

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ESTADO DO PARANÁ

*Bianca Fontana Aguiar^a**Leandro Rozin^b**Luana Tonin^c*

Resumo

A população infantil é considerada o grupo mais vulnerável aos diversos tipos de violência, este fato gera danos físicos e psicológicos, dentre outras consequências para a sociedade em geral. O estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico de violência contra a criança e adolescente, com dados registrados no período de 2012 a 2016 no Estado do Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo de base documental. A base de dados foi produzida a partir da confirmação da notificação “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016 no Estado do Paraná, de crianças e adolescentes com idade entre 0 a 19 anos. Totalizaram 48.870 casos de violência contra crianças e adolescentes, com aumento do número de casos conforme os anos. Os casos prevaleceram no sexo feminino, com prevalência específica de 166,2 a cada 10 mil, faixa etária entre 0 e 4 anos, com 177,4 a cada 10 mil, na raça negra seguida pela indígena, com 205,5 e 162,7, respectivamente, a cada 10 mil. Das regionais de saúde, o maior número ocorreu na 2ª (Metropolitana), com 314,2 a cada 10 mil crianças e adolescentes. Conclui-se que a notificação é uma das principais ferramentas no processo de enfrentamento da violência e que o estudo permite o conhecimento dos casos de violência contra a criança e adolescente no estado do Paraná e proporciona o debate que contribui para qualificação das ações que previnam e detectem a violência em cada região específica do estado.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Saúde da criança. Defesa da criança e do adolescente.

^a Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: biancafoguiar@hotmail.com

^b Enfermeiro. Mestre em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança e do Adolescente. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: leandrorozin@hotmail.com

^c Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: luanatonin@gmail.com

Endereço para correspondência: Rua Maranhão, n. 1.435, Água Verde. Curitiba, Paraná, Brasil. CEP: 80610-000. E-mail: biancafoguiar@hotmail.com

CHARACTERIZATION OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND
ADOLESCENTS IN THE STATE OF PARANÁ

Abstract

Introduction: the child population is considered the group most vulnerable to various types of violence, which causes physical and psychological damage, among other consequences for society in general. Objective: to identify the epidemiological profile of violence against children and adolescents between 2012 and 2016 in the state of Paraná. Method: this is a quantitative, retrospective, documentary study. The database was produced with the confirmation of the notification "Domestic violence, sexual and/or other violence", available in the System of Information of Notifiable Diseases between January 2012 and December 2016 in the state of Paraná, for children and adolescents aged 0 to 19 years. Results: There were 48,870 cases of violence against children and adolescents, with an increase in the number of cases throughout the years. The cases prevailed for girls with a specific prevalence of 166.2 per 10,000, between 0 and 4 years of age, with 177.4 (every 10,000), in the black people followed by indigenous people, with 205.5 and 162.7 consecutively (every 10,000). Of the regional health centers, the highest number occurred in the 2nd (Metropolitan), with 314.2 per 10,000 children and adolescents. Conclusion: notification is one of the main tools in the process of coping with violence, and its study allows the knowledge of cases of violence against children and adolescents in the state of Paraná, provides discussion contributing to the qualification of actions that prevent and detect violence in each specific region of the state.

Keywords: Child abuse. Child health. Defense of children and adolescents.

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA EL NIÑO Y EL
ADOLESCENTE EN EL ESTADO DEL PARANÁ

Resumen

La población infantil se considera como el grupo más vulnerable a los diversos tipos de violencia, lo que ocasiona daños físicos y psicológicos, entre otras consecuencias para la sociedad en general. Este estudio objetivó identificar el perfil epidemiológico de violencia contra el niño y el adolescente, registrado en el período de 2012 a 2016 en el estado de Paraná. Este es un estudio cuantitativo, retrospectivo de base documental. La base de datos se formó a partir de la confirmación de las notificaciones de "Violencia doméstica, sexual y/u otras violencias" sufrida por

