



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO

CARLOS MAGNO NEVES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES:
CARACTERÍSTICAS DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN, NO SUL DO BRASIL
PERÍODO DE 2009 A 2016**

Florianópolis
2020

CARLOS MAGNO NEVES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES:
CARACTERÍSTICAS DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN, NO SUL DO BRASIL
PERÍODO DE 2009 A 2016**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elza Berger Salema Coelho
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Carolina Carvalho Bolsoni

Florianópolis
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Neves, Carlos Magno

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES :
CARACTERÍSTICAS DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN, NO SUL DO BRASIL
PERÍODO DE 2009 A 2016 / Carlos Magno Neves ; orientador,
Elza Berger Salema Coelho, coorientador, Carolina Carvalho
Bolsoni, 2020.

110 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Violência doméstica. 3.
Adolescentes. 4. Violência sexual. 5. Notificação. I.
Coelho, Elza Berger Salema. II. Bolsoni, Carolina Carvalho
. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CARLOS MAGNO NEVES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES:
CARACTERÍSTICAS DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN, NO SUL DO BRASIL
PERÍODO DE 2009 A 2016**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Rodrigo Otavio Moretti-Pires, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Sheila Rubia Lindner, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Deise Warmling, Dr^a.
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.

Prof^a. Marta Inez Machado Verdi, Dr^a
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a. Elza Berger Salema Coelho, Dr^a
Orientadora

Prof^a. Carolina Carvalho Bolsoni, Dr^a
Coorientadora

Florianópolis, 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese a professora que aceitou o aluno brigão e difícil que ninguém mais queria tentar alfabetizar, e o transformou em uma criança sedenta por saber. Minha doce Professora Ana Leice de Moraes, “Tia Ana”, não consegui te encontrar antes da senhora partir, doeu te rever e não me refazer na luz do seu sorriso. Eu gostaria de ter lhe mostrado o quanto o seu amor e dedicação para me ensinar a ler e escrever deram resultado. Espero que de onde a senhora estiver, possa receber minha gratidão. E ao te dizer muito obrigado Tia Ana, estendo minha gratidão a todas as professoras e professores que assim como a senhora, fazem parte de capítulos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Esta tese é fruto do trabalho de muitas mãos, e mesmo com tanta ajuda se tornou um dos capítulos mais árduos de minha história. Foram várias noites longe de casa, as vezes sozinho outras vezes com a companhia e apoio de mãos e ombros amigos. Terminei essa jornada melhor do que quando iniciei, não estou completo, ainda tenho muito a aprender. Mas devido a riqueza das pessoas que conheço e de outras que passei conhecer, minha bagagem intelectual foi ampliada, e mais do que isso, foi enriquecida com crescimento humano, proveniente de tudo que aprendi de vocês, professores, amigos e colegas.

Sim, estive sozinho por vários momentos, até chorei em alguns deles quando a saudade doeu mais do que devia. Mas sempre alguém surgia, e me estendia a mão, um conselho, ou batia aquele papo-terapia através de mensagens ou em alguma ligação que parecia fugir das amarras do tempo.

Sei que corro o risco de esquecer algum nome ao agradecer, mas peço sua compreensão se isso acontecer. E se eu cometer esse pecado, me perdoe, e me mande uma mensagem que eu te ligo de volta, ou marcamos um lugar pra sentarmos e conversar, garanto que eu vou tentar explicar o porquê do lapso de memória e aproveitar cada segundo de sua companhia.

Este doutorado foi escrito no meu trânsito entre três instituições. Na Universidade Federal de Goiás-UFG deixo meus agradecimentos aos professores Maria Alves Barbosa-FEN, Claci Weirich Rosso-FEN e Paulo Sucasas-FM e a minha amiga Nilza Nascimento Guimarães-ICB, que sem pedir nada em troca assumiu a árdua tarefa de ser corretora da minha versão final. Na Universidade de British Columbia-UBC, meus agradecimentos a Ruth Elwood Martin, Debra Hanberg. Gratidão também por ter tido a chance de conquistar a amizade de Robyn Ma, Aydan Kesici e Ted Chen. Além de Diane Rothon, Jim Rielly, Doris e Siegfried Welscher, Jeannie Shoveller, Brenda Morison e Leah Walker pessoas grandiosas em conhecimento e valor humano.

A minha etapa final aconteceu na Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC e duas pessoas tornaram minha vinda a essa instituição possível. Sheila Rubia Lindner você sabe o quanto tenho a agradecer por cada conselho, ajuda, palavra, por ser colega de trabalho e amiga. Muito obrigado por tudo! Não acredito que algum dia eu possa retribuir, então mais uma vez muito obrigado por ser quem você é e por estender a mão sem esperar nada de volta.

E Fabrício Menegon sua praticidade fez com que uma conversa rápida de final de dia se tornasse possibilidade, e a possibilidade em projeto realizado, muito obrigado por construir junto com a Sheila a minha ponte para UFSC. Agradecimentos ao professor Walter por fazer parte da minha transferência. Agradecimentos também a professora Josimari, professora Marta e Professor Rodrigo por me receberem, ouvir, aconselhar e dar suporte, cada um do seu jeito e a seu tempo.

E um agradecimento todo especial a minha orientadora professora Elza Berger, saiba que me senti recebido e cuidado. Tenho a senhora como colega de trabalho/orientadora e como amiga. Agradeço todo o suporte dado para que eu pudesse estudar e cuidar de mim e minha família. Reconheço que recebi muito mais do que a sua posição de orientadora demandava e sinceramente agradeço por tudo. Aprendi muito contigo e te agradeço por ter verdadeiramente me orientado, pois sempre que eu deixava me levar pela saudade e cansaço, ou me perdia nos estudos a senhora dava um jeitinho de me pôr nos trilhos. Não sei onde estaria se a senhora não tivesse me guiado nesse processo.

Agradecimentos à equipe de trabalho mais eclética que já conheci, cada um com seu jeito de ser e de deixar marcas. Patrícia e Sabrina vocês são simplesmente pessoas que fazem bem conversar. Carmem, Gisa, Deise e Dalvan obrigado por me ajudarem sempre que precisei. Thais, obrigado por ajudar a fechar os artigos. Tadeu você sabe marcar presença e tirar uma boa risada mesmo em momentos de stress, muito obrigado por tudo.

Carol nem sei por onde começar, você foi colega de trabalho, ouvinte e, pra marcar de vez, se tornou coorientadora. Sua inteligência, sensibilidade e capacidade de trabalho foram exemplo e sustento em muitos momentos dessa jornada. Muito obrigado por tudo, que você continue crescendo e ajudando outros no caminho.

Agradecimentos aos amigos fora do campus, Geisa, Paulo, Tiago e Fernanda. Foi muito bom conhecer vocês e poder recarregar as baterias em algumas horas, sempre que dava pra fugir um pouco do doutorado.

E finalizando, mesmo sentindo que esqueci alguém, quero agradecer aos meus pais, senhor Francisco e dona Raimunda. Vocês são de verdade um exemplo de amor, coragem e perseverança. Amo vocês. Gratidão também aos meus irmãos, João, Hudson, Washington e a minha irmã Tercia, minhas cunhadas e sobrinhos por ajudarem a cuidar dos meus enquanto estive fora.

E pra fechar, quero deixar aquele abraço de urso para os meus filhotes, meus “macaquinhos”, Anry Jeon e Caio César. Vocês são crianças maravilhosas. O papai se orgulha muito de vocês. Obrigado por aguentarem um tempo sem o papai por perto e por cuidarem da mamãe na minha ausência.

E intencionalmente por último, por ser onde meu ciclo se fecha e por ser um exemplo de resiliência e força, deixo aqui meu carinho, amor e gratidão a ela, a minha esposa Honggye Jeon. Essa etapa chegou ao fim, desculpe *Yoboh* por te fazer passar por tanta coisa. Foi um processo doloroso e muitas vezes foi em você que encontrei o apoio para continuar. O que importa é que nós sobrevivemos... Agora é a gente se cuidar, cuidar dos nossos e seguir caminhando 사랑해요, 여보 (te amo).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as notificações de violência doméstica contra adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos registradas no SINAN, na Região Sul do Brasil, entre os anos de 2009 - 2016 nos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo dos registros, a partir da Ficha de Notificação de violência, cujas variáveis independentes incluídas na pesquisa estão relacionadas ao adolescente vítima, à agressão e ao agressor. No período do estudo foram registradas pelos três estados da Região Sul 70.101 notificações de violência doméstica contra adolescentes, sendo 46.808 referentes a vítimas do sexo feminino e 23.293 do sexo masculino. As análises foram apresentadas por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa (%), e regressão logística não ajustada e ajustada com os valores expressos em razão de chance Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de confiança de IC95%, e teste do qui-quadrado (χ^2). Do total de violência doméstica notificada contra adolescentes, a maioria foi contra aqueles de cor de pele branca (75,6%), com 5 a 8 anos de estudo (55,5%), solteiros (90,7%) e sem deficiências (90,3%). Os tipos de violência que apresentaram maior prevalência assumem padrões que se repetem em ambos os sexos e faixas etárias. Destaque para a violência sexual contra adolescentes do sexo masculino de 10 a 14 anos de idade, $n = 772$ (77,7%). Na faixa etária de 15 a 19 se destaca a violência autoprovocada, que mesmo não sendo violência interpessoal entrou neste estudo por apresentar alta prevalência entre adolescentes. Ao recortar a violência doméstica do tipo sexual observou-se o registro de 10.104 casos. Onde se observou que os adolescentes apresentam mais chance de sofrer violência sexual quando os agressores são do sexo masculino. A suspeita de uso de álcool pelo agressor não se confirmou como fator de risco neste estudo. Em todas as formas de violência, as notificações de agressão contra o sexo feminino foram o dobro dos registros para o sexo masculino. Conclui-se que ser do sexo feminino é fator de risco, e para o sexo masculino ter de 10 a 14 anos, e que a violência autoprovocada pode ser consequência de violência doméstica. Os números deste estudo demonstraram a gravidade desse fenômeno social, que é a violência doméstica contra adolescentes, e apontam para a necessidade urgente de ações direcionadas a proteção dos adolescentes e ao combate a violência doméstica.

Palavras chave: Violência doméstica, Violência sexual, Adolescentes, Notificação.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the reports of domestic violence against adolescents aged 10 to 19 years registered at SINAN, in the Southern Region of Brazil, between 2009 - 2016 in the states of Paraná, Rio Grande do Sul and Santa Catarina. This is a retrospective and descriptive study of the records, based on the Violence Notification Form, whose independent variables included in the research are related to the adolescent victim, aggression and aggressor. During the study period, 70,101 reports of domestic violence against adolescents were recorded by the three states of the Southern Region, 46,808 of which were related to female victims and 23,293 males. The analyses presented by descriptive statistics with absolute and relative frequency (%), and logistic regression not adjusted and adjusted with the values expressed as odds ratio (OR) and the respective confidence intervals of 95% CI, and chi-square test (χ^2). Of the total domestic violence reported against adolescents, the majority was against those with white skin (75.6%), with 5 to 8 years of schooling (55.5%), single (90.7%) and without disabilities (90.3%). The types of violence that presented the highest prevalence assume patterns that are repeated in both sexes and age groups. Emphasis on sexual violence against male adolescents from 10 to 14 years of age, $n = 772$ (77.7%). In the age group 15 to 19, self-inflicted violence stands out, which, although not interpersonal violence, entered this study because it has a high prevalence among adolescents. When cutting out domestic violence of the sexual type, a record of 10,104 cases was observed. It was observed that adolescents are more likely to suffer sexual violence when the aggressors are male. The suspected use of alcohol by the aggressor was not confirmed as a risk factor in this study. In all forms of violence, reports of aggression against females were twice as high as male. It is concluded that being female is a risk factor, and for males to be between 10 and 14 years old, and that self-inflicted violence can be a consequence of domestic violence. The figures of this study demonstrated the severity of this social phenomenon, which is domestic violence against adolescents, and point to the urgent need for actions aimed at protecting adolescents and combating domestic violence.

Keywords: Domestic violence, Sexual violence, Adolescents, Notification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Tipologia da violência OMS	26
Figura 2.	Fluxograma de seleção de artigos sobre violência doméstica contra adolescentes	41
Figura 3.	Digrama de modelo ecológico utilizado pela OMS	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Programas e marcos legais de direitos de crianças e adolescentes, derivados da Constituição Federal de 1988.	34
Quadro 2. Variáveis Relacionadas ao Adolescente Agredido	59
Quadro 3. Variáveis Relacionadas à Agressão	59
Quadro 4. Variáveis Relacionadas ao Agressor	60

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1: Características sociodemográficas de adolescentes da região sul do Brasil, 68
estratificadas por sexo e faixas etárias, registrada no SINAN entre 2009 e 2016.

Tabela 2. Tipos de violência doméstica da região sul do Brasil estratificada por sexo 69
e faixa etária, notificadas no SINAN entre 2009 e 2016.

Tabela 3a. Tipo de violência, sexo e faixa etária da vítima em relação ao possível 70
agressor para adolescentes do sexo feminino.

Tabela 3b. Tipo de violência, sexo e faixa etária da vítima em relação ao possível 71
agressor para adolescentes do sexo masculino.

Artigo 2

Tabela 1. Caracterização dos adolescentes vítimas de violência sexual, segundo sexo, 86
notificados na Região Sul do Brasil (SINAN), 2009 – 2016.

Tabela 2. Caracterização dos autores de violência sexual de adolescentes e da 88
presença de repetição, segundo sexo das vítimas, notificados na Região Sul do Brasil
(SINAN), 2009 – 2016.

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados a violência sexual 89
contra adolescentes estratificado por sexo, Região Sul do Brasil 2009-2016.

LISTA DE SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PsicINFO	Database produced and copyrighted by the American Psychological Association (APA)
PubMED	Public Medline, maintained by The United States National Library of Medicine at the National Institutes of Health
SAM	Serviço Nacional de Assistência ao Menor
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIPIA	Sistema de Informação para Infância e Adolescência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1. HIPÓTESES	23
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3. REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES.....	25
3.1.1 Violência definição e tipologia.....	25
3.1.2 Contexto familiar e violência doméstica contra adolescentes	30
3.1.3 Políticas públicas para os adolescentes.....	35
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES.....	44
3.2.1 Estratégia de busca	44
3.2.2 Prevalência e consequências da violência doméstica na saúde dos adolescentes	45
3.2.3 Fatores associados à violência doméstica contra o adolescente.	48
3.3. AUTORES DA AGRESSÃO.....	54
4. MÉTODO.....	58
4.1 Desenho do estudo.....	58
4.2 Local do estudo.....	58
4.3 População do estudo	59
4.4 Critérios de inclusão	59
4.5 Variáveis.....	59
4.6 Seleção de dados.....	60
4.7 Processo de limpeza do banco de dados.....	62

4.8 Análise dos dados	62
4.9 Questões Éticas	62
5. RESULTADOS	64
5.1 Artigo 1 - Características da violência doméstica contra adolescentes notificadas no SINAN na região sul do Brasil, 2009-2016	64
5.2 Artigo 2 - Violência doméstica do tipo sexual contra adolescentes notificada por profissionais de saúde no Sul do Brasil de 2009 a 2016	81
6. CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICE	109

APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutorado em Saúde Coletiva, resultou da análise de notificações de violência doméstica contra adolescentes dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, intitulada “*Violência Doméstica Contra Adolescentes: Características das Notificações no SINAN, período de 2009 a 2016 Região Sul do Brasil*”. A tese foi construída em consonância com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e sua redação estrutura-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, método e resultados.

A *introdução* discorre sobre a violência doméstica contra adolescentes, delimitando sua definição e justificando a relevância da temática, a partir de uma visão panorâmica desse fenômeno, através dos achados publicados em artigos e outras fontes; cita a legislação e o instrumento de registro de notificação e finaliza com uma breve descrição do fenômeno estudado, população e região do recorte de dados.

A revisão de literatura comporta dois blocos, um conceitual e um descritivo. Essa divisão pretende contextualizar o leitor que eventualmente esteja iniciando o seu contato nesta temática, bem como apresentar a trajetória de construção dessa tese àqueles com experiência no campo de estudos sobre violência. Inicia-se pelo bloco conceitual intitulado *Violência doméstica contra adolescentes*, que se divide em três tópicos. O primeiro, *Violência: definição e tipologia*, aborda como eixo teórico a tipologia utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No tópico seguinte, Contexto *familiar e violência doméstica contra adolescentes*, discorre sobre a família e suas implicações na formação dos adolescentes, abrindo para o tema da violência doméstica contra o adolescente. sobre o bloco finaliza com as *Políticas públicas para os adolescentes*, que traz um breve histórico sobre estas políticas nos diferentes períodos da história do Brasil e um quadro com o resumo das políticas públicas federais voltadas a essa parcela da população.

Dando continuidade, o segundo bloco denominando *Epidemiologia da violência contra adolescentes* apresenta a *estratégia de busca* utilizada para subsidiar esta pesquisa e três tópicos que descrevem a violência doméstica contra adolescentes. O primeiro tópico discorre sobre as *Prevalências e consequências da violência doméstica na saúde dos adolescentes*, com os dados de publicações sobre os tipos de violência que ocorrem no ambiente doméstico, sua prevalência e características. O segundo tópico trata sobre *Fatores*

associados a violência doméstica contra o adolescente, contendo as informações obtidas na literatura sobre predisponentes da violência doméstica contra adolescentes. O terceiro e último discorre sobre os *Autores da agressão*.

Na etapa seguinte o *método* descreve o desenho, o local e a população, os critérios de inclusão, as variáveis da seleção dos dados, a limpeza dos dados, a análise e as questões éticas envolvidas neste estudo. Como resultado, são apresentados dois artigos que seguem nos anexos desta tese.

1. INTRODUÇÃO

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde - OMS, o termo violência se refere a:

“[...] qualquer conduta que cause danos físicos ou emocionais e diminuição da autoestima, ou que prejudique e/ou perturbe o pleno desenvolvimento do indivíduo, que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões. Consiste no uso intencional da força física ou do poder real, ou mediante ameaça, contra si próprio ou contra terceiros, quer sejam indivíduos, grupos ou comunidades”⁽¹⁾.

Nesse sentido, a expressão violência doméstica catalisa a violação de direitos, a vulnerabilidade e os maus tratos dentro dos lares. É um fenômeno que afeta a vida de milhares de adolescentes diariamente em todas regiões do globo⁽²⁾, incluindo o Brasil^(3, 4).

Pelos parâmetros da OMS, considera-se adolescente quem tem de 10 a 19 anos⁽⁵⁾. No Brasil, para o setor de justiça e segurança pública, o principal referencial de divisão etária entre crianças e adolescentes é o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, marco legal que estabelece que crianças tem menos de 12 anos de idade e adolescentes tem de 12 a 18 anos⁽⁶⁾. No presente trabalho utilizou-se a divisão da OMS, por dialogar com publicações nacionais e internacionais e por incluir o recorte etário do ECA.

Estudiosos tem demonstrado a importância dos vários processos biopsicossociais comuns no desenvolvimento humano, que são disparados na adolescência, e que fazem parte da formação subjetiva dos indivíduos⁽⁷⁾.

No entanto, em muitos períodos da história e mesmo em contextos da atualidade, a adolescência é legada a uma condição neutra, um período de mera transição cronológica para a fase adulta⁽⁸⁾. Pesquisas mostram que a adolescência é uma fase que vai além do desenvolvimento de características físicas e fisiológicas, mas comporta também a construção da autoimagem, identidade, experimentação de papéis sociais, busca por relacionamentos afetivos externos ao círculo familiar e conquista de autonomia, fatores importantes para uma vida adulta saudável^(9, 10).

Diante disso é importante que a família e a sociedade consigam prover ambientes seguros que estimulem esse desenvolvimento. No entanto, diariamente adolescentes no Brasil e no mundo, são vítimas das mais diferentes formas de violência, sendo um fenômeno social de escala crescente e que compromete a vida de milhares de adolescentes⁽¹¹⁻¹³⁾.

Muitos desses adolescentes, vítimas de violência, não serão agredidos por estranhos ou vitimados apenas em espaços públicos, pois todo ambiente de convívio humano é passível à ocorrência de conflitos e abusos de poder, incluindo o próprio lar⁽¹⁴⁾. Este é um ambiente supostamente seguro, comumente envolto pela barreira de silêncio da vida privada das pessoas, onde diariamente milhares de adolescentes em todo o globo se tornam vítimas de alguma forma de violência doméstica⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

É importante destacar que a violência doméstica contra adolescentes pode ser alimentada por questões sociais e aspectos culturais arcaicos de cunho patriarcal, que reconhecem adolescentes independentemente do sexo como algo incompleto, imaturo, coisificado e subjugado a vontade dos adultos⁽¹⁸⁾.

Além dos fatores relacionais e culturais para o surgimento de violência doméstica contra adolescentes, incluem também a condição sócio econômica desfavorável⁽¹⁹⁾, baixo nível educacional⁽²⁰⁾, crenças religiosas fundamentalistas, tradições culturais ou padrões sociais que suportam a desigualdade entre os gêneros⁽²¹⁾ e a exposição a violência^(22, 23).

Em 13 de julho de 1990 foi aprovada a Lei nº 8069, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, verdadeiro marco legal e regulatório dos direitos humanos e de combate a toda forma de violência contra crianças e adolescentes. É inquestionável o avanço proposto pelo ECA ao reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direito, mas este foi apenas o primeiro passo, pois ainda estamos distantes de uma realidade que contemple plenamente os direitos adquiridos⁽⁶⁾.

A aplicação do que está previsto no ECA ultrapassa a formação e atuação de conselhos tutelares, pois envolve a participação de outras pastas da administração pública, como a assistência social, segurança, educação e a saúde. Muitas ocorrências de violência contra crianças e adolescentes, que são registradas nessas instâncias, se referem a alguma forma de violência incluindo a violência doméstica, fenômeno social multifatorial e complexo que acaba por exigir a participação de diferentes setores da sociedade organizada em seu combate e prevenção⁽²⁴⁾.

Em linhas gerais entende-se o ambiente doméstico como um espaço de convívio seguro, mas apesar dessa possibilidade ser real para a vida de muitos adolescentes, existe uma parcela dessa população cuja condição de convívio doméstico é permeada não apenas por pequenos conflitos, mas pela violência física, sexual, negligência e a violência

psicológica⁽¹³⁾. As duas últimas formas de violência citadas permitem uma ação indireta entre os atores envolvidos e tendem a passar despercebidas, sendo comumente detectadas em estágios avançados^(25, 26).

O fato é que as diferentes formas de violência doméstica podem comprometer a saúde física e mental dos adolescentes. Estudo realizado por Armiento et al., (2016)⁽²⁷⁾ relacionou sofrer ou testemunhar violência doméstica (28,1%), violência física (16,6%), ou violência sexual (9,8%) como fatores de risco para automutilação. Este trabalho envolveu 747 indivíduos com idade média de 12 anos, atendidos em serviços comunitários de saúde mental em Ontário, Canadá.

Outras consequências em curto e longo prazo, para adolescentes vítimas de violência doméstica são comportamento de risco, exposição ao HIV⁽²⁸⁾, depressão⁽²⁹⁾, uso abusivo de álcool e outras drogas⁽³⁰⁾, problemas psicológicos⁽³¹⁾, gestação precoce, entre outras^(32, 33), que comprometem o desenvolvimento e convívio familiar, social e mesmo a vida adulta.

No Brasil, mesmo com a existência de conselhos tutelares, é comum as consequências da violência doméstica contra adolescentes serem detectadas em unidades de saúde, que nesses casos são colocadas na condição paradoxal de identificadores das fragilidades de políticas públicas, em especial, das políticas de prevenção e combate à violência doméstica. Ao prestar atendimento em saúde a estes adolescentes, o serviço de saúde se configura indiretamente como porta de acesso da vítima a possíveis vias de resolução de seu problema⁽²⁵⁾. Por este ângulo, estas unidades não apenas prestam cuidados a saúde das vítimas de violência, mas atuam também como disparadores de outras instâncias, tais como assistência social, conselhos tutelares, ministério público, ou mesmo a polícia.

É importante destacar que através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, o profissional de saúde permite uma aproximação epidemiológica do fenômeno social da violência a partir da notificação de casos suspeitos e confirmados de violência doméstica e outras formas de violência⁽³⁴⁾.

A presente tese, partiu da análise de notificações de violência doméstica contra adolescentes registrados no SINAN, e selecionadas a partir de um recorte populacional que envolve os três estados da região sul do país, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Esta pesquisa buscou contribuir para a compreensão do fenômeno da violência doméstica

contra adolescentes e espera-se também contribuir para o planejamento de ações de enfrentamento e prevenção das diferentes formas de violência doméstica (física, psicológica, negligência e sexual) e violência autoprovocada, que mesmo não sendo uma violência interpessoal tem apresentado alta prevalência na população adolescente e pode ocorrer como consequência da violência doméstica. Para tanto, foram propostas como diretrizes as hipóteses de estudo e os objetivos geral e específicos, descritos a seguir.

1. HIPÓTESES

As hipóteses que guiaram este estudo foram elaboradas com base em evidências científicas extraídas da revisão de literatura.

Seguem abaixo as hipóteses:

- Violência física é a forma de violência doméstica contra adolescentes com maior prevalência nas notificações no sul do Brasil.
- A notificação de violência doméstica contra adolescentes é maior para o sexo feminino.
- Adolescentes do sexo feminino de 10 a 14 anos são as que mais sofrem violência sexual por pais e padrastos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as notificações de violência doméstica contra adolescentes registradas no SINAN na Região Sul do Brasil, no período de 2009 - 2016.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos adolescentes que sofreram violência doméstica estratificado por faixa etária e sexo;
- Analisar as características e o tipo de violência sofrida pelos adolescentes;
- Identificar os fatores associados a violência sexual contra adolescentes e as características do autor da agressão, estratificado por sexo e faixa etária.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES

O conteúdo apresentado neste capítulo estará subdividido em três temas: *Violência definição e tipologia; Contexto familiar e violência doméstica contra adolescentes e Políticas públicas para os adolescentes.*

3.1.1 Violência definição e tipologia

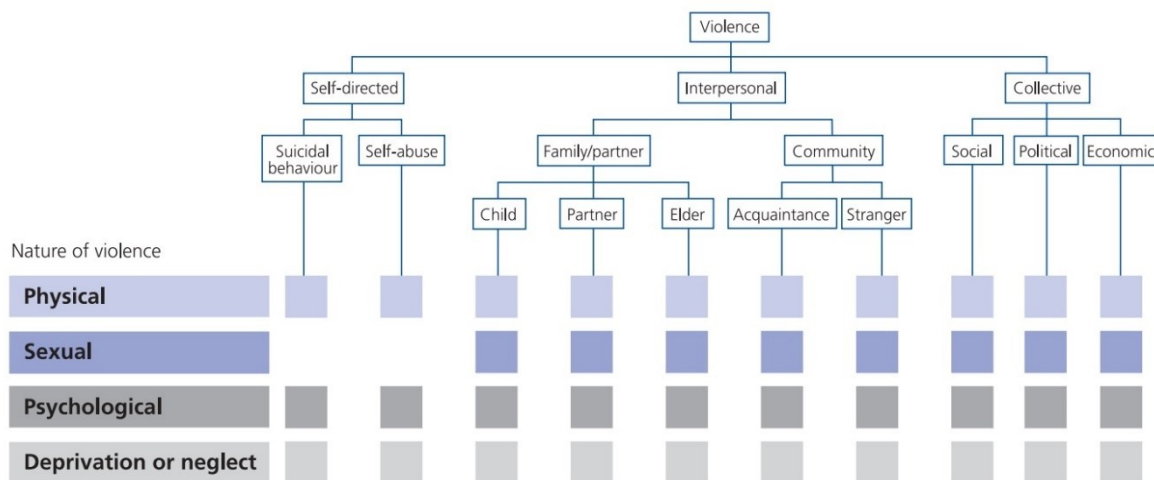
A violência é um fenômeno social multifacetado transversal na história da humanidade, que se configura como fator capaz de interferir de forma danosa na vida, desenvolvimento e formação dos envolvidos⁽¹³⁾. No entanto, a compreensão do que é violência, pode variar entre as culturas e através dos anos e em diferentes configurações socioculturais, que ditam suas conformações e as relações entre os agressores e vítimas.

