

HELOÍSA LIMA DE SOUSA

**VITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
ANÁLISE DA INCIDÊNCIA EM 2003 E 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Conceição O. Costa

FEIRA DE SANTANA – BA

2012

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S715v Sousa, Heloísa Lima de
Vitimização de crianças e adolescentes: análise da incidência em 2003 e 2009 /
Heloísa Lima de Sousa. – Feira de Santana, BA, 2012.
184 f. : il.

Orientadora: Maria Conceição O. Costa

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Violência – Crianças e adolescentes. 2. Incidência – Diferentes tipos de violência. I. Costa, Maria da Conceição O. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. IV. Título.

CDU: 614:301.151.56-053.2

HELOÍSA LIMA DE SOUSA

**VITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
ANÁLISE DA INCIDÊNCIA EM 2003 E 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 22 de março de 2012.

Banca Examinadora

Prof^ª Dra. Simone Gonçalves de Assis

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof^ª Dra. Tânia Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof^ª Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu melhor amigo, refúgio e fortaleza nos bons e nos “não tão bons” momentos dessa caminhada.

A meus pais, Geovani e Graça, pelo amor e apoio incondicionais durante essa etapa. Vocês são exemplo em minha vida. Muito obrigada por tudo!

A minha orientadora, Prof^ª Dra. Maria Conceição O. Costa, pelo incentivo, competência, coragem e oportunidade de crescimento no NNEPA.

Aos meus queridos amigos, Clarice, Thales, Suélem e Tatiane e toda turma pelos momentos de crescimento mútuos e diversão.

A toda equipe de alunos e professores do NNEPA, que, sem dúvida, colaborou muito para que esse momento fosse possível. De maneira especial, minha gratidão aos alunos pela colaboração na coleta e processamento dos dados.

A equipe de conselheiros tutelares e profissionais do CREAS de Feira de Santana pela contribuição e disponibilidade.

Toda criança me arrebatada,
toda criança, por me olhar,
me arregaça as mangas do amor
e dele, desse amor,
morro de emoção.

Há nisso mais do que o fato
de criança ser igual flor,
mais do que criança ser da vida
a metáfora das coisas
e seu verdadeiro valor.

[...]

Tenho vontade de defendê-las
das injustiças dos ditos maiores,
dos esticados que,
aprisionados,
querem aprisionar.

Por todo o sempre e agora,
toda criança quando chora,
respondo - que foi?
Quem não te tratou direito?
(Toda criança quando chora
acho que me diz respeito.)

[...]

Não mimem crianças ao invés de amá-las,
para não adoecê-las
para não encouraçá-las!
Não oprimam crianças na minha frente,
vou interferir, vocês vão se danar,
vou escancarar!

Não usem criança na minha presença,
tomarei o partido delas,
não terão minha parcimônia,
não vou compactuar!
Não cunhem nelas a tirania,
eu vou denunciar!

(Trecho de poesia “MENINOS SÃO JOSÉ” de Eliza Lucinda)

RESUMO

Objetivo: Descrever características epidemiológicas e traçar curvas de incidências das violências perpetradas em crianças e adolescentes, nos anos de 2003 e 2009, segundo registros dos Conselhos Tutelares e Centro de Assistência Social/CREAS de Feira de Santana-Bahia. **Método:** estudo descritivo, do tipo série de casos, com base nas notificações dessas Instâncias, em 2003 e 2009. Na análise, utilizou-se *linkage* entre bancos, para evitar duplicidade e foram calculados coeficientes das incidências, por idade e sexo das vítimas, segundo IBGE. **Resultados:** A dissertação está estruturada em dois artigos: o primeiro está apresentado no capítulo de resultados (Artigo 1), enquanto o segundo encontra-se em fase de análise e redação do texto. Artigo 1: *“Incidência dos diferentes tipos de violência em crianças e adolescentes: estudo de coeficientes, segundo idade e sexo das vítimas em 2003 e 2009.* Objetivo: analisar as incidências dos diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes registradas nas instâncias de denúncias de Feira de Santana/Bahia/Brasil, em 2003 e 2009. **Conclusões:** o aumento dos registros da violência infanto-juvenil no município, nos anos estudados, ratifica o elevado risco de violação a que este segmento da população está exposto, evidencia a importante participação da população no controle social das denúncias, assim como sugere a necessidade de investimentos no fortalecimento das ações da Rede de Instâncias, através da integração e articulação interinstitucional.

