

Prevalencia de niños víctimas de violencia en la ciudad de Porto Alegre e influencia de sus variables en el ámbito odontológico

Prevalence of children victims of violence in the city of Porto Alegre and impact of its variables on dentistry

Márcia Cançado Figueiredo¹, Rossana Malmaceda Da Rocha², Ximena Concha Melgar³

DOI: 10.22592/ode2018n32a4

Resumen

Porto Alegre, capital del estado de Rio Grande do Sul, Brasil, es una ciudad considerada violenta. **Objetivo:** Evaluar características y variantes de violencia contra niños de 0 a 12 años, notificadas en la Coordinación General de Vigilancia en Salud de Porto Alegre de 2010 al 2016. **Métodos:** Estudio exploratorio descriptivo que analizó los datos de 6.493 casos de violencia contra niños, registrados en el SINAN y publicados en la página web de la Municipalidad de Porto Alegre. **Resultados:** 2015 fue el año de mayor prevalencia de violencia; 57,46% de las víctimas fueron niñas; lo tipo de violencia más frecuente fue negligencia (36,25%). La madre fue la mayor responsable de las agresiones. **Conclusión:** La violencia infantil es alta en Porto Alegre y para garantizar un trato adecuado de los profesionales del área de salud con niños víctimas de violencia, es necesario incluir el abordaje de estos casos en su formación académica.

Palabras clave: violencia contra niños, notificación de abuso, agresión, odontología.

Abstract

Porto Alegre, capital of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, is considered a violent city. **Objective:** to evaluate the main characteristics and variants of violence against children aged between 0 and 12 as reported at the General Office of Health Surveillance of Porto Alegre between 2010 and 2016. **Methods:** Descriptive exploratory study that analyzed the data of 6,493 cases of violence against children recorded by the SINAN (State Center for Health Surveillance) and published on the Porto Alegre Municipality website. **Results:** 2015 recorded the highest prevalence of violence against children; 57.46% of the victims were female. The most frequent type of violence was negligence (36.25%). It was the mother who was mainly responsible for the aggressions. **Conclusion:** Child violence is high in Porto Alegre, and to ensure that health professionals treat children victims of violence appropriately, it is necessary to address these cases in their academic education.

Keywords: violence against children, abuse reporting, aggression, dentistry.

- 1 Prof. Dra. Facultad de Odontología, Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Brasil. ORCID: 0000-0002-4279-5417
- 2 Estudiante de grado, Facultad de Odontología, Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Brasil. ORCID 0000-0001-5795-6108
- 3 Estudiante de posgrado, Facultad de Odontología, Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Brasil. ORCID: 0000-0002-9139-218X

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾, el término violencia significa el uso intencional de la fuerza o poder, en forma de amenaza o efectivamente, contra sí mismo, otra persona, grupo o comunidad, que ocasiona o tiene grandes probabilidades de ocasionar lesión, muerte, daño psicológico, alteraciones del desarrollo o privaciones.

La violencia es más propensa a existir en lugares donde existe desigualdad y, específicamente en el caso de violencia infantil, donde por naturaleza un adulto ejerce una jerarquía superior tanto física como emocional sobre un niño. La violencia infantil es un tema muy abordado en la actualidad. En Brasil se considera un grave problema de salud pública, por su magnitud y repercusión en la salud y calidad de vida, ya que afecta la integridad física, psíquica y/o emocional; provoca serios daños y graves consecuencias en el desarrollo, como problemas de salud mental y comportamiento agresivo y perjudica su adecuada inserción en la sociedad, dejando secuelas que pueden ser inmediatas o de mediano o largo plazo⁽²⁻⁴⁾.

Para un correcto desarrollo del niño, este debe tener una educación basada en un modelo humanizado, a través de un aprendizaje saludable y no punitivo, sin utilizar agresiones y fuerza física. De este modo, en 1990, a través de la Ley 8.069, fue creado el Estatuto del Niño y Adolescente (ECA)⁽⁵⁾ para regular los derechos y deberes de los mismos, protegerlos de maltratos y crear oportunidades de sancionar a los responsables de violencia. El ECA considera niño hasta los doce años de edad incompletos y adolescente entre doce y dieciocho años de edad.