Para Minayo e Souza (1998)⁽³⁵⁾ a violência, antes de ser um problema a ser estudado, é uma questão da práxis sociopolítica, ou seja, uma questão relacional em nível coletivo, que requer mudanças no paradigma político e o envolvimento de todas as esferas da sociedade. Pois, para as pesquisadoras, o contrário da violência não é a não violência, mas a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo. Em publicação posterior Minayo⁽³⁶⁾ expõe essa complexidade ao discorrer sobre diversas formas de violência incluindo a violência estrutural, onde destaca situações em que governos e/ou governantes expõem parcelas populacionais inteiras a condições de miséria e privação, fomentando a desigualdade entre os diferentes grupos de uma sociedade, os abusos de poder e demais expressões de violência.

Para a compreensão do fenômeno da violência doméstica contra o adolescente, a definição dada pela Organização Mundial de Saúde - OMS⁽³⁷⁾ fornece uma tipologia para a violência, natureza e os vínculos com os atores envolvidos. Segundo relator principal do documento Krug *et al.*, (2002)⁽¹⁾ a tipologia utilizada pela OMS descreve basicamente três tipos de violência e , com exceção à violência autoinfligida, podem ser classificadas como física, sexual, psicológica e negligência (Figura 1) de acordo com a natureza como ocorrem.

Figura 1. Tipologia da violência segundo a OMS.

A typology of violence



Fonte: Krug et al. World report on violence and health, WHO, 2002, cap. 1, p.7.

A **violência física** é cometida quando uma pessoa conhecida ou desconhecida, que possui ou não alguma ligação com o adolescente, expressa o seu poder e visa causar ou tenta causar dano não acidental (de forma intencional), por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa. Essa agressão pode, ou não, provocar lesões externas, internas ou ambas na vítima, manifestando-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, sufocamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras^(38, 39).

A **violência sexual** é todo ato, jogo sexual ou qualquer ação na qual o agressor obriga a vítima a ter, presenciar ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais diretas ou não, valendo-se de sua posição de poder e usando de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, sob uso ou não de armas ou drogas. . Como exemplo, situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, jogos sexuais e práticas eróticas, pornografia, pedofilia, “voyeurismo”, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada ou induzida. A OMS reconhece este tipo de violência como uma violação dos direitos humanos⁽⁴⁰⁾.

A **violência psicológica** compreende qualquer forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada e punições humilhantes. Constitui toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos adolescentes. A **alienação parental** é um tipo de violência psicológica comum nos casos de

separação de casais e pode ser utilizada como meio de agressão indireta entre o casal vitimando os filhos.

A **negligência** por sua vez se caracteriza pelo descaso ou negação intencional de pais e cuidadores em fornecer as condições necessárias para o desenvolvimento saudável e pleno da criança ou adolescente. Este tipo de violência pode muitas vezes ser de difícil detecção, por englobar questões que vão desde condições de existência básica, como moradia, alimentação, desenvolvimento cognitivo e intelectual entre outras, até o suporte afetivo⁽⁴¹⁾.

As violências podem também ser **autoprovocadas ou auto infligidas**, quando o ato é cometido contra si mesmo, sendo o agressor e a vítima a mesma pessoa^(42, 43) e se dá mediante o uso abusivo da força, ou quaisquer atos destrutivos que possam causar dano físico. Se subdivide em:

- **Expor-se a atividades de risco** - violência que ocorre de forma subjetiva;
- **Provocar lesões em si mesmo** - ocorre de forma intencional, conhecida também como autolesão não suicida. São exemplos desta as autointoxicações, automutilação ou lesões através de afogamento, uso de objetos, produtos químicos, medicamentos, objetos cortantes, penetrantes ou contundentes;
- **Suicídio** - também denominado autocídio, é o ato intencional de cessar a própria vida. As causas mais comuns são os transtornos mental e/ou psicológico, como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, alcoolismo e abuso de drogas. Estudos tem demonstrado que a violência doméstica contra adolescentes tem forte relação com a ideação suicida nesta população⁽⁴⁴⁻⁴⁹⁾.

Em um segundo grupo encontram-se as **violências interpessoais** que podem ser da família ou comunitária.

A violência da família ou **intrafamiliar** acontece dentro ou fora de casa, infligida por algum membro da família ou parceiro íntimo⁽²⁴⁾. As interpessoais **extrafamiliares** ou comunitárias ocorrem no ambiente social como um todo, entre conhecidos ou desconhecidos. Sua expressão, assim como os outros tipos de violência, se dirige a todos os gêneros e faixas etárias, incluindo adolescentes, e consiste de agressões e atentados à sua integridade física, mental e a vida e/ou a seus bens⁽⁵⁰⁾.

Existe ainda a **violência institucional**, que ocorre dentro das instituições (creches, escolas, hospitais, abrigos e centros de internação), identificada pelos mesmos sinais

apresentados para a violência doméstica (abuso físico, psicológico, sexual e/ou negligência). Outro tipo de violência muito presente em bolsões de pobreza é o **trabalho infantil**, que compreende as atividades desempenhadas por crianças e adolescentes, muitas vezes por questão de sobrevivência ou sob coerção, com o intuito de produzir o próprio sustento ou de outros, lucro, ou vantagem direta ou indireta, comprometendo a sua fase de desenvolvimento. Pode-se citar também a **violência estrutural**, que ocorre por ausência de políticas públicas que busquem prover condições de vida a indivíduos e comunidades, que combatam a pobreza e promovam os direitos básicos a sustentação da vida, como o trabalho, saúde, educação, lazer, moradia e segurança⁽³⁶⁾.

Presente até os dias atuais, o **tráfico de humanos** (ou de pessoas), é um tipo de violência que inclui o recrutamento, o transporte, a transferência e o alojamento de pessoas mediante ameaça, rapto, fraude e engano, abuso de autoridade, uso da força ou outras formas de coação, ou situação de vulnerabilidade. Ocorre com o objetivo de explorá-las dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes^(5, 37, 51).

Observa-se esta prática nos casos de adolescentes aliciados a exercer a prostituição ou trabalho, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física^(52, 53).

Ao comparar as descrições das tipologias e agressões com publicações sobre violência contra adolescentes, percebe-se que no ambiente de convivência doméstica podem-se encontrar várias dessas situações. Neste contexto, a violência doméstica possui um conceito próprio que a difere da **violência intrafamiliar**, que por sua vez, refere-se a violência interpessoal, entre pessoas com laços de família ou parentesco que pode ocorrer dentro ou fora do ambiente de convívio doméstico⁽¹⁵⁾. A **violência doméstica** refere-se aos atos de violência interpessoal que envolvam pessoas que transitam ou residem em uma mesma casa, com ou sem laços consanguíneos, e que tenham ou não algum grau de afetividade⁽⁵⁴⁾. Corroborando essa tipificação o Ministério da Saúde ⁽²⁴⁾ inclui pessoas que tenham convivência esporádica no ambiente doméstico, tais como empregados, prestadores de serviços ou agregados.

Neste estudo utilizou-se o termo **violência doméstica**, considerando os fatores acima descritos, e por constar na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, (*item 48a. Violência doméstica e/ou outras violências*), que 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 e que é base para as notificações do SINAN⁽³⁴⁾. A violência autoprovocada também foi abordada nesta pesquisa por apresentar alta prevalência entre adolescentes e por ser considerada pela literatura como uma das consequências da violência doméstica, apesar de não se enquadrar neste grupo e nem no grupo das violências interpessoais^(27, 55, 56).

3.1.2 Contexto familiar e violência doméstica contra adolescentes

A família pode ser vista como uma realidade de organização social resultante de uma matriz socialmente elaborada com códigos e comportamentos, internalizados pelos indivíduos que a compõe. É um espaço relacional heterogêneo, com efeitos que ultrapassam as paredes desta célula social e se expressam no organismo coletivo, ao mesmo tempo que é influenciado por ele⁽⁵⁷⁾.

É no ambiente doméstico que ocorre a maioria das interações desse grupo social, que por sua vez tem passado por inúmeras transformações e arranjos nas últimas décadas⁽⁵⁸⁾. Na atual conjuntura social, os adolescentes podem viver em famílias com diferentes arranjos. O molde tradicional coexiste com famílias monoparentais, homo parentais ou de estruturas agregadas com avós e/ou outros familiares exercendo o papel de figura parental^(59, 60).

Forjado a pouco mais de uma década, pela psicanalista brasileira Maria Rita Kehl⁽⁶¹⁾, o termo *família tentacular* tenta abranger essas novas configurações e também abrir espaço para se entender as relações em famílias que muitas vezes juntam filhos de diferentes relacionamentos, adolescentes mães solteiras e filhos casados que ainda moram com os pais. Tudo isso combinado às novas conquistas das mulheres, que impõem mudanças nos papéis socialmente exigidos, nas relações de poder econômico e de relacionamento entre os gêneros.

Para Kehl (2003)⁽⁶¹⁾, Pratta e Dos Santos (2007)⁽⁶²⁾ o processo de rompimento com a ideia de família tradicional ainda não ocorreu e as expectativas quanto as funções básicas desempenhadas pela instituição familiar no decorrer do processo de desenvolvimento psicológico dos adolescentes permanecem as mesmas.

De acordo com Morgado *et al.*, (2017)⁽⁵⁸⁾ a forma como se configura o arranjo familiar é algo secundário, sendo mais relevante a relação adolescente-família, o que torna importante compreender principalmente aspectos específicos, como a qualidade das relações entre pais e filhos e o ambiente de convivência familiar. Rozemberg *et al.* (2014)⁽¹⁰⁾ acrescentam que, independentemente de sua estrutura, o convívio familiar saudável têm o potencial de referenciar, integrar e organizar o desenvolvimento dos adolescentes, além de refletir diretamente na aquisição de habilidades de socialização, adaptação e resiliência diante de situações adversas e de relacionamento, em outros contextos de convívio social.

Em muitos casos, essa relação com familiares, em especial com os pais, pode ser sentida de formas diferentes entre os envolvidos, pois é comum o afastamento dos

adolescentes, como parte de um processo de busca gradativa por independência das figuras parentais. Embora pareçam reservados e desligados das normas e regras de convívio familiar, muitas vezes se rebelando contra estas, os adolescentes são intensamente influenciados pelas atitudes e comportamentos de seus pais e/ou cuidadores⁽⁶³⁾.

Morgado *et al.* (2013)⁽⁵⁸⁾ destacam que nesse processo de formação da própria identidade, ocorre uma mutua adaptação e aprendizado no relacionamento com os pais, que se conduzidas corretamente, tendem a resultar progressivamente em formas mais elaboradas de convívio e relacionamento entre os envolvidos.

A forma como as relações ocorrem no convívio familiar podem influenciar no desenvolvimento da personalidade e na formação social dos adolescentes^(64, 65). Figuras parentais que se utilizam de violência como instrumento de resolução de conflitos e/ou para a imposição de suas vontades, podem influenciar na formação de seus filhos, que possivelmente entenderão isso como formas legítimas de resolução de problemas^(66, 67).

Segundo estudo de Asad *et al.* (2017)⁽⁶⁸⁾ com amostra de 1752 adolescentes paquistaneses, o ambiente doméstico desestruturado pode causar quadros de depressão e outros danos psicológicos e cognitivos, comprometendo a saúde e o desenvolvimento destes adolescentes. Afifi *et al.* (2014)⁽⁶⁹⁾ também fizeram essa relação entre ambiente doméstico desestruturado e danos psicológicos, comportamentais, psiquiátricos e/ou cognitivos como efeito da exposição à violência doméstica, quer seja como vítima ou como testemunha.

Além do comprometimento da saúde, a violência doméstica traz consequências nas relações entre os indivíduos do nicho familiar e possivelmente no convívio social fora dele^(22, 70, 71). Estudos realizados na Suécia e Inglaterra mostraram que 63% dos adolescentes envolvidos em atos violentos eram filhos de pais violentos ou condenados pela justiça, comprovando que o comportamento presente na família ou expresso por algum membro próximo, age como fator de formação para o comportamento do adolescente⁽⁷²⁾.

Por mais silenciosa que pareça, a violência doméstica contra adolescentes faz vítimas em todo o mundo. Um estudo de base populacional com amostra de 2.043 estudantes Árabes, na faixa etária entre 15-18 anos, sendo 58% do sexo feminino, revelou altas incidências de violência psicológica, física e negligência, respectivamente, vitimando sobretudo o sexo feminino, em todos os tipos de violência, exceto na sexual em que o sexo masculino registrou maior incidência⁽²¹⁾.

Outras pesquisas que expõem a violência doméstica contra adolescentes ocorrem nos mais diversos continentes, com estudos publicados na China⁽⁷³⁾, Estados Unidos⁽⁷⁴⁾, Peru⁽⁷⁵⁾, Colômbia⁽⁷⁶⁾, Canadá⁽⁷⁰⁾, Brasil⁽⁷⁷⁾, Paquistão⁽⁵⁵⁾ entre outros países⁽⁴⁰⁾.

Pode-se considerar que no Brasil ocorreram avanços no combate a violência doméstica, através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e de Leis como a Maria da Penha. No entanto, como visto nos estudos supracitados, o ambiente de convívio familiar ainda é o local mais propício para a ocorrência de diversas formas de violência.

Muitas dessas arbitrariedades são socialmente ignoradas e se perpetuam como resquícios enraizados de uma cultura arcaica e patriarcal, fundamentada em relações desiguais entre os gêneros, que perpetuam atitudes machistas e permitem a proliferação da violência como uma expressão do ente masculino, quer esteja na figura de marido, parceiro, familiar, conhecido ou pai.

Porém, não se desconsidera a existência de filhos (a), esposas, parceiras e mães violentas, mas no ambiente doméstico, mulheres⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾, crianças e adolescentes ainda surgem majoritariamente como vítimas^(4, 81, 82).

Como tentativa de compreender os fatores associados a violência doméstica contra adolescentes, Alink *et al.* (2013)⁽¹⁹⁾ compararam o índice de maus-tratos entre as famílias tradicionalmente holandesas e as famílias imigrantes e constataram maior incidência de maus-tratos contra adolescentes em famílias de imigrantes. Os autores relacionaram esses achados com a aceitação cultural do castigo físico como conduta educacional, sendo mais presente nas famílias de imigrantes com condições socioeconômicas inferiores.

É importante destacar que a exposição a situações de violência doméstica, podem comprometer a vítima, a ponto de reproduzir o padrão de comportamento violento a que esteve exposta^(57, 83), através de um processo de aceitação de comportamentos violentos como forma de resolução de conflitos em situações de interação familiar ou social⁽⁸⁴⁾.

Estudiosos e pesquisadores buscam compreender e prevenir a propagação da violência doméstica através da identificação e intervenção em fatores relacionados ao fenômeno da intergeracionalidade^(83, 85). De acordo com Granjon⁽⁸⁶⁾ e corroborando com Correa⁽⁸⁷⁾ a transmissão da violência entre gerações, apresenta duas modalidades de transmissão:

- A Intergeneracional, que inclui um espaço de resignificação transmitido pela geração mais próxima e que, transformado, passará à seguinte. Ela é também estruturante, na qual se veicula a herança intergeracional constituída pelas fantasias, identificações, etc., que organizam uma história familiar e relato mítico, do qual cada sujeito pode adotar elementos necessários para construir sua narrativa individual^(85, 86).

- A Transgeracional é um material psíquico da herança genealógica não transformada, refere-se ao fato psíquico inconsciente que atravessa diversas gerações. Os acontecimentos mais dolorosos não são necessariamente os mais alienantes. Várias situações podem disparar esse processo, no qual lutos não elaborados, segredos, histórias de violência, vazios, migrações e traumas que não puderam ser transformados, podem adquirir diferentes expressões inclusive o uso de violência^(85, 87).

Ao interiorizar o trauma, o adolescente se torna um potencial replicador das violências que sofreu ou presenciou. Gentle-Genitty *et al.* (2017)⁽⁸⁸⁾ relatam que as interferências que a violência provoca em adolescentes do sexo masculino e feminino possuem padrões diferentes, em que o sexo feminino tende a assumir com maior prevalência a condição de submissão e o sexo masculino o papel de agressor.

No entanto, estas configurações não são rígidas e a alternância de papéis tende a ocorrer dependendo da relação de força real ou simbólica dos envolvidos em algum episódio conflituoso. De forma geral, a violência doméstica contra adolescentes e suas replicações se baseiam nas assimetrias de poder entre as gerações e os gêneros e que, apesar de incidir similarmente sobre ambos os sexos, se estabelece e compromete meninos e meninas de forma diferente ⁽⁸⁹⁾.

Por exemplo, adolescentes que foram abusados de alguma forma e agem como abusadores, ou se tornam submissos e/ou subjugados no relacionamento com outros adolescentes ou familiares, se conformam em novas vítimas e potenciais futuros agressores^(25, 90). Assim, perpetuam o ciclo da violência através de processos transgeracionais, que são ao mesmo tempo reflexo e causa de um legado conflituoso de valores, crenças, segredos, ritos e mitos, que fazem parte daquele grupo familiar e que são transmitidos das mais diversas maneiras entre seus membros⁽⁸⁵⁾.

Compreende-se de modo genérico que as expressões da violência doméstica contra adolescentes implicam em clara transgressão das formas de relação entre estes e as pessoas

que frequentam ou habitam o ambiente doméstico. Isto se reflete em situações abusivas, decorrentes de um processo de coisificação da adolescência, através da negação de que adolescentes devem ser entendidos como indivíduos detentores de direitos e vontades e em fase própria de desenvolvimento^(91, 92).

Nesse sentido, pode-se inferir que as relações, independente da conformação familiar, se caracterizam como a base de construção ou desconstrução de adolescentes e adultos saudáveis.

3.1.3 Políticas públicas para os adolescentes

No Brasil, a atenção a crianças e adolescentes esteve por muito tempo atrelada a aspectos de ordem moral e de manutenção da sociedade, ou mesmo ações sanitárias e/ou de segurança e controle social, não existindo real preocupação com o bem-estar e desenvolvimento destes indivíduos.

No período colonial foram praticadas ações sanitárias fundamentadas na moral cristã. Mais tarde a história registrou o enquadramento legal de crianças e adolescentes com a marginalização do menor, que teve início na república velha e se estendeu até a queda do militarismo. A mudança de paradigma ocorreu no processo de redemocratização do país, se fundamentando na constituição de 1988, que através do Artigo 227 reconheceu crianças e adolescentes como detentores de direito. A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, foi o maior desdobramento deste artigo⁽⁶⁾.

Como citado previamente, no período colonial ocorreu a implantação do modelo católico europeu de abandono de crianças, nas chamadas “rodas” e nas “casas dos expostos”, instituições de caridade vinculadas as Santas Casas, que recebiam as crianças abandonadas. As rodas eram cilindros giratórios instalados nos muros das Santas Casas, onde as crianças (bastardas ou legítimas), muitas delas brancas ou pardas, eram abandonadas para salvar a “honra” de homens de bem e moças de famílias tradicionais, ou lançar a sorte de filhos e filhas de pobres e escravos. A morte por desnutrição ou doenças infecciosas era o destino da maioria dessas crianças⁽⁹³⁾.

No ano de 1927, próximo ao final da primeira república (1889-1930), surgiu no Brasil o Código de Menores ou código de 1927, marco jurídico da vigilância pública coerciva sobre a infância e adolescência, que previa lidar com os filhos de pobres e negros, abandonados ou não, que ocupavam as ruas de muitas cidades, principalmente das grandes capitais. O código estabeleceu a distinção entre “abandonados” e “vadios” e previa o julgamento de maiores de 14 e menores de 18 anos, abordava concomitantemente normas de higiene, regulava a idade de trabalho a partir dos 12 anos e regia a jurisdição sobre atos de delinquência⁽⁹⁴⁾.

Três anos depois teve início o período do governo militar de Getúlio Vargas (1930-1945), em que foram criadas as delegacias de menores para onde eram levados os menores de rua. No ano de 1941, surgiu o Serviço Nacional de Assistência ao Menor – SAM, órgão

criado para combater a ameaça dos “meninos perigosos e suspeitos”, a partir do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Após mais de duas décadas se criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, através da Lei nº 4.513, de 01 de dezembro de 1964. A FUNABEM surgiu como uma entidade autônoma administrativa e financeiramente, com jurisdição em todo o território nacional. Assim como sua antecessora, a fundação foi um órgão de combate ao “menor infrator”, em sua maioria negro, pobre e marginalizado, filhos da colonização escravagista e de um estado historicamente omissos e cada vez mais opressor⁽⁹⁵⁾.

O fim do regime militar (1964-1985) e a transição para a democracia culminaram na promulgação da nova Carta Magna Brasileira, a Constituição de 1988. Este documento foi determinante para a mudança de paradigmas no modelo de atenção do estado frente as crianças e adolescentes. Tornou-se um marco ao provocar uma mudança substancial no campo dos direitos humanos de crianças e adolescentes. A visão do “menor infrator”, “vadio ou abandonado”, “menor perigoso e suspeito”, que ocupava os textos de documentos oficiais, dá espaço a termos não pejorativos, reconhecendo crianças e adolescentes como detentores de direitos, sob a concepção de princípios de proteção integral a estes⁽⁹⁶⁾.

A constituição de 1988 ou constituição cidadã, abriu um novo período para o direito de crianças e adolescentes, onde lê-se no capítulo VII - da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso no artigo 227 o seguinte texto:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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."⁽⁹⁶⁾

Devido a esse marco constitucional, o Brasil despontou como o primeiro país do mundo a promulgar um marco legal específico para crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA / Lei 8.069, de 1990⁽⁶⁾.

A Constituição de 1988 disparou diversos processos, movimentos sociais, políticos e discussões, que visavam a garantia legal dos direitos elencados na Carta Magna (Quadro 1). Estima-se que o ECA tenha inspirado mais de 15 reformas legislativas em diferentes países, em especial na América Latina⁽⁹⁷⁾.

Quadro 1. Programas e marcos legais de direitos de crianças e adolescentes, derivados da Constituição Federal de 1988.

Nº	Legislação e Ações	Descrição
1988	Artigo 227 da Constituição Brasileira	Visa garantir a proteção de crianças e adolescentes pela família, sociedade e Estado.
1990	Lei n. 99710	O Brasil adota plenamente o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989.
1990	Lei n. 8069	Aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente ECA, que prevê a criação de conselhos tutelares
1991	Projeto de Lei n. 8242	Criação do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
1998	Implementação do SIPIA	Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência, apoio informativo para os trabalhos dos conselhos dos Direitos da Criança e Adolescentes nos três níveis de gestão.
1999	Normativa n.1354 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.	Norteadora legal que direcionou a legislação que instaurou a notificação obrigatória de abuso infantil.
2001	Normativa n. 737 do Ministério da Saúde	Regulamenta os Institutos de Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.
2001	Normativa n.1968 do Ministério da Saúde.	Torna obrigatório para todos os serviços de saúde do país a notificação de casos confirmados ou suspeitos de abuso de crianças e adolescentes.
2002	Programa Nacional De Combate a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.	Criado como produto do Plano Nacional de Combate a Violência contra Crianças e Adolescentes
2003	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM (piloto)	Programa de suporte de acomodações, para crianças e adolescentes ameaçados, com apoio de assistência social, psicológico, pedagógico, financeiro e legal.
2004	Normativa n. 2406 do Ministério da Saúde	Estabelece o Serviço de notificação, formulários de notificação e fluxos de referência.
2007	Decreto n 6231	Oficialmente estabelece o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte PPCAAM, iniciado em 2003
2007	Decreto nº. 6286 Art. 4º	Programa Saúde na Escola – PSE, ampliava a atuação das equipes de saúde da família para dentro das escolas.
2010	Projeto de lei que exclui o castigo corporal.	Enviado ao Congresso em 14 de julho de 2010 em Celebração aos 20 anos do ECA
2012	Lei 12.594 Lei do Sist. Nac. Atend. Socioeducativo SINASE	Regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas aos adolescentes em conflito com a lei, padronizando o atendimento e o processo de apuração das infrações cometidas.
2012	Lei n. 12650 dos crimes contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes.	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes.
2014	Lei n. 13010 Lei da Palmada	Altera a Lei 8069/90 (ECA) para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Educação).

2016	Lei n. 13257 Marco legal da primeira infância.	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), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.
2017	Lei n. 13431 Sistema de Garantia de Direitos.	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)

Fonte: adaptado do artigo Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros de Reichenheim *et al.*, (2011) ⁽⁹⁸⁾.

O quadro acima demonstra a evolução legislativa decorrente, que encerrou o modelo opressivo presente no código do menor de 1927⁽⁹⁴⁾. O ECA é um marco jurídico catalizador dos direitos garantidos pelo Artigo 227 da Constituição Federal do Brasil, que culminou no desdobramento de outras leis, de forma a melhor agregar, descrever, garantir e proteger juridicamente as crianças e adolescentes, sujeitos constitucionalmente detentores de direito perante a sociedade e estado⁽⁶⁾.

A partir da constituição de 1988 e do ECA, o Brasil rompeu legalmente com o modelo de Estado opressor e passou à condição de protetor de crianças e adolescentes. O conjunto de desdobramentos legais pós constituintes demonstram o quanto o país estava atrasado e o caminho que ainda necessita percorrer. Pois, mesmo diante de todos os avanços alcançados até agora, a implementação dos direitos adquiridos ainda é um processo em construção.

Por ser o primeiro marco legal, pós constituição do Brasil, a afirmar crianças e adolescentes como pessoas de direito perante o Estado e a sociedade, o ECA mudou o paradigma de atenção a crianças e adolescentes e exigiu todo um processo de adaptação nos três níveis de organização de governo (municipal, estadual e federal) e em várias pastas, como educação, saúde, assistência social e segurança.

O estatuto impulsionou mudanças na legislação e gestão dos municípios, disparando a criação de conselhos tutelares, conselhos de direitos e a legalização de fundos específicos. Além disso, apontou para a necessidade de reorganização dos serviços que executam medidas sócio educativas, a criação e articulação de redes de proteção integral, ações que ocorrem de forma heterogênea ainda na atualidade, seguindo as diferentes realidades existentes dentro do território nacional⁽⁶⁾.

Dentro do arcabouço jurídico construído a partir da constituição, algumas leis surgiram como etapas necessárias para a organização dos serviços de atenção a vítimas de violência, incluindo crianças e adolescentes. Entre elas, a Portaria nº 737/GM/MS de maio de 2001, que aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta portaria foi posteriormente complementada pela Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, que 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⁽⁹⁹⁾.