Palavras-chave: violência; criança e adolescente; incidência.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological characteristics and trace curves of incidences of violence perpetrated on children and adolescents in 2003 and 2009, according to records of the Guardianship Councils and the Welfare Center/CREAS of Feira de Santana, Bahia, Brazil. **Method:** A descriptive study of case series, based on the notifications registered in those institutions in 2003 and 2009. In the analysis, we used linkage between databases to avoid duplication and coefficients were calculated from incidence by age and sex of the victims, according to IBGE. **Results:** The dissertation is structured in two articles: the first one is presented in the chapter of results (Article 1), while the second is still in the process of analysis and writing of the text. Article 1: *"Incidence of different types of abuse in children and adolescents in Brazil: a study of rates according to the victim's age and gender in 2003 and 2009."* **Objective:** Analyze the incidence of different types of abuse against children and adolescents reported at the institutions of complaints in the city of Feira de Santana, State of Bahia, Brazil, in 2003 and 2009. **Conclusions:** the increase in records of violence against children in the county in the years studied confirms the high risk of violation to which this segment of the population is exposed, it highlights the important participation of the population in the social control of complaints, and suggests the need of investment in strengthening the actions of Network of Organizations through integration and inter-institutional coordination.

Keywords: violence, child and adolescent; incidence.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Epidemiologia e impactos da violência na infância e adolescência.....	11
3.2 Formas e expressões da violência infanto-juvenil.....	16
3.2.1 <i>Negligência e abandono.....</i>	17
3.2.2 <i>Violência física.....</i>	18
3.2.3 <i>Violência sexual.....</i>	19
3.2.4 <i>Violência psicológica.....</i>	20
3.3 Políticas e estratégias na atenção a violência infanto-juvenil.....	22
3.3.1 <i>O setor saúde no enfrentamento à violência infanto-juvenil.....</i>	25
3.4 Redes de prevenção à crianças e adolescentes em situação de violência.....	26
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 Desenho do Estudo.....	29
4.2 Local de Estudo.....	29
4.3 População e Período de Referência.....	29
4.4 Instituições Estudadas.....	30
4.5 Coleta de Dados.....	30
4.6 Análise de Dados.....	32
4.7 Aspectos Éticos.....	34
5 RESULTADOS.....	35
5.1 Artigo 1	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Quanto à origem e manifestações, a violência é um fenômeno socio-histórico, resultante de estruturas, relações e contradições da vida em sociedade e se revela por relações de dominação, em que diferenças são convertidas em desigualdades, marcada por relações assimétricas, afetando a saúde individual e coletiva (SILVA, 2002; OLIVEIRA, 2008; MINAYO, 2005; OPAS, 1994). Em nível mundial, estima-se que ocorram, a cada ano, mais de um milhão de óbitos por causas violentas e muitas outras lesões não fatais em decorrência deste agravo (KRUG et al, 2002), cuja magnitude exige, para prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e a organização de serviços (MINAYO, 2005; OPAS, 1994).

A violência perpetrada contra crianças e adolescentes, compreendida como fenômeno social complexo, gera inquietações em âmbito mundial e incertezas, no que diz respeito à etiologia e formas de manifestação (MARTINS, 2005). A literatura revela que, para cada morte de jovem por homicídio, ocorrem 20 a 40 casos de violência não fatal (KRUG et al, 2002), além de 3.500 óbitos anuais de crianças e adolescentes, menores de 15 anos, vítimas de abuso físico e negligência (UNICEF, 2003).

No Canadá, pesquisa nacional (2008) revelou predomínio da vitimização por negligência ou presenciamento de violência conjugal (34%), seguidas pela violência física (20%), vitimização emocional (9%) e abuso sexual (3%). O estudo também concluiu que 18% das vitimizações envolviam mais de uma forma de vitimização e 46% das crianças apresentavam problemas, como dificuldades de aprendizagem, depressão/ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade, entre outras repercussões (PHAC, 2010).

No Brasil, crianças, adolescentes e jovens pertencem a um dos segmentos populacionais mais vitimizados pela violência, sendo esta sua principal causa de morbimortalidade. Em 2009, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), coordenada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, em escolas públicas e privadas do país, apontou que 12,9% dos alunos relataram envolvimento em conflitos com agressão física nos últimos 30 dias, com percentuais duas vezes mais altos entre meninos; 9,5% referiram violência intrafamiliar; 6,4% deixaram de ir à escola por insegurança; 6,1% envolveram-se em conflitos com arma branca e 4% com arma de fogo (MALTA et al, 2010).

Na Região Nordeste, o conhecimento sobre a real dimensão da violência infanto-juvenil é ainda incipiente. A subnotificação dos casos dificulta a melhor visualização da

magnitude do problema, tornando difícil conhecer a frequência exata dos casos, possibilitando que a violência permaneça como grave ameaça às condições de vida de crianças e adolescentes, o que torna o tema merecedor de maiores investigações e estratégias de enfrentamento (MARTINS; MELLO JORGE, 2009a).