niños y adolescentes de entre 0 y 19 años, las cuales se encontraban disponibles en el Sistema de Información de Agravios de Notificación, entre enero de 2012 y diciembre de 2016, en el estado de Paraná. Totalizaron 48.870 casos de violencia contra niños y adolescentes, con aumento en el número de casos según los años. Los casos prevalecieron en el sexo femenino (166,2 cada 10 mil), con rango de edad entre 0 y 4 años (177,4 cada 10 mil) y en la raza negra seguida por la indígena con 205,5 y 162,7, respectivamente, cada 10 mil. De las regionales de salud, el mayor número ocurrió en la 2ª Metropolitana, con 314,2 cada 10 mil niños y adolescentes. Se concluye que la notificación es una de las principales herramientas en el proceso de enfrentamiento de la violencia y que el estudio permite identificar los casos de violencia contra el niño y el adolescente en el estado de Paraná, además de propiciar el debate que contribuye a la calificación de las acciones de prevención y detección de la violencia en cada región específica del estado.

Palabras clave: Maltrato a los niños. Salud del niño. Defensa del niño y del adolescente.

INTRODUÇÃO

Dentre os grupos mais vulneráveis à violência, encontram-se as crianças e os adolescentes, devido às suas fragilidades e vulnerabilidades inerentes à própria infância e ao adolescer. Dessa forma, diante das peculiaridades e complexidades que envolvem a violência, esta vem sendo reconhecida como uma questão social e de saúde pública devido à magnitude da violação aos direitos humanos. Ela acompanha o homem desde tempos primordiais, mas, a cada tempo, se manifesta de formas e em circunstâncias diferentes¹.

No Brasil, segundo a Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância, no ano de 2009, entre as vítimas de qualquer tipo de violência estavam nesta estimativa 12% das 55,6 milhões de crianças menores de 14 anos². De acordo com a Secretaria do Estado de Segurança Pública (Sesp), em 2016, o Paraná registrou por dia em média 36 casos novos de violência contra crianças e adolescentes³. Este fato gera danos de ordem física e psicológica, dentre outras consequências para a sociedade em geral⁴.

Pode-se definir a violência como o uso da força física ou do poder, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de lesão, morte, dano psicológico ou deficiência de desenvolvimento. Considera-se que os infantes sejam o grupo mais exposto e vulnerável à violência, pois passam por uma fase no desenvolvimento no qual ocorrem mudanças físicas e psicológicas⁵. A violência pode ser praticada de diversas maneiras, por diferentes atores e em distintos lugares, sendo classificada como:

violência física; psicológica; sexual; e negligência. Qualquer que seja o tipo, além de resultar em danos físicos e/ou psicológicos, leva ao prejuízo do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes⁶.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) considera a violência contra crianças e adolescentes como caso de agravo com obrigatoriedade de notificação e de direção aos órgãos competentes. Quando constatada, pelos profissionais de saúde, a violência contra criança e adolescente deve ser notificada de imediato, obrigação prevista pelo Estatuto da Criança e Adolescentes (ECA)⁷. Com base nos dados epidemiológicos brasileiros, nota-se a necessidade de promover ações por meio de condutas preventivas, pelos setores sociais envolvidos, bem como profissionais de saúde, conselhos tutelares, entre outros⁸.

A realização da notificação dos agravos de violência deve ser compreendida como instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes, permitindo aos profissionais de saúde, de educação, da assistência social, assim como os conselhos tutelares e a justiça, adotarem medidas imediatas para cessar a violência. O processo de apoio às crianças e adolescentes vítimas de violência formam um conjunto de atendimentos à pessoa que sofreu o dano e a seus familiares, que conduzem à eficaz resolução dos problemas manifestados, além da promoção da garantia de seus direitos⁶.

A violência acarreta em problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos, fazendo também com que as vítimas apresentem comportamentos prejudiciais à saúde. Em geral, observa-se o abuso de substâncias psicoativas, do álcool e outras drogas e da iniciação precoce à atividade sexual, tornando-os mais vulneráveis à gravidez precoce, à exploração sexual e à prostituição⁹.

Dados essenciais da ação violenta, natureza da agressão (como, quando e onde) e relação entre vítima e agressor são essenciais para delinear a causalidade e traçar estratégias de enfrentamento. O campo de estudos interdisciplinares que relacionam violência e saúde e o impacto que aquela causa no bem estar e qualidade de vida tem se intensificado, com propostas de intervenção, prevenção e redução da violência¹.