Estas portarias direcionam e ampliam a cobertura do SINAN, que permite registrar doenças e agravos que compõem a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo a violência doméstica e outras violências Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016⁽³⁴⁾.

Pesquisadores destacam que o SINAN ainda é uma ferramenta subutilizada, mas mesmo diante disso, os dados registrados dão visibilidade ao problema da violência, fornecendo subsídios para a identificação e compreensão desse fenômeno de forma a nortear outras políticas e intervenções^(32, 100).

Por ser uma base de livre acesso e de alimentação descentralizada, seu uso sistemático contribui para a democratização da informação e subsidia os mais diferentes níveis da sociedade, com informações epidemiológicas que permitem o mapeamento das notificações e a comparação entre territórios, de forma a auxiliar na detecção de áreas de risco de exposição aos mais diferentes agravos, identificando ainda quais parcelas da população estão expostas a tais riscos.

Se por um lado existe um sistema de notificação que permite identificar os agravos e violências que afligem os adolescentes, o reconhecimento dessa população pelos serviços de saúde ainda não é algo comum. O adolescente é comumente esquecido, não sendo contemplado no conjunto de programas presentes nas unidades básicas de saúde que são rotineiramente direcionados a crianças, mulheres adultas ou gestantes e idosos, usuários assíduos desses serviços⁽¹⁰¹⁾.

Neste sentido, cabe ao setor saúde o desafio de absorver essa parcela da população, bem como criar rotinas de atendimento que reforcem aos profissionais sobre a necessidade

da notificação compulsória, através do SINAN, exigência da Portaria n. 204 de 17 de fevereiro de 2016⁽³⁴⁾.

De forma geral o atendimento da vítima de violência doméstica segue o mesmo fluxo (triagem e encaminhamento) do atendimento de vítimas de emergência ou de usuários de áreas cobertas pela atenção básica. No entanto, é importante destacar que no atendimento às vítimas de violência, em especial as do tipo sexual, é necessário a criação ou implementação de protocolos específicos para essas situações⁽⁹⁶⁾.

O Ministério da Saúde elaborou no ano de 1999 a Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, com o objetivo de fornecer subsídio técnico para que os municípios pudessem estruturar uma rede de serviços para o atendimento às vítimas de violência sexual. Outras portarias foram emitidas, regulando a obrigatoriedade de notificação: Portaria 1.968/2001, para a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); Portaria MS/GM nº 1.356/2006, depois a Portaria no 4279/2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e em 2013 foi lançada a Portaria do MS nº 528 que definiu as regras para a habilitação e o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS⁽⁹⁷⁾.

No ano seguinte, a Portaria 485, de 1 de abril de 2014, redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, especificando, que esses serviços integrariam as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, tendo como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede⁽⁹⁶⁾.

Todas as portarias previamente citadas, visavam organizar os serviços de saúde para o atendimento das vítimas de violência e em especial vítimas de violência sexual. Em 2010 o ministério da saúde publicou um instrutivo denominado “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violência: Orientação para gestores e profissionais da saúde”, demonstrando a necessidade de implantação de linha de cuidado voltada especificamente para vítimas de violência⁽¹⁰²⁾.

De acordo com Silva Junior *et al.* (2017)⁽⁵⁰⁾ e Cardoso *et al.* (2017)⁽¹⁰³⁾, diariamente centenas de adolescentes utilizam serviços de urgência, emergência e Atenção Básica na condição de vítimas de violência doméstica, sem que sejam identificados como tal. É importante destacar que a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência no SINAN é obrigatória, devendo chegar ao Conselho Tutelar ou Ministério Público no prazo máximo de 24 horas, se iniciando o contato com a assistência social e outros mecanismos de proteção do adolescente em situação de violência⁽³⁴⁾.

Para o profissional de saúde é importante considerar a realidade à qual o serviço onde atua está inserido e estar atento à possibilidade de se deparar com casos cuja semiologia podem levantar suspeita de se tratar de um caso de violência contra o adolescente. Outro fator importante é o conhecimento dos dispositivos de atenção às possíveis vítimas, bem como da ficha de notificação, devendo este estar amparado e seriamente comprometido quanto a importância de notificar casos suspeitos ou confirmados⁽¹⁰⁴⁾.

O serviço deve ofertar o atendimento ao adolescente vítima de violência ponderando todos os aspectos envolvidos para tal, sendo a notificação um destes aspectos. Deve-se examinar até mesmo as diferenças entre os gêneros e suas especificidades e ir além do atendimento imediato, considerando o acompanhamento da vítima uma condição que deve ser construída através de parcerias com outros níveis de atenção à saúde e/ou outros setores e considerar vários aspectos para sua criação, manutenção e atuação junto ao público alvo⁽¹⁰⁵⁾.

As políticas de saúde visam de um modo geral a formação de redes de atendimento, dada a dificuldade de montar serviços que englobem em seu escopo todos os especialistas necessários para um atendimento e acompanhamento completo. Entretanto, deve-se estar ciente que a atuação em rede não é algo simples e comumente revela dificuldades, tais como divergências dos objetivos e modos operacionais das instituições envolvidas, deficiência de articulação, falta de normatização da assistência, ações isoladas dos serviços, inexistência de fluxo comum e de qualificação profissional^(100, 106).

Nesse sentido deve-se pensar os vários fatores envolvidos na formação desses serviços, sejam em rede ou de referência, mas sempre considerar que a violência é um fenômeno complexo e que não cabe unicamente à saúde abranger toda essa complexidade, sendo necessário envolver vários setores e até mesmo examinar estratégias de aproximação com setores não governamentais⁽¹⁰⁷⁾.

Para Barker (2007)⁽¹⁰⁸⁾ a elaboração de serviços de atenção a adolescentes vítimas de violência deve considerar fatores que ele classifica como endógenos e exógenos.

Os endógenos se referem à possibilidade de a própria vítima procurar ajuda e traz aspectos referentes a valores e atitudes que podem contribuir para que o adolescente se sinta capaz de buscar ajuda, tais como:

- Autoimagem e autoconfiança: se julgar, culpabilizar ou auto estigmatizar ao procurar ajuda, seja esta formal ou informal. Dependendo do conjunto de valores e normas sociais e familiares, a própria vítima pode ser a primeira barreira para se buscar ajuda.
- Identidade e gênero: a percepção de si como pessoa de direito engloba fatores diversos. A autoimagem, raça/cor, orientação sexual, classe social, nível de educação, idade e estado civil, são todos fatores que combinados podem moldar o comportamento do adolescente e impedi-lo de procurar ajuda.
- Crenças pessoais sobre procurar ajuda: dependendo da visão crítica e capacidade de compreensão do adolescente, este pode ou não procurar auxílio. O conceito de violência pode ter diferentes significados e sofrer variação quanto ao que é ou não violência. Essa percepção pode ser moldada pela família, amigos e sociedade ou ambiente de convívio do adolescente.
- O sexo da vítima como barreira: diversas culturas colocam o sexo feminino como inferior, sendo esse comportamento estendido a órgãos e serviços, muitas vezes internalizado pelas pessoas que crescem em realidades assim e que não se veem como capazes ou dignas de enfrentarem tais atrocidades. O Brasil não possui realidades explícitas que defendam tais comportamentos, mas o machismo velado ainda existe em nossa sociedade.
- Confiança nas pessoas e instituições: a percepção de confiança no outro ou em instituições deve ser construída desde o momento do acolhimento, com abertura para o surgimento de laços de confiança e respeito.

Como aspectos exógenos ao adolescente vítima de violência Barker (2007)⁽¹⁰⁸⁾ cita:

- Aspectos culturais e normas sociais: em muitos casos mesmo diante da existência do serviço as vítimas procuram primeiro a ajuda informal de amigos e familiares. Tais fatores devem ser considerados e respeitados, mas devem ser trabalhados de

forma a não impedir que a informalidade acabe por esconder o fato de autoridades, que podem agir não apenas no suporte a vítima, mas também na punição ao agressor.

- Distância da fonte de ajuda: a disponibilidade, localização geográfica e acessibilidade podem dificultar o acesso e devem ser pensados no ato de implantação do serviço.
- Serviços ofertados: o escopo de suporte deve ser claro e amplamente divulgado de forma a facilitar a compreensão, procura e também a real utilização dos serviços, que devem ser implantados de modo a dar a melhor resposta a demanda de quem o procura.
- Aspectos legais: as políticas públicas de suporte e de direitos da vítima devem ser de amplo conhecimento e constantemente divulgadas para que sejam senso comum na sociedade e venham ser utilizadas quando devido.
- Normas sociais e culturais: a relação de comunicação entre adultos e adolescentes pode não apresentar barreiras, mas em algumas culturas as crianças e adolescentes não tem o direito de falar livremente com adultos. Mesmo não sendo esta a nossa realidade explícita, a via de comunicação deve ser baseada na igualdade e respeito mútuo.
- Os recursos humanos: este fator é essencial na prestação de qualquer serviço de atenção ao adolescente vítima de violência e deve-se buscar basicamente dois aspectos, receptividade e competência técnica.

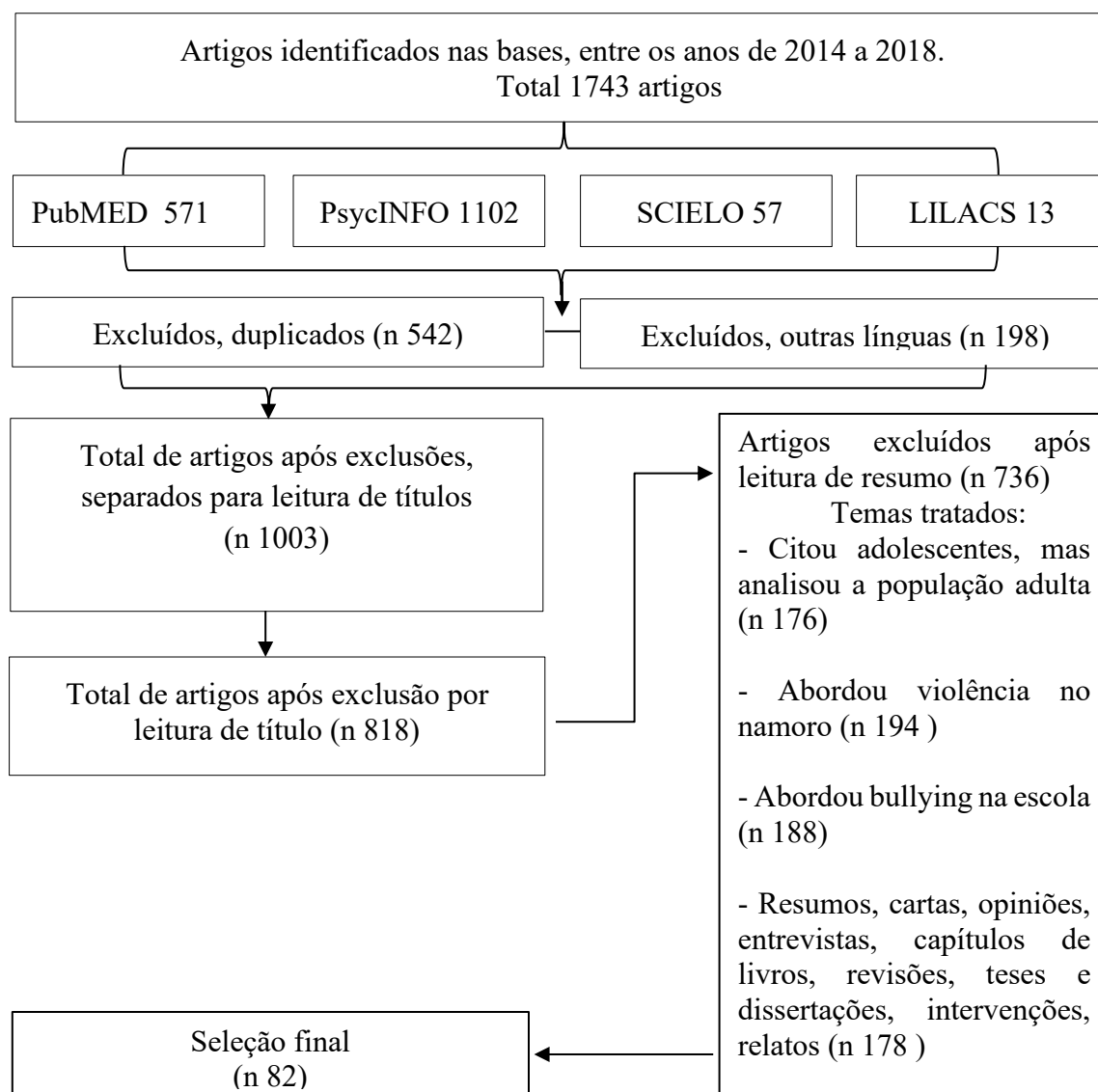
Em suma, o arcabouço jurídico, a estrutura física, os processos de trabalho e recursos humanos devidamente treinados são fatores importantes para o planejamento e implantação de serviços de atenção à saúde de adolescentes e outras vítimas de violência e devem ser minuciosamente considerados.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES

3.2.1 Estratégia de busca

A busca por artigos em português, inglês ou espanhol foi realizada nas bases PubMed, PsycINFO, LILACS e SCIELO entre os anos de 2014 a 2018. A Figura 2 exemplifica o fluxo de seleção dos artigos. Os dicionários Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram consultados para identificação de palavras chave, construção das estratégias e chaves de busca (APENDICE 1).

Figura 2. Fluxograma de seleção de artigos sobre violência doméstica contra adolescentes.



A estratégia de busca apresentada previamente serviu para uma melhor aproximação e aprofundamento da temática e para o direcionamento dos tópicos tratados nesse bloco, de forma a otimizar o contato e seleção do material a ser estudado na temática em questão, bem como visualizar o panorama exposto sobre a violência doméstica contra adolescente em publicações nacionais e internacionais.

3.2.2 Prevalência e consequências da violência doméstica na saúde dos adolescentes

Com relação à prevalência das formas de violência no ambiente doméstico, existem variações quanto ao tipo de violência com tendência de maior uso da violência física^(50, 109), talvez isso ocorra como resultante de uma cultura ainda existente de uso do castigo físico como método educacional⁽²³⁾.

Ao analisar as notificações de todos os tipos de violência registradas no SINAN, referentes ao ano de 2011, Cerqueira e Coelho (2014)⁽¹¹⁰⁾ identificaram que 70,0% dos registros tiveram como vítimas, crianças e adolescentes, dos quais 88,5% das vítimas eram do sexo feminino e mais da metade tinha menos de 13 anos de idade. Em 79,0% dos casos a residência da vítima foi o local onde ocorreu o abuso.

A vitimização majoritária de adolescentes foi registrada em publicação de Delzivo *et al.* (2017)⁽⁷⁹⁾, que ao analisar as características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados no SINAN de Catarina, Brasil, levantou que as adolescentes foram vítimas em 69,7% dos casos, sendo que destas, 47,3% tinham de 10 a 14 anos.

A residência da vítima foi identificada como local do abuso em 86,3% dos 1620 casos de violência contra crianças e adolescentes, registrados nos conselhos tutelares de Londrina/Paraná, entre 2002 e 2006, de acordo com o estudo de Martins e Jorge (2009)⁽⁴⁾. A violência física foi responsável por quase metade dos registros (49,1%), seguida da violência sexual (19,8%) e em 34,3% houve reincidência da agressão antes que fosse registrada a queixa.

Dos Santos *et al.* (2017)⁽⁷⁷⁾ analisaram a violência contra adolescentes em Pernambuco e apontaram aumento de 204% no número de notificações no período de três anos (entre 2009 e 2012), quando foram registradas 5.259 notificações no SINAN. Em

relatório do governo do Paraná, sobre vigilância de violências e acidentes referente ao período de 2010 a 2012, foram registrados altos índices para a violência física e também o alarmante número de 1.336 casos de estupro contra adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos⁽¹¹¹⁾.

Em estudo de Souza *et al.* (2014)⁽¹¹²⁾ os dados de 2009 a 2011 do município de Feira de Santana - Bahia, identificaram que 51,6% das 432 notificações se referiam a adolescentes. A violência sexual (79,5%) e a violência psicológica (57,5%), foram as que mais afetaram o sexo feminino. O sexo masculino sofreu mais violência física (55,6%) e negligência (55,8%), sendo o domicílio o local de ocorrência em 62,4% dos casos. Em 50% das notificações as agressões eram reincidentes, em 4,2% ocorreu gravidez, em 9,0% Infecção Sexualmente transmissível-IST, internação hospitalar em 35,3% dos registros e óbito em 15,3%.

Ocorreram registros de óbito em 3,8% dos casos de violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no SUS, no período de 2009 a 2015. Segundo Andrade *et al.* (2018)⁽¹⁰⁹⁾, foram analisadas 5.610 notificações sendo que 76,7% destas se referiam a adolescentes, dos quais 84,3% sofreram violência física e 15,7% violência sexual.

Dos Santos *et al.* (2017)⁽⁷⁷⁾ analisaram a violência contra adolescentes em Pernambuco e apontaram a violência física como a mais notificada (44,7%) no SINAN no período de três anos, entre 2009 e 2012.

Com um recorte sobre as consequências da violência doméstica contra adolescentes, Souto *et al.* (2017)⁽³²⁾ discutiram a gestação proveniente de abuso sexual e suas complicações para a saúde e a vida de adolescentes brasileiras. Eles registraram tentativas de aborto, abandono ou ausência de pré-natal, bebê com baixo peso ao nascer, depressão pós-parto, interrupção dos estudos e baixo nível sócio econômico, uso de violência física ou negligência com o bebê, além de consequentes atrasos no desenvolvimento e problemas de comportamento para a criança.

Achados semelhantes foram relatados por Dahmen *et al.* (2013)⁽¹¹³⁾, ao estudar adolescentes gestantes na Alemanha. Os autores acrescentam ainda, que a gestação na adolescência pode ser consequência da pobreza, violência doméstica e de ambientes familiares disfuncionais. E mesmo sem discutir a transgeracionalidade, os autores tocam nesse aspecto do complexo fenômeno da violência ao comentar sobre a possível repetição dessas situações na vida das adolescentes.

Kvist *et al.* (2013)⁽¹¹⁴⁾ realizaram estudo de base populacional, com amostra de 5.940 adolescentes de escolas de ensino médio na Suíça, e sugerem haver relação direta entre ter sofrido alguma forma de violência doméstica com o comportamento antissocial e violento fora de casa, apontando que a violência pode afetar também a formação de vínculos externos ao ambiente familiar e o convívio social das vítimas.

Outra consequência da violência doméstica contra adolescentes é o uso indevido de medicamentos ou auto-medicação apontado por Forster *et al.* (2017)⁽¹¹⁵⁾, que estudaram adolescentes norte americanos. Achado semelhante foi publicado por Guo *et al.*, (2017)⁽¹¹⁶⁾ que registram o uso não prescrito de fármacos e opioides controlados por adolescentes, vítimas de violência doméstica do tipo físico, emocional, sexual e negligência. Os dados foram coletados em 36 escolas de 6 cidades Chinesas em amostra de 24.457 estudantes, cuja taxa de resposta foi de 94,2% , com idade média dos participantes de 15 anos.

Ao analisar dados da coorte de Pelotas (1993-2012), cidade do sul do Brasil, Gonçalves *et al.* (2016)⁽³⁰⁾ identificaram problemas de uso excessivo de álcool por adolescentes e adultos jovens, como consequência de exposição a violência doméstica. Registro semelhante foi feito por Fang e Mcneil (2017)⁽¹¹⁷⁾ em estudo realizado com adolescentes de cinco estados norte americanos, no qual os autores relacionaram eventos adversos no ambiente familiar como uma das causas do uso excessivo de álcool e drogas ilícitas.

Marcela Ossa *et al.* (2016)⁽²⁹⁾ apresentaram a violência doméstica como um dos fatores associados a depressão em adolescentes colombianos. Ao analisar a coorte de pelotas, Gallo *et al.* (2017)⁽⁵⁶⁾ tiveram achados análogos ao estudo de Marcela Ossa e identificaram a violência doméstica como fator diretamente associado ao risco de depressão profunda em adolescentes do sexo feminino, quando comparadas a vítimas do sexo masculino ou a adolescentes não expostas a esse tipo de violência.

O comprometimento da saúde mental também é discutido em estudo de Agyapong *et al.* (2017)⁽¹¹⁸⁾ que ao pesquisar 677 registros de pacientes psiquiátricos na província de Alberta no Canadá, identificaram que um em cada cinco pacientes que buscaram atendimento psiquiátrico haviam sofrido abuso sexual na adolescência ou infância. Já Armiento *et al.* (2016)⁽²⁷⁾, trabalhando com prontuários de 747 crianças e adolescentes de 8 a 18 anos, que buscaram acompanhamento e tratamento de violência auto infligida do tipo mutilação em

serviços comunitários de saúde mental de Ontário - Canadá, levantaram que 9,8% do total da amostra haviam sofrido violência sexual, 16,6% sofreram violência física e 28,1% testemunharam violência doméstica, apontando ainda todas as três formas de violência como fator de risco para automutilação.

De acordo com Levey *et al.* (2017)⁽³³⁾, sofrer abuso e negligência afetam negativamente o desenvolvimento neurológico e psicológico. Estes autores alertam que os padrões de abuso tendem a ser aprendidos e repetidos nas famílias. Segundo os autores, experiências adversas são um fator de risco para psicopatologias no futuro, incluindo o Transtorno de Personalidade Boderline-TPB e outros impactos neurológicos e psiquiátricos.

Também discutindo as consequências da violência doméstica para a saúde mental, Ayub *et al.* (2013)⁽⁵⁵⁾ e Khokher e Khan (2005)⁽¹¹⁹⁾ realizaram dois estudos com amostra populacional no Paquistão, tendo 650 adolescentes e mulheres casadas como sujeitos no primeiro estudo e 217 estudantes de medicina no segundo. Ambos estudos chamam a atenção para o problema da ideação suicida, com registro de 97,8% de casos na amostra de adolescentes e mulheres casadas e 33,3% para os estudantes de medicina, ambos relacionados a violência no ambiente doméstico.

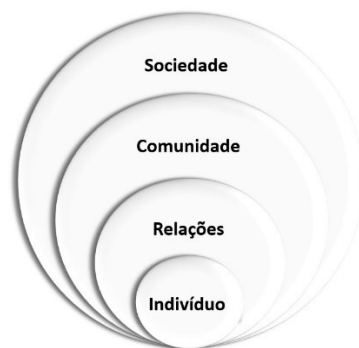
Percebe-se que as consequências e danos da violência doméstica contra adolescentes, podem comprometer a saúde física e mental das vítimas, bem como impossibilitar o desenvolvimento de habilidades e características necessárias para o crescimento individual e o convívio social saudável, afetando o adolescente no ambiente doméstico e fora dele, com consequências que podem se estender também para a fase adulta.

3.2.3 Fatores associados à violência doméstica contra o adolescente.

A violência se caracteriza como um fenômeno social multifacetado de ocorrência em todos os povos e níveis sociais. Nesse sentido, pesquisadores e estudiosos tem buscado diferentes abordagens no estudo desse fenômeno como tentativa de levantar novas informações que possam direcionar diferentes posicionamentos na compreensão e identificação de padrões que se destacam como fatores associados.

Diante da complexidade do fenômeno da violência a OMS sistematizou um modelo ecológico (Figura 3) para inter-relacionar fatores de risco de exposição a violência, onde quatro níveis se conectam, englobando o indivíduo, relações, comunidade e sociedade⁽²⁾.

Figura 3. Digrama de modelo ecológico utilizado pela OMS.



Fonte: adaptado do manual Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, WHO, 2006, cap. 1, p.13.

Indivíduo - refere-se a variáveis biológicas como, idade, sexo, raça/cor, podendo acrescentar deficiências e outros fatores diretamente relacionados ao indivíduo que possam influenciar na exposição deste a alguma forma de violência.

Relações - esse nível examina as relações sociais imediatas ou secundárias do indivíduo que possam interferir no risco deste sofrer ou perpetrar alguma forma de violência.

Comunidade - relaciona-se as condições de vida e ambiente onde as relações sociais acontecem (local de moradia, vizinhança, local de trabalho, escola, espaços de lazer) e as características desses lugares que podem contribuir para a ocorrência de maus-tratos.

Sociedade - esse nível incorpora aspectos que compõe o tecido de formação de uma sociedade, tais como fatores culturais, estratificação social, baixa distribuição de renda, ausência de políticas públicas voltadas para educação, geração de emprego, saúde e segurança, inexistência ou insuficiência de programas de atenção a vítimas e de prevenção da violência.

Tais fatores apontados no modelo ecológico da OMS permitem uma análise e aproximação da problemática do fenômeno da violência doméstica contra adolescentes. E sinalizam para as relações entre os diferentes níveis de relacionamento e organização social

que permeiam o complexo fenômeno da violência como um todo e também da vitimização de adolescentes no ambiente doméstico^(133, 134).

Guimarães (2011)⁽³⁾ analisou dados de exames de corpo de delito de adolescentes vítimas de violência doméstica do Instituto Médico Legal – IML de Maceió e relacionou uma prevalência maior de violência física nos adolescentes do sexo masculino e violência sexual no sexo feminino; a maioria dos registros se referiam às meninas. A maior vitimização de adolescentes do sexo feminino também é registrada em pesquisas sobre violência sexual por parceiro íntimo⁽⁷⁸⁾, na violência por familiares⁽⁶⁶⁾ e pesquisa sobre violência sexual, quando comparada com mulheres adultas⁽⁷⁹⁾.

O fato do sexo feminino ser um fator de risco para sofrer violência é consequência da desigualdade de direitos entre os gêneros, uma arbitrariedade presente na malha de nossa sociedade, que se apresenta como liberal e igualitária mas se comporta de forma patriarcal, machista e discriminatória, perpetuando a violência entre os gêneros^(3, 28, 120).

Stroebel *et al.* (2013)⁽⁴⁴⁾ descrevem o distanciamento nas relações entre mãe e filha, diminuição do fator de cuidado e proteção, a insatisfação sexual entre o casal, violência física contra a mãe e baixa renda como fatores de risco na exposição a diversas formas de violência, incluindo o incesto e o abuso de adolescentes ocorrido no ambiente doméstico.

Em estudo sobre exploração sexual e trabalho na adolescência Dutra-Thomé (2011)⁽¹²¹⁾ acrescenta detalhes de uma realidade cruel e desumana, contida no universo da violência doméstica contra adolescentes. O autor descreve a vida de uma adolescente de 14 anos, nascida em família pobre do nordeste brasileiro, que desde de cedo sofreu violência psicológica, negligência, exposição a trabalho braçal para subsistência e, após a puberdade, abuso sexual por familiares e também por conhecidos, com a conivência de familiares. Sendo a principal causa da fuga de casa e, conseqüentemente, a vitimização através da exploração sexual e prostituição como meio de sobrevivência.

Segundo publicação da Organização Mundial de Saúde-OMS⁽¹²²⁾ 90,0% dos menores que viviam nas ruas de Moscou, em 2007, eram “órfãos sociais” provenientes de famílias financeiramente desestruturadas e que 63,0% fugiram de lares violentos e 2,0% eram sobreviventes de abuso sexual. Este mesmo estudo, também associou a pobreza com o aumento de casos de negligência, violência doméstica e prostituição de adolescentes na

República Russa, apontando a pobreza como fator de risco associado à várias mazelas que afligem pessoas em todo o mundo.