Em Feira de Santana, estudo realizado a partir dos dados de notificação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA (hospitais, unidades básicas e de emergência), sobre a violência infanto-juvenil, no período de 2009 a 2011, apontou elevados percentuais de abuso físico (41,8%); psicológico (28,3%); sexual (17,4%) e negligência/abandono (11,3%). Mostrou ainda que os meios mais utilizados foram força corporal (40,0%) e ameaça verbal (32,8%); as lesões mais identificadas foram corte, laceração e perfuração (45,7%); com maior frequência na região face/crânio/pescoço (31,5%); a consequência mais relatada foi o estresse pós-traumático (83,8%); as recorrências ocorreram em mais de 50% dos casos e o internamento hospitalar em 35,3%, tendo 15,3% evoluído para o óbito (SOUZA, 2011).

A presente pesquisa vislumbra ampliar o reconhecimento sobre a magnitude da violência praticada e denunciada contra crianças e adolescentes, no município de Feira de Santana-BA, a fim de realizar um diagnóstico situacional do problema e subsidiar a implementação de ações e políticas adotadas no enfrentamento à violência infanto-juvenil, pela Rede de Atendimento e Garantia de Direitos.

O interesse pessoal pelo estudo do tema surgiu ainda na graduação, enquanto aluna de iniciação científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), a partir do envolvimento com o projeto “Violência contra crianças e adolescentes: a realidade, o enfrentamento e a prevenção”, desenvolvidos no Núcleo. Os seminários municipais promovidos no período e os relatórios e trabalho de conclusão de curso elaborados me sensibilizaram sobre a importância da produção de conhecimento acerca da violência infanto-juvenil e motivaram a realização desta pesquisa que expressa a realidade do contexto local.

Partindo-se do pressuposto de que o conhecimento do fenômeno da violência constitui o primeiro passo para sugerir ações de enfrentamento e proteção às vítimas, questiona-se: quais as características da violência contra crianças e adolescentes notificada em Feira de Santana, Bahia, em 2003 e 2009?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever características epidemiológicas das violências praticadas contra crianças e adolescentes, notificadas em Feira de Santana, Bahia, cujos agravos foram registrados nos Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS, em 2003 e 2009.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os principais tipos de violência (física, negligência e abandono, sexual, psicológica e outras), considerando denunciante, local de ocorrência da violência, perfil da vítima e do agressor, assim como medidas adotadas e encaminhamentos realizados após denúncia, nos anos estudados (2003 e 2009);
- Construir curvas, considerando os coeficientes de incidência das violências notificadas em 2003 e 2009;
- Comparar o comportamento das violências entre os anos (2003 e 2009).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Epidemiologia e impactos da violência na infância e adolescência

A violência acompanha a trajetória humana e seus impactos podem ser vistos sob variadas formas em diferentes países. Estima-se que ocorram, anualmente, mais de um milhão de óbitos por causas violentas em todo o mundo e muitas outras lesões não fatais em decorrência deste agravo (KRUG et al, 2002). Assim, pelo número de vítimas e pela magnitude de suas consequências, a violência adquiriu caráter endêmico e tornou-se um problema de saúde pública em diversos países, exigindo, para sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e a organização de serviços pelo setor saúde (MINAYO, 2005; OPAS, 1994).

Neste contexto, órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), ampliam o debate sobre o fenômeno da violência. No ano de 2002, esta organização publicou o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” oferecendo um panorama geral da questão no mundo. No que se refere a crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, houve uma estimativa de 57 mil óbitos por homicídio para o ano de 2000. Este estudo também observou que o risco de abuso fatal varia de acordo com a renda do país ou região. Em países de renda elevada, para crianças menores de 5 anos de idade, o índice de homicídio é 2,2 para 100 mil meninos e 1,8 para 100 mil meninas. Já nos de baixa ou média renda, os índices são duas a três vezes maiores – 6,1 para cada 100 mil meninos e 5,1 para cada 100 mil meninas. Sendo encontrados os índices mais altos de homicídio destas crianças na região africana e os mais baixos na região européia (KRUG et al, 2002).

No Brasil, até a década de 80, o tema violência relacionava-se especialmente à área da polícia e da justiça. Porém, é neste período que se consolida um novo perfil epidemiológico no país, onde a mortalidade por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes em geral) passa a ocupar o 3º lugar entre as demais causas de óbitos, ficando abaixo apenas das doenças cardiovasculares e neoplasias, tornando-se, também, um importante problema para a área da saúde (MINAYO; ASSIS, 1994).

Vale ressaltar que, além de ocuparem os primeiros lugares nas listas de mortalidade, os óbitos por causa violenta têm como grupo privilegiado a população de jovens e adultos, em idade produtiva (SOUZA; MELLO JORGE, 2004). No Brasil, enquanto a população em geral apresentou, em 2000, uma taxa de mortalidade por causas violentas de 48,15 casos em cem mil habitantes, entre os jovens essa taxa foi de 74,42 por cem mil jovens,

constituindo-se, portanto, segmento populacional vulnerável a este tipo de agravo (UNESCO, 2004).