Para ampliar o entendimento e a discussão do impacto da violência nessa faixa etária de vulnerabilidade, faz-se necessária a análise do perfil epidemiológico desse relevante agravo, a fim de corroborar com a comunidade sócia científica e legal, para subsídios de ações preventivas e de controle que garantam efetivamente o direito à saúde, à proteção e à vida de crianças e adolescentes. Importante conhecer as ocorrências e sua distribuição no território paraense para a identificação de áreas com maior vulnerabilidade. Diante desse debate, este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico de violência contra a

criança e o adolescente entre 0 e 19 anos, com dados registrados no período de 2012 a 2016 no estado do Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo de base documental, baseado em notificações de violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de notificação “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, disponível no Sinan. Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatórios especializados, dentre outros, são responsáveis pela notificação dos casos. As secretarias municipais de saúde dos municípios de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e, posteriormente, sua transferência para as esferas regional, estadual e federal, de modo a compor a base de dados nacional.

Logo a pesquisa foi desenvolvida mediante acesso e uso do sistema informatizado do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), que possui os dados do Sinan. Foram analisadas notificações do Estado do Paraná, entre os anos de 2012 a 2016 de crianças e adolescentes com idade entre 0 a 19 anos. As variáveis de coleta foram sexo, raça, local de ocorrência, tipo da violência, agressor, Regional de Saúde (RS) de notificação e evolução do caso. Para este estudo, considerou-se o conceito de criança como aqueles com idade inferior a 10 anos e adolescente como aqueles entre 10 e 19 anos, conforme estabelece a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰.

A definição do ano inicial em 2012 se deu por existirem dados fidedignos, pois a notificação de violências passou a ser compulsória, a partir da publicação da Portaria de nº 104, de 25 de janeiro de 2011¹¹. O ano final de 2016 por ser o ano com dados mais recentes disponíveis no Sinan.

Posteriormente os dados coletados foram agrupados, permitindo assim a análise do perfil epidemiológico dos casos de violência contra a criança e o adolescente. Dessa forma, a técnica para a análise estatística foi a regressão logística, que objetiva identificar estimativas e previsões por meio de dados de variáveis quantificáveis. Para analisá-los foi utilizado o software Excel 2010®, por meio da estatística simples e cálculo de prevalência, apresentados em forma de número, porcentagem e prevalência a cada 10 mil crianças e adolescentes. Por se tratar de uma ação permanente de vigilância epidemiológica instituída pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, não foi necessário solicitar parecer de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

No período de estudo, foram notificados 48.870 casos de violência contra crianças e adolescentes no Estado do Paraná. Ao analisar a distribuição entre os anos de 2012 a 2016 na **Tabela 1**, é possível notar aumento constante de casos: em 2012 foram notificados 7.094 (14,49%) e em 2016 foram 12.037 (24,59%), a crescente de casos é confirmada com base nos cálculos de prevalência, analisada a cada 10 mil crianças e adolescentes. Identificou-se também clara prevalência de acometimento entre o sexo feminino, com 27.486 (56,24%) dos casos, resultando em 166,2 a cada 10 mil crianças e adolescentes do sexo feminino.

Tabela 1 – Distribuição das notificações de violência contra a criança e adolescente conforme ano, sexo, faixa etária e raça

	n	Frequência em %	População de crianças e adolescentes	Prevalência a cada 10 mil crianças e adolescentes
Ano				
2012	7.094	14,49		21,1
2013	9.049	18,49		26,9
2014	10.074	20,58	3.362.374	30,0
2015	10.689	21,84		31,8
2016	12.037	24,59		35,8
Sexo				
Masculino	21.384	43,76	1.708.737	125,1
Feminino	27.486	56,24	1.653.637	166,2
Faixa etária				
0 a 4 anos	12.836	26,23	723.432	177,4
5 a 9 anos	9.037	18,46	778.177	116,1
10 a 14 anos	12.717	25,98	920.477	138,2
15 a 19 anos	14.352	29,32	940.288	152,6
Raça				
Branca	32.121	73,04	2.289.985	140,3
Parda	9.902	22,52	915.810	108,1
Negra	1.560	3,55	75.910	205,5
Amarela	228	0,52	28.263	80,7
Indígena	165	0,38	10.139	162,7

Fonte: Sinan¹² e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³.