Yount *et al.* (2016)⁽¹²³⁾ relacionaram o casamento antes dos 15 anos de idade, como fator de risco para exposição a violência. Os autores chegaram a essa conclusão ao analisar dados de pesquisa realizada em Bangladesh/Índia, com amostra de 77 vilas, perfazendo um total de 3.355 adolescentes e mulheres casadas.

É importante ressaltar que o casamento arranjado de menores do sexo feminino é condição culturalmente aceita e mantida na Índia e em vários países da África, Ásia, Oriente Médio, e em comunidades mulçumanas na Europa e em outras partes do mundo. No entanto, esta arbitrariedade também pode ser encontrada em bolsões de pobreza no Brasil, como uma possibilidade de garantia de subsistência^(123, 124).

Ayub *et al.* (2013)⁽⁴⁸⁾ também fazem relação semelhante para o risco de exposição a violência doméstica, citando o casamento na adolescência, baixo nível de escolaridade, pobreza, desemprego e baixa renda. Em seu estudo esses fatores de risco foram identificados como percussores da violência doméstica e ideação suicida. Weber (2004)⁽¹²⁵⁾ aponta a condição socioeconômica como fator de risco para sofrer violência, corroboram também Guimarães e Villela (2011)⁽³⁾.

Em pesquisa dos casos de abuso sexual, notificados no serviço de urgência em pediatria de um hospital universitário em São Paulo, Fukumoto *et al.* (2011)⁽¹²⁶⁾ ressaltam que o fenômeno da violência não ocorre exclusivamente em grupos sociais cuja escolaridade e renda são menores e que o baixo registro de adolescentes vítimas de violências nas classes economicamente privilegiadas não deve ser entendido como a inexistência desse fenômeno em classes mais abastadas.

A violência física existente em todas as classes sociais e culturas é entendida como meio punitivo, disciplinador e/ou pedagógico⁽²⁰⁾, e ainda é muito usado na esfera doméstica para a correção da conduta inadequada de crianças e adolescentes. E mesmo diante de evidências científicas que apontam suas consequências e de leis que visam sua proibição, esse tipo de abuso tem se perpetuado na sociedade moderna, variando de palmadas, a espancamentos e homicídios^(23, 91).

Segundo Day *et al.* (2003)⁽⁹¹⁾ esse tipo de abuso tem 80% mais de chances de ocorrer em famílias uniparentais, se comparado a famílias com a presença de ambos os pais,

caracterizando a conformação familiar uniparental como um fator de risco para este tipo de violência. Sem discernir quanto a configuração familiar Maia *et al.*(2017)⁽⁵⁰⁾, Hildebrand *et al.* (2015)⁽¹²⁷⁾ e Maranhão *et al.* (2014)⁽¹²⁸⁾ apontam as mães como maioria dos que utilizam o castigo físico como forma de disciplinar os filhos.

É necessário salientar que a palavra disciplinar possui diferentes significados, cuja semântica ocupa dois grandes campos: *controlar, punir e corrigir*; ou *ensinar, guiar e influenciar*. O primeiro é o mais presente na sociedade como um todo⁽¹²⁵⁾. De acordo com publicação da OMS (2006)⁽²⁾, disciplinar envolve treinar e ajudar crianças e adolescentes a desenvolverem limites, autocontrole, autoestima, respeito e convivência social positiva.

Mas mesmo diante de considerável literatura sobre o tema que demonstra seus danos à formação dos adolescentes⁽²⁰⁾, o castigo físico continua presente nos mais diferentes níveis socioculturais⁽⁸¹⁾. Isso ocorre pelo fato de que esse tipo de punição ainda é erroneamente considerado como a mais rápida e eficiente forma de disciplinar os filhos, o que demonstra a incapacidade de muitos pais de utilizarem abordagens mais elaboradas para a resolução de conflitos⁽²³⁾.

Jiang *et al.* (2017)⁽⁷³⁾ estudaram a violência física contra crianças surdas e identificaram o portador de deficiência, a baixa escolaridade dos pais, pobreza, ter sofrido violência na infância e cultura de apoio ao castigo físico como fatores de risco para sofrer violência.

Pesquisa realizada com 472 alunos na faixa etária de 8-16 anos, de três escolas de Curitiba, uma privada, uma municipal e uma estadual, revelou que 88,1% dos participantes já receberam punições corporais e castigos (64,8%). Sobre punições corporais, 86,1% apanharam da mãe e 58,6% apanharam do pai; 36,9% dos participantes relataram que já ficaram machucados⁽¹²⁵⁾.

Um dado inesperado nesse estudo foi que 69,2% dos participantes que relataram nunca ter recebido punição corporal, pertenciam as escolas públicas, ou seja, com menor poder aquisitivo. Este dado se apresenta contraditório a outras pesquisas que relacionam baixa renda como fator associado a violência doméstica contra o adolescente, demonstrando a necessidade de se estudar melhor determinados grupos e recortes sociais⁽¹²⁵⁾.

Nascimento (2009)⁽¹²⁹⁾ comenta que a dificuldade em detectar as expressões da violência doméstica contra adolescentes nas classes sociais mais altas, talvez seja por

questões de manutenção do status social, que parece ser mantido com maior rigor devido à preocupação com a imagem pública da família, que nesse sentido seria preservada mesmo que isso signifique proteger o agressor (a). O que, por consequência, denota uma inversão de valores e expõe a vítima a uma situação de violência psicológica e sensação de abandono por omissão de suporte familiar.

Por sua vez, a violência psicológica pode apresentar outras configurações como fator de risco para sua ocorrência, não necessariamente estando relacionada a um segredo de família. Por ser mais sutil este tipo de violência pode ser perpetuada em culturas que suportam atitudes machistas ou patriarcais, a partir de uma concepção arcaica e estratificada de superioridade e diferença de poder entre gêneros e faixas etárias^(50, 121).

Nesse tipo de sociedade de valores distorcidos, a violência psicológica pode ser a única forma, ou ocorrer concomitantemente, anteceder ou preceder a outros tipos de violência. Pode ter início como um processo muitas vezes imperceptível, que progride sem ser identificado, até se tornar doloroso, deixando marcas em todos os envolvidos, podendo mesmo evoluir ou ser agregado a alguma outra forma de violência.

Com base neste entendimento, devemos identificar e combater atitudes de apoio as violências sutis, que ainda se encontram em estágio embrionário e são expressas normalmente por gestos e palavras, que a princípio podem soar como eventos pontuais, mas que ao se repetirem podem ser o primeiro estágio de processos abusivos, mais graves^(83, 130).

Ao analisar dados da coorte de Pelotas-RS com 3.951 adolescentes (78,4% da coorte original) nascidos em 1993 e acompanhados até a idade de 18 anos, Soares *et al.* (2016)⁽¹³⁰⁾ identificaram os principais eventos relatados por esta população. Foi observado que 85,0% dos adolescentes sofreu algum tipo de violência, dos quais 42% apontaram o divórcio dos pais, 19,7% a negligência emocional e 10,3% a violência doméstica.

É importante perceber que mesmo não sendo necessariamente classificado como um ato violento, o divórcio dos pais foi entendido pelos filhos como um evento adverso e catalogado no estudo como violência psicológica. Em geral, processos de separação de casais podem ser pacíficos ou envolver as mais diversas formas de violência, podendo ser entendido em ambas situações como um evento traumático para todos os envolvidos.

O divórcio dos pais, juntamente com a desestruturação familiar e exposição a violência intrafamiliar ou extrafamiliar, foram identificados por Rice & Tan (2017)⁽¹³¹⁾ como

fatores associados a violência autoprovocada. Os dados foram obtidos de uma amostra de 220 adolescentes norte-americanos (57,3% do sexo feminino) com idade de 13-17 anos, internados por urgência psiquiátrica em consequência de violência autoinfligida, tais como tentativa de suicídio, ideação suicida, ou tentativa de suicídio com ideação homicida (violência direcionada a terceiros, antecedendo ao suicídio).

Eriksson *et al.* (2016)⁽¹³²⁾ expõem uma outra forma de violência doméstica, o filicídio. Como o próprio nome indica, essa violência doméstica com vítima fatal, tem como agressores pessoas que exerçam o papel de figura parental e que são responsáveis pela morte de filhos legítimos, adotivos ou de parceiros e tem como fator de risco, o uso de drogas, distúrbios psiquiátricos, relacionamentos doentios e famílias desestruturadas.

Enfim, baseando-se na literatura citada, pode-se apontar a pobreza, baixa escolaridade, ter deficiência, ser do sexo feminino, parceiro íntimo ou matrimônio antes dos 15 anos, família uniparental, conduta sociocultural de suporte a violência de gênero e ambiente familiar desestruturado como fatores de risco associado a violência doméstica contra adolescentes.

3.3. AUTORES DA AGRESSÃO

O fenômeno da violência doméstica contra o adolescente é composto de forma geral pelos envolvidos diretos (agressor e vítima) e por outros fatores, alguns extrínsecos e outros intrínsecos aos envolvidos. Tais fatores são construídos ou perpetuados a partir de um contexto cultural, condições socioeconômicas, experiências próprias, crenças e atitudes que juntas configuram o surgimento de vítimas e agressores.

Em publicação onde discute a visão do agressor sobre a vítima, Moura & Koller (2008)⁽¹³⁵⁾ destacam que na literatura sobre as características biopsicossociais dos atores envolvidos em atos de violência doméstica, a identidade subjetiva e a voz do agressor são incipientes. Para fomentar seus argumentos as pesquisadoras realizaram entrevistas com indivíduos que estavam cumprindo pena por abuso sexual em ambiente doméstico. As pesquisadoras reforçam a necessidade de mais estudos com essa abordagem, como forma de melhor compreender o agressor e talvez algum padrão comportamental por parte deste.

Winters (2016)⁽¹³⁶⁾ descreve o agressor de violência sexual, em 80,0% dos casos, como indivíduo sociável e pertencente ao círculo social ou familiar da vítima. Destaca que os agressores desse tipo de violência são heterogêneos em seus comportamentos e multimodais em suas aproximações, além de possuir um repertório multivariado no que concerne aos aspectos psicológicos e comportamentais.

Outro perfil de agressor sexual que deve ser estudado é do adolescente abusador. Miner *et al.* (2016)⁽⁷⁴⁾ descreve dois tipos de adolescentes abusadores, aquele que agride apenas menores, com preferência por vítimas de sua idade ou até quatro anos mais jovens, e aquele que agride também adultos. Ambos perfis são descritos como violentos no trato com a vítima.

Em estudo sobre adolescentes abusadores do Peru, idade entre 14-17 anos, Moyano *et al.* (2017)⁽⁷⁵⁾ apontaram o perfil violento do agressor e destacaram que estes agressores, em grande maioria, foram vítimas de algum tipo de violência, incluindo a sexual, e apresentam dificuldades de socialização, de expressar empatia e de formação de vínculos.

Percebe-se, através da comparação destas publicações, a descrição de indivíduos com padrões de comportamento totalmente discrepantes, de um lado um adulto persuasivo e do outro o adolescente ex-vítima agindo de forma agressiva.

Ambos estudos trazem como fator comum além da semelhança no tipo de violência, o caráter relacional, a proximidade do agressor com a vítima e o fato da casa da vítima ou do agressor ser o principal local do abuso, condições identificadas em outras pesquisas^(32, 104).

Esta condição de proximidade é um dos fatores que torna a violência doméstica um ato destrutivo de efeitos devastadores, pois dependendo da sua configuração, se destrói as imagens normalmente existentes de um lar seguro e da família protetora.

Com o intuito de estudar a violência doméstica contra adolescentes, Pinto Junior *et al.* (2015)⁽¹³⁷⁾ utilizaram dados do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, do município de Volta Redonda no estado do Rio de Janeiro, e identificaram o agressor (a) como indivíduo de baixa renda e baixa escolaridade e usuário de álcool e outras drogas (40,0%). Os homens na faixa etária entre 20 e 40 anos aparecem como principais agressores (58,1%), sendo a residência da vítima o local mais comum de ocorrência, seguida da residência do agressor.

Em outra publicação sobre adolescentes vítimas de violência atendidos nos Conselhos Tutelares do município de Londrina – PR, referentes aos anos de 2002 (734 casos) e 2006 (1265 casos) a residência da vítima aparece como local do abuso em 82,4% dos casos e a do agressor em 6,4%, sendo o agressor em grande parte membro da família⁽⁴⁾.

Summer *et al.* (2016)⁽¹³⁸⁾ estudaram as características da violência sexual contra adolescentes do sexo masculino no Haiti (1459), Quênia (1456) e no Camboja (1255), e identificaram diferenças entre os locais pesquisados. Na maioria dos episódios no Haiti (60,4%) o abuso ocorreu na residência das vítimas ou dos agressores, contrastando com Quênia (65,3%) e Camboja (52,1%) onde a maioria dos abusos ocorreu fora de casa. Nesse estudo a relação de proximidade da vítima com o agressor teve maior abrangência no campo dos vínculos sociais, registrando o agressor como amigo ou vizinho da vítima (64,7%), parceiros das mães (37,2%) e parentes (37,0%)⁽¹³⁹⁾.

Em pesquisa sobre o perfil de agressores de crianças e adolescentes vítimas de violências sexual, atendidos no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UNESP em São Paulo de 2005 a 2008, Fukumoto (2011)⁽¹²⁶⁾ identificou que 71,3% dos agressores pertenciam ao círculo social da família. Entre os 28,7% dos agressores com vínculos familiares, os pais apresentaram uma taxa de 12,5%, os primos 5,55%. Em 73,9% dos casos os abusos ocorreram na casa da vítima.

Maia *et al.* (2017)⁽⁵⁰⁾ apontaram a mãe como a principal agressora na violência física (51,68%) seguida do pai (23,03%). A violência psicológica teve como principal perpetrador a madrasta, com 28,08% dos casos, seguida da mãe em 19,10% dos casos. Neste estudo que teve amostra de 658 adolescentes e jovens de escolas públicas de Belém do Pará, a agressão com objeto também teve como principal agressor a mãe (64,01%) dos casos, seguido do pai em 19,87%⁽⁵⁰⁾. Esta pesquisa mostrou ainda que o abuso sexual sem penetração, teve como principal agressor pessoas de convívio da casa sem laços consanguíneos (51,72%) contradizendo os dados de pesquisa realizada por Souto *et al.* (2017)⁽³²⁾ que identificava o pai como principal agressor deste tipo de violência.

Segundo pesquisadores do Ipea, 56,3% dos agressores que praticaram violência contra adolescentes no Brasil em 2011 eram os próprios pais ou familiares, seguidos de amigos próximos da família ou conhecidos com acesso a vítima. O mesmo estudo destaca ainda que no caso de violência sexual 70% dos estupros são cometidos por parentes,

namorados ou amigos/conhecidos, ou seja, pessoas do convívio diário das vítimas. Em 79% dos casos a violência foi praticada nas residências⁽¹¹⁰⁾.

Ao estudar menores de 13 anos gestantes de estupro, Souto (2017)⁽³²⁾ relata que, no grupo de adolescentes e crianças agredidas sexualmente com até 12 anos, 83,6% dos agressores eram pais ou padrastos, parentes próximos, amigos da família ou conhecidos. E ressalta que com o avanço da idade da vítima, ocorrem mudanças no padrão do agressor, no número de agressores e há tendência ao uso de armas ou outros objetos.

De acordo com Cerqueira e Coelho (2014)⁽¹¹⁰⁾, o abuso sexual com uso de arma ou por mais de um agressor é mais incidente em adolescentes (16,2%) que em crianças (10,5%), denotando tentativa de defesa da vítima e conseqüente aumento no grau de violência do agressor. Outro dado alarmante da pesquisa é que 15% dos estupros notificados em serviços de saúde em 2011 foram cometidos por dois ou mais agressores, o que demonstra convivência entre diferentes indivíduos ao cometer esse crime.

Em recorte de pesquisa que estudou o ambiente de convívio familiar em adolescentes HIV positivo, por transmissão vertical (mãe-filho), De Barros *et al.* (2013)⁽²⁸⁾ identificaram diferentes padrões de convívio nas famílias onde ocorriam maus tratos, apontando a violência física utilizada pelas mães como a mais praticada e a psicológica como a segunda forma mais presente no ambiente familiar. O pai foi citado como uma figura detentora do direito de punir e dar ordens a todos os membros da família.

No extremo da violência doméstica contra adolescentes se encontra o filicídio, a violência doméstica com vítima fatal. Estudo realizado por Eriksson *et al.*, (2016)⁽¹³²⁾ na Austrália descreve algumas características desse tipo de violência e seus perpetradores. Este estudo divide o filicídio em quatro categorias: acidental, vingança, altruísta e por negligência. Os homens são mais propensos a matar acidentalmente, devido a castigos severos ou por vingança, e a mulheres a matar sob a justificativa de atitude altruísta para livrar o filho de algum sofrimento ou por negligência.

No fator relacional, a proximidade com a vítima fica implícita na descrição do agressor de violência doméstica contra adolescentes. A figura materna se destaca na violência física, sendo seguida pelo pai. Este divide a figura de principal agressor da violência sexual com pessoas que frequentam o ambiente doméstico, seguido de padrastos e parceiros íntimos. A violência psicológica e a negligência trazem os pais, avós e madrastas como principais

agressores. E apesar de envolver diferentes atores de forma geral, o sexo masculino predomina como principal agressor da violência doméstica, configurando não apenas o perfil do agressor, mas também o perfil de uma sociedade patriarcal e misógina.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo realizado com base nos dados de registro de violência doméstica contra adolescentes do SINAN, referente à população dos três estados da Região Sul do Brasil, registrados no período de 01 janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2016.

4.2 Local do estudo

Segundo dados do IBGE, em 2010 os três estados apresentavam conjuntamente uma população de 4.491.767 adolescentes, divididos de forma relativamente semelhante nos três estados.

De acordo com este censo, em 2010 a população prevista para Santa Catarina era de 6.248.436 habitantes. Dos 295 municípios, somente 13 contavam com mais de 100.000 residentes, concentrando 45% da população do Estado. Sendo 17% da população total (1.062.234 habitantes) era composta por adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. A proporção entre os sexos nesta parcela da população se apresentava relativamente equilibrada em Santa Catarina, onde 50,4% eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino⁽¹⁴⁰⁾.

O Rio Grande do Sul comportava 10.693.929 habitantes em 2010 e 11 dos 497 municípios tinham mais de 100.000 habitantes. Sendo 15,3% da população total (1.737.520 habitantes) era composta por adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. A proporção entre os sexos nesta parcela da população era de 49,3% do sexo masculino e 50,7% do sexo feminino⁽¹⁴⁰⁾.

Por fim, o Paraná apresentava uma população de 10.444.526 habitantes em 2010, distribuídos em 399 municípios, dos quais 20 possuíam mais de 100.000 habitantes. Sendo

16,2% (1.692.013) da população total era composta por adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos e a proporção entre os sexos nesta parcela da população era de 50,8% do sexo masculino e 49,2% eram do sexo feminino⁽¹⁴⁰⁾.

Conjuntamente a população de adolescentes dos três estados na faixa etária de 10 a 19 anos baseando-se nos dados de projeção do IBGE para o período do estudo foi de 4.491.767 adolescentes.

4.3 População do estudo

O SINAN comporta o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes -VIVA, que permite a notificação e processamento de dados de vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras violências. É alimentado por meio da ficha de notificação e investigação dos casos de violências, enviadas por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, ⁽¹⁴¹⁾. Para seleção das notificações, foram considerados adolescentes de ambos os sexos de acordo com a classificação utilizada pela OMS, pertencentes a faixa etária de 10 a 19 anos⁽⁴⁰⁾.

4.4 Critérios de inclusão

Para o estudo, foram incluídas todas as notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica contra adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos inseridas no SINAN nos anos de 2009 a 2016.

4.5 Variáveis

Nos Quadros 2, 3 e 4 estão descritas as variáveis independentes, incluídas no estudo a partir da Ficha de Notificação de violência, relacionadas ao adolescente agredido, à agressão, ao agressor.

Quadro 2 - Variáveis Relacionadas ao Adolescente Agredido

Variáveis	Natureza	Descrição
Idade	Qualitativa ordinal	10 a 14 anos; 15 a 19 anos - adolescentes

Sexo	Qualitativa nominal	Masculino; Feminino
Escolaridade (anos de estudo)	Quantitativa discreta	0 – 4 anos; 5 – 8 anos; 9 – 11 anos; 12 anos e mais
Cor da Pele	Qualitativa nominal	Branca; preta; amarela; parda; Indígena
Situação Conjugal	Qualitativa nominal	Solteiro; casado/união consensual; viúvo/separado
Possui Algum Tipo de Deficiência ou Transtorno	Qualitativa nominal	Sim; não

*Código Brasileiro de Ocupações

Quadro 3 - Variáveis Relacionadas à Agressão

Variáveis	Natureza	Descrição
Tipo de violência	Qualitativa nominal	Física; psicológica/moral; violência sexual; negligência/abandono
Violência de Repetição	Qualitativa nominal	Sim; não
Meio de Agressão	Qualitativa nominal	Ameaça; Força corporal/espantamento; enforcamento; objeto contundente/ perfurocortante; arma de fogo; objeto quente/ queimadura; envenenamento/outro
Local de Ocorrência	Qualitativa nominal	Residência (residência e habitação coletiva); rua (via pública); escola; local de prática esportiva; outro (bar ou similar, comércio ou serviços, indústrias, construção)
Violência Sexual	Qualitativa nominal	Assédio sexual; estupro; pornografia infantil; exploração sexual

Quadro 4 - Variáveis Relacionadas ao Agressor

Variáveis	Natureza	Descrição
Sexo do provável autor da agressão	Qualitativa nominal	Masculino; feminino; ambos
Número de envolvidos	Qualitativa nominal	Um, dois ou mais.
Vínculo com o adolescente agredido	Qualitativa nominal	Parceiro íntimo (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado); conhecido/amigo; familiar (pai, mãe, padrasto, madrasta, filho (a), irmão(a)); desconhecido; outros (cuidador(a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, outros).
Suspeita de uso de álcool	Qualitativa nominal	Sim; não

4.6 Seleção de dados

O banco de dados foi solicitado por pesquisadora do grupo de pesquisa em violência da Universidade Federal de Santa Catarina, através do sistema de acesso à informação, e cedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, após assinatura de termo de responsabilidade de cessão das bases de dados da secretaria de vigilância em saúde, com aval da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Os dados referentes aos três Estados da região sul, no período de 01.01.2009 a 31.12.2016, foram extraídos do banco do SINAN e transferidos por meio do software *Stat Transfer*.

Foi utilizado o programa estatístico *Stata*, versão 14.0, para analisar as violências notificadas em adolescentes, apresentadas por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa (%), com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As análises foram apresentadas por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa (%), e regressão logística não ajustada e ajustada com os valores expressos em razão de chance Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de confiança de IC95%. Se testou a significância estatística usando-se o teste do qui-quadrado (χ^2) e considerado o valor de p inferior a 0,05 estatisticamente significativa para todas as variáveis incluídas no estudo. O teste qui-quadrado foi empregado para comparar duas proporções.

Os dados selecionados para esta exportação foram:

- DADOS GERAIS: data da notificação, UF, município de notificação, unidade notificadora, unidade de saúde e data da ocorrência da violência.
- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: data de nascimento, idade, sexo, gestante, raça/cor, escolaridade, nome da mãe.
- DADOS DE RESIDÊNCIA: UF, município de residência, zona.
- DADOS DA PESSOA ATENDIDA: ocupação, situação conjugal/estado civil, possui algum tipo de deficiência/transtorno, qual.
- DADOS DA OCORRÊNCIA: UF, município de ocorrência, zona, hora da ocorrência, local de ocorrência, ocorreu outras vezes, a lesão foi autoprovocada.
- VIOLÊNCIA: tipo de violência, meio de agressão.
- VIOLÊNCIA SEXUAL: tipo, procedimento realizado.

- DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO: Nº envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da agressão, suspeita de uso de álcool.

4.7 Processo de limpeza do banco de dados

Em primeiro momento foi realizada uma limpeza do banco de dados a partir da análise das informações coletadas e tabuladas, para utilização no software *Stata* versão 14.0, onde foram eliminados os dados missing ou blanc que apareceram após a extração dos dados do banco do SINAN. Esse foi um processo preparativo para rodar as análises de dados dos três estados.

4.8 Análise dos dados

As análises foram estratificadas segundo sexo e faixas etárias em dois grupos, 10 a 14 e 15 a 19 anos, por representarem diferentes fases de desenvolvimento da adolescência ⁽⁸⁾. As demais características foram analisadas de acordo com as informações registradas nas fichas de notificação de violência.

Variáveis em relação à vítima: cor da pele (branca, preta, amarela/indígena, parda); escolaridade em anos de estudos (0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais); estado civil (solteiro, casado/união estável); deficiência ou transtorno (físico, mental, comportamental, auditivo, visual e outras deficiências ou síndromes). Variáveis em relação a natureza de violência (física, psicológica, sexual e negligência).

Variáveis em relação ao vínculo/grau de parentesco com o adolescente agredido (pai, mãe, padrasto, parceiro íntimo [cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado], desconhecido, conhecido [conhecido/amigo]).

4.9 Questões Éticas

Por tratar-se de banco de dados secundário de acesso público, previamente tratado e concedido pelo Ministério da Saúde, e por não permitir acesso a informações que pudessem

identificar os participantes registrados nas notificações, este projeto de pesquisa não necessitou de apresentação e julgamento por comitê de ética em pesquisa.

5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos, concluídos para o fechamento da tese. O primeiro, “Características da violência doméstica contra adolescentes notificadas no SINAN na região sul do Brasil, 2009-2016”, será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública, Qualis A2 em Saúde Coletiva (quadriênio 2013-2016). O segundo artigo intitulado “Violência doméstica do tipo sexual contra adolescentes notificada por profissionais de saúde no Sul do Brasil de 2009 a 2016”, será traduzido e submetido ao periódico revista Child Abuse & Neglect, Qualis A2 em Saúde Coletiva (quadriênio 2013-2016).

5.1 Artigo 1 - Características da violência doméstica contra adolescentes notificadas no SINAN na região sul do Brasil, 2009-2016

Introdução

A Violência doméstica abrange todos os tipos de violência interpessoal entre pessoas que transitam ou residam em uma mesma casa, com ou sem laços consanguíneos, que tenham ou não algum grau de afetividade⁽¹⁾. E comporta atos de violência física, sexual, negligência, psicológica e suas variáveis^(2, 3). Considerado um fenômeno mundial, trata-se de um problema de saúde pública configurado no ambiente de convívio privado, decorrente de abusos de poder e de conflitos nas relações sociais de gênero e geração⁽⁴⁾.

Nos EUA, estima-se que cerca de 1.500 crianças e adolescentes morram anualmente vítimas de maus tratos ocorridos no lar⁽⁵⁾, mundialmente esta cifra supera a perda de 57.000 vidas todos os anos⁽⁶⁾. Segundo Flaherty *et al.* (2013)⁽⁷⁾ a incidência de violência doméstica em adolescentes - faixa etária de 10 a 19 anos⁽³⁾ - é maior entre os mais jovens até 14 anos. E de acordo com Fry *et al.* (2014)⁽⁸⁾ as taxas de violência doméstica variam de 17 a 35% nos países de renda baixa e média baixa e entre 1 a 13% em países de renda média alta e alta.