Ainda neste aspecto, o Relatório de Desenvolvimento Juvenil da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), apresenta um panorama da mortalidade por causas violentas entre jovens de 15 a 24 anos nas unidades federativas brasileiras, em 2000. Obteve-se que a região Sudeste possui os três estados com maiores índices de óbitos juvenis por violência do Brasil, que lhe dá a maior taxa entre as regiões, com destaque para o Rio de Janeiro, maior taxa de mortes entre os jovens do país (128,57 mortes por cem mil jovens) (UNESCO, 2004).

A Região Nordeste apresenta-se de forma heterogênea. No geral, é a região com menor taxa (52,14 mortes por cem mil jovens), no entanto, possui a 2ª maior taxa do país (Pernambuco, com 127,97 mortes por cem mil jovens) e uma das taxas mais baixas do Brasil (Bahia, com 26,97 mortes por cem mil jovens). A região Norte assemelha-se ao Nordeste (53,82 mortes por cem mil jovens), o Centro-Oeste ocupa, no geral, a segunda colocação neste tipo de mortalidade entre jovens (87,41 mortes por cem mil jovens) e a região Sul apresenta a taxa mais homogênea entre suas unidades federativas (61,96 mortes por cem mil jovens) (UNESCO, 2004).

No que se refere ao período de 1991 a 2007 foram registrados 665.199 óbitos por homicídios e, entre 1998 e 2009, mais de 8 milhões de internações hospitalares por acidentes e violências, no Brasil (MELO, 2010). Em 2009, os óbitos por causas externas representaram a terceira causa de mortalidade geral da população brasileira, sendo as agressões a principal causa de óbitos de crianças e adolescentes (42%), na faixa etária de 0 a 19 anos de idade, em todo país (BRASIL, 2011a).

Diante dos dados apresentados, concluímos que não se pode falar em crianças e adolescentes sem que o tema violência aflore, pois estes meninos e meninas têm sofrido ao longo dos anos violações de seus direitos, tendo este fenômeno um maior peso social na medida em que é passível de prevenção (SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

Ademais, é importante notar que existem tipos de violência cujo reconhecimento pode ser dificultado pelo modo como ela se manifesta ou pelo desejo da sociedade em percebê-la, por exemplo, a violência praticada contra crianças e adolescentes. Toda criança deveria ter assegurado o direito ao convívio familiar que lhe propiciasse um desenvolvimento sadio. Entretanto, sabe-se que há situações que levam a família a agredir este menor, gerando abandono, agressão física, abuso sexual e até morte (DE LORENZI; PONTALTI; FLECH, 2001).

Esta forma de violência contra crianças e adolescentes não é um fenômeno da contemporaneidade e acompanha a trajetória humana desde os tempos mais antigos. Relatos de maus-tratos, negligências, abandonos, abusos sexuais e filicídios são encontrados na mitologia ocidental, em passagens bíblicas e outros tipos de registro, compondo parte da história cultural da humanidade (FERREIRA, 2002).

No Canadá, estudo nacional sobre a incidência de abuso e negligência contra crianças, realizado em 1998, onde 2,1% das crianças participaram da investigação, evidenciou que em 45% dos casos os maus-tratos contra a criança foram comprovados (WARD; BENNET, 2003)

Nos Estados Unidos, Finkelhor e colaboradores (2005) realizaram pesquisa nacional, com crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos de idade, utilizando questionário abrangente em que foram avaliados 34 tipos de violência. Os resultados revelaram que, entre 2001 e 2002, mais da metade das crianças e jovens havia sofrido uma agressão física, mais de 1 em cada 8 foram vítimas de maus-tratos, 1 em cada 12 abusadas sexualmente e mais de uma em cada 3 testemunharam violência ou vivenciaram outra vitimização indireta. Aproximadamente, 20% das crianças e adolescentes sofreram *bullying* e 25% algum tipo de assédio. As principais vítimas de agressões físicas, *bullying* e assédio foram as crianças entre 6 e 12 anos, enquanto os adolescentes sofreram mais por lesões corporais, sequestros, agressões não sexuais contra órgãos genitais e violência no namoro (FINKELHOR et al, 2005).

No Brasil, pesquisa realizada em vários municípios pelo Laboratório de Estudos da Criança (Lacri), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, revelou o perfil dos tipos de violência às quais a população de crianças e adolescentes de até 19 anos está sujeita. Os dados investigados evidenciaram que, em 2007, houve predomínio da negligência (46,3%), seguida da violência física (25,1%), violência psicológica (19,5%) e sexual (9,0%), sendo importante ressaltar que estes números expressam apenas uma parcela de outras tantas violações ocultas (LACRI, 2010).