El 25 de enero de 2011, la ordenanza n° 104⁽⁶⁾ determinó que las violencias domésticas, sexuales y otras debían ser notificadas obligatoriamente, citando en su artículo 7° la colaboración de todos los profesionales de salud, responsables de organizaciones y establecimientos públicos y particulares de salud y enseñanza. Para facilitar esta acción, desde el 2006, el Ministerio

de salud implementó el *Sistema de Informação de Agravos de Notificação* (SINAN) que es el mecanismo de notificación de la Coordinación General de Vigilancia en Salud (CGVS) y una herramienta de uso epidemiológico.

A pesar de haber sido creada la legislación antes descrita, aún ocurren cerca de 10 a 20 casos no notificados para cada caso de violencia infantil notificado, debido a su difícil diagnóstico⁽⁷⁾. Esto refuerza la necesidad de que los profesionales del área de la salud, en particular los cirujanos dentistas (60% de las lesiones por agresiones de violencia suceden en el rostro), diagnostiquen, notifiquen y denuncien a los organismos competentes los casos de sospecha o confirmados de violencia⁽⁸⁻⁹⁾.

En marzo de 2018, la ONG Seguridad, Justicia y Paz de la Ciudad de México divulgó que Porto Alegre, la capital del estado de Rio Grande do Sul - Brasil, está entre las cincuenta ciudades más violentas del mundo (posición 39°) y que posee locales y recursos para que sean notificadas las ocurrencias de violencia contra niños, generando así un número significativo de casos, incluyendo las ciudades de la región metropolitana⁽¹⁰⁾.

Por lo antes expuesto, el presente trabajo tuvo como finalidad delinear el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los niños víctimas de violencia, notificados en la Coordinación General de Vigilancia en Salud de Porto Alegre en el periodo de 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016.

Metodología

Estudio descriptivo con enfoque en el paradigma cuantitativo desarrollado a partir del análisis de las notificaciones de violencia del *Sistema de Informação de Agravos de Notificações* (SINAN) de la Coordinación General de Vigilancia en Salud de Porto Alegre en el periodo de 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016, publicados en archivos disponibles en la página web de la Prefeitura Municipal de Porto Alegre por la *Vigilância de Acidentes e Violência* (VIVA)⁽¹¹⁻¹²⁾ de la *Secretaria Municipal da Saúde* (SMS)

de dicha ciudad. Se obtuvo un total de 6.493 casos de violencia contra niños entre 0 a 12 años incompletos, de ambos os sexos.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, color, tipo de violencia, medio de agresión, local de ocurrencia, vínculo/ grado de parentesco con la víctima, sexo del autor de la agresión, uso de drogas por el agresor, recurrencia del episodio, desenlace.

Posterior a la recolección de datos, estos fueron registrados en una base del programa Excel 2013. Las respuestas fueron analizadas cuantitativamente, en porcentajes y presentadas en frecuencia relativa absoluta.

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) y *Comitê de Ética e Pesquisa* (CEP) de la *Secretaria Municipal de Saúde* (SMS) de la Prefeitura Municipal de Porto Alegre, registro n° 617.

Resultados

Se registraron 6.493 notificaciones de violencia contra niños de 0 a 12 años incompletos: 10,66% en el año 2010; 10,73% en 2011; 11,46% en 2012; 11,57% en 2013; 15,05% en 2014; 21,70% en 2015 y 18,83% en 2016 (Tabla 1).