Em estudo de Hildebrand *et al.* (2015)⁽⁹⁾ sobre violência doméstica contra adolescentes realizado em Campinas/SP, Brasil, a violência psicológica foi a mais prevalente no grupo pesquisado (58,3%), seguida da negligência (56,7%), violência física (43,7%) e a

sexual (19%). Dos Santos et al. (2017)⁽¹⁰⁾, identificaram a violência física como a mais prevalente forma de agressão contra adolescentes (44,7%), sendo a residência o local de ocorrência em 61,5% dos casos. Frías e Finkelhor (2017)⁽¹¹⁾ apontam o adolescente como vítima de violência psicológica, física e sexual, ocorrendo em espaços públicos e em casa.

As consequências dessa violência são várias, ao estudar adolescentes canadenses Armiento *et al.* (2016)⁽¹²⁾ identificou que o adolescente ser testemunha ou vítima de violência doméstica é fator de risco para automutilação. Enquanto Gallo *et al.* (2017)⁽¹³⁾, relacionou a violência doméstica como fator de risco de depressão profunda em adolescentes do sexo feminino. Dias De Mattos Souza *et al.* (2016)⁽¹⁴⁾ e Yi-Ju *et al.* (2017)⁽¹⁵⁾ apontam a ideação suicida como resultante da violência doméstica contra adolescentes e Millett *et al.* (2013)⁽¹⁶⁾ as atitudes violentas de adolescentes nos mais diversos ambientes. As sequelas da violência doméstica podem permear a vida adulta⁽¹⁷⁾ e até mesmo ser causa de óbito nessa população^(18, 19).

Grande parte os estudos sobre violência doméstica contra adolescentes, apontam os agressores como pessoas próximas, onde em muitos casos o agressor é membro da família⁽²⁰⁾, padrastos⁽²¹⁾, parceiros⁽²²⁾ e também pessoas do círculo social familiar e desconhecidos⁽²³⁾. Na violência física, as mães surgem como principais agressoras^(24, 25), na violência sexual, os principais agressores são amigos, desconhecidos e familiares⁽²⁶⁾, avós, avôs e madrastas aparecem como potenciais agressores de violência psicológica⁽²¹⁾, enquanto que para negligência, pais e mães são os maiores agressores⁽²⁷⁾.

Em muitos casos a constatação da violência doméstica ocorre em serviços de saúde, esse tipo de atendimento exige que o profissional identifique o quadro - quando não informado pela vítima ou responsáveis - e realize o acolhimento, anamnese, profilaxias, tratamento dos agravos resultantes e posterior encaminhamento para outros setores de acordo com a necessidade⁽²⁸⁾. Além disto, realizar a notificação por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que estabeleceu a violência doméstica e outras violências como agravos de notificação compulsória⁽²⁹⁾. O presente trabalho identifica as características da violência doméstica contra adolescentes na faixa etária de 10-19 anos notificada no SINAN no Sul do Brasil, compreendendo os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no período de 2009 a 2016.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo dos registros do SINAN de violência doméstica contra adolescentes, no período de 2009 a 2016 referente a população dos três Estados da região sul do Brasil: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Segundo projeção do IBGE em 2017, os três Estados apresentavam, conjuntamente, uma população estimada em 4.765.419 adolescentes⁽³⁰⁾.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) comporta o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que permite a notificação e processamento de dados de vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras violências. É alimentado por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, por meio de uma ficha de notificação e investigação dos casos de violências⁽³¹⁾.

Para seleção das notificações, foram considerados registros de adolescentes de ambos os sexos na faixa etária de 10 a 19 anos de acordo com a classificação utilizada pela OMS⁽³⁾. As análises foram estratificadas segundo sexo e faixas etárias em dois grupos: 10 a 14 e 15 a 19 anos por representarem diferentes fases de desenvolvimento da adolescência⁽³⁾. As demais características foram analisadas de acordo com as informações registradas nas fichas de notificação de violência.

Variáveis em relação à vítima: cor da pele (branca, preta, amarela/indígena, parda); escolaridade em anos de estudos (0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais); estado civil (solteiro, casado/união estável); deficiência ou transtorno (físico, mental, comportamental, auditivo, visual e outras deficiências ou síndromes). Variáveis em relação a natureza de violência: física, psicológica, sexual, negligência e autoprovocada. Variáveis em relação ao vínculo com agressor (pai, mãe, padrasto, parceiro íntimo, conhecido, desconhecido).

Utilizou-se o software Stat Transfer para transferir os dados e posterior análise no software Stata versão 14.0. As análises das violências notificadas em adolescentes foram apresentadas por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa (%), com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Foi testada a significância estatística usando-se o teste do qui-quadrado (χ^2) e considerado o valor de p inferior a 0,05 como estatisticamente significativo para todas as

variáveis incluídas no estudo. O teste qui-quadrado foi empregado para comparar duas proporções.

O banco de dados deste estudo, foi solicitado por pesquisadora do grupo de pesquisa em violência da Universidade Federal de Santa Catarina e coautora deste manuscrito, através do sistema de acesso à informação, e cedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, após assinatura de termo de responsabilidade de cessão das bases de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, com aval da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis. Por se tratar de banco de dados secundário e fornecido por órgão federal, este tipo de estudo dispensa a avaliação de comitê de ética em pesquisa. O banco de dados foi previamente tratado pelo Ministério da Saúde e não apresenta dados de identificação das vítimas.

Resultados

Do total de violência doméstica notificada contra adolescentes a maioria foi contra aqueles de cor de pele branca (75,7%), com 5 a 8 anos de estudo (55,5%), solteiros (90,7%) e sem deficiências (90,3%). Quando estratificados por sexo as características relacionadas as notificações de violências foi destaque nos meninos em ambas faixas etárias, escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo, solteiros e quanto a deficiência a faixa etária entre 10 e 14 anos apresentou percentual maior (8,7%). No sexo feminino, a escolaridade de 5 a 8 se concentra na faixa etária de 10 a 14 anos e na faixa de 15 a 19 anos, se destaca adolescentes com 9 e 11 anos de estudo. 46,0%. Das adolescentes de 15 a 19 anos 19,9% estavam casadas ou em união estável. Em ambos os sexos a maior concentração de notificações ocorreu na faixa etária de 15 a 19 anos. As demais características da amostra encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas de adolescentes da região sul do Brasil, estratificadas por sexo e faixas etárias, registrada no SINAN entre 2009 e 2016.

			Masculino				Feminino				p
			10-14 anos		15-19 anos		10-14 anos		15-19 anos		
			n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Raça	N	%									
Branca	44.776	75,7	6.215 (72,8)	71,9 - 73,8	9.233 (74,1)	73,3 - 74,8	12.895 (75,5)	74,9 - 76,1	16.433 (77,9)	77,3 - 78,4	<0,001
Preta	3.333	5,6	502 (5,9)	5,4 - 6,4	744 (6,0)	5,6 - 6,4	971 (5,7)	5,3 - 6,0	1.116 (5,3)	5,0 - 5,6	<0,001
Amarelo/Indígena	678	1,2	77 (0,9)	0,7 - 1,1	181 (1,5)	1,3 - 1,7	179 (1,0)	0,9 - 1,2	241 (1,1)	1,0 - 1,3	<0,001
Parda	10.381	17,5	1.737 (20,4)	19,5 - 21,2	2.304 (18,4)	17,8 - 19,2	3.032 (17,8)	17,2 - 18,3	3.308 (15,7)	15,2 - 16,2	<0,001
Escolaridade/anos											
0-4	8.308	16,6	2.764 (37,5)	36,4 - 38,6	969 (9,5)	9,0 - 10,1	3.281 (22,3)	21,6 - 23,0	1.294 (7,3)	6,9 - 7,7	0,018
5-8	27.726	55,5	4.343 (58,9)	57,7 - 60,0	5.228 (51,4)	50,4 - 52,4	10.394 (70,7)	70,0 - 71,5	7.761 (43,9)	43,1 - 44,6	<0,001
9-11	13.271	26,6	267 (3,5)	3,2 - 4,1	3.834 (37,7)	36,7 - 38,6	1.021 (6,9)	6,5 - 6,7	8.148 (46,0)	45,3 - 46,8	0,013
12 ou mais	637	1,3	3 (0,1)	0,0 - 0,1	143 (1,4)	1,2 - 1,7	10 (0,1)	0,0 - 0,05	490 (2,8)	2,5 - 3,0	<0,001
Situação Conjugal											
Solteiro	48.378	90,7	7.069 (99,4)	99,1 - 99,5	11.430 (95,6)	95,2 - 95,9	13.860 (96,0)	95,5 - 96,2	16.019 (80,1)	78,6 - 79,7	<0,001
Casado/união estável	4.974	9,3	41 (0,6)	0,4 - 0,8	505 (4,4)	3,9 - 4,6	573 (4,0)	3,6 - 4,3	3.855 (19,9)	18,5 - 19,6	<0,001
Deficiência*											
Sim	4.005	9,7	747 (8,7)	7,6 - 9,8	819 (6,6)	5,4 - 7,6	1.021 (6,3)	4,8 - 7,5	1.418 (6,7)	38,2 - 39,6	<0,001
Não	55.163	90,3	8.531 (91,3)	90,2 - 92,4	12.462 (93,4)	92,0 - 94,6	16.056 (93,7)	92,0 - 95,4	19.680 (93,3)	92,6 - 94,9	<0,001

* Corresponde ao registro de deficiência ou transtorno, físico, mental, comportamental, auditivo, visual e outras deficiências ou síndromes.

Os tipos de violência que apresentaram maior prevalência assumem padrões quanto aos tipos de violência, e estes se repetem em ambos os sexos e faixas etárias, sendo que o sexo feminino apresentou números absolutos de notificação amplamente superior em relação ao sexo masculino. Destaque para a violência sexual de 10 a 14 para os adolescentes n= 772 (77,7%), as adolescentes n= 6.194 (68,0%), seguidas da negligência e

violência psicológica nos dois grupos. Na faixa etária de 15 a 19 anos em ambos os sexos se conforma outro padrão, onde se destacam a violência autoprovocada, sexo masculino n= 2.048 (77,7%), e no sexo feminino n= 4.458 (68,9%), seguida da violência física e psicológica (Tabela 2).

Tabela 2. Tipos de violência doméstica da região sul do Brasil estratificada por sexo e faixa etária, notificadas no SINAN entre 2009 e 2016.

Tipos de Violência	Masculino						Feminino						p
	N	%	10-14 anos		15-19 anos		N	%	10-14 anos		15-19 anos		
			n (%)	IC95%	n (%)	IC95%			n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Física	11.871	41,3	3.583(30,2)	29,3- 31,0	8.288(69,8)	68,9-70,6	16.846	58,7	5.422(32,2)	31,4-32,8	11.424(67,8)	67,1-68,5	<0,001
Negligência	4.566	46,7	3.089(67,6)	66,2-68,9	1.477(32,4)	31,0-33,7	5.209	53,3	2.970(57,0)	55,6-58,3	2.239(43,0)	41,6-44,3	<0,001
Psicológica	3.227	26,0	1.736(53,8)	52,0-55,5	1.491(46,2)	44,4-47,9	9.175	74,0	4.061(44,3)	43,2-45,2	5.114(55,7)	54,7-56,7	<0,001
Autoprovocada	2.635	29,0	587(22,3)	20,7-23,9	2.048(77,7)	76,0-79,2	6.468	71,0	2.010(31,1)	21,9-32,2	4.458(68,9)	67,7-70,0	<0,000
Sexual	994	9,8	772(77,7)	74,9-80,1	222(22,3)	19,8-25,0	9.110	90,2	6.194 (68,0)	67,0-68,9	2.916(32,0)	31,0-32,9	<0,001

Em relação ao possível agressor das violências notificadas contra adolescentes do sexo feminino na região Sul do Brasil (Tabela 3a), na faixa etária entre 10 e 14 anos, para a violência física, o conhecido (22,3%) seguido do pai (16,7%) e da mãe (15,6%) figuraram como os principais autores e para a faixa etária dos 15 aos 19 anos essa configuração se altera substancialmente, uma vez que os parceiros íntimos passam a ser os principais agressores com 33,1%, seguidos dos conhecidos (15,5%) e desconhecidos (14,3%). Este mesmo grupo de agressores se repete para a violência psicológica na faixa etária de 15 a 19 e nos mais jovens foram conhecidos (23,7%) pai (20,4%) e mãe (17,0). A negligência, em ambas as faixas etárias, apresentou os pais como principais agressores. A violência sexual nas adolescentes menores teve como agressor notificado os conhecidos (29,9%), padrastos (15,7%) e parceiros (15,1%). Na faixa etária de 15 a 19 anos os desconhecidos (43,8%) configuraram-se como principais agressores, seguidos dos conhecidos (22,8%).

Tabela 3a

Tipo de violência, sexo e faixa etária da vítima em relação ao possível agressor para adolescentes do sexo feminino.

		FEMININO																							
		10-14 anos												15-19 anos											
		Pai		Mãe		Padrasto		Parceiro		Conhecido		Desconhecido		Pai		Mãe		Padrasto		Parceiro		Conhecido		Desconhecido	
Violência		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Física		570 (16,7)	15,5-18,0	532 (15,6)	14,4-16,9	3,4 (8,9)	8,0-9,9	223 (6,6)	5,8-7,4	760 (22,3)	20,9-23,7	398 (11,7)	10,6-12,8	449 (6,2)	5,7-6,8	361 (5,0)	4,5-5,5	210 (2,9)	2,5-3,3	2.384 (33,1)	30,2-34,0	1.119 (15,5)	14,7-16,3	1.035 (14,3)	0,4-13,7
Negligência		1.333 (46,6)	44,8-48,4	2.178 (75,3)	73,7-76,9	173 (6,0)	5,2-6,9	230 (7,7)	7,0-9,0	174 (6,0)	5,2-7,0	87 (3,0)	2,4-3,7	1.098 (50,4)	48,3-52,5	1.705 (77,5)	75,7-79,2	69 (3,1)	2,5-4,0	266 (12,1)	10,8-13,6	60 (2,7)	2,1-3,5	53 (2,4)	2,1-3,5
Psicológica		808 (20,4)	19,1-21,6	676 (17,0)	16,0-18,2	611 (15,4)	14,3-16,6	255 (6,4)	5,7-7,2	941 (23,7)	22,4-25,0	420 (10,6)	9,7-11,6	473 (9,5)	8,7-10,3	351 (7,0)	6,3-7,8	259 (5,2)	4,6-5,8	1.787 (35,9)	34,6-37,2	757 (15,2)	14,2-16,2	752 (15,1)	14,1-16,1
Sexual		701 (11,7)	10,9-12,5	308 (5,1)	4,6-5,7	647 (15,7)	14,8-16,7	902 (15,1)	14,2-16,0	1.791 (29,9)	28,7-31,1	847 (14,2)	13,3-15,1	195 (6,9)	6,0-7,9	65 (2,3)	1,8-2,9	267 (9,5)	8,5-10,6	227 (8,1)	7,2-9,2	637 (22,8)	21,3-24,4	1.231 (43,8)	42,0-45,6

A seguir a Tabela 3b referente ao sexo masculino, na faixa etária entre 10 e 14 anos aponta o conhecido (27,9%), mãe (20,2%) e pai (18,2%) como agressores notificados para violência física; e na faixa dos 15 aos 19 anos destacaram-se o desconhecido (38,6%) e conhecido (26,3%). Para violência psicológica na faixa dos 10 aos 14 anos os principais agressores foram o conhecido (23,7%), o pai (30,3%) e a mãe (29,0%); já na faixa etária superior foram o conhecido (30,1%) e o desconhecido (23,3%). A negligência, em ambas as faixas etárias, apresentou o pai e a mãe como os principais agressores. A violência sexual para os adolescentes da faixa etária menor teve como possível agressor o conhecido (40,7%), o pai (11,1%) e desconhecido (11,0%); e na faixa etária dos 15 aos 19 anos, as notificações apontam o conhecido (38,0%) e desconhecido (30,3%).

Tabela 3b

Tipo de violência, sexo e faixa etária da vítima em relação ao possível agressor para adolescentes do sexo masculino.

MASCULINO																									
		10-14 anos												15-19 anos											
		Pai		Mãe		Padrasto		Parceiro		Conhecido		Desconhecido		Pai		Mãe		Padrasto		Parceiro		Conhecido		Desconhecido	
Violência	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Física	402 (18,2)	16,7-19,9	445 (20,2)	18,6-21,9	181 (8,2)	7,14-9,44	5 (0,2)	0,0-0,5	614 (27,9)	26,2-29,8	320 (14,5)	13,0-16,0	322 (6,6)	5,9-7,3	260 (5,3)	4,7-5,9	97 (2,0)	1,6-2,4	97 (2,0)	1,6-2,4	1.283 (26,3)	25,1-27,5	1.886 (38,6)	37,3-40,0	
Negligência	1.588 (52,6)	50,8-54,4	2.385 (78,3)	76,8-80,0	142 (4,7)	4,0-5,4	4 (0,1)	0,0-0,0	107 (3,5)	3,0-4,2	69 (2,3)	1,8-2,9	867 (60,0)	57,3-62,3	1.133 (78,2)	76,0-80,2	34 (2,3)	1,7-3,3	3 (0,2)	0,0-0,6	67 (4,6)	3,6-5,8	123 (8,4)	7,1-10,0	
Psicológica	516 (30,3)	28,1-32,5	494 (29,0)	26,9-31,2	199 (11,7)	10,3-13,3	1 (0,1)	0,0-0,0	401 (23,7)	21,7-25,8	145 (9,0)	7,3-10,0	171 (11,7)	10,1-13,4	137 (9,3)	8,0-11,0	77 (5,2)	4,2-6,5	40 (2,75)	2,0-3,7	439 (30,1)	2,8-3,2	338 (23,2)	21,1-25,5	
Sexual	81 (11,1)	9,0-13,6	29 (4,0)	2,8-5,7	71 (9,7)	7,8-12,1	3 (0,4)	0,1-1,3	293 (40,7)	37,2-44,4	79 (11,0)	8,9-13,5	19 (9,0)	5,8-13,7	11 (5,2)	2,9-9,2	16 (7,5)	4,6-12,0	3 (1,4)	0,4-4,3	80 (38,0)	31,6-44,7	63 (30,3)	24,4-37,0	

Discussão

Entre 2009 e 2016 foram registradas 70.101 notificações de violência doméstica contra adolescentes no SINAN da Região Sul do Brasil, destes 46.808 referentes a vítimas do sexo feminino e 23.293 do sexo masculino, mais de oitocentas violências notificadas por mês, onde três quartos das vítimas eram adolescentes de cor da pele branca. Para Seyferth (2000)⁽³²⁾ e De Oliveira (2007)⁽³³⁾, a predominância étnica da cor de pele branca na região sul pode estar relacionada ao intenso assentamento de imigrantes de países europeus no período de ocupação migratória dos três Estados. Quanto a escolaridade e de acordo com a classificação do Ministério da Educação (2012)⁽³⁴⁾ referente a idade e anos de estudo, a maioria das vítimas não apresentavam baixa escolaridade, considerada como fator de risco para sofrer violência⁽³⁵⁾.

Nos dados deste estudo destacou-se um número considerável de adolescentes, (mais de quatro mil), em união estável/casamento, sendo que os registros de união se referem majoritariamente ao sexo feminino. Estes dados reverberam a realidade brasileira apontada por relatório da Organização das Nações Unidas (2017)⁽³⁶⁾, onde o Brasil desponta como o primeiro no ranking de países da América Latina em casamento infantil e o quarto no mundo. As consequências desta prática são diversas; Kidman (2016)⁽³⁷⁾ estudou o casamento de menores em trinta e quatro países e o identificou como responsável por 30% dos registros de abuso sexual e violência física por parceiro íntimo. Em estudos de Yount (2016)⁽³⁸⁾ e Erulkar (2013)⁽³⁹⁾ o casamento antes dos 18 anos, é identificado como fator de risco para sofrer violência por parceiro íntimo e familiares.

Os razões por trás do casamento na adolescência são várias e vão desde questões de cunho cultural, a aspectos sociais e econômicos⁽⁴⁰⁾. No entanto, mesmo se destacando negativamente na América Latina e no mundo o Brasil não enfrenta o casamento de menores como um tema de importância pública. Desta forma, campanhas ou iniciativas contra esse problema são inexistentes, e a falta de atenção a esse assunto faz supor que as adolescentes brasileiras sofram as mesmas consequências na saúde que sofrem as adolescentes de outras partes do mundo.

Na terceira posição entre as formas de violência mais prevalentes neste estudo desponta a violência psicológica. De acordo com Krug *et al.* (2002)⁽⁴¹⁾ a violência psicológica

compreende qualquer forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, humilhação, cobrança exagerada ou ação que cause danos à autoestima dos adolescentes. Segundo Silva, Coelho e Caponi (2007)⁽⁴²⁾ a violência psicológica é a antecedente silenciosa de outras formas de violência, podendo também ocorrer concomitante a estas.

Sendo assim, pode-se esperar que a mesma fosse a mais notificada; no entanto, Maia *et al.* (2017)⁽²¹⁾ ressalta que a violência psicológica é a menos identificada por não deixar marcas perceptíveis. Abranches *et al.* (2013)⁽⁴³⁾, expõe que a percepção desse tipo de violência exige compreensão, abertura e sensibilidade por parte de profissionais e mesmo das vítimas, que muitas vezes não identificam a sua existência em detrimento de outras formas de violência. O que nos leva a uma conjectura de que os números sobre a violência psicológica poderiam ser bem maiores, por possivelmente ocorrer concomitantemente a outras formas de violência, com sérios danos à saúde dos adolescentes⁽¹³⁾.

Neste estudo os agressores da violência psicológica na faixa etária de 10 a 14 anos de ambos os sexos foram principalmente os pais (pai e mãe) e conhecido. Discordando de publicação de Maia *et al.* (2017)⁽²¹⁾ que apontou a madrasta (28,0%) e a mãe (19,1%) como principais agressoras da violência psicológica seguidas das avós. E para as adolescentes de 15 aos 19 anos o conhecido, desconhecido e o parceiro íntimo, sendo que este último, é apontado por Chacham, Maia e Camargo (2012)⁽⁴⁴⁾ como agressor da violência psicológica na forma de comportamento controlador.

A violência sexual e a negligência foram os outros tipos de violência de maior prevalência neste estudo, ocupando respectivamente a primeira e segunda posições na faixa etária dos 10 aos 14 anos de ambos os sexos. Estudo sobre adolescentes vítimas de violência doméstica publicado por Zambon *et al.* (2012)⁽⁴⁵⁾, identificou também a violência sexual e a negligência como os dois tipos de violência predominantes nas vítimas.

Em relatório sobre adolescentes vítimas de violência sexual no Brasil, o Ministério da Saúde (2018)⁽²⁶⁾, aponta que das 83.068 notificações, 6.344 (7,6%) correspondiam a vítimas do sexo masculino e 76.716 (92,4%) ao sexo feminino, das vítimas 67,8% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos. Delzियोvo *et al.* (2017)⁽²⁸⁾ analisou as características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados no SINAN de Santa Catarina, Brasil, e levantou que as adolescentes foram vítimas em 69,7% dos casos,

sendo que destas, 47,3% tinham de 10 a 14 anos. A vítimas entre adolescentes do sexo feminino é confirmada por outros autores^(10, 18, 46).

Corroborando com os estudos citados, o grupo de adolescestes de 10 a 14 anos neste estudo, foi preponderante entre as vítimas de violência sexual, para ambos os sexos com destaque para vítimas do sexo masculino. Pesquisa publicada por Pelisoli *et al.* (2010)⁽⁴⁷⁾ sobre violência sexual contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul/Brasil, chamou a atenção para o aumento dos casos de violência sexual contra o sexo masculino.

Pesquisando a violência sexual masculina Sumner *et al.* (2016)⁽²³⁾ entrevistou 4.000 adolescentes e adultos jovens no Haiti, Kenya e Camboja, e apurou que o percentual de meninos vítimas de violência sexual variou de 23,1% no Haiti, para 14,8% no Kenya, e 5,6% no Camboja. Chynoweth (2017)⁽⁴⁸⁾ publicou estudo de base populacional sobre violência sexual masculina, e constatou que 27% dos 200 refugiados sírios entrevistados haviam sofrido violência sexual na infância e adolescência, e 10,8% de 520 respondentes libaneses também haviam sofrido a mesma forma de abuso.

Este estudo, detectou que a faixa etária de 10 a 14 anos foi a que mais sofreu violência sexual - com destaque para os adolescentes do sexo masculino. Como tentativa de se explicar esse padrão, podemos cogitar que adolescentes de 10 a 14 anos, talvez por maior vulnerabilidade desses adolescentes que estão saindo da infância.

Nas notificações de violência deste estudo da Região Sul do Brasil, os principais agressores da violência sexual foram, o conhecido para os adolescentes menores, e o desconhecido na faixa etária de 15 a 19 anos. O alto registro de desconhecidos como agressores de violência sexual, parece ser um dado que apresenta um viés intrínseco, pois o desconhecido é registrado em praticamente metade das notificações, e a circulação de pessoas estranhas em ambientes de convívio doméstico/familiar não é comum. Segundo Nascimento (2009)⁽⁴⁹⁾ em muitos casos a identidade do agressor pode ser propositalmente escondida devido à preocupação com as consequências para imagem pública da família, ou do agressor caso este seja identificado.

Al-Eissa *et al.*, (2015)⁽⁵⁰⁾ pesquisou estudantes Árabes, e seu estudo expõe outra realidade de abuso sexual de adolescentes, -o maior número de vítimas do sexo masculino- em seu estudo, as meninas aparecem como a principal vítima de todos os tipos de violência, exceto a sexual, onde as vítimas foram majoritariamente do sexo masculino.

Von Hohendorff, Habigzang e Koller (2012)⁽⁵¹⁾ chamam a atenção para as vítimas do sexo masculino principalmente na faixa etária mais jovem, e alerta que a violência sexual masculina carece de maior visibilidade social a fim de que as vítimas, profissionais e sociedade em geral possam perceber a sua gravidade.

O segundo tipo de violência mais prevalente neste estudo nos adolescentes mais jovens de ambos os sexos foi a negligência. Hubbard (2017)⁽⁵²⁾, define a negligência como um fenômeno que se expressa pela ausência de interações nutritivas de sintonia e conexão de qualidade dentro do ambiente familiar.

Neste estudo, os meninos de 10 a 14 anos, foram as principais vítimas deste tipo de violência, corroborando com Souza *et al.*,(2014)⁽⁵³⁾ e Dos Santos *et al.*(2017)⁽¹⁰⁾ que identificaram o adolescente do sexo masculino como mais propenso a sofrer negligência. Os principais agressores deste tipo de violência neste estudo foram os pais (mãe e pai), dado que corrobora com achados de Franzin *et al.*,(2014)⁽⁵⁴⁾ que identifica os pais como principais agressores em seu estudo.

Na faixa etária dos 15 aos 19 anos é notória a alta prevalência de violência física e de violência autoprovocada. Sendo que a violência física se destaca como a violência interpessoal de maior notificação em estudo de Maranhão *et al.*,(2014)⁽⁵⁵⁾. Dos Santos *et al.* (2017)⁽¹⁰⁾ analisou amostra de 5.259 notificações e identificou a violência física como a mais notificada; e o sexo masculino como o mais propenso a sofrer violência física e negligência.