Nesse contexto, há que se considerar os danos sociais, econômicos, políticos e pessoais que esta violência contra crianças e adolescentes pode gerar, sendo este impacto influenciado por fatores como idade e grau de desenvolvimento da vítima, tipo, frequência, duração e gravidade do abuso e relação entre a vítima e o agressor (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

As consequências dos maus-tratos contra crianças e adolescentes são reconhecidas em vários estudos, e podem ser: ansiedade, transtornos depressivos, déficit de atenção,

hiperatividade, baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, dificuldade de relacionamento interpessoal, gravidez precoce, aborto, comportamento agressivo, delinquência e até tentativas de suicídio, dentre outros. Além destes danos, são potencializados riscos de adquirir enfermidades, como as IST/AIDS, e de desenvolver comportamentos prejudiciais à saúde como uso do álcool e outras drogas e iniciação precoce da atividade sexual, tornando-os mais vulneráveis a exploração e prostituição (BRASIL, 2008; ONU, 2006; COSTA et al, 2006; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Na Nova Zelândia, por exemplo, estudo de coorte, evidenciou a existência de associações entre o abuso sexual durante a infância e a presença subsequente de problemas de saúde mental, como depressão, distúrbios de ansiedade e pensamentos e comportamentos suicidas (KRUG et al, 2002). Nos Estados Unidos, outro estudo longitudinal, com mais de dois mil homens e mulheres de meia idade, demonstrou associação entre auto-relato de abuso físico na infância e diminuição da saúde física e mental, mesmo décadas após o abuso (SPRINGER et al, 2007).

Ainda neste contexto, pesquisas longitudinais têm estabelecido forte associação entre a exposição continuada à violência, vitimização recorrente e violência fatal. A vitimização recorrente deixa seqüelas físicas e emocionais, como a síndrome de distúrbios pós-traumáticos (insônia, síndrome do pânico, distúrbios alimentares, taquicardia, depressão). Ademais, esta vitimização pode aumentar o envolvimento juvenil em comportamentos de risco como porte de armas e delinquência, bem como reforçar valores de adoção de formas violentas para resolução de conflitos, aumentando, assim, os riscos de vitimização fatal (PERES; CARDIA; SANTOS, 2006).

No Brasil, pesquisa realizada em município do Rio de Janeiro, em 2002, com 1685 estudantes de escolas públicas e particulares, constatou que os adolescentes, de 15 a 19 anos, que relataram violência psicológica de pessoas significativas (48,0%), sofreram violência física severa dos pais (14,6%) e testemunharam ou vivenciaram violência sexual na família (11,8%) apresentaram uma prevalência 3,8 vezes maior de sofrer violência na comunidade, 3,0 vezes maior de ser vítima de violência na escola e 3,2 vezes maior de envolver-se em situações de transgressão da lei. Verificou-se, portanto, a existência de associação entre a presença de maus-tratos e a ocorrência de outras formas de violência, sugerindo maior exposição destes indivíduos a um ciclo de vitimização no meio relacional (ASSIS et al, 2004).

Assim, a principal forma de evitar tais conseqüências é a interrupção imediata do ciclo de violência em que a criança ou adolescente estão envolvidos, bem como a superação

dos traumas, danos secundários e demais seqüelas adquiridas na situação de violência. Para isso, ações como fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e da rede de serviços, defesa e proteção infanto-juvenil tornam-se essenciais (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

Outro aspecto relevante é o ônus que a elevação das vítimas de violência traz. Embora não existam estatísticas globais precisas, estima-se que sejam gastos bilhões de dólares, anualmente, com cuidados de saúde, outros bilhões com despesas econômicas relativas a dias não trabalhados, gastos com sistema judiciário e penal, além de perdas materiais decorrentes dos agravos em todo o mundo (DAHLBERG; KRUG, 2007; MENDONÇA; ALVES; CABRAL FILHO, 2002).

Diante disso, com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento, foi realizado um estudo para avaliar o impacto econômico da violência em seis países da América Latina. Os resultados, expressos em proporção ao produto interno bruto (PIB) destes países, em 1997, evidenciaram que foram gastos, só em cuidados de saúde devido à violência, 1,9% do PIB no Brasil, 5% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela (DAHLBERG; KRUG, 2007). Nos Estados Unidos, são gastos, anualmente, 425 bilhões de dólares com despesas resultantes da violência (MENDONÇA; ALVES; CABRAL FILHO, 2002) e, em 2001, só os gastos associados ao abuso e negligência infantis, levando em consideração perdas futuras e custos com saúde mental, foram estimados em 94 bilhões (ONU, 2006).

No Brasil, estudos revelam a importância dos gastos com internações hospitalares por causas externas. Estima-se que no país, as hospitalizações por esta causa, representem 8% das despesas com internações, em relação às demais causas de óbito (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005). Em 2000, o custo total com internação de adolescentes na rede hospitalar pública brasileira por acidentes e violências (com exceção dos atendimentos de emergência) foi de R\$ 48 milhões de reais, e, em relação às crianças, na faixa de 1 a 9 anos de idade, a taxa de internação pela mesma causa originou um custo de R\$ 32 milhões de reais. Vê-se, portanto, que, além das graves conseqüências às vítimas, há também os custos sociais e econômicos do adoecer por violência (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Estas estatísticas evidenciam a necessidade urgente de um enfrentamento eficaz às violências e à violência contra crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. Assim, saber o número de abusadores responsabilizados, o percentual de denúncias realizadas, o número de casas de prostituição fechadas, o número de vitimizados atendidos com resolutividade, torna-se tarefa indispensável ao combate e desmonte da violência contra crianças e adolescentes, sendo, por isso, tão importante a construção continuada de indicadores acerca da violência

infanto-juvenil que permitam acompanhar as situações ocorridas, contabilizar socialmente o problema, definir prioridades de ação e avaliar políticas de saúde concretizadas (FALEIROS, 1998).