Tabla 1 – Número de notificaciones de violencia contra niños entre los años 2010 a 2016

Año	Notificaciones			Total (%)
	0 – 3 años	4 – 7 años	8 – 12 años	
2010	211	214	267	692 10,66
2011	188	239	270	697 10,73
2012	240	261	243	744 11,46
2013	276	236	239	751 11,57
2014	386	317	274	977 15,05
2015	680	407	322	1409 21,70
2016	593	331	299	1223 18,83
Total	2574	2005	1914	6493 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

De los 6.493 casos notificados: 57,46% fueron de sexo femenino y 42,54% de sexo masculino; el grupo etario que obtuvo más notificaciones fue el de 0 a 3 años (39,64%), seguido del de 4 a 7 años (30,88%) y 8 a 12 años (29,48). Hubo una distribución regular de las notificaciones entre grupos etarios del sexo femenino; sin embargo, con una ligera predominancia entre 8 a 12 años incompletos (19,82%). En el sexo masculino, existió más notificaciones entre 0 a 3 años (20,14%) y decreció considerablemente a medida que la edad aumentaba. (Tabla 2).

Tabla 2 – Casos notificados de violencia según sexo y grupo etario del niño

Año	Femenino	Masculino	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)
0 – 3 años	1266 19,50	1308 20,14	2574 39,64
4 – 7 años	1178 18,14	827 12,74	2005 30,88
8 – 12 años	1287 19,82	627 9,66	1914 29,48
Total	3731 57,46(%)	2762 42,54(%)	6493 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

El color de piel blanca obtuvo mayor prevalencia en las notificaciones de violencia (74,78%), seguida de la parda (10,09%), negra (9,75%), ignorado/vacío (5,07%), amarilla (0,23%), indígena (0,08%) (Tabla 3).

Tabla 3 – Casos notificados de violencia según el color de piel del niño

Color	Femenino	Masculino	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Blanca	2793 43,01	2063 31,77	4856 74,78
Parda	387 5,96	268 4,13	655 10,09
Negra	366 5,64	267 4,11	633 9,75
Amarilla	6 0,09	9 0,14	15 0,23
Indígena	5 0,08	0 0	5 0,08
Ignorado/Vacío	174 2,68	155 2,39	329 5,07
Total	3731 57,46(%)	2762 42,54(%)	6493 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

Se encontraron 8.803 notificaciones con relación al tipo de violencia, número superior al de casos de violencia encontrados, debido a que algunos niños sufrieron más de un tipo de violencia en el relato de las notificaciones. Los tipos de violencia más prevalentes fueron: negligencia (36,25%), sexual (32,28%), psicológica (19,48%), física (10,88%) y otros (1,11%) (Tabla 4).

Tabla 4 – Tipo de violencia notificada por grupo etario del niño

Tipo Violencia	0 – 3 años	4 – 7 años	8 – 12 años	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Negligencia	2075 23,57	732 8,32	384 4,36	3191 36,25
Sexual	297 3,38	1140 12,95	1404 15,95	2841 32,28
Psicológica	229 2,60	648 7,36	838 9,52	1715 19,48
Física	305 3,46	296 3,36	357 4,06	958 10,88
Otra	30 0,34	21 0,24	47 0,53	98 1,11
Total	2936 33,35(%)	2837 32,23(%)	3030 34,42(%)	8803 100(%)

Fuente: Prefectura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

En este estudio se pudo constatar notificaciones de 6.320 medios de agresión, siendo la más prevalente la fuerza corporal (25,86%), seguida de la amenaza (17,99%), envenenamiento (2,2%), objeto contundente (1,12%), sustancia caliente (0,98%), arma de fuego (0,97%), perforación cortante (0,93%), otros (49,95%) (Tabla 5).

Tabla 5 – Medios de agresión relatados en las notificaciones de violencia contra niños

Medio de Agresión	Femenino		Masculino		Total	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
Fuerza Corporal	1039	16,44	595	9,42	1634	25,86
Amenaza	787	12,45	350	5,54	1137	17,99
Envenenamiento	72	1,14	67	1,06	139	2,2
Objeto Contundente	33	0,52	38	0,60	71	1,12
Sustancia caliente	32	0,51	30	0,47	62	0,98
Arma de Fuego	22	0,35	39	0,62	61	0,97
Perforación cortante	21	0,33	38	0,60	59	0,93
Otros	1477	23,37	1680	26,58	3157	49,95
Total	3483	55,11(%)	2837	44,89(%)	6320	100(%)

Fuente: Prefectura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

El principal local de ocurrencia de la violencia fue la propia residencia del niño (71,07%), seguido de comercios/servicios (15,65%), vía pública (3,02%), escuela (1,74%), otros (2,16%), ignorado (6,36%) (Tabla 6).