A faixa etária que prevalece na frequência é na adolescência, entre 10 a 19 anos. Porém, quando se analisa as faixas etárias com base no cálculo da prevalência, que utiliza do total da população em idade específica, o maior número da ocorrência da violência ocorreu entre crianças com idade entre 0 e 4 anos de vida, 177,4 a cada 10 mil crianças nessa faixa etária. A análise da raça ainda é mais expressiva, a que possui a maior frequência entre as

notificações foi branca, com 32.121 (73,04%) dos casos. Porém, com o cálculo de prevalência é possível verificar a vulnerabilidade real entre as raças, prevalecendo maior acometimento da violência contra crianças e adolescentes da raça negra com 205,5 casos a cada 10 mil, seguida pela indígena com 162,7/10 mil indígenas dessa faixa etária (**Tabela 1**).

Com base nas notificações, o Estado do Paraná teve 145,1 casos a cada 10 mil crianças e adolescentes entre os anos de 2012 e 2016. Entre as 22 regionais de saúde do Estado do Paraná, a 2ª RS obteve significativamente maior número de notificações, 32.259 (66,13%). A regional contempla Curitiba e região metropolitana. O resultado é confirmado quando analisado conforme número da população de crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos) em cada região, 314,2 casos a cada 10 mil, seguido pela 4ª RS de Irati, 9ª regional de Foz do Iguaçu e 10ª RS de Cascavel (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Distribuição das notificações de violência contra a criança e adolescente conforme regionais do Paraná

Regional de notificação	n	Frequência em %	População de crianças e adolescentes	Prevalência a cada 10 mil crianças e adolescentes
1ª RS Paranaguá	485	0,99	94.581	51,3
2ª RS Metropolitana	32.259	66,13	1.026.821	314,2
3ª RS Ponta Grossa	918	1,88	203.757	45,1
4ª RS Irati	933	1,91	55.823	167,1
5ª RS Guarapuava	699	1,43	161.446	43,3
6ª RS União da Vitória	249	0,51	58.367	42,7
7ª RS Pato Branco	926	1,90	86.853	106,6
8ª RS Francisco Beltrão	353	0,72	109.648	32,2
9ª RS Foz do Iguaçu	2.194	4,50	133.170	164,8
10ª RS Cascavel	2.617	5,36	167.579	156,2
11ª RS Campo Mourão	236	0,48	103.698	22,8
12ª RS Umuarama	144	0,30	78.508	18,3
13ª RS Cianorte	115	0,24	43.969	26,2
14ª RS Paranavaí	232	0,48	81.662	28,4
15ª RS Maringá	1.777	3,64	214.737	82,8
16ª RS Apucarana	424	0,87	106.058	40,0
17ª RS Londrina	1.976	4,05	261.559	75,5
18ª RS Cornélio Procopio	95	0,19	68.401	13,9
19ª RS Jacarezinho	208	0,43	87.495	23,8
20ª RS Toledo	893	1,83	110.608	80,7
21ª RS Telêmaco Borba	878	1,80	63.036	139,3
22ª RS Ivaiporã	173	0,35	44.598	38,8
TOTAL	48.784	100	3.362.374	145,1

Fonte: Sinan¹² e IBGE¹³.

Ao analisar os tipos de violência, na **Tabela 3**, é possível verificar prevalência do tipo negligência e abandono com 24.379 (36,96%), seguido pela violência física com 17.170 (26,03%). O local de ocorrência da violência prevaleceu claramente na residência

das crianças e adolescentes, com p número de 33.579 (75,59%). Os principais agressores dos casos notificados foram mães (44,60%) e pais (29,90%). Na análise da evolução dos casos notificados, observa-se que a maior frequência obtida foi dos casos ignorados ou brancos com 35.239 (72,18%), ou seja, sem acompanhamento do desfecho do caso. Altas resultaram em 12.896 (26,41%) e óbitos decorrentes dessa causa em 161 (0,33%) dos casos.

Tabela 3 – Distribuição das notificações de violência contra a criança e adolescente conforme o tipo e local da violência e a evolução do caso

Tipo de violência	n	Frequência em %
Negligência e abandono	24.379	36,96
Física	17.170	26,03
Psicológica e moral	9.930	15,05
Sexual	8.864	13,44
Autoprovocada	3.996	6,06
Trabalho infantil	727	1,10
Tortura	586	0,89
Financeira	297	0,45
Tráfico de seres humanos	16	0,02
Local da violência		
Residência	33.579	75,59
Via pública	6.441	14,50
Escola	2.140	4,82
Comércio/serviços	1.396	3,14
Bar ou similar	469	1,06
Habitação coletiva	199	0,45
Local de prática de esportiva	196	0,44
Agressor		
Mãe	22.090	44,60
Pai	14.810	29,90
Amigos ou conhecidos	4.911	9,91
Desconhecido	3.940	7,95
Padrasto ou madrasta	2.556	5,16
Namorado(a) ou ex-namorado(a)	1.226	2,48
Evolução do caso		
Alta	12.896	26,41
Evasão/fuga	504	1,03
Óbito por violência	161	0,33
Óbito por outras causas	24	0,05
Ignorados ou brancos	35.239	72,18

Fonte: Sinan¹² e IBGE¹³.

DISCUSSÃO

Notou-se aumento gradual conforme os anos de notificações de violências contra crianças e adolescentes no Paraná. Existem duas possibilidades, uma em que o número de casos veio aumentando, e a outra hipótese se dá pela sensibilização dos profissionais no preenchimento dos dados das fichas de notificação. Dados estes que corroboram com um estudo realizado em Porto Velho (RO) no ano de 2017, que demonstra aumento de notificações com o passar dos anos após a implantação da notificação da violência compulsória e obrigatória. Entre crianças e

adolescentes, o sexo feminino e a raça negra também prevaleceram. A maior taxa da violência, analisada pelas percentagens comparativas as outras faixas etárias, foi entre 10 a 14 anos¹⁴. Porém, vale lembrar que a prevalência é fidedigna apenas quando calculada pelo número da população exposta ao risco, e nosso estudo evidencia que crianças de 0 a 4 anos foram as maiores vítimas da violência quando comparadas entre o total da população dessa faixa etária.

Os dados identificaram a maior frequência de casos na raça branca, justificada por ser a raça de prevalência dos paranaenses, porém em análise da prevalência, foi possível evidenciar que a raça negra foi a mais acometida, seguida por indígenas. A violência e a vitimização tendem a seguir um padrão étnico, tendo os negros e indígenas como destaque, haja vista que esses ocupam lugares divergentes na sociedade quando comparados aos brancos. Os negros apresentam experiências desiguais, com desequilíbrios que os levam às diversas iniquidades sociais, expressas pelas desigualdades social e racial^{15,16}.

Estudos nacionais concluem que as crianças negras são mais vulneráveis à violência, ao considerar a prevalência. Alguns estudos realizados no centro e no sul do Brasil encontraram maior frequência em brancos, outros realizados no norte e nordeste encontraram a maior frequência em negros. Vale lembrar que não apenas a frequência dos casos deve ser analisada, mas também os padrões étnico-demográficos e a vulnerabilidade de raças¹⁷⁻¹⁹.

Os agravos de notificação compulsória são aqueles que devem, obrigatoriamente, ser comunicados às autoridades de saúde local. As notificações devem ser realizadas pelos profissionais de saúde, da esfera pública ou privada, em caso de suspeita ou confirmação. Esta ferramenta é importante no processo de enfrentamento da violência infanto-juvenil, visto que a partir dela é possível realizar ações nas redes de atenção e proteção, voltadas para a promoção e a prevenção da violência^{20,21}.

Quanto às regiões de saúde que mais tiveram notificações de violência, foram a Metropolitana, de Irati, de Foz do Iguaçu e Cascavel, consecutivamente. Destaca-se que a 2ª RS (Metropolitana) envolve o município de Curitiba e este conta com a articulação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente na notificação e enfrentamento do agravo²². Ressalta-se a importância da Rede de Proteção não só para Curitiba, mas também para os demais municípios do estado do Paraná, pois, em alguns locais, não há serviços de referência articulados em rede que visem à identificação e a medidas de prevenção e acompanhamento dos casos²³.

A violência por negligência e abandono e a física foram as mais frequentes no Paraná, ocorridas em prevalência no local da residência e por figuras materna e/ou paterna. Desta forma, discute-se que rotineiramente crianças e adolescentes se tornam vítimas de algum

tipo de violência dentro da própria residência, fato muitas vezes protagonizado por pessoas próximas, como os pais ou responsáveis²⁴.

Ressalta-se que a negligência apresenta um caráter de difícil identificação, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos de cada família, já a violência física e sexual tem repercussão intensa na sociedade, por conta da existência de políticas públicas direcionadas a estes casos^{5,25}. Dados semelhantes também foram encontrados em outros estudos realizados internacionalmente nesta temática^{26,27}.

Em diversos estudos o domicílio foi o principal local de ocorrência da violência infantil, sendo associado o agressor como pessoa próxima da criança, muitas vezes da própria família, contrapondo-se à visão do ambiente familiar como um local de segurança, proteção e acolhimento da criança^{15,18,19}.

A violência praticada por pais, parentes ou responsáveis pela criança e pelo adolescente é comum, e resulta da transgressão do poder do adulto sobre a criança ou o adolescente, advinda da hierarquia que permite que o agressor se aproveite da vulnerabilidade da criança e do adolescente. Esta estrutura assimétrica de poder fundamenta-se na desigualdade geracional, pela diferença de faixa etária e de gênero, que historicamente aprova a superioridade do homem adulto sobre os menores^{1,20}.

Quanto à evolução do caso, os dados se tornaram comprometidos, impedindo uma análise aprofundada devido às subnotificações dos registros, com campos ignorados ou deixados em branco pelos responsáveis pelo preenchimento. Apesar disso, notou-se que os casos que tiveram evolução para alta foram prevalentes. O fato da maioria dos casos não receberem um desfecho nos faz pensar em prejuízos na continuidade dos cuidados e monitoramento dos casos, ocasionando deficiências nos procedimentos e na qualidade dos dados notificados²³. Tratando-se de estudo que utilizou notificações de agravo à saúde, é comum identificar em diversos estudos críticos em relação à qualidade do preenchimento – que é uma responsabilidade do profissional –, justificada por vezes por falta de tempo e pessoal para qualificar os procedimentos nos serviços de saúde^{20,21,28}.

Diante das peculiaridades que envolvem a violência infanto-juvenil, o tema está se tornando reconhecido como uma questão social e de saúde pública devido à magnitude da violação aos direitos humanos. Sabe-se que a ocorrência da violência durante o processo formativo, quando o cérebro está sendo fisicamente desenvolvido, pode deixar marcas em sua estrutura e função, provocando efeitos que alteram, de modo irreversível, o desenvolvimento neuronal, levando a severas consequências no desenvolvimento da criança e do adolescente, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais^{1,8,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um fenômeno multifacetado, verificado em todas as comunidades, desde a Antiguidade. A violência contra a criança e o adolescente constitui um problema mundial e traz consequências negativas no processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Considerando que os objetivos desse trabalho foram conhecer o perfil epidemiológico da violência contra a criança e o adolescente para subsidiar ações de enfrentamento com base no direito a saúde e vida, entendeu-se que os objetivos foram alcançados.

A pesquisa possibilitou constatar que as notificações de violência vêm crescendo, acreditando-se que seja pela sensibilização dos profissionais de saúde com o agravo obrigatório. Verificou-se que a prevalência dos casos ocorreu entre crianças e adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de maior vulnerabilidade, entre 0 a 4 anos, e da raça negra, seguida pela indígena. O maior número de casos foi notificado na 2ª RS (Metropolitana), que abrange também a maior população do Estado do Paraná. A negligência e o abandono foram os tipos de violência mais notificados, sendo o local da ocorrência a própria residência da vítima, o principal agressor é a mãe, seguida do pai. Também foram constadas inúmeras subnotificações, principalmente na evolução dos casos.