3.2 Formas e expressões da violência infanto-juvenil

Os diferentes tipos de violência que atingem crianças e adolescentes e demais grupos da população apresentam-se sob várias faces e manifestações. Algumas formas são mais extremas, levam a óbitos ou acidentes de trânsito, e outras provocam danos a vida social, estruturas e relações. Entre os variados tipos de manifestações da violência, que provocam sérios impactos na vida pessoal e social das vítimas, temos: a *violência criminal* (quando há transgressão de normas ou leis sociais, como exemplo, formação de gangues e redes de exploração sexual ou do trabalho infanto-juvenil); a *violência estrutural* (relacionada à manutenção de desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas); a *violência institucional* (realizada dentro das instituições e sistemas, como serviços de segurança pública, saúde ou mesmo nos serviços de atendimento às vítimas de violência); *violência interpessoal* (quando nas relações há intimidação, discriminação e vingança, que acabam produzindo danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte); a *violência auto-infligida* (representada por suicídios, tentativas e ideações de morte, bem como automutilações); *violência cultural* (expressa por meio de valores, crenças e práticas apresentando-se sob forma de discriminações e preconceitos, oprimindo e até, às vezes, eliminando os diferentes); *violência de gênero* (constitui-se em opressão nas relações entre o sexo feminino e masculino, estruturalmente construídas, que vitimiza, sobretudo, as mulheres); *violência racial* (uma das mais cruéis formas de violência cultural, vindo, geralmente, acompanhada por desigualdade social e econômica); *violência contra pessoa deficiente* (revela a dificuldade que a sociedade possui em conviver com diferenças e ocorre nos lares, escolas, comunidades, mercado de trabalho e outros espaços); por fim, a *violência intrafamiliar* (entendida como conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressões, é universal e têm séculos de história) (MINAYO, 2009). Observa-se, portanto, que as vitimizações infanto-juvenis ocorrem nos mais diversos ambientes, como lares, escolas, sistemas assistenciais e de justiça, locais de trabalho, comunidade e outros locais (ONU, 2006).

No que concerne a natureza desses atos violentos, podem ser reconhecidos como principais modalidades de expressão: a negligência e o abandono, a violência física, a violência sexual e o abuso psicológico.

3.2.1 Negligência e abandono

Uma das formas de violência mais prevalentes contra crianças e adolescentes é a negligência, termo utilizado internacionalmente para classificar as omissões dos pais ou de outros responsáveis, quando estes adultos não provêm adequadamente: os nutrientes para o corpo, o cuidado com a higiene, o atendimento à saúde, às condições para a frequência à escola, o interesse, a proteção e a supervisão física e emocional necessárias ao desenvolvimento deste grupo em formação (SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

Em contraponto a muitos tipos de violência em que o agressor é um agente ativo, na negligência este é reconhecido exatamente pela falta de ação, pela passividade, por isso, este tipo de violência é tido muitas vezes como menos importante. O adulto negligente não pode ser “culpado” pelo que não fez, entretanto, esta falta de ação em prover o necessário à criança ou adolescente, o classifica como “culpado”, pois este “não-fazer” gera conseqüências que podem levar a morte ou deixar seqüelas na saúde da criança para o resto da vida (BESERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002).

Segundo o Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e na adolescência, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a negligência aparece, muitas vezes, associada a outras formas de violência e pode ser caracterizada a partir de dois critérios: a *cronicidade* (em que se observa a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligência) e a *omissão* (quando um responsável deixa de satisfazer alguma necessidade da criança). Embora se discuta quem é o responsável pelos cuidados da criança (Estado, sociedade, família) e as repercussões que as dificuldades sócio-econômicas possam gerar na vida desse grupo, considera-se que a negligência ocorra quando as necessidades básicas da criança não são satisfeitas e que mesmo em condições de pobreza a família possui um estoque de responsabilidades para prover à sua criança ou adolescente (SBP, 2001).

A partir do entendimento do que a negligência representa torna-se fácil concluir que a mesma produz sérios agravos à saúde física e mental das crianças levando, em alguns casos, à morte. Tais efeitos deletérios foram comprovados em investigação realizada por Pino

e colaboradores (2000) que, estudando crianças de 1 a 5 anos de idade, observou que a negligência familiar desestabilizou o desenvolvimento cognitivo, lingüístico e social, demonstrando assim o poder destruidor deste tipo de mau-trato.