Tabla 6 – Locales de ocurrencia de la violencias contra niños

Local Violencia	0 – 3 años	4 – 7 años	8 – 12 años	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Residencia	1556 23,96	1539 23,70	1520 23,41	4615 71,07
Comercio/Servicios	698 10,75	190 2,93	128 1,97	1016 15,65
Vía Pública	40 0,62	70 1,08	86 1,32	196 3,02
Escuela	22 0,34	40 0,61	51 0,79	113 1,74
Otros	21 0,32	39 0,82	66 1,02	140 2,16
Ignorado	237 3,65	113 1,74	63 0,97	413 6,36
Total	2574 39,64(%)	2005 30,88(%)	1914 29,48(%)	6493 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

En cuanto a la relación de la víctima con su agresor, fueron contabilizados 7.124 agresores en las notificaciones, dado que en algunos casos existió más de un agresor por víctima. La madre, independientemente del grupo etario, fue la mayor responsable de las violencias (38,63%), seguida por el padre (19,86%), amigo (12,24%), padrastro (7,36%), tío (4,67%), abuelo (4,01%), desconocido (1,73%), otros (11,50%) (Tabla 7).

Tabla 7 – Relación de la víctima con su agresor por grupo etario

Relación Agresor	0 – 3 años	4 – 7 años	8 – 12 años	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Madre	1783 25,03	622 8,73	347 4,87	2752 38,63
Padre	643 9,03	469 6,58	303 4,25	1415 19,86
Amigo	87 1,22	320 4,49	465 6,53	872 12,24
Padraastro	51 0,72	183 2,57	290 4,07	524 7,36
Tío	41 0,57	130 1,82	162 2,28	333 4,67
Abuelo	103 1,45	105 1,47	78 1,09	286 4,01
Desconocido	21 0,29	47 0,66	55 0,78	123 1,73
Otro	173 2,42	308 4,34	338 4,74	819 11,50
Total	2902 40,73(%)	2184 30,66(%)	2038 28,61(%)	7124 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

En cuanto al sexo de los agresores, en las notificaciones generales, hubo predominancia del sexo masculino (46,35%), seguido del femenino (32,19%), ambos (13,46%) e ignorado (8%) (Tabla 8).

Tabla 8 – Sexo de los agresores de los niños

Sexo Autor	0 – 3 años	4 – 7 años	8 – 12 años	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Masculino	402 6,19	1167 17,97	1441 22,19	3010 46,35
Femenino	1367 21,05	457 7,04	266 4,10	2090 32,19
Ambos	496 7,64	239 3,68	139 2,14	874 13,46
Ignorado	309 4,76	142 2,19	68 1,05	519 8
Total	2574 39,64(%)	2005 30,88(%)	1914 29,48(%)	6493 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

El uso de alcohol/drogas constó como ignorado en 53,04% de las notificaciones, seguido por el no uso (34,47%) y uso (12,49%) (Tabla 9).

Tabla 9 – Uso de alcohol/drogas por el agresor

Uso alcohol/drogas	0 – 3 años	4 – 7 años	8 – 12 años	Total
	Número (%)	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Si	157 2,41	275 4,24	379 5,84	811 12,49
No	925 14,25	723 11,13	590 9,09	2238 34,47
Ignorado	1492 22,98	1007 15,51	945 14,55	3444 53,04
Total	2574 39,64(%)	2005 30,88(%)	1914 29,48(%)	6493 100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

La recurrencia de violencia estuvo presente en 31,55% de los casos; 24,76% no presentó recurrencia, 43,60% fue campo ignorado y 0,09% fue campo vacío. Del total de casos notificados recurrentes, 21,05% fueron contra sexo femenino y 10,49% contra sexo masculino (Tabla 10).