Como limitação desse estudo, destaca-se o seu recorte temporal, a possível ocorrência de sub-registros das notificações, sobretudo quando é notado que as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão têm como base os dados epidemiológicos. Porém, a notificação é uma das principais ferramentas no processo de enfrentamento da violência, pois a partir dela derivam ações no âmbito das redes de atenção e proteção, voltadas para promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado às pessoas em situação de violência.

Esse estudo também possui relevância social, pois ao permitir o conhecimento estatístico dos casos de violência que vitimiza crianças e adolescentes no estado do Paraná, proporciona a ampliação das discussões que contribuem para qualificação de ações que previnam e detectem a violência em cada região específica do estado. Sugere-se que em pesquisas futuras seja realizado o desfecho do acompanhamento dos casos notificados, bem como a promoção da conscientização dos profissionais em realizar as notificações e de forma correta.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Bianca Fontana Aguiar e Leandro Rozin.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Leandro Rozin e Luana Tonin.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Luana Tonin.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Bianca Fontana Aguiar, Leandro Rozin e Luana Tonin.

REFERÊNCIAS

1. França SG. Dignidade humana como direito ao desenvolvimento da criança e do adolescente em conflito com a lei no município de Rio Verde/GO [dissertação]. Goiânia (GO): Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2016.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Protocolo de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de violência [Internet]. Brasília (DF): Escritório da Representação do Unicef no Brasil; 2012 [citado em 2018 nov 10]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/protocolo_atencao_crianças_vitimas_violencia.pdf
3. Paraná. Secretaria de Segurança Pública do Paraná. Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte. Curitiba (PR); 2016.
4. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Silva MMA, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Brasil. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
5. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(3):871-80.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz [Internet]. Brasília (DF); 2008 [citado em 2019 jan 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolescentes.pdf
7. Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília (DF); 2016 mar 9 [citado em 2019 jan 10]. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para atenção integral à

- saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado em 2018 out 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf
9. Faria MRGV, Silva AA, Zanini D. Violência em contos infantis e na vida real. *Fragmentos Cult.* 2013;23(3):255-67.
 10. World Health Organization. Young people's health: a challenge for society report of a study group on young people and health for all by the year 2000 [Internet]. Technical Report Series, n. 731. Genebra; 1986 [citado em 2019 fev 7]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de 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. Brasília (DF); 2011.
 12. Portal Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado em 2020 ago 26]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro (RJ); 2011.
 14. Moreira KFA, Oliveira DM, Oliveira CAB, Alencar LN, Orfão NH, Santos FE. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev Enferm UFPE.* 2017;11(11):4410-7.
 15. Almeida LAA, Sousa LS, Sousa KAA. Epidemiologia da violência infantil em um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. *Rev Prev Infecç Saúde.* 2017;3(2):27-33.
 16. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(3):655-65.
 17. Cervantes GV, Jornada LK, Trevisol FS. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª gerência regional de saúde de Tubarão, SC. *Rev AMRIGS.* 2012;56(4):325-9.
 18. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(4):1019-31.

19. Oliveira JR, Costa COM, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e ocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(3):759-71.
20. Egly EY, Apostolico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(1):83-92.
21. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Ximenes AS, Ribeiro JP. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. *Enferm Glob.* 2017;46(1):419-31.
22. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência [Internet]. 3a ed. Curitiba (PR); 2008 [citado em 2019 fev 7]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/pmc/protocolo_rede_de_protecao_a_crianca.pdf
23. Gessner R. Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
24. Barros AS, Freitas MFQ. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Fam.* 2015;19(2):102-14.
25. Pinto AA Jr, Borges VC, Santos JG. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2015;23(2):124-31.
26. Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M, Andersen TE, Elklit A. The prevalence of four types of childhood maltreatment in denmark. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9(1):149-56.
27. Finkelhor D, Vanderminden J, Turner H, Hamby S, Shattuck A. Child maltreatment rates assessed in a national household survey of caregivers and youth. *Child Abuse Negl.* 2014;38(9):1421-35.
28. Lima MDCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, Silva MR. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2011;35(1):118-37.

Recebido: 7.2.2019. Aprovado: 8.7.2020.