Dados estatísticos sobre a negligência revelam uma incidência elevada da mesma no Brasil. Pesquisa baseada nas notificações de violência contra menores de 15 anos, registradas nos Conselhos Tutelares e serviços de atendimento do município de Londrina – PR, no ano de 2006, constatou 308 casos de negligência e abandono, com 67,2% das notificações feitas por profissionais de saúde, sendo 72,7% das vítimas do sexo feminino, com maior número dos casos concentrados na faixa etária de 2 a 4 anos. O principal local de ocorrência deste mau-trato foi a residência da vítima (96,4%), sendo tal ato praticado, em sua maioria, pela mãe (69,5%) (MARTINS; MELLO JORGE, 2009b).

Outros dois estudos realizados a partir de dados dos Conselhos Tutelares, no município de Feira de Santana-BA e São Bento do Una-PE, também apontaram a negligência como tipo de mau-trato mais registrado (COSTA et al, 2007; GRANVILLE-GARCIA; SILVA; MENEZES, 2008).

Diante do exposto, a negligência e o abandono constituem uma violação dos direitos humanos fundamentais da criança e do adolescente, tais como: direito à vida, à liberdade, à segurança e ao lazer. Por isso, medidas como diagnosticar e denunciar este tipo de violência devem ser tomadas para possibilitar uma maior visibilidade desse agravo (BESERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002).

3.2.2 Violência Física

Segundo o Ministério da Saúde, os abusos físicos são atos que utilizam a força física de forma intencional e não acidental e podem ser praticados por pais, responsáveis ou pessoas próximas da criança ou do adolescente. Objetiva ferir, lesar ou destruir a vítima, provocando ou não marcas evidentes em seu corpo. Tal forma de violência pode apresentar diferentes níveis de gravidade, que vão desde palmadas, beliscões e lesões até politraumatismos, utilizando (ou não) objetos ou instrumentos para ferir, provocar queimaduras, sufocação e mutilações. Não raras vezes, a agressão física leva ao óbito de crianças e adolescentes, o que pode ser confirmado nas estatísticas dos Institutos Médico-Legais (BRASIL, 2002).

Algumas características clínicas já estão estabelecidas e podem ser verificadas neste tipo de violência. São comuns, por exemplo, às vítimas de maus-tratos físicos, a

ocorrência de lesões na pele e mucosas, esqueleto, sistema nervoso central, tórax e abdômen. Na pele, em sua maioria, são identificados hematomas, lacerações e arranhões. Também podem ser verificadas fraturas ósseas únicas ou múltiplas, em diferentes estágios de consolidação, localizadas, geralmente, nas extremidades do corpo. Os traumatismos crânio-encefálicos, acompanhados de hemorragias, podem gerar danos neurológicos, alterações de consciência e convulsões. Além da identificação destes sinais clínicos poderão ser utilizados diante da suspeita do abuso físico exames complementares como radiografias, tomografias e ressonâncias (SBP, 2001).

Estudo realizado por Pascolat e colaboradores (2001), em que foram analisados casos confirmados de abuso físico no município de Curitiba-PR, observou que dentre as crianças vítimas da violência física, a maior frequência dos casos esteve na faixa etária de 5 a 11 anos, sendo, em sua maioria, primogênitos (59,6%) e filhos legítimos (84,4%). Os hematomas representaram a principal forma de lesão e o principal agressor foi a mãe, que justificou o ato como medida de disciplinamento.

É importante destacar que há divergências na literatura sobre quais atos podem ser considerados violência física, pois eles variam da simples palmada no bumbum até agressões com armas de fogo e queimaduras. Recentemente, as ponderações científicas caminham no sentido de que o mau-trato físico se relaciona a qualquer ato de disciplinamento sobre o corpo da criança ou adolescente e tal tendência pode ser comprovada com o surgimento de legislações que proíbem a utilização de punição física, de todas as modalidades, a exemplo do novo projeto de Lei do Brasil que propõe o abolimento da punição corporal doméstica de crianças e adolescentes. Assim, faz-se necessário maiores discussões sobre o tema para que pais e educadores acreditem que é possível estabelecer limites sem recorrer à violência (LACRI, 2010).

3.2.3 Violência sexual

A violência sexual pode ser entendida como todo ato ou jogo sexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima, abrangendo desde atos que não envolvam contatos físicos, mas envolvam o corpo (assédio, voyeurismo, exibicionismo) a atos com contato físico (sexo oral, genital ou anal). Manifesta-se, ainda, pela exploração sexual, com fins de lucro, como a prostituição, tráfico, turismo sexual e pornografia (COSTA, 2006; HABIGZANG et al, 2006).