Tabla 10 – Recurrencia de violencia según sexo del niño

Recurrencia	femenino		masculino		Total	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
Si	1367	21,06	681	10,49	2048	31,55
No	880	13,55	728	11,21	1608	24,76
Ignorado	1480	22,79	1351	20,81	2831	43,60
Vacío	4	0,06	2	0,03	6	0,09
Total	3731	57,46(%)	2762	42,54(%)	6493	100(%)

Fuente: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

Los casos de violencia fueron encaminados en la ciudad de Porto Alegre, para el sector salud (31,72%), Consejo Tutelar (31,26%), Instituto Médico Legal (14,18%), Centro de Referencia de Asistencia Social (9,50%), Ministerio Público (5,07%), Delegación del Niño y Adolescente (2,98%), Juzgado de la Infancia y Juventud (1,60%), otras delegaciones (1,03%), refugio (0,92%) y otros (1,74%) (Tabla 11).

Tabla 11 – Encaminamientos a los diversos órganos públicos destinados para asistencia a las víctimas de violencia en la ciudad de Porto Alegre

Encaminhamentos para órgãos de atenção	Notificações	
	Total Número	(%)
Unidades de Salud	3121	31,72
Consejo Tutelar	3075	31,26
Instituto Médico Legal	1395	14,18
Centro de Referencia de Asistencia Social	935	9,50
Ministerio Público	499	5,07
Delegación del Niño y Adolescente	293	2,98

Encaminhamentos para órgãos de atenção	Notificações	
Juzgado de Infancia y Juventud	157	1,60
Otras Delegaciones	101	1,03
Refugio	91	0,92
Otros	171	1,74
Total	9838	100(%)

Fuente: Prefectura Municipal de Porto Alegre / SINAN – Adaptado VIVA Continuo y VIVA^(11,12)

Discusión

El presente estudio demostró que las notificaciones de violencia contra niños gaúchos vienen aumentando en niveles alarmantes, siendo que en 2010 se presentaron 692 notificaciones y, en 2016 este número prácticamente se duplicó. La violencia en general está creciendo en la actualidad y, conforme a datos de la Secretaría de Seguridad Pública, esto ocurrió en todo el estado de Rio Grande do Sul a lo largo de los últimos años. Podemos afirmar así, que la violencia social de alguna forma llega hasta la familia y consecuentemente a los niños⁽¹³⁾. Bajo esta misma lógica, Figueiredo et al en 2013⁽¹⁴⁾, a través de un estudio realizado en una población gaúcha en situación de extrema pobreza, concluyeron que existe un potencial riesgo de violencia en situaciones de vulnerabilidad como la pobreza, dado que la violencia es fruto directo de la desigualdad, distribución injusta de ingresos y de la dificultad de acceso de los más pobres a los bienes de consumo, características marcadas del Brasil en los últimos tiempos.

En el presente trabajo, se halló un predominio de notificaciones de violencia contra las niñas a lo largo de los años, a pesar de que los niños fueron más agredidos en la primera infancia (0 a 3 años). Esto refleja un trágico cuadro actual en la sociedad, debido a la falta de información y a conceptos socioculturales aún enraizados. Habigzang et al⁽¹⁵⁾ en 2015, justifica la linealidad de violencia contra las niñas con su crecimiento, pues la violencia física sufrida durante el abuso sexual colabora con el silencio

de las víctimas, a pesar de estar expuestas desde edad preescolar.