A proeminência da violência física em diferentes estudos, talvez ocorra pelo fato desse tipo de violência ser a de mais fácil detecção, pois na maioria das vezes produz sequelas visíveis⁽⁵⁶⁾. Outro fato é que o uso de violência física como método educativo é culturalmente segue resistindo com apoiadores em todo território nacional^(18, 21), por ser erroneamente entendido como a forma mais direta de se disciplinar os filhos, o que expõe a incapacidade de muitos pais e cuidadores de utilizar outros métodos educacionais⁽²⁵⁾.

O principal agressor da violência física para os adolescentes de 15 a 19 anos do sexo masculino foram o conhecido e o desconhecido, no sexo feminino o parceiro íntimo e o conhecido, contrariando autores que apontam a mãe como principal agressora para este tipo de violência^(21, 55) é importante salientar que o parceiro surgiu como o principal agressor do sexo feminino na violência física, indicando padrões de violência existentes na vida adulta e que podem ter início na adolescência.

A violência autoprovoada foi a quarta violência mais notificada neste estudo e se apresentou mais prevalente na faixa etária de 15 aos 19 anos de ambos os sexos. Segundo Krug *et al.* (2002)⁽⁴¹⁾ a violência autoprovoada envolve os auto abusos (agressões a si próprio e as automutilações), a ideação suicida (pensar, planejar o próprio suicídio), a tentativa de suicídio (frustrada por algum motivo alheio a vontade do indivíduo) e o suicídio consumado.

Este tipo de violência talvez seja uma das mais danosas consequências da violência doméstica, pois distorce profundamente o adolescente a ponto deste assumir a ambígua condição de agressor e vítima. Esta alteração foi apontada por Armiento *et al.*, (2016)⁽¹²⁾ ao estudar adolescentes canadenses que haviam presenciado ou sofrido violência doméstica e se tornaram vítimas de automutilação; em outro estudo, Dias de Mattos Souza *et al.* (2016)⁽¹⁴⁾ apontou a ideação suicida como consequência de violência doméstica. Situação semelhante foi registrada Yi-Ju *et al.*, (2017)⁽¹⁵⁾ que estudou adolescentes de escolas de Taiwan, na China, e identificou sintomas de depressão e ideação suicida – a violência autoprovoada como consequência da violência doméstica é reportada em estudos com adolescentes do Paquistão, Ayub *et al.*, (2013)⁽⁵⁷⁾, da América do Norte, Beard *et al.*, (2017)⁽⁵⁸⁾, na Coreia do Sul, Choi (2015)⁽⁵⁹⁾ e México Rivera-Rivera *et al.*, (2015)⁽⁶⁰⁾.

Ao estudar a violência autoprovoada Cicogna e colaboradores (2019)⁽⁶¹⁾ chamam a atenção para as mortes por lesões autoprovoadas no Brasil, onde 85,32% dos óbitos ocorreram nos adolescentes de 15 a 19 anos. Segundo a OMS (2014)⁽⁶²⁾, a violência autoprovoada na forma de suicídio é a 3ª principal causa de morte entre adolescentes mais velhos (15 a 19 anos), onde a taxa de óbito é de 15 vítimas por 100 mil habitantes para o sexo masculino e 8 por 100 mil para o feminino. Diante do exposto, não podemos subestimar os malefícios que a violência doméstica podem trazer para os adolescentes.

Outros males resultantes da violência doméstica contra adolescentes são: a depressão grave e outros distúrbios psiquiátricos⁽¹³⁾, disfunções orgânicas e comportamentais⁽⁶³⁾, abortos, grande número de parceiros sexuais, infecções sexualmente transmissíveis⁽²²⁾, comportamento violento, reincidência como vítima ou agressor⁽⁶⁴⁾.

Outro agravante que devemos considerar é o da perpetuação da violência, através do processo da transgeracionalidade, onde ocorre a perpetuação dos legados, valores e crenças impostas ou aprendidas pela exposição a estes⁽⁶⁵⁾. Segundo Colossi *et al.*, (2015)⁽⁶⁶⁾ adolescentes inseridos em contextos de violência familiar, seja no papel de vítima ou de

testemunha de violência, tendem a repetir no convívio social e mesmo na vida adulta o padrão de relacionamento aprendido.

Diante desse cenário percebe-se a necessidade de um posicionamento, proativo nos diferentes níveis de nossa sociedade e governo no combate a violência doméstica contra adolescentes, com planos e ações que contemplem as vítimas e também as famílias. Ressalta-se que esta pesquisa se propôs a estudar de forma exclusiva as vítimas de violência doméstica na faixa etária de adolescentes, reconhecendo esse como grupo singular com suas particularidades, necessidades e direitos.

A literatura nacional e internacional tem gradativamente reconhecido a importância desse recorte. É relevante evitarmos mesclar diferentes faixas etárias, seja em recortes envolvendo crianças e adolescentes, ou estes com adultos jovens. Todos esses trabalhos possuem valor para a compreensão do fenômeno da violência, mas a adolescência precisa ser olhada e reconhecida por pesquisadores e estudiosos como uma fase tão única quanto a infância, a velhice ou a fase adulta.

Como limitações desse estudo, podemos apontar que os dados estudos sofrem influência da subnotificação, especialmente por se tratar de adolescentes uma população comumente negligenciada nos serviços de saúde. É salientar que as implicações dos achados dessa pesquisa refletem um recorte territorial o que acrescenta novas informações, mas não permite generalizações quanto a realidade de adolescentes em outras partes do nosso território.

Esperamos que as informações coletadas neste estudo possam ampliar o conhecimento no campo da pesquisa em violência, especialmente da violência doméstica contra adolescentes – e sensibilizar tomadores de decisão e a sociedade em geral a combater esse mal que se esconde atrás da barreira de silêncio de muitas famílias e que contribui para que o fenômeno da violência doméstica afete a de adultos, crianças e adolescentes.

Referências:

1. Carlos DM, Ferriani MdGC, Esteves MR, Silva LMPd, Scatena L. Social support from the perspective of adolescent victims of domestic violence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48:610-7.

2. WHO WHO, ISPCAN ISfPoCAaN. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006.
3. WHO. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines: World Health Organization-WHO; 2017.
4. Pinto Junior AA, Cassepp-Borges V, dos Santos JG. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015;23(2).
5. Flaherty EG, Sege RD, Hurley TP. Translating child abuse research into action. *Pediatrics*. 2008;122(Supplement 1):S1-S5.
6. Jenny C, Isaac R. The relation between child death and child maltreatment. *Archives of disease in childhood*. 2006;91(3):265-9.
7. Flaherty EG, Thompson R, Dubowitz H, Harvey EM, English DJ, Proctor LJ, et al. Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. *JAMA Pediatr*. 2013;167(7):622-9.
8. Fry D, Fang X, Kurdi Z, Grant D. Violence against Children in East Asia and the Pacific: A Regional Review and Synthesis of Findings. Bangkok: UNICEF; 2014.
9. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli MdL. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2015;28(2):213-21.
10. dos Santos TMB, Pitangui ACR, Bendo CB, Paiva SM, Cardoso MD, de Melo JPR, et al. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. *Child Abuse & Neglect*. 2017;67:216-27.
11. Frías SM, Finkelhor D. Victimization of Mexican youth (12–17 years old): A 2014 national survey. *Child Abuse & Neglect*. 2017;67:86-97.
12. Armiento J, Hamza CA, Stewart SL, Leschied A. Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *Journal of Affective Disorders*. 2016;200:212-7.
13. Gallo EAG, De Mola CL, Wehrmeister F, Goncalves H, Kieling C, Murray J. Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *J Affect Disord*. 2017;217:218-24.
14. Dias de Mattos Souza L, Lopez Molina M, Azevedo da Silva R, Jansen K. History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. *Psychiatry Res*. 2016;246:612-6.
15. Yi-Ju P, Kai-Dih J, Shiang-Ru L, Shih-Pin C, Yen-Feng W, Jong-Ling F, et al. Longitudinal risk factors for suicidal thoughts in depressed and non-depressed young adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51(9):930-7.
16. Millett LS, Kohl PL, Jonson-Reid M, Drake B, Petra M. Child maltreatment victimization and subsequent perpetration of young adult intimate partner violence: an exploration of mediating factors. *Child Maltreat*. 2013;18(2):71-84.
17. Shamu S, Shamu P, Zarowsky C, Temmerman M, Shefer T, Abrahams N. Does a history of sexual and physical childhood abuse contribute to HIV infection risk in adulthood? A study among post-natal women in Harare, Zimbabwe. *bioRxiv*. 2018:333872.
18. Andrade CdSS, Costa MCO, da Silva MLCA, Barreto CSLA. *Notificação da violência física e sexual de crianças e adolescentes: o papel do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA*. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2018;8(1):46-53.
19. Dawson M. Canadian trends in filicide by gender of the accused, 1961-2011. *Child Abuse Negl*. 2015;47:162-74.
20. Relva I, Fernandes O, Alarcão M. Dyadic Types of Sibling Sexual Coercion. *Journal of Family Violence*. 2017;32(6):577-83.

21. Maia RC, Nunes TGR, Silva LIdC, Silva KMd. Da Proteção ao Risco: Configurações da Violência Intrafamiliar na Juventude Paraense. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2017;33.
22. Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia*. 2017;30(1):34-46.
23. Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, et al. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Pediatrics*. 2016;137(5).
24. Almuneef MA, Alghamdi LA, Saleheen HN. Family profile of victims of child abuse and neglect in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016;37(8):882-8.
25. Durrant JE, Ensom R. Twenty-Five Years of Physical Punishment Research: What Have We Learned? *Journal of the Korean Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017;28(1):20-4.
26. MS MdS. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Brasília; 2018.
27. Clement ME, Berube A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*. 2016;138:86-92.
28. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33.
29. Brasil MdS. PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. In: Ministro Gd, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
30. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2018. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
31. Assis SGd, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TdO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:2305-17.
32. Seyferth G. As identidades dos imigrantes e o melting pot nacional. *Horizontes Antropológicos*. 2000;6:143-76.
33. de Oliveira M. Imigração e diferença em um estado do sul do Brasil: o caso do Paraná. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos Nouveaux mondes mondes nouveaux-Novo Mundo Mundos Novos-New world New worlds*. 2007.
34. Educação MMd. Etapas do ensino asseguram cidadania para crianças e jovens. 2012.
35. Ayub M, Mushtaq I, Mushtaq S, Hafeez MA, Helal N, Irfan M, et al. Domestic violence, mental illness and suicidal ideation - A study from Lahore, Pakistan. *Journal of Mental Health*. 2013;22(6):474-81.
36. ONU OdNU. Brasil tem maior número de casamentos infantis da América Latina e o 4º mais alto do mundo. 2017.
37. Kidman R. Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. *International journal of epidemiology*. 2016;46(2):662-75.
38. Yount KM, Crandall A, Cheong YF, Osypuk TL, Bates LM, Naved RT, et al. Child Marriage and Intimate Partner Violence in Rural Bangladesh: A Longitudinal Multilevel Analysis. *Demography*. 2016;53(6):1821-52.
39. Erulkar A. Early marriage, marital relations and intimate partner violence in Ethiopia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013;39(1):6-13.
40. UNFPA UNPF. State of the world population: Child marriage fact sheet. 2005.
41. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The lancet*. 2002;360(9339):1083-8.

42. Silva LLd, Coelho EBS, Caponi SNCd. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11:93-103.
43. Abranches CDd, Assis SGd, Pires TdO. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2995-3006.
44. Chacham AS, Maia MB, Camargo MB. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Rev bras estud popul*. 2012;29(2):389-407.
45. Zambon MP, de Ávila Jacintho AC, de Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012;58(4):465-71.
46. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MGd, et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2909-18.
47. Pelisoli C, Pires JPM, de Almeida ME, Dell'Aglio DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*. 2010;18(1):85-97.
48. Chynoweth S. *Sexual Violence Against Men and Boys*. United Nations High Commissioner for Refugees; 2017.
49. Nascimento SAV. Violência intrafamiliar e a síndrome do segredo. *Revista do Ministério Público de Goiás*. 2009:33-40.
50. Al-Eissa MA, AlBuhairan FS, Qayad M, Saleheen H, Runyan D, Almuneef M. Determining child maltreatment incidence in Saudi Arabia using the ICAST-CH: a pilot study. *Child Abuse Negl*. 2015;42:174-82.
51. Von Hohendorff J, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*. 2012;23(2):395-415.
52. Hubbard TL. It's Not All About The Behaviors: Identifying and Addressing Relational Neglect in Adolescence within the Familial Environment. *Reflections: Narratives of Professional Helping*. 2017;23(1):52-65.
53. Souza CdS, Costa MCO, Assis SGd, Musse JdO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:773-84.
54. da Silva Franzin LC, Olandovski M, Vettorazzi MLT, Werneck RI, Moyses SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child abuse & neglect*. 2014;38(10):1706-14.
55. Maranhão JH, Colaço VdFR, Santos Wsd, Lopes GS, Coêlho JPL. Violência, risco e proteção em estudantes de escola pública. *Fractal : Revista de Psicologia*. 2014;26(2):429-44.
56. Hoehn EF, Wilson PM, Riney LC, Ngo V, Bennett B, Duma E. Identification and evaluation of physical abuse in children. *Pediatric annals*. 2018;47(3):e97-e101.
57. Ayub M, Mushtaq I, Mushtaq S, Hafeez MA, Helal N, Irfan M, et al. Domestic violence, mental illness and suicidal ideation--a study from Lahore, Pakistan. *J Ment Health*. 2013;22(6):474-81.
58. Beard KW, Griffee K, Newsome JE, Harper-Dorton KV, O'Keefe SL, Linz TD, et al. Father-Daughter Incest: Effects, Risk-Factors, and a Proposal for a New Parent-Based Approach to Prevention. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2017;24(1-2):79-107.
59. Choi J-h, Yu M, Kim K-e. Suicidal ideation in adolescents: A structural equation modeling approach. *Nursing & Health Sciences*. 2015;17(1):119-25.

60. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcu B, Leyva-López A, Castro Fd. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*. 2015;57(3):219-26.
61. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALdLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2019;68(1):1-7.
62. Organization WH. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.
63. Cerqueira D, Coelho D. Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
64. Mossige S, Huang L. Poly-victimization in a Norwegian adolescent population: Prevalence, social and psychological profile, and detrimental effects. *PLoS ONE*. 2017;12(12):1-14.
65. Wagner A, Falcke D, Silveira LMBdO, Mosmann CP. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*. 2002;7:75-80.
66. Colossi PM, Marasca AR, Falcke D. De geração em geração: a violência conjugal e as experiências na família de origem. *Psico*. 2015;46:493-502.

5.2 Artigo 2 - Violência sexual contra adolescentes notificada por profissionais de saúde no Sul do Brasil de 2009 a 2016

Resumo

Reconhecida como uma violação dos direitos humanos a violência sexual é uma das formas de expressão de violência que ocorre transversalmente nas diferentes culturas, povos e níveis sociais, afligindo adolescentes em todo o mundo. Neste estudo buscou-se identificar as características da violência doméstica do tipo sexual contra adolescentes notificada nos três estados do Sul do Brasil, utilizando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, de 2009 a 2016. As variáveis pesquisadas foram: características da vítima, do agressor, da ocorrência e tipologia da violência. Os achados foram apresentados em prevalências e intervalos de confiança de 95%. Houve 10.104 notificações, predominando vítimas do sexo feminino; em ambos os sexos, a violência sexual ocorreu principalmente em adolescentes de cor de pele branca e parda, na faixa etária de 10 a 14 anos, agressores majoritariamente do sexo masculino, conhecidos das vítimas, que agiram sozinhos e não haviam consumido álcool. A violência sexual de repetição foi notificada em 60,4% dos adolescentes do sexo masculino e 48,0% do feminino. Espera-se com este trabalho, sensibilizar gestores, profissionais, acadêmicos e docentes da área da saúde e a população em geral. E por último, mas não menos importante, expor esse problema para que as

autoridades também sejam impulsionadas a agir, pois os dados de notificação são a mais triste constatação da passividade e ineficiência de nossas políticas diante do fenômeno da violência sexual contra adolescentes.

Palavras Chave: Violência Sexual; Adolescente, SINAN

Introdução

Violência sexual abrange todo ato ou jogo sexual ou qualquer ação na qual o agressor, valendo-se de sua posição de poder e usando de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, sob uso ou não de armas ou drogas, obriga a vítima a ter, presenciar ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais diretas ou não com o agressor ⁽¹⁾. Reconhecida como uma violação dos direitos humanos a violência sexual é uma das formas de expressão de violência doméstica que ocorre transversalmente nas diferentes culturas, povos e nos diferentes níveis sociais e aflige milhares de adolescentes em todo o mundo ^(2,3).

De acordo com Sethi *et al.* 2013 ⁽⁴⁾ a prevalência de violência sexual em países da Europa é de 20,0% em meninas e 5,0 a 10,0% nos meninos. Nos Estados Unidos, 19,9% de adolescentes que sofreram alguma forma de violência, foram vítimas de violência sexual ⁽⁵⁾. Estudos sobre a violência sexual contra adolescentes com dados da Austrália, Nova Zelândia, Canadá e EUA apontam prevalências de abuso sexual com alguma forma de penetração variando entre 5,0% e 10,0% nas meninas e 1,0% a 5,0% nos meninos ⁽⁶⁾.

No Brasil, entre os anos de 2011 e 2017 foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes ⁽⁷⁾. Em Santa Catarina, um estudo realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), identificou 2.010 notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual, que representaram 12,9% das notificações de todos os tipos de violência contra as mulheres, com predominância para as adolescentes como vítimas: 47,3% tinham de 10 a 14 anos de idade ⁽⁸⁾.

Quanto as características dos autores de violência sexual contra adolescentes, estudos demonstram que a maioria é do sexo masculino, com percentuais que variam de 74,9% a 96,7% ^(7,9,10). O local predominante da ocorrência é a residência em 69,3% dos casos e, em

83,6% destes, o agressor é do convívio privado da vítima - pais, padrastos, parentes, namorados ou amigos/conhecidos - ou estranhos com acesso à residência ^(9, 11).

Dada a complexidade do problema as vítimas de violência sexual podem passar por diferentes setores cumprindo protocolos distintos, em órgãos e serviços diversos que por vezes não se comunicam. Essas informações, ao serem utilizadas por pesquisadores, permitem identificar o problema, mesmo que de forma fragmentada, e até mesmo vislumbrar sua abrangência, mas no entanto, podem representar apenas uma fração de uma situação cuja real magnitude pode ser desconhecida devido à subnotificação ⁽¹²⁾.

Em 2016 no Brasil, houve 22.918 notificações de violência sexual no setor saúde comparada a 49.497 registros policiais. Como agravante dessa situação, se considera que muitos casos não sofrem registro em nenhum órgão, devido a todos os estigmas que envolvem as vítimas. Nos Estados Unidos, apenas 15,0% do total dos estupros são reportados à polícia. Caso a taxa de subnotificação no Brasil fosse semelhante à norte americana, ou, mais crível, girasse em torno de 90%, estaríamos falando de uma prevalência de estupro em território nacional entre 300 a 500 mil casos por ano ⁽¹³⁾.

Estudos apontam que a violência sexual repercute negativamente na trajetória de vida e desenvolvimento dos adolescentes ⁽¹⁴⁾. Segundo Souto *et al.* 2017 ⁽¹¹⁾ a violência sexual pode gerar adoecimento, morte ou sequelas físicas e emocionais que irão acompanhar a vítima ao longo da vida. O'keefe *et al.* 2017 ⁽¹⁵⁾ relatam disfunção da sexualidade e da capacidade de se relacionar na fase adulta. Mossige e Huang 2017 ⁽¹⁶⁾ apontam como consequência a polivitimização, depressão, ansiedade e síndrome de stress pós-traumático entre as vítimas de violência sexual. Além de dependência química, suicídio, comportamento violento, gravidez indesejada, óbito e abortos, grande número de parceiros sexuais, infecções sexualmente transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis também são citadas como sequelas deste tipo de violência ⁽⁴⁾.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo descrever as características dos casos de violência doméstica do tipo sexual contra adolescentes da região Sul do Brasil, notificados por profissionais de saúde nos anos de 2009 a 2016, relacionando-as com fatores demográficos, sexo, faixa etária das vítimas e autores da agressão. Espera-se dessa forma, agregar dados à produção científica sobre a violência sexual, chamando a atenção para este

recorte populacional, adolescentes, muitas vezes negligenciados, e avançar na compreensão e análise dessa preocupante realidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com base de dados dos registros do SINAN de violência doméstica do tipo sexual contra adolescentes, no período de 2009 a 2016, dos três estados da região Sul do Brasil: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Segundo projeção do IBGE, estes estados apresentavam conjuntamente uma população geral estimada em 2018, de 29.754.036 habitantes, sendo que 16,0% (4.765.419), eram adolescentes ⁽¹⁷⁾.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) comporta o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes -VIVA que permite a notificação e processamento de dados de vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras violências. É alimentado por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, por meio da ficha de notificação e investigação dos casos de violências ⁽¹⁸⁾.

Para este estudo, foram incluídas as notificações realizadas nos três estados da Região Sul do Brasil de violência sexual contra adolescentes de ambos os sexos pertencentes a faixa etária de 10 a 19 anos de acordo com a classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde (1).

A fonte de dados provém das notificações do SINAN VIVA Contínuo, um Sistema de Informação em Saúde, com acesso público liberado por meio de trâmite no Serviço de Informação ao Cidadão da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde ⁽¹⁹⁾.

Para as análises estatísticas foi utilizado o *software Stata* 14.0. O desfecho violência sexual foi estratificado segundo sexo e faixa etária, em dois grupos: 10 a 14 e 15 a 19 anos, por representarem diferentes fases de desenvolvimento da adolescência ⁽²⁰⁾. As demais características foram analisadas de acordo com as informações registradas nas fichas de notificação de violência, sendo descritas abaixo.

Com relação à vítima foram considerados: sexo, cor da pele, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, presença de deficiência ou transtorno. Quanto à ocorrência, foram analisadas, sexo do autor, número de envolvidos, vínculo com a vítima e consumo de álcool.

As variáveis foram analisadas por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) e intervalos de confiança de 95%(IC95%). A associação entre as variáveis foi testada por meio da regressão logística não ajustada e ajustada com os valores expressos em razão de chance *Odds Ratio* (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis que apresentaram valores de $p \leq 0,20$ no modelo não ajustado, entraram no modelo ajustado, e os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Por se tratar de banco de dados secundários de acesso público, previamente tratado para preservar a privacidade dos participantes de pesquisa e em consonância com resoluções do Conselho Nacional de Saúde, este tipo de estudo dispensa a aprovação de um comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Foram respeitados os princípios de ética na pesquisa com seres humanos presentes nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde ⁽²¹⁾.

Resultados

No período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016 foram notificados 10.104 casos de violência doméstica do tipo sexual em adolescentes no Sul do Brasil. Em ambos os sexos a violência sexual ocorreu majoritariamente em adolescentes de cor de pele branca e parda, na faixa etária de 10 a 14 anos, com escolaridade de 5 a 8 anos de estudo completos e eram solteiros. Entre as vítimas do sexo masculino, 25,4% apresentaram alguma deficiência/transtorno (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos adolescentes vítimas de violência sexual, segundo sexo, notificados na Região Sul do Brasil (SINAN), 2009 – 2016.

Variáveis	Masculino		P(?)	Feminino		p-valor ^a
	n%	IC 95%		n%	IC 95%	
n	994 (9,8)	-		9.110(90,2)	-	
Faixa etária (n= 10.104)			0,001			0,001
10-14 anos	772 (77,7)	74,9-80,1		6.194(67,9)	67,0-68,9	

15-19 anos	222 (22,3)	19,8-25,0		2.916(32,1)	31,0-32,9	
Cor da pele (<i>n</i> =8.738)*			0,073			0,001
Branca	669 (71,1)	68,1-73,9		6.399 (73,3)	72,2-74,1	
Parda	187 (19,9)	17,4-22,5		1.656 (18,9)	18,1-19,7	
Preta	74 (7,9)	0,6-2,1		562 (6,4)	5,9-6,9	
Amarela/Indígena	11 (1,1)	3,2- 10,2		121(1,3)	1,1-1,6	
Escolaridade /Anos (<i>n</i> =8.406)*			0,001			0,001
0-4 anos [†]	337 (42,3)	38,8-45,7		1.382 (18,1)	17,3-19,0	
5-8 anos [‡]	395 (49,6)	46,0-53,0		4.687 (61,7)	60,4-62,8	
9-11 anos [§]	6 (7,6)	5,9-9,7		1.437 (18,9)	18,0-19,7	
12 ou mais	4 (0,5)	0,1-1,3		103 (1,3)	1,1-1,6	
Situação conjugal (<i>n</i> =6.741)*			0,001			0,001
Solteiro	669 (99,5)	98,6-99,8		7.060 (95,0)	94,4-95,4	
Casado/União estável	3 (0,5)	0,2 – 1,3		376 (5,0)	0,4-5,5	
Deficiência/transtorno (<i>n</i> =6.741)*			0,001			0,003
Sim	151(25,4)	22,0-29,0		512(8,3)	7,6-9,0	
Não	443(74,6)	70,9-77,9		5.635(91,7)	90,9-92,3	

IC95% : intervalo de confiança de 95%; ^a Teste qui quadrado; * Dados sem informação de todos os registros.

[†] Fundamental I 1º ao 5ºano, [‡] Fundamental II 6º ao 9ºano, [§]Ensino Médio 1º ao 3ºano, ^{||}Ensino Superior

A ocorrência da violência sexual em mais de um episódio, de repetição, ocorreu em quase 50,0% dos casos, sendo mais prevalente nos adolescentes do sexo masculino (60,4% versus 48,0% no feminino). Em relação a autoria da agressão, a maioria era do sexo masculino, conhecidos ou familiares, agiram sozinhos e em 63,0% não haviam consumido álcool (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos autores de violência sexual de adolescentes e da presença de repetição, segundo sexo das vítimas, notificados na Região Sul do Brasil (SINAN), 2009 – 2016.