De difícil suspeita e complicada confirmação, os casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes são praticados, em sua maioria, por pessoas ligadas às vítimas (pais, padrastos ou pessoas conhecidas) sobre as quais exercem relação de poder ou dependência, expondo a saúde ou desenvolvimento físico e emocional das vítimas a psicopatologias futuras (MINAYO, 2002; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005; FELIZARDO; ZURCHER; MELO, 2004).

Por seu caráter íntimo e relacional conceituar violência sexual contra criança e adolescente implica compreender que a mesma: deturpa relações sócio-afetivas e culturais entre adultos e crianças ou adolescentes; confunde a representação social dos papéis do adulto quando violentadores sexuais (pai, irmão, avô, tio, religioso) e inverte a natureza das relações definidas socialmente tornando-as dominadoras em lugar de democráticas e dependentes em lugar de libertadoras (FALEIROS, 2000).

Distúrbios afetivos e alimentares, isolamento social, medo, comportamentos agressivos, pesadelos, perda de interesse por brincadeiras e estudos, baixa auto-estima, fugas de casa, idéias suicidas ou homicidas, déficit de linguagem e aprendizagem, uso de álcool e drogas, gravidez indesejada, aborto, além de alterações físicas como hemorragias vaginais ou retais, dores ao urinar ou evacuar, infecções genitais sem explicação, têm sido relacionadas às crianças e adolescentes em situação de abuso sexual e devem despertar a atenção de pais, responsáveis, professores e profissionais de saúde (ADED et al, 2006).

No Brasil, pesquisas buscam estimar a prevalência da violência sexual na infância e adolescência. Dados do programa Rede de Proteção às crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência, da cidade de Curitiba (PR), evidenciaram que, em 2003, 17,6% dos casos notificados foram de abuso sexual, sendo 75,6% das vítimas do sexo feminino e 24,4% do sexo masculino. Também revelou que 75,2% dos abusos sexuais aconteceram no ambiente doméstico, demonstrando o equívoco da sociedade em associar a figura do agressor ao estranho ou marginal de rua (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Não se sabe a real extensão desse tipo de agressão devido à subnotificação dos casos, a irregularidade dos serviços de assistência, o amparo limitado às vítimas, a dificuldade de acompanhar os casos registrados, bem como a conduta de muitos profissionais que, muitas vezes, resulta em diagnósticos equivocados (POLANCZYK et al, 2003). Assim, há necessidade de mais estudos no país, sobretudo em nossa região e estado, sobre o abuso sexual contra menores para que sejam tomadas medidas de combate e prevenção de acordo à realidade encontrada.

3.2.4 Violência Psicológica

Os maus-tratos psicológicos podem ser entendidos como toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou castigos exagerados à criança ou adolescente, sendo tais atitudes geradoras de danos ao desenvolvimento biopsicossocial destes. Pela maneira sutil do ato ou pela falta de evidências imediatas dessa violência, este tipo de mau-trato é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência (SBP, 2001).

Estudo transversal realizado com 3.139 crianças e adolescentes da cidade de Pelotas, sul do Brasil, observou que crianças e adolescentes com mães que gritam, batem ou punem severamente, entre outras reações inadequadas, possuem uma maior probabilidade de apresentar problemas de saúde mental quando comparadas às que não foram expostas a tais práticas. Famílias desajustadas, depressão materna e a morte de parentes têm mostrado também uma associação positiva com os problemas comportamentais deste grupo (BENVEGNÚ et al, 2005).

Assim, compreender, diagnosticar e prevenir as conseqüências dos abusos psicológicos torna-se de extrema importância, pois este mau-trato afeta o desenvolvimento psicossocial da criança ou do adolescente, prejudicando sua auto-estima, auto-conceito, competência social e capacidade de estabelecer relações interpessoais saudáveis, dificultando a formação de um ego firme e flexível para emergir da infância com um senso de identidade e integridade (ASSIS; AVANCI, 2004).

É importante ressaltar que a violência psicológica deve ser identificada por todos, mas em especial pelos profissionais que atuam nos serviços públicos, sejam estes de saúde, segurança ou educação. Frequentemente, nestas instituições, são detectadas crianças e adolescentes em situações graves de saúde resultantes de sofrimento psicológico e que apresentam, dentre outros problemas, dores crônicas (nas costas, cabeça, braços, entre outros locais), distúrbios alimentares, síndrome do pânico, depressão e tentativas de suicídio. Por isso, esta violência “silenciosa” deve ser enfrentada como um problema de saúde pública pelos profissionais que atuam nestes setores (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Contudo, apesar das evidências de que os problemas emocionais e comportamentais são frequentes em crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência, poucas são as oportunidades encontradas por este grupo ao procurar atendimento psicológico na rede pública de saúde. Fatores como: falta de profissionais especializados na área, baixa prioridade que as questões de saúde mental possuem em relação às doenças físicas e fragilidades na rede de serviços em saúde mental infanto-juvenil contribuem para uma realidade nacional de pