pesquisa, a existência de risco aumentado para indivíduos que vivem em ambientes violentos, apontando que estes possuem propensão para alcoolismo e abuso de drogas, desordens alimentares, depressão, pânico, fobias, baixa autoestima, ansiedade e estresse pós-traumático. Além de pesquisas que apontam correspondência entre a ocorrência de violência e o aparecimento de distúrbios gastrointestinais, lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, sentimento de culpa, baixa autoestima, depressão, ansiedade e suicídios.^{42,43}

A importância das notificações reside no fato de proporcionarem a implementação de políticas públicas relativas à questão da violência, pois, para além de concederem percepção ao tema, viabilizam o dimensionamento epidemiológico.⁴⁴ Em estudo realizado em 2012 no Ceará com 381 profissionais sendo médicos enfermeiros e cirurgiões-dentistas verificou-se que a frequência de notificação de maus-tratos pelos profissionais da atenção básica foi de 17%, tal frequência é considerada baixa, haja vista a preconização de obrigatoriedade deste ato, determinada pelo ECA e pelo Ministério da Saúde, Portaria nº 104/2011. Observou-se que a chance de profissionais notificarem situações de maus-tratos em crianças e adolescentes é aumentada quando estes participam de treinamento sobre o tema, conhecem a ficha de notificação e sabem encaminhar o caso, constatações que justificam investimentos na formação dos profissionais de saúde.⁴⁵ Lolli et al., em 2013⁴⁶

discorreu a respeito da obrigatoriedade das notificações de violência bem como sobre a necessária e justificável quebra de sigilo profissional em tais situações.

Diante do exposto justifica-se a adoção de medidas como a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e também dos Conselhos Tutelares. A partir do momento em que se reconhece a existência dos maus-tratos, além da necessidade de proteção, é fundamental que se notifique a ocorrência da violência, pois é através da notificação que se cria o elo entre a saúde e o sistema legal, para que seja possível formar uma rede multiprofissional que é fundamental para o acompanhamento desses casos.⁴⁷

Vale destacar que para adequada atenção aos casos de violência há a indispensabilidade da rede de proteção social, a qual se sustenta por intermédio de ações intersetoriais, em razão disso, surge a necessidade de profissionais aptos para identificação e notificação de casos de violências.

4 CONCLUSÃO

As evidências do presente estudo permitiram concluir que houve uma prevalência de casos de violência geral associada a adolescentes do sexo feminino no Estado do Paraná e no município de Londrina. Já em Curitiba predominaram como vítimas crianças do sexo masculino. Foi possível observar também que a violência física esteve associada a adolescentes do sexo feminino nos municípios de Londrina e Curitiba e também no Estado como um todo, porém, em Maringá, apenas a violência sexual teve alguma associação estatística relacionada a adolescentes meninas. Tal associação também ocorreu nos demais municípios e no Estado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde; 2007.
2. Minayo MCS. Violência e Saúde: Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
3. Gontijo DT, Alves HC, Paiva MHP, Guerra RMR, Kappel VB. Violência e Saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007. *Physis Rev Saúde Col* 2010; 20(3): 1017-1054.
4. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MA, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiq Rio Grande do Sul* 2003 Abr; 1(25): 9-21.
5. Silva CJP, Ferreira EF, Paula LPP, Naves MD, Vargas AMD, Zarzar PMPA. A violência urbana contra crianças e adolescentes em Belo Horizonte: uma história contada através dos traumas maxilofaciais. *Physis Rev Saúde Col* 2011; 21(3): 1103-1120.
6. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde, organizador. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde 2005. p. 43-77.
7. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Njaine k, Assis SG, Constantino P. (Orgs.). *Impactos da violência na saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz 2009. p. 21-42.
8. Oliveira BRG, Thomazine AM, Bittar DB, Santos FL, Silva LMP, Santos RLR, et al. A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. *Rev Min Enf* 2008; 12. p. 547-556.
9. Zhai F, Gao Q. Child Maltreatment Among Asian Americans: Characteristics and Explanatory Framework. *Child Maltreatment, California*, 2009 Fev; 14(2): 207-224.
10. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM . Underascertainment of child abuse fatalities in France: Retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse & Neglect*, 2010 Jul; 34(7): 534-544.
11. Feng J, Huang T, Wang C. Kindergarten teachers experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child Abuse & Neglect* 2010; 34(2): 124-128.
12. Goodman K. Parent–youth discrepancies in ratings of youth victimization: Associations with psychological adjustment. *American Journal Of Orthopsychiatry*, Washington 2013; 83(1): 37-46.
13. Porto RTS, Júnior JPB, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis Rev Saúde Col* 2014; 24(3): 787-807.

14. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev Bras Epid* 2012 Mar; 15(1): 166-178.
15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
16. 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.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2011.
18. Conselho Federal de Odontologia: BRASIL. Código de Ética Odontológica Resolução CFO -118/2012, Rio de Janeiro; 2012.
19. Silveira JLGC, Mayrink S, Sousa OB. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2005 Mai/Ago; 5(2): 119-126.
20. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paulista Odont* 2003 Set/Out; 25(5): 16-19.
21. Lolli LF, Graziano MSS, Demetrio ATW, Pereira MC, Rocha NB, carvalho GM. Violência de Gênero no Quinquênio 2007-2011: Um Estudo no Instituto Médico Legal de Maringá. *Acta JUS* 2015 Fev; 6(1): 05-11.
22. Mincoff RFI, Demetrio ATW, Graziano MSSG, Lolli LF, Carvalho GM. Avaliação De Fatores Relacionados à Violência Associada a Gênero: Um Estudo do Inquérito Nacional. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* 2016 Jun/Ago; 15(1): 12-17.
23. DATASUS: Departamento de Informática do SUS [Acesso em 26 Jul 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>
24. Ayres M, Ayres MJ, Ayres DL, Santos AA. *BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas and médicas*. Sociedade Civil 2007; CNPq, Belém.
25. Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell’Aglío DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia, São Paulo* 2010; 18(1): 85-97.

26. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília 2009 Dez; 18(4): 315-334.
27. Carmo CJ, Harada MJCS. Physical violence as educational practice. *Rev Latino-americana Enfe*, São Paulo 2006 Dez; 14(6): 849-856.
28. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo 2011 Mar; 20(1): 147-155.
29. Harada MJCS. A criança e o adolescente vítimas de maus tratos. *Acta Paulista Enfe*, São Paulo 1994; 13. p. 114-118.
30. Vendruscolo TS, Ribeiro MA, Armond LC, Almeida ECS, Ferriani MDC. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. *Rev Latino-Americana Enfe*, Ribeirão Preto 2004 Ju; 12(3) 564-567.
31. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2010 Fev; 26(2): 347-357.
32. Franzin LCS, Moysés SJ, Vitorazzi MLT, Franzin FM, Moysés ST. Violência e maus-tratos na infância e adolescência. *Rev UNINGÁ*, Maringá 2013 Out/Dez; 16(3): 5-14.
33. Who; World Health Organization. *Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence*. Geneva: WHO; 2007.
34. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, et al. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
35. Basile KC, Smith SG. Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention. *Journal of Lifestyle Medicine* 2011 Jun; 5(5): 407-417.
36. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. *Psicologia & Sociedade*, Minas Gerais 2013; 25(1): 90-102.
37. Portugal G. Desenvolvimento e aprendizagem na infância. In: Conselho Nacional De Educação (org.). *Relatório do estudo: A educação das crianças dos 0 aos 12 anos*. Lisboa: Ministério da Educação; 2009.

38. Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso, MGT. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro 2008 Set; 12(3): 555-559.
39. Sierra VM, Mesquita WA. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. São Paulo em Perspectiva, São Paulo 2006 Jan./Mar; 20(1): 148-155.
40. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2007; 11. p. 1163-1178.
41. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2005; 10(2): 419-431.
42. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Públ, São Paulo 2005; 39(3): 376-382.
43. Villela W. Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces. In A. Nilo (Org.), Mulher, violência e AIDS 2008; p. 107-126. Recife: Gestos.
44. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. Acta Paul Enfe 2008; 21(4): 602-608.
45. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2014; 19(10): 4267-4276.
46. Lolli LF, Lolli MCGS, Marson FC, Silva CO, Moreira MA, Silva RHA. Responsabilidade Criminal do Cirurgião-Dentista. Acta JUS, Maringá 2013 Out./Dez; 1(1): 17-23.
47. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2002 Fev; 18(1): 315-319.