Variáveis	Masculino			Feminino			p
	N (%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)		
Violência de repetição (8.730)						<0,001	<0,001
Sim	4.290 (49,1)	464	60,4 (56,9-63,5)	3.826	48,0 (46,9-49,1)		
Não	4.440 (50,9)	3976	39,6 (37,5-42,3)	614	52,0 (48,9-55,2)		
Número de envolvidos (6.811)						<0,001	<0,001
1	5.545 (81,4)	445	75,4 (71,7-78,7)	5.100	82,0 (81,0-82,9)		
2 ou mais	1.266 (18,6)	145	24,6 (21,2-28,2)	1.121	18,0 (17,0-18,9)		
Sexo agressor (9.872)						<0,001	<0,001
Masculino	9.324 (94,4)	872	91,7 (89,7-93,2)	8.452	94,7 (94,2-95,1)		
Feminino	145 (1,5)	33	3,5 (2,4-4,8)	112	1,3 (1,0-1,5)		
Ambos	403 (4,1)	46	4,8 (3,6-6,4)	357	4,0 (3,6-4,4)		
Vínculo com a vítima							
Familiar* (n= 9.684)	2.539 (17,6)	237	25,6 (22,8-28,4)	2.302	26,3 (25,3-27,2)	<0,001	<0,001
Parceiro Íntimo (9.712)	1.135 (11,7)	6	0,6 (0,2-1,4)	1.129	12,9 (12,1-13,6)	0,413	<0,001
Desconhecido/a (n= 9.718)	2.220 (22,8)	142	15,3 (13,1-17,8)	2.078	23,6 (22,7-24,5)	<0,001	<0,001
Conhecido/a (9.708)	2.208 (28,8)	373	40,1 (36,9-43,3)	2.428	27,6 (26,7-28,6)	<0,001	<0,001
Consumo de álcool (6.699)							
Sim	2.478 (37,0)	186	33,6 (29,7-37,6)	2.292	37,3 (36,0-38,5)	<0,001	<0,001
Não	4.221 (63,0)	368	66,4 (62,3-70,2)	3.853	62,7 (61,4-63,9)	0,103	<0,001

* Familiar: Pai, Mãe, Padrasto e Irmã (o)

Para adolescentes de ambos os sexos ter de 10 a 14 anos aumenta em mais de três vezes as chances de sofrer violência sexual quando comparado com a faixa etária superior (15 a 19 anos). As adolescentes de cor de pele preta, parda, amarela e indígena apresentam mais chance de sofrer violência que as de cor branca. A presença de deficiência/transtorno nas vítimas do

sexo masculino, aumenta em 3,4 vezes as chances dos adolescentes de sofrerem violência sexual. As adolescentes apresentam mais chance de sofrer violência sexual quando os agressores são do sexo masculino quando comparados a ambos os sexos (13,1 vezes para vítimas do sexo feminino e 11,4 vezes para o masculino). A suspeita de uso de álcool pelo agressor não se confirmou como fator de risco neste estudo. Os adolescentes têm mais chances de sofrer violência sexual do cuidador (6,1 vezes) e de um conhecido (2,5 vezes) e as adolescentes do desconhecido (12,5 vezes) e de um conhecido (5,0 vezes). Outras informações estão contidas na tabela 3.

Tabela 3 - Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados a violência sexual contra adolescentes estratificado por sexo, Região Sul do Brasil 2009-2016.

Variáveis	Masculino				Feminino			
	não ajustada		ajustada		não ajustada		ajustada	
	OR (IC95%)	p	OR(IC95%)	p	OR(IC95%)	p	OR(IC95%)	p
Faixa Etária		<0,001		0,001		<0,001		0,001
15-19 anos	1,000		1,000		1,000		1,000	
10-14 anos	5,2 (4,4 – 6,0)		3,2 (2,6-3,6)		4,0 (3,8-4,2)		3,3 (3,0-3,5)	
Cor da Pele		0,648				<0,001		0,001
Branca	1,000		-		1,000		1,000	
Preta	1,4 (1,1-1,8)		-		1,5 (1,3-1,6)		1,4 (1,2-1,6)	
Parda	0,9 (0,5-1,7)		-		1,5 (1,2-1,9)		1,6 (1,2-2,2)	
Amarela/Indígena	1,0 (0,9-1,2)		-		1,3 (1,2-1,3)		1,2 (1,1-1,3)	
Escola/anos de estudo		<0,001		0,767		<0,001		0,001
12 ou mais	1,000		1,000		1,000		1,000	
9-11	0,5 (0,2-1,5)		0,4 (0,1-1,2)		0,7 (0,5-0,9)		0,6 (0,4-0,7)	
5-8	1,5 (0,6-4,2)		0,6 (0,2-1,8)		1,4 (1,1-1,7)		0,6 (0,5-0,8)	
0-4	3,6 (1,3-9,8)		0,8 (0,3-2,3)		1,9 (1,5-2,4)		0,6 (0,5-0,8)	
Situação conjugal		0,001		0,030		0,001		0,001
Solteiro	1,000		1,000		1,000		1,000	
Casado/União estável	0,1 (0,0-0,5)		0,2 (0,0-0,9)		0,3 (0,2-0,3)		0,4 (0,3-0,4)	
Deficiência/Transtorno		0,001		0,001		0,003		0,005

Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	3,0 (2,4-3,6)		3,4 (2,7-4,4)		0,8 (0,8-0,9)		0,8 (0,7-0,9)	
Violência de repetição		0,001		0,089		0,001		0,216
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	3,1 (2,6-3,6)		1,2 (1,0-1,6)		1,2 (1,1-1,3)		1,0 (0,9-1,1)	
Sexo do Agressor		0,001		0,001		<0,0011		0,001
Ambos	1,000		1,000		1,000		1,000	
Feminino	0,9 (0,6-1,5)		1,1 (0,6-2,2)		0,1 (0,0-0,1)		0,8 (0,6-1,1)	
Masculino	5,8 (4,3-7,8)		11,4(7,2-8,3)		10,0 (9,0-11,3)		13,1(10,4-6,3)	
Número de envolvidos		<0,001		0,195		<0,001		0,873
2 ou mais	1,000		1,000		1,000		1,000	
1	2,3 (1,9-2,8)		0,8 (0,6-1,1)		1,7 (1,6-1,9)		1,0 (0,8-1,1)	
Consumo de álcool		0,103		0,830		<0,001		0,034
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	1,2 (1,0-1,4)		1,0 (0,7-1,4)		1,8 (1,6-1,9)		0,9 (0,8-1,0)	
Agressor familiar								
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	0,6 (0,5-0,7)	<0,001	0,6 (0,4-1,0)	0,031	0,7 (0,6-0,7)	<0,001	1,65 (1,4-1,9)	<0,001
Agressor parc. íntimo		0,415				<0,001		<0,001
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	0,7 (0,3-1,6)		-		0,6 (0,6-0,7)		1,6 (1,4-2,0)	
Agressor conhecido		0,001		0,001		0,001		0,001
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	2,9 (2,5-3,3)		2,5(1,9-3,5)		2,8 (2,7-3,0)		5,05 (4,3-5,9)	
Agressor cuidador		0,001		0,004		0,002		0,002
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	4,5 (2,4-8,3)		6,1 (1,8-21,0)		1,9 (1,3-2,9)		4,7 (1,8-12,7)	
Agressor desconhecido		0,001		0,003		0,001		0,001
Não	1,000		1,000		1,000		1,000	
Sim	0,7 (0,6-0,8)		1,8 (1,2-2,6)		4,5 (4,2-4,8)		12,5 (10,3-5,1)	

Discussão

No período de 2009 a 2016 foram notificados no SINAN 10.104 casos de violência doméstica do tipo sexual em adolescentes no Sul do Brasil, sendo os registros de vítimas do sexo feminino 9 vezes maior do que os do sexo masculino. A maioria das vítimas tinham entre 10 e 14 anos e eram de cor branca, característica que pode ser relacionada à predominância desta cor de pele na população dos estados da região Sul ⁽²²⁾, corroborando com estudos realizados em Santa Catarina ⁽²³⁾ e no Rio Grande do Sul ⁽²⁴⁾. Em ambos os sexos, os adolescentes tinham predominantemente a escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo e eram solteiros, características esperadas para a população estudada.

A maior prevalência das notificações foram de adolescentes do sexo feminino, o que remete à violência de gênero e à concepção de superioridade do sexo masculino sobre o feminino, que tem profundas raízes nas relações sociais ⁽²⁵⁾, envolvendo duas desigualdades básicas, a de gênero e geração ⁽²⁶⁾. Estes aspectos se configuram como pano de fundo para o fato do abuso sexual contra o sexo feminino ser por séculos ignorado por diversas culturas e povos ao redor do globo, sendo até mesmo socialmente tolerado ⁽²⁷⁾. A resultante desta distorção nas relações é a agressão massiva do sexo feminino até os dias atuais, conforme mostraram os dados deste estudo e de outros, nacionais e internacionais ^(13, 28-31).

Para o senso comum, o fator gênero dita a relação de poder e os papéis esperados, definindo comportamentos de ambos os sexos ⁽²⁶⁾. O papel de gênero atribuído ao homem é ser forte, violento, provedor, independente e dominante e o da mulher é ser sensível, cuidadora do lar e submissa. Esses estereótipos cultivados de forma explícita ou velada nas diferentes culturas, contribuem para a desigualdade entre os gêneros e fomentam o silêncio e a culpabilização das vítimas de violência sexual do sexo feminino, assim como a humilhação ou banalização da vítima do sexo masculino, devido as concepções de masculinidade culturalmente impostas ⁽³²⁾.

É preciso refletir sobre o baixo número de notificações de violência doméstica do tipo sexual entre os adolescentes do sexo masculino deste estudo e considerar a probabilidade de exacerbada subnotificação de vítimas do sexo masculino, mesmo diante da realidade de abuso do sexo feminino exposta em publicações e relatórios. Watkins e Bentovim (1992) ⁽³³⁾

expõem o tabu por trás da violência sexual masculina e apontam importantes questões a serem consideradas. As vítimas do sexo feminino são muitas vezes culpabilizadas pelo ocorrido, sob a visão distorcida de desejarem ou terem incitado o agressor, e a vítima do sexo masculino é vista como afeminada. Essa suposta perda da masculinidade, a exposição vexatória da vítima de violência sexual e as cobranças sociais do que é entendido como masculinidade podem incorrer em respostas emocionais violentas e à negação do ocorrido por vergonha, condições que podem levar as vítimas a não comunicar ou denunciar os casos de abuso ^(32, 34).

As vítimas do sexo masculino neste estudo representaram apenas um décimo das notificações nesse estudo (foram 994 notificações de violência contra o sexo masculino e 9.110 contra o sexo feminino), números alarmantes que podem ser ainda maiores visto que se trata de violências notificadas. A violência sexual feminina é culturalmente “esperada” e a violência sexual contra meninos e homens é vista como um tabu, sendo comumente banalizada devido às condições atreladas aos estereótipos de masculinidade e que contribuem para a subnotificação ⁽³²⁾.

A faixa de idade considerada como adolescente sofre variações nas publicações, desta forma, um diferencial do presente estudo é a opção pelo recorte etário utilizado pela OMS e a desagregação por duas faixas de idade, permitindo visibilizar as diferenças entre as adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Destacou-se que os adolescentes de ambos os sexos, da faixa etária de 10 a 14 anos, possuem três vezes mais chance de sofrer violência sexual quando comparados com os de 15 a 19 anos, estando em consonância com estudo realizado em Pernambuco, com dados do VIVA, um componente do SINAN. Neste levantamento do estado da região Nordeste do país, os adolescentes de 10 a 14 anos apresentaram chance de 2,4 vezes maior de sofrer violência sexual ⁽³⁵⁾.

A transição da infância para a adolescência, entre 10 a 14 anos, pode ser talvez um importante fator para a maior número de vítimas desse grupo, pois encontram-se em uma fase de maior vulnerabilidade, com maior dificuldade para compreender uma possível situação de risco ou mesmo a teia criada pelo agressor, que pode tirar proveito de situações diversas conquistando a confiança, ou impor a sua autoridade para concretizar a prática sexual ⁽⁸⁾. Outra explicação para o menor número de notificações, seria a proximidade com

o agressor e a dificuldade em relatar queixas de violência sexual, devido ao possíveis retaliações, medo ou constrangimento resultante da repercussão familiar e social, ou mesmo o entendimento de que o ato faz parte da iniciação sexual ⁽³⁶⁾.

Quando analisado o número de repetições nos registros de ocorrência da violência sexual para determinada pessoa, observou-se predomínio de vítimas do sexo masculino (60,4%), com agressores também do sexo masculino, e em 18,6% dos casos de repetição do abuso houve mais de um agressor. Conforme apontado por estudo na região Nordeste do Brasil, 47,5% dos casos notificados de violência sexual contra adolescentes, foram de repetição, envolvendo no ato da violência um único agressor ^(23, 37).

Entre os anos de 2009 a 2013, o número de casos associados a espancamento no Brasil diminuiu, mas foi notório o aumento do número de notificações de violência sexual de repetição e das ocorrências de violência na residência ⁽¹²⁾. Em muitos casos, o ambiente residencial proporciona ao agressor uma relação de proximidade e poder com a vítima, permitindo o uso da violência psicológica em detrimento à violência física, ou outros subterfúgios para perpetrar a violência sexual ^(23, 38). Caracteriza-se por vezes o fenômeno do “muro do silêncio”, encoberto muitas vezes com a convivência dos familiares das vítimas ⁽³⁹⁾.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a maioria dos agressores eram conhecidos da vítima, para 40,1% dos adolescentes do sexo masculino e 27,6% para o sexo feminino. Estudos nacionais e internacionais corroboram esse achado ao apontar que perpetradores da violência sexual mais comum eram pessoas conhecidas, como familiares em diferentes graus de parentesco, parceiros íntimos e pessoas do círculo social da vítima ^(31, 38, 40, 41).

Vítimas de agressores familiares, como o pai, irmão, tio, etc., podem a princípio considerar os abusos como demonstrações afetivas ou de atenção. O agressor passa a ideia de proteção e normalidade dos atos e quando a vítima detecta o abuso, o agressor tende a induzi-la a se sentir culpada pelo ocorrido. O agressor também pode fazer a vítima acreditar que o seu relato seria inválido para a família, por vezes a ameaçando ou usando a relação de confiança, a imaturidade e insegurança da vítima. Essa teia de insegurança, culpa, medo,

vergonha, sensação de desproteção e autoestima abalada, podem calar a vítima, em muitos casos, por toda uma vida ⁽⁴⁰⁾.

Santos (2015) ⁽⁴²⁾ refere que entre os tipos de violência praticada contra o ser humano, a violência sexual é o delito possivelmente menos denunciado, muitas vezes porque quem sofreu o abuso teme represálias do agressor. A vítima pode ainda ser estigmatizada nos casos incestuosos, pois a denúncia geralmente acarreta em sérias modificações emocionais, estruturais e mesmo financeiras no sistema familiar.

Em sua revisão sistemática, Albuquerque Williams (2003) ⁽⁴³⁾ afirma que os adolescentes estão entre as principais vítimas de violência sexual e que esse tipo de violência tem como principal agressor alguém conhecido da vítima – geralmente, o pai ou o padrasto. O fato de o perpetrador da violência sexual ser um parente da vítima a leva muitas vezes a não denunciar os casos por medo ou por sofrer coerção pelo agressor ou por outros familiares. Outros membros da família optam por não denunciar, para preservar a família, e fecham os olhos para as vítimas. A crueldade da situação é que se espera que o adolescente encontre apoio para superar o trauma na rede familiar, justamente no círculo que contém seu agressor ⁽⁴³⁾.

Neste estudo, as meninas apresentaram 12,5 vezes mais chances de sofrer violência por desconhecidos. Deve-se destacar que os cálculos da análise são feitos baseados em relatos, e que geralmente a maior parte dos atos são cometidos por pessoas conhecidas da vítima, e que por razões diversas não revelam sua identidade. Segundo Pfeiffer e Salvagni (2005) ⁽⁴⁰⁾, as vítimas podem ser induzidas e por medo ou vergonha encobrem o verdadeiro agressor. Habitualmente, são histórias não consistentes e que não se sustentam frente a uma argumentação mais detalhista. Em situações assim, somente quando a vítima passa a confiar no profissional é que conseguem revelar todo o ocorrido e a identidade do agressor.

Devemos considerar ainda que muitos casos nunca são revelados. Segundo London et al. (2005) ⁽⁴⁴⁾ cerca de dois terços das vítimas nunca revelam o fato e a maioria dos casos não é reportada às autoridades. A dificuldade em lidar com o problema e o desamparo das vítimas, que culminam desenvolvendo sequelas físicas, psicológicas e comportamentais diversas, contribuem para o desconhecimento da sociedade ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Watson (2014) ⁽⁴⁸⁾ expôs que comumente as vítimas do sexo masculino são forçadas a ter contato sexual involuntário através de coerção, drogas ou álcool, variando a abordagem de acordo com a idade da vítima. Quando não ocorre o uso de violência física o crime pode ser difícil de provar e ainda mais difícil que haja denúncia. Além desses motivos, como se presume que o sexo masculino não sofre violência sexual, há poucas pesquisas com esse foco.

Sumner et al.(2016) ⁽⁴⁹⁾ estudaram a violência sexual contra o sexo masculino e identificaram que a agressão contra o sexo masculino antes dos 18 anos foi de 13,7% no Quênia, 18,0% no Haiti e a mais alta no Camboja (59,1%), num total de 4.170 questionários respondidos. Na Colômbia, 87,0% dos 23.798 casos de violência sexual relatados em 2017 foram cometidos contra crianças e adolescentes, com o maior número de vítimas entre 10 e 13 anos. O que chama a atenção nos números é que, no caso de vítimas do sexo masculino, a impunidade nos casos relatados é extremamente alta, chegando a 98,0% ⁽⁵⁰⁾.

No presente estudo, ter deficiência ou transtorno se caracterizou como um fator de risco elevado entre os meninos, uma vez que aumenta em 3,4 vezes as chances de sofrerem abuso sexual. Esse risco é apontado por outros achados nacionais, que nos mostram que 10,3% das vítimas de estupro no Brasil possuíam alguma deficiência - 31,1% apresentavam deficiência mental e 29,6% transtorno mental - e 12,2% dos casos de estupros coletivos ocorreram contra portadores de alguma deficiência ⁽¹³⁾. Em Aracajú, de 82 crianças vítimas de violência sexual, 3,66% tinham deficiência física ou mental e o tipo de violência mais frequente entre estes foi o estupro ⁽⁵¹⁾. O estudo das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre, 5,5% das vítimas eram portadores de deficiência ou transtorno ⁽²³⁾. Pessoas com deficiência apresentam diferentes graus de dependência do cuidado de outras pessoas, geralmente implicando relações claras de transferência de poder, o que parece expô-los a um risco aumentado de sofrer alguma forma de violência, incluindo a sexual ^(36, 39, 52).

Em suma, o presente estudo aponta como fatores de risco para adolescentes sofrerem violência doméstica do tipo sexual na Região Sul do país: ser do sexo feminino, ter de 10 a 14 anos e possuir alguma deficiência. Nossos resultados mostram que a violência de repetição

ocorreu mais no sexo masculino, na faixa etária do 10 a 14 anos, e os agressores foram em sua maioria do sexo masculino.

Conclusão

A violência sexual é um fenômeno social que causa constrangimento, vergonha, repúdio e revela uma imagem distorcida da sociedade. Tristemente estudos apontam que a notificação representa apenas um recorte da realidade, e estes números expõem as fragilidades ou ineficiência de nossas políticas de combate e prevenção da violência sexual contra adolescentes, ampliando a sensação de desamparo das vítimas e da sociedade como um todo.

Tal enunciado não visa diminuir os consideráveis avanços no combate a violência doméstica, o que inclui a violência sexual. No entanto, o debate sobre adolescentes vítimas de violência doméstica do tipo sexual ainda possui muito a ser discutido, dada as especificidades desse grupo, sendo de suma importância evitar mesclar faixas etárias distintas, como adolescentes e crianças ou mesmo adolescentes e adultos, tornando os dados mais fidedignos.

Como todo estudo, esta pesquisa não finaliza a discussão, mas acrescenta novos dados e expõe uma realidade cruel, as notificações apontam um alto número de adolescentes vítimas de violência sexual, sendo majoritária a notificação de vítimas do sexo feminino. Situação que tristemente condiz com a realidade de publicações nacionais e internacionais. Vale ressaltar que este estudo se fundamentou em dados de notificação, que mesmo sendo de fundamental importância muitas vezes é negligenciada ou mesmo evitada, fazendo com que tenhamos apenas uma fração da realidade do número real de vítimas.

A região foco deste estudo possui características sociodemográficas diferenciadas de outras regiões do país, e mesmo se posicionando em um patamar acima de outros estados apresentou dados de violência sexual alarmantes, o que nos faz refletir sobre a situação dos adolescentes em diferentes regiões do país e nos alerta para a importância de outros estudos.

Precisamos reelaborar nossa atual maneira de combater a violência sexual e encontrar formas de nos aproximar do público adolescente. Essa discussão deve envolver setores de governo, entidades civis, profissionais, pesquisadores e a população em geral; buscando

formas de prevenção e de acesso e suporte aos adolescentes vítimas de violência sexual. Culturalmente precisamos combater a culpabilização da vítima, seja esta do sexo feminino ou masculino. Para que - humilhação, julgamento moral, descaso ou atitudes preconceituosas veladas ou explícitas não ocorram, e venham se tornar barreiras para que adolescentes vítimas de violência sexual procurem ajuda.

Referências:

1. WHO. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines: World Health Organization-WHO; 2017.
2. Veenema TG, Thornton CP, Corley A. The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(4):864-81.
3. Karayianni E, Fanti KA, Diakidoy I-A, Hadjicharalambous M-Z, Katsimicha E. Prevalence, contexts, and correlates of child sexual abuse in Cyprus. *Child Abuse & Neglect*. 2017;66:41-52.
4. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment: World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark; 2013.
5. Van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric annals*. 2017;35(5):401-8.
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*. 2009;373(9657):68-81.
7. Lima AAFd, Pereira DEM, Delgado GA, Pinto IV, Freitas MGd, Souto RMCV, et al. Boletim Epidemiológico 27. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
8. Delzivo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33.
9. Cerqueira D, Coelho D. Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
10. Fukumoto AECG, Corvino JM, Neto JO. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Rev Ciênc Ext*. 2011;7(2):71-83.
11. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MGd, et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2909-18.
12. Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34:e00172617.
13. Cerqueira D, Lima RSd, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. Atlas da Violência. Rio de Janeiro; 2018.
14. Warner TD, Swisher RR. The effect of direct and indirect exposure to violence on youth survival expectations. *J Adolesc Health*. 2014;55(6):817-22.

15. O'Keefe SL, Linz TD, Lawhon M, Beard KW, Stroupe WE, Steele K, et al. Father-Daughter Incest: Effects, Risk-Factors, and a Proposal for a New Parent-Based Approach to Prevention. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2017;24(1/2):79-107.
16. Mossige S, Huang L. Poly-victimization in a Norwegian adolescent population: Prevalence, social and psychological profile, and detrimental effects. *PLoS ONE*. 2017;12(12):1-14.
17. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2018. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
18. Assis SGd, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TdO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:2305-17.
19. Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços de Urgência e Emergência [Internet]. Ministério da Saúde. 2018. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dantps/acesso-a-informacao/inqueritos-de-saude/viva-inquerito/>.
20. UNICEF. Adolescência, Uma fase de oportunidades. Situação mundial da infância. 2011.
21. Brasil MdS. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Brasília2012.
22. Seyferth G. As identidades dos imigrantes e o melting pot nacional. *Horizontes Antropológicos*. 2000;6:143-76.
23. Platt VB, Back IdC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:1019-31.
24. Zanatta EA, Dal Pai D, Resta DG, Argenta C, da Motta MdGC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enfermagem em Foco*. 2012;3(4):165-8.
25. Fitzpatrick J, Cook R. The use of International Human Rights Norms to Combat Violence against Women'Human rights of Women: National and International Perspectives. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1994.
26. Araújo MdF. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. *Psicologia Clínica*. 2005;17:41-52.
27. Stemple L, Meyer IH. The sexual victimization of men in America: new data challenge old assumptions. *American journal of public health*. 2014;104(6):e19-e26.
28. Kvist T, Annerback EM, Sahlqvist L, Flodmark O, Dahllof G. Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse. *Eur J Oral Sci*. 2013;121(6):594-9.
29. Udo IE, Lewis Lmft JB, Tobin JN, Ickovics JR. Intimate Partner Victimization and Health Risk Behaviors Among Pregnant Adolescents. *Am J Public Health*. 2016;106(8):1457-9.
30. Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia*. 2017;30(1):34-46.
31. Duarte JC, Arboleda MRC, Cantón-Cortés D. Variables associated with the nature of sexual abuse to minors. *The Spanish journal of psychology*. 2012;15(2):571-81.
32. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*. 2012;23:395-416.
33. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1992;33(1):197-248.
34. Gawryszewski VP, Valencich DMdO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012;58:659-65.
35. dos Santos TMB, Pitangui ACR, Bendo CB, Paiva SM, Cardoso MD, de Melo JPR, et al. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. *Child Abuse & Neglect*. 2017;67:216-27.

36. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
37. Silva MCM, Brito AM, Araújo AdL, Abath MdB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;22:403-12.
38. Krahe B, Berger A, Vanwesenbeeck I, Bianchi G, Chliaoutakis J, Fernandez-Fuertes AA, et al. Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multi-level analysis. *Cult Health Sex*. 2015;17(6):682-99.
39. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2005;81:s197-s204.
40. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de pediatria Rio de Janeiro Vol 81, n 5 supl (nov 2005), p S197-S204*. 2005.
41. Maier T, Mohler-Kuo M, Landolt MA, Schnyder U, Jud A. The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey. *Int J Public Health*. 2013;58(6):875-83.
42. dos Santos TMB, de Araujo Sousa TD, de Araújo Rocha GS, da Silva LMP. Análise da produção científica sobre a notificação da violência contra adolescentes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2015;27(4):560-7.
43. de Albuquerque WILLIAMS LC. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. *Rev Bras Ed Esp*. 2003;9(2):141-54.
44. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*. 2005;11(1):194.
45. Shamu S, Shamu P, Zarowsky C, Temmerman M, Shefer T, Abrahams N. Does a history of sexual and physical childhood abuse contribute to HIV infection risk in adulthood? A study among post-natal women in Harare, Zimbabwe. *bioRxiv*. 2018:333872.
46. Yi-Ju P, Kai-Dih J, Shiang-Ru L, Shih-Pin C, Yen-Feng W, Jong-Ling F, et al. Longitudinal risk factors for suicidal thoughts in depressed and non-depressed young adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51(9):930-7.
47. Dawson M. Canadian trends in filicide by gender of the accused, 1961-2011. *Child Abuse Negl*. 2015;47:162-74.
48. Watson C. Preventing and Responding to Sexual and Domestic Violence against Men. Geneva: Centre for the Democratic Control of Armed Forces, DCAF; 2014.
49. Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, et al. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Pediatrics*. 2016;137(5).
50. Colombia CC. Sexual and gender-based violence, including conflict-related sexual violence 2018 [Available from: <https://www.childrenchange colombia.org/en/what-we-do/sexual-violence>].
51. Barbosa LV, Soares ACGM, Cruz KV, Silva RA. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*. 2013;1(2):09-20.
52. Verlinden K, Scharmanski S, Urbann K, Bienstein P. Preventing Sexual Abuse of Children and Adolescents with Disabilities—Evaluation Results of a Prevention Training for University Students. *International Journal of Technology and Inclusive Education (IJTIE)*. 2016;5(2):859-67.

6. CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas nesta tese de doutorado foi possível esclarecer as hipóteses norteadoras e acrescentar outros aspectos. Conclui-se que:

1. *No grupo populacional estudado adolescentes do sexo feminino são as principais vítimas nos diferentes tipos de violência doméstica.*

O sexo feminino apresentou números absolutos de notificação destacadamente superiores em relação ao sexo masculino e, nas análises realizadas, se avulta negativamente como principal vítima em praticamente todas as formas de violência. A notificação massiva registrada neste estudo aponta que o ciclo de violência e vitimização sofrido por mulheres na fase adulta tem início na adolescência.

2. *A violência não física se confirmou como a violência doméstica de maior prevalência nas notificações pesquisadas.*

Analisando os tipos de violência doméstica contra adolescentes, diferentes padrões se confirmaram, ficando a violência física como a segunda forma de violência mais notificada contra adolescentes de ambos os sexos na faixa etária dos 15 a 19 anos.