Conforme al último censo del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE)⁽¹⁶⁾, la población “gaúcha” se auto declaró blanca en un 79,23% de la muestra, lo que justifica que casi 75% de las notificaciones de violencia de este estudio hayan sido víctimas de piel blanca. La presente investigación apuntó que la negligencia, la violencia sexual, psicológica y física fueron las más notificadas, siendo que el número de violencias encontrado fue superior a las notificaciones debido al hecho de que algunos niños sufrió más de un tipo de violencia con sobre posición de las mismas. La misma situación, en orden de prevalencia diferente, fue encontrada por Costa et al⁽¹⁷⁾ con datos secundarios de los registros de ocurrencia de los niños víctimas de violencia en los Consejos Tutelares I y II de Feira de Santana en Bahía, Brasil.

Alarmante fue la situación sufrida por los niños gaúchos con relación a la negligencia de sus responsables, constatándose la importancia de la triada niño-familia-sociedad y teniendo como base a la familia. Algunas cuestiones sociales, como el nivel socioeconómico, pueden ser determinantes para este tipo de violencia. Niños por debajo del peso, con cuidados precarios de higiene y destrucciones dentarias extensas y generalizadas causadas por caries son indicativos de que el niño no está contando con cuidados adecuados, pudiendo estar siendo víctima de negligencia. Según Seger, Caldart e Grossi⁽¹⁸⁾, en un estudio desarrollado en la ciudad de Por-

to Alegre, 79% de la negligencia familiar es intencional y 7% es no intencional.

La violencia sexual fue registrada en todos los grupos etarios y ocurre de manera muy sutil en el niño, siendo de difícil distinción como algo inadecuado. Figueiredo et al en 2011⁽¹⁹⁾, relataron que pueden ocurrir señales y síntomas alterados en niños víctimas de violencia sexual, como comportamientos atípicos durante la atención odontológica y la aparición de lesiones bucales, lo que puede facilitar el diagnóstico. En contraste, la violencia psicológica o tortura psicológica, según Abranches e Assis⁽²⁰⁾, es de difícil diagnóstico y deja marcas invisibles, pudiendo estar implícita en otros tipos de violencia.

La violencia física fue considerada como un método punitivo para educar a los hijos, y fue el medio de agresión más prevalente en las niñas. Por otro lado, Assis⁽²¹⁾, en un estudio realizado con estudiantes de escuelas públicas y particulares del municipio de Duque de Caxias en Rio de Janeiro, demostró que más del 50% de los niños sufrieron agresiones verbales, a través de insultos por sus padres.

Casi la totalidad de los casos de notificación de violencia encontrados en este estudio fueron practicados en el interior de las residencias, siendo la madre la principal agresora, principalmente en el grupo etario de 0 a 3 años de edad. Nunes y Salles⁽²²⁾ en 2014, a través de una revisión de la literatura sobre la violencia infantil en el escenario brasileiro, demostraron que el agresor siempre es un miembro de la familia y que los padres son los mayores perpetradores de violencia contra niños, destacándose la madre. El sexo masculino fue el de la mayoría de los agresores, justificado por las relaciones de poder inherentes del hombre que acaban convirtiéndose en desigualdades y dominación sobre los niños. De otro lado, el uso de alcohol y otras drogas es un factor que puede desencadenar situaciones de violencia, pues su exceso puede alterar la conciencia, llevando a irritabilidad, pérdida de sentido crítico y aumento de libi-

do; en el presente estudio, 12% de los agresores afirmaron hacer uso de los mismos^(15,23)

Como el carácter cíclico y repetitivo es una característica de la violencia, las notificaciones de recurrencia encontradas fueron de 35%. Así, las notificaciones de encaminamientos de los casos denunciados fueron proporcionalmente referidas para el Sector Salud y Consejo Tutelar de Porto Alegre. Según Fonseca⁽²⁴⁾, en su estudio realizado con niños víctimas de recurrencia de violencia en la ciudad de Curitiba, esta característica es un punto importante al que el profesional de salud debe estar atento, principalmente en la atención a niños que ya fueron víctimas de violencia.

Finalizando, se considera urgente la implementación de políticas públicas, de acuerdo con la legislación vigente, que velen por la protección de los niños y su familia para que no se reproduzca el ciclo de victimización y sufrimiento en generaciones futuras. Los profesionales de salud deben estar atentos a las cuestiones implícitas de violencia doméstica, llevando en consideración el contexto social en que el niño y familia están inseridos, para tener una comprensión más amplia y calidad en la atención, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de dichas personas.