3. *Os tipos de violência notificadas apresentaram padrões que se repetiram nas mesmas faixas etárias em ambos os sexos.*

Ao estratificarmos os tipos de violência por sexo e faixa etária, se percebe a formação de padrões de vitimização dos adolescentes relacionado a faixa etária. Os adolescentes mais jovens sofreram mais violência sexual e negligência respectivamente. Os adolescentes mais velhos despontam como vítimas de violência autoprovocada e violência física.

4. *Os principais agressores neste estudo são do sexo masculino, identificados como conhecido e desconhecido.*

Este estudo corrobora com a literatura nacional e internacional e aponta a pessoa do sexo masculino como principal agressor. Sendo estes identificados nesta pesquisa como desconhecido, e o conhecido, presentes como agressores principais ou secundários em diferentes formas de violência doméstica em ambos os sexos, se contrapondo a publicações onde os pais e padrastos são os principais agressores.

Duas situações se destacaram em nosso estudo. Primeiro, na violência sexual masculina, o principal agressor é o conhecido e os adolescentes mais jovens são as principais vítimas. No sexo feminino, além dos agressores citados previamente, surge o parceiro íntimo, indicado neste estudo como um dos principais praticantes de violência sexual e física contra as adolescentes. Alguns estudos apontam essas duas formas de violência como as mais prevalentes contra mulheres adultas.

5. Fatores de risco para adolescentes sofrerem violência doméstica.

A baixa idade, demonstrou ser um dos fatores de risco para vítimas de violência doméstica, em ambos os sexos, e ter deficiência é fator de risco para meninos sofrerem violência sexual, além de agressores conhecidos e desconhecidos do sexo masculino. De forma geral, ser do sexo feminino aumenta a vitimização de adolescentes na maioria das formas de violência doméstica.

Este estudo expõe a problemática da violência doméstica contra adolescentes na região sul do país e aponta para a necessidade de outros recortes de pesquisa, além da urgente necessidade de enfrentamento desse fenômeno.

Cabe aos serviços de saúde públicos e privados e aos formadores de políticas públicas a função de se adaptar a essa grave realidade e buscar estratégias para compreender essa dinâmica familiar e da sociedade que gera vítimas de violência doméstica. Como aspecto técnico, deve-se sempre capacitar profissionais nos serviços e criar estratégias para melhor identificar e receber adolescentes vítimas das diferentes formas de violência doméstica. Os profissionais e serviços de saúde precisam estar cientes da proporção desse problema de saúde pública, compartilhar essas informações com outros setores, trabalhar a notificação e incentivar ações de combate e prevenção desse fenômeno multifacetado que é a violência doméstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
2. WHO WHO. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/index.html Acesso em. 2006;12.
3. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:1647-53.
4. Martins CBdG, Jorge MHPdM. 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*. 2009;18:315-34.
5. WHO. Young people's health-a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000"[meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]. 1986.
6. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado, (2017).
7. Lourenço B, Queiroz LB. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. *Revista de Medicina*. 2010;89(2):70-5.
8. UNICEF. Adolescência, Uma fase de oportunidades. Situação mundial da infância. 2011.
9. Dessen MA, Polonia AdC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2007;17:21-32.
10. Rozemberg L, Avanci J, Schenker M, Pires T. Resiliência, gênero e família na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(3):673-84.
11. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2006: os jovens do Brasil. 2006.
12. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO do Brasil; 2012.
13. UNICEF. Foreword-The state of the world's children. *State of the World's Children*. 2016:6-7.
14. Cappa C, Dam H. Prevalence of and risk factors for violent disciplinary practices at home in Viet Nam. *J Interpers Violence*. 2014;29(3):497-516.
15. Ferrari IMdSF, Priolo Filho SR, Brino RdF. Questionário sobre violência intrafamiliar: confiabilidade de um instrumento sobre crenças. *Psicologia: teoria e prática*. 2016;18:54-65.
16. Pinheiro PS. Estudo das Nações Unidas Sobre a Violência Contra Crianças. Organização das Nações Unidas; 2006.
17. Kempe C, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181(1):17-24.
18. Erulkar A. Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 2013;39(1):6-13.
19. Alink LRA, Euser S, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *International Journal of Psychology*. 2013;48(2):117-27.

20. Lansford JE, Deater-Deckard K, Bornstein MH, Putnick DL, Bradley RH. Attitudes justifying domestic violence predict endorsement of corporal punishment and physical and psychological aggression towards children: a study in 25 low- and middle-income countries. *J Pediatr.* 2014;164(5):1208-13.
21. Al-Eissa MA, AlBuhairan FS, Qayad M, Saleheen H, Runyan D, Almuneef M. Determining child maltreatment incidence in Saudi Arabia using the ICAST-CH: a pilot study. *Child Abuse Negl.* 2015;42:174-82.
22. Brown T, Tyson D, Arias PF. Filicide and Parental Separation and Divorce. *Child Abuse Review.* 2014;23(2):79-88.
23. Durrant JE, Ensom R. Twenty-Five Years of Physical Punishment Research: What Have We Learned? *Journal of the Korean Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2017;28(1):20-4.
24. Brasil. *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 96 p.
25. Zambon MP, Jacintho ACdÁ, Medeiros MMd, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2012;58:465-71.
26. Hubbard TL. It's Not All About The Behaviors: Identifying and Addressing Relational Neglect in Adolescence within the Familial Environment. *Reflections: Narratives of Professional Helping.* 2017;23(1):52-65.
27. Armiento J, Hamza CA, Stewart SL, Leschied A. Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *Journal of Affective Disorders.* 2016;200:212-7.
28. de Barros AC, Bastos OM, Pone MV, Deslandes SF. [Domestic violence and the adolescent that was infected with HIV through vertical transmission: analysis of protection and vulnerability factors]. *Cien Saude Colet.* 2013;18(5):1493-500.
29. Marcela Ossa A, Sánchez Ochoa A, Eduardo Mejía C, Bareño J. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *Prevalence of depression and associated factors in adolescents between 13 and 17 years old in Colombia 2013.* 2016;7(1):37-48.
30. Goncalves H, Soares AL, Santos AP, Ribeiro CG, Bierhals IO, Vieira LS, et al. Adverse childhood experiences and consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs among adolescents of a Brazilian birth cohort. *Cad Saude Publica.* 2016;32(10):e00085815.
31. Hildebrand NA, Valler Celeri EHR, Morcillo AM, de Lurdes Zanolli M. Violência Doméstica e Risco para Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. *Domestic Violence and Risk for Mental Health in Childhood and Adolescence.* 2015;28(2):213-21.
32. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MGd, et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017;22(9):2909-18.
33. Levey EJ, Apter G, Harrison AM. The global problem of child maltreatment: Perspectives on mechanisms of influence and illness presentation. *Int J Cult Ment Health.* 2017;10(1):90-6.
34. Brasil. **Portaria n. 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. In: Saúde Md, editor. 2016.
35. Minayo MCdS, Souza ERd. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História Ciência e Saúde.* 1998;4(3):513-31.
36. Minayo MCdS. Violence against children and adolescents: a social and a health problem. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2001;1(2):91-102.

37. WHO. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
38. Ralo JM, Schor N, Tavares CM, Silva V. Prevalence of Family Violence and Associated Factors Among In-School Adolescents in Sao Paulo, SP, Brazil. *J Interpers Violence*. 2016;31(9):1618-33.
39. Souza ERd, Ribeiro AP, Penna LHG, Ferreira AL, Santos NCd, Tavares CMdM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1709-19.
40. WHO. RESPONDING TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO HAVE BEEN SEXUALLY ABUSED. 2017.
41. Bundy-Fazioli K, DeLong Hamilton TA. A Qualitative Study Exploring Mothers' Perceptions of Child Neglect. *Child & Youth Services*. 2013;34(3):250-66.
42. Supraja TA, Padmavathy D, Prabha SC. Poverty and interpersonal violence. In: Press OU, editor. *Oxford Textbook of Public Mental Health*. United States of America 2018. p. 632.
43. WHO. Definition and typology of violence Online: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>].
44. Stroebel SS, Kuo S-Y, O'Keefe SL, Beard KW, Swindell S, Kommor MJ. Risk factors for father-daughter incest: data from an anonymous computerized survey. *Sexual Abuse*. 2013;25(6):583-605.
45. O'Keefe SL, Linz TD, Lawhon M, Beard KW, Stroupe WE, Steele K, et al. Father-Daughter Incest: Effects, Risk-Factors, and a Proposal for a New Parent-Based Approach to Prevention. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2017;24(1/2):79-107.
46. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcuca B, Leyva-López A, de Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*. 2015;57(3):219-26.
47. Choi J-h, Yu M, Kim K-e. Suicidal ideation in adolescents: A structural equation modeling approach. *Nursing & Health Sciences*. 2015;17(1):119-25.
48. Ayub M, Mushtaq I, Mushtaq S, Hafeez MA, Helal N, Irfan M, et al. Domestic violence, mental illness and suicidal ideation - A study from Lahore, Pakistan. *Journal of Mental Health*. 2013;22(6):474-81.
49. Borowsky IW, Taliaferro LA, McMorris BJ. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *J Adolesc Health*. 2013;53(1 Suppl):S4-12.
50. Maia RC, Nunes TGR, Silva LIdC, Silva KMd. Da Proteção ao Risco: Configurações da Violência Intrafamiliar na Juventude Paraense. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2017;33.
51. Reid JA, Baglivio MT, Piquero AR, Greenwald MA, Epps N. Human Trafficking of Minors and Childhood Adversity in Florida. *Am J Public Health*. 2017;107(2):306-11.
52. Chaffee T, English A. Sex trafficking of adolescents and young adults in the United States: healthcare provider's role. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(5):339-44.
53. Hartinger-Saunders RM, Trouteaud AR, Matos Johnson J. Mandated reporters' perceptions of and encounters with domestic minor sex trafficking of adolescent females in the United States. *Am J Orthopsychiatry*. 2017;87(3):195-205.
54. Carlos DM, Ferriani MdGC, Esteves MR, Silva LMPd, Scatena L. Social support from the perspective of adolescent victims of domestic violence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48:610-7.
55. Ayub M, Mushtaq I, Mushtaq S, Hafeez MA, Helal N, Irfan M, et al. Domestic violence, mental illness and suicidal ideation--a study from Lahore, Pakistan. *J Ment Health*. 2013;22(6):474-81.
56. Gallo EAG, De Mola CL, Wehrmeister F, Goncalves H, Kieling C, Murray J. Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *J Affect Disord*. 2017;217:218-24.

57. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicologia usp*. 2004.
58. Morgado AM, Dias MdLV, Paixão MP. O desenvolvimento da socialização e o papel da família. *Análise Psicológica*. 2013;31:129-44.
59. Gonçalves Zappe J, Garcia Dias AC. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de psicologia*. 2012;17(3).
60. Montali L. Arranjos familiares: o esforço coletivo para viver na grande São Paulo. *Cadernos de pesquisa*. 2013(72):58-69.
61. Kehl MR. Em defesa da família tentacular. *Direito de família e psicanálise Rio de Janeiro: Imago*. 2003:163-76.
62. Pratta EMM, dos Santos MA. FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE SEUS MEMBROS¹. *Psicologia em Estudo*. 2007;12(2):247-56.
63. Rizvi SFI, Najam N. Unseen Wounds: Understanding the Emotional and Behavioral Correlates of Psychological Abuse in Adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2017;32(2).
64. Pick S, Palos PA. Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescence*. 1995;30(119):667.
65. Allgood SM, Beckert TE, Peterson C. The Role of Father Involvement in the Perceived Psychological Well-Being of Young Adult Daughters: A Retrospective Study. *North American Journal of Psychology*. 2012;14(1).
66. Millett LS, Kohl PL, Jonson-Reid M, Drake B, Petra M. Child maltreatment victimization and subsequent perpetration of young adult intimate partner violence: an exploration of mediating factors. *Child Maltreat*. 2013;18(2):71-84.
67. Millett LS, Ben-David V, Jonson-Reid M, Echele G, Moussette P, Atkins V. Understanding change among multi-problem families: Learnings from a formative program assessment. *Eval Program Plann*. 2016;58:176-83.
68. Asad N, Karmaliani R, McFarlane J, Bhamani SS, Somani Y, Chirwa E, et al. The intersection of adolescent depression and peer violence: baseline results from a randomized controlled trial of 1752 youth in Pakistan. *Child & Adolescent Mental Health*. 2017;22(4):232-41.
69. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2014;186(9):E324-32.
70. Dawson M. Canadian trends in filicide by gender of the accused, 1961-2011. *Child Abuse Negl*. 2015;47:162-74.
71. Salinas-Miranda AA, Salemi JL, King LM, Baldwin JA, Berry EL, Austin DA, et al. Adverse childhood experiences and health-related quality of life in adulthood: revelations from a community needs assessment. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:123.
72. WHO WHO. Preventing youth violence: an overview of the evidence. *World Health*. 2015.
73. Jiang Y, Chen J, Yu B, Jin Y. Physical violence against children with hearing loss by parents: A pilot study in Beijing, China. *Child Abuse Negl*. 2017;72:258-65.
74. Miner MH, Swinburne Romine R, Robinson BBE, Berg D, Knight RA. Anxious attachment, social isolation, and indicators of sex drive and compulsivity: Predictors of child sexual abuse perpetration in adolescent males? *Sexual Abuse*. 2016;28(2):132-53.
75. Moyano N, Monge FS, Sierra JC. Predictors of sexual aggression in adolescents: Gender dominance vs. rape supportive attitudes. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2017;9(1):25-31.
76. Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *latreia*. 2017;30(1):34-46.

77. dos Santos TMB, Pitangui ACR, Bendo CB, Paiva SM, Cardoso MD, de Melo JPR, et al. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. *Child Abuse & Neglect*. 2017;67:216-27.
78. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31:815-26.
79. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33.
80. Leite MT, Figueiredo MF, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(1):85-92.
81. Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, de Souza JF, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. *Braz Dent J*. 2015;26(1):55-60.
82. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell J, Godoy D, C. A. Martins J, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2014;60:70-4.
83. Silva LLd, Coelho EBS, Caponi SNCd. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11:93-103.
84. Oscós-Sánchez MÁ. Youth violence and mental health: repeating exposures. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2017(just-accepted):00-.
85. Souza MCd. A intergeracionalidade na violência por parceiros íntimos: revisão sistemática. 2015.
86. Granjon E. A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. Os avatares da transmissão psíquica geracional São Paulo: Escuta. 2000;1:17-43.
87. CORREA OB. Eclosão dos vínculos genealógicos e transmissão psíquica. _____ Os avatares da transmissão psíquica geracional São Paulo: Escuta. 2000:61-71.
88. Gentle-Genitty C, Kim J, Yi E-H, Slater D, Reynolds B, Bragg N. Comprehensive assessment of youth violence in five Caribbean countries: Gender and age differences. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2017;27(7):745-59.
89. Gessner R, Fonseca RMGSd, Oliveira RNGd. Violence against adolescents: an analysis based on the categories gender and generation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(SPE):102-8.
90. Houston J, Grych J. Maternal Attachment Buffers the Association Between Exposure to Violence and Youth Attitudes About Aggression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(5):605-13.
91. Day VP, Telles LEdB, Zoratto PH, Azambuja MRFd, Machado DA, Silveira MB, et al. Domestic violence and its manifestations. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003;25:9-21.
92. Azevedo M, Guerra V. Como se conceitua. A violência doméstica na infância e na adolescência. 1995:31-63.
93. Gondra J, Garcia I. A Arte de endurecer" miolos moles e cérebros brandos": a racionalidade médico-higiênica ea construção social da infância. *Revista Brasileira de Educação*. 2004;26:69-84.
94. Faleiros VdP, Faleiros ES. Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. 2a ed. Brasília: Ministério da Educação; 2008. p. 100.
95. BECHER F. Os "menores" e a FUNABEM: influências da ditadura civil-militar brasileira. XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH; São Paulo 2011.
96. Brasil. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Justiça Brasília; 2001.

97. Ministério da Justiça B. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília: Ministério da Justiça; 2001.
98. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MHP, da Silva CMFP, de Souza Minayo MC. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*. 2011;75-89.
99. Ministério da Saúde B. *Portaria n. 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Ministério da Saúde; 2001.
100. Saúde Md. Roteiro para uso do Sinan Net: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Ministério da Saúde Brasília; 2010.
101. Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012;33:65-72.
102. Saúde Md. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde Brasília; 2010.
103. Cardoso Maia R, Reis Nunes TG, da Conceição Silva LI, da Silva KM. Da Proteção ao Risco: Configurações da Violência Intrafamiliar na Juventude Paraense. *From Protection to Risk: Settings of Domestic Violence against Pará Youngsters*. 2017;33(1):1-8.
104. Silva Junior GBd, Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJEdS. IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR MÉDICOS DE FAMÍLIA NO CEARÁ. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017;15(2):469-84.
105. Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action. 2007.
106. Gonçalves CFG, Silva LMPd, Pitangui ACR, Silva CCd, Santana MVd. Network action for the care of adolescent victims of violence: challenges and possibilities. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2015;24(4):976-83.
107. Barker B, Kerr T, Nguyen P, Wood E, DeBeck K. Barriers to health and social services for street-involved youth in a Canadian setting. *Journal of Public Health Policy*. 2015;36(3):350-63.
108. Barker G, Ricardo C, Nascimento M, Organization WH. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. 2007.
109. Andrade CdSS, Costa MCO, da Silva MLCA, Barreto CSLA. *Notificação da violência física e sexual de crianças e adolescentes: o papel do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA*. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2018;8(1):46-53.
110. Cerqueira D, Coelho D. Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
111. Paraná SdEdSd. Vigilância de violências e acidentes no Paraná. Curitiba: SESA/SVS; 2014.
112. Souza CdS, Costa MCO, Assis SGd, Musse JdO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:773-84.
113. Dahmen B, Firk C, Konrad K, Herpertz-Dahlmann B. [Adolescent parenting - developmental risks for the mother-child dyad]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2013;41(6):407-17; quiz 17-8.
114. Kvist T, Annerback EM, Sahlqvist L, Flodmark O, Dahllof G. Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse. *Eur J Oral Sci*. 2013;121(6):594-9.

115. Forster M, Gower AL, Borowsky IW, McMorris BJ. Associations between adverse childhood experiences, student-teacher relationships, and non-medical use of prescription medications among adolescents. *Addictive Behaviors*. 2017;68:30-4.
116. Guo L, Xu Y, Deng J, Gao X, Huang G, Huang J, et al. Associations between childhood maltreatment and non-medical use of prescription drugs among Chinese adolescents. *Addiction*. 2017;112(9):1600-9.
117. Fang L, McNeil S. Is there a relationship between adverse childhood experiences and problem drinking behaviors? Findings from a population-based sample. *Public Health*. 2017;150:34-42.
118. Agyapong VIO, Juhás M, Ritchie A, Ogunsina O, Ambrosano L, Corbett S. Prevalence Rate and Demographic and Clinical Correlates of Child Sexual Abuse Among New Psychiatric Outpatients in a City in Northern Alberta. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017;26(4):442-52.
119. Khokher S, Khan M. Suicidal Ideation in Pakistani College Students 2005. 125-7 p.
120. Debowska A, Boduszek D, Jones AD, Willmott D, Sherretts N. Gender-Based Violence-Supportive Cognitions in Adolescent Girls and Boys: The Function of Violence Exposure and Victimization. *J Interpers Violence*. 2017;886260517741628.
121. Dutra-Thomé L, cErquEira Santos E, Koller SH. Exploração sexual e trabalho na adolescência: Um estudo de caso. *Universitas Psychologica*. 2011;10(3).
122. WHO WHO. Breaking the cycle: public health perspectives on interpersonal violence in the Russian Federation: policy briefing. 2007.
123. Yount KM, Crandall A, Cheong YF, Osypuk TL, Bates LM, Naved RT, et al. Child Marriage and Intimate Partner Violence in Rural Bangladesh: A Longitudinal Multilevel Analysis. *Demography*. 2016;53(6):1821-52.
124. Erulkar A. Early marriage, marital relations and intimate partner violence in Ethiopia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013;39(1):6-13.
125. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de psicologia*. 2004;9(2):227-37.
126. Fukumoto AECG, Corvino JM, Neto JO. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Rev Ciênc Ext*. 2011;7(2):71-83.
127. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli MdL. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2015;28(2):213-21.
128. Maranhão JH, Colaço VdFR, Santos WSd, Lopes GS, Coêlho JPL. Violência, risco e proteção em estudantes de escola pública. *Fractal : Revista de Psicologia*. 2014;26(2):429-44.
129. Nascimento SAV. Violência intrafamiliar e a síndrome do segredo. *Revista do Ministério Público de Goiás*. 2009:33-40.
130. Soares AL, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AM, Goncalves H. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl*. 2016;51:21-30.
131. Rice JL, Tan TX. Youth psychiatrically hospitalized for suicidality: Changes in familial structure, exposure to familial trauma, family conflict, and parental instability as precipitating factors. *Children and Youth Services Review*. 2017;73:79-87.
132. Eriksson L, Mazerolle P, Wortley R, Johnson H. Maternal and paternal filicide case studies from the Australian homicide project. *Child Abuse Review [Internet]*. 2016.
133. Vieira JCB, de Oliveira RC, da Silva Santana R, Nunes DDP, de Souza SR. Violência doméstica contra o adolescente: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Adolescência e Saúde*. 2009;6(1):15-9.

134. Viola TW, Salum GA, Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, Levandowski ML, Grassi-Oliveira R. 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 Negl.* 2016;51:1-11.
135. Moura AdS, Koller SH. The child in the accused men's sexual abuse vision: a study on distorted cognitions. *Psico-USF.* 2008;13(1):85-94.
136. Winters GM, Jeglic EL. I knew it all along: The sexual grooming behaviors of child molesters and the hindsight bias. *Journal of child sexual abuse.* 2016;25(1):20-36.
137. Pinto Junior AA, Cassepp-Borges V, Santos JGd. Characterization of child abuse and intervention strategies in a city of Rio de Janeiro state, Brazil. *Cadernos Saúde Coletiva.* 2015;23(2):124-31.
138. Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, et al. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Pediatrics.* 2016;137(5).
139. Sumner S, James A. Mercy, Robert Buluma, Mary W. Mwangi, Marcelin LH. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Pediatrics [Internet].* 2016.
140. Censo 2010 [Internet]. 2010. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
141. Assis SGd, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TdO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012;17:2305-17.

APÊNDICE

APÊNDICE 1: Chaves de busca de artigos.

PubMed: ("Domestic violence" [MeSH Terms] OR "Domestic violence" OR "Child Abuse" [MeSH Terms] OR "Child Abuse" OR "Spouse Abuse" [MeSH Terms] OR "Spouse Abuse" OR "Gender-Based Violence" [MeSH Terms] OR "Gender-Based Violence" OR "Intimate Partner Violence" [MeSH Terms] OR "Intimate Partner Violence" OR "Physical Abuse" [MeSH Terms] OR "Physical Abuse" OR "Rape" [MeSH Terms] OR "Rape") AND ("associated factors" OR "associated factor" OR "factors associated" OR "factor associated" OR "risk factors" OR "risk factor" OR "correlates" OR "related factors" OR "related factor") AND ("Adolescent" [MeSH Terms] OR "Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths")

PsycINFO: ("domestic violence" OR "child abuse" OR "spouse abuse" OR "gender-based violence" OR "intimate partner violence" OR "physical abuse" OR "rape" OR "Violência Doméstica" OR "maltrato a los niños" OR "maus-tratos infantiles" OR "maus-tratos conjugais" OR "maltrato conyugal " OR "violência de pareja" OR "violência por parceiro íntimo" OR "abuso físico" OR "estupro" OR "rape" OR "violación" OR "Maus-Tratos a Parceira" OR "Maus-Tratos a Companheira" OR "Maus-Tratos a Esposa" OR "Maus-Tratos a mulher" OR "Violência contra a mulher" OR "Violência contra mulheres" OR "Maus-Tratos a mulher" OR "Mulheres Agredidas" OR "Mulheres Espancadas" OR "Mulheres Vítimas de Agressão" OR "Mulheres Vítimas de Abuso" OR "Mulheres Vítimas de Maus-Tratos" OR "Mulheres Maltratadas" OR "Mujeres Maltratadas") AND ("associated factors" OR "associated factor" OR "factors associated" OR "factor associated" OR "risk factors" OR "risk factor" OR "correlates" OR "related factors" OR "related factor" OR "fatores associados" OR "fator associado" OR "fatores de risco" OR "fator de risco" OR "fatores relacionados" OR "fator relacionado" OR "fatores correlacionados" OR "fator correlacionado" OR "Factores de riesgo" OR "factor de riesgo" OR "Factores asociados" OR "Factor asociado" OR "factores relacionados" OR "factor relacionado" OR "Factores correlacionados" OR "Factor correlacionado") AND ("adolescent*" OR "adolescence" OR "teen*" OR "teenager*" OR "youth*" OR "adolescente*" OR "jovem" OR "jovens" OR

"adolescência" OR "juventude" OR "adolescente" OR "joven" OR "jóvenes" OR "adolescencia" OR "juventud")

SCIELO: ("Domestic violence" OR "intrafamilial violence" OR "Child Abuse" OR "Children Abuse" OR "Spouse Abuse" OR "bartered wife" OR "Gender-Based Violence" OR "Intimate Partner Violence" OR "Intimate Partner Violence" OR "Physical Abuse" OR "Physical Abuse" OR "Rape" AND ("associated factors" OR "associated factor" OR "factors associated" OR "factor associated" OR "risk factors" OR "risk factor" OR "correlates" OR "related factors" OR "related factor") AND ("Adolescent" [MeSH Terms] OR "Adolescent" OR "Adolescents" OR "Adolescence" OR "Teens" OR "Teen" OR "Teenagers" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Youths")

LILACS: ("domestic violence" OR "child abuse" OR "spouse abuse" OR "gender-based violence" OR "intimate partner violence" OR "physical abuse" OR "rape" OR "Violência Doméstica" OR "maltrato a los niños" OR "maus-tratos infantis" OR "maus-tratos conjugais" OR "maltrato conyugal" OR "violência de pareja" OR "violência por parceiro íntimo" OR "abuso físico" OR "estupro" OR "rape" OR "violación" OR "Maus-Tratos a Parceira" OR "Maus-Tratos a Companheira" OR "Maus-Tratos a Esposa" OR "Maus-Tratos a mulher" OR "Violência contra a mulher" OR "Violência contra mulheres" OR "Maus-Tratos a mulher" OR "Mulheres Agredidas" OR "Mulheres Espancadas" OR "Mulheres Vítimas de Agressão" OR "Mulheres Vítimas de Abuso" OR "Mulheres Vítimas de Maus-Tratos" OR "Mulheres Maltratadas" OR "Mujeres Maltratadas") AND ("associated factors" OR "associated factor" OR "factors associated" OR "factor associated" OR "risk factors" OR "risk factor" OR "correlates" OR "related factors" OR "related factor" OR "fatores associados" OR "fator associado" OR "fatores de risco" OR "fator de risco" OR "fatores relacionados" OR "fator relacionado" OR "fatores correlacionados" OR "fator correlacionado" OR "Factores de riesgo" OR "factor de riesgo" OR "Factores asociados" OR "Factor asociado" OR "factores relacionados" OR "factor relacionado" OR "Factores correlacionados" OR "Factor correlacionado") AND ("adolescent*" OR "adolescence" OR "teen*" OR "teenager*" OR "youth*" OR "adolescente*" OR "jovem" OR "jovens" OR "adolescência" OR "juventude" OR "adolescente" OR "joven" OR "jóvenes" OR "adolescencia" OR "juventud")