Conclusión

Se concluye que hubo un aumento en el número de casos de niños víctimas de violencia notificados en la Coordinación General de Vigilancia en Salud de Porto Alegre en el periodo de 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016. Lo cual muestra la necesidad de promoción de medidas de prevención y protección a los niños, así como la importancia de abordar este tema en la formación académica de los profesionales de salud, en especial el cirujano dentista.

Referencias

1. World Health Organization, Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003
2. Day VP, Telles LE de B, Zoratto PH, Zoratto, Pedro Henrique Azambuja MRF de, Machado, Denise Arlete Silveira MB, Debiaggi M, da Graça Reis M, Göettert Cardoso R, Blank P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2003; 25 (sup1): 9–21.
3. Pesce R. Violencia familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14 (2): 507–18.
4. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc. Saúde Colet.* 1999;4 (1): 109–21.
5. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 11. ed. Porto Alegre: CORAG; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 [RSI 2005]...[Internet]. [acesso 2018 jun 6]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
7. Pascolat G, Santos C de FL dos, Campos ECR de, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J. pediatr. (Rio J.)*. 2001;77 (1): 35–40.
8. Alves P, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão da literatura. *UEPG Ci. Biol. Saúde.* 2003;9 (3/4): 29–35.
9. Barreto CSLA, Araújo PC de, Martins DFJ. Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Bahia, Brasil - 2008 a 2012. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2012; 11 (2): 140–8.
10. Seguridad, Justicia y Paz [Internet]. México, 2017 [acesso 2018 jun 6]. Disponível em: <https://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/ranking-de-ciudades-2017>.
11. Brasil. Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Viva contínuo (notificações (2009-13) [Internet]. Porto Alegre; ano [acesso 2018 jun 6]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919.
12. Brasil. Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Viva (notificações (2014-16) [Internet]. Porto Alegre; ano [acesso 2018 jun 6]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919.
13. Brasil. Rio Grande do Sul. Secretaria da Segurança Pública. Indicadores criminais [Internet]. Porto Alegre; 2018 [acesso 2018 jun 6]. Disponível em: <http://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-criminais>.
14. Figueiredo MC, Kothe V, Cesar M de O, Silva KVCL da. Conceitos sobre violência e dados socioeconômicos de pessoas em situação de pobreza extrema residentes em um município no Sul do Brasil. *RFO UPE.* 2013; 18 (1): 67–74.
15. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicol. teor. pesqui.* 2005;21 (3): 341–8.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade [Internet]. Rio de Janeiro; 2011 [acesso 2018 jun]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>.
17. Costa MCO, Carvalho RC de, Santa Bárbara J de FR, Santos CAST, Gomes W de A, Sousa HL de. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12 (5): 1129–41.
18. Seger ÂCBP, Caldart P, Grossi PK. Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: desafios para o Serviço Social. *Textos contextos.* 2010;9 (1): 118–31.
19. Figueiredo MC, Frassetto P de M, Guimarães LF, Boaz CM. Violência sexual contra crianças e seus aspectos relevantes para o profissional de saúde: relato de caso clínico. *Conscientiae saúde.* 2011;10 (4): 735–40.
20. Abranches CD de, Assis SG de. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. saúde pública.* 2011; 27 (5): 843–54.

21. Assis SG de. Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores. [internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. [acesso 2018 jun 14]. p: 41-64. Disponível em: <http://books.scielo.org>
22. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21 (3): 871–80.
23. Maia JMD, Williams L. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas psicol. 2005;13 (2): 91–103.
24. Fonseca RMGS da, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG de. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. Acta paul. enferm. 2012; 25 (6): 895–901.

Marcia Caçado Figueiredo: mcf1958@gmail.com

Fecha de recibido: 21.07.2018- Fecha de aceptado: 29.08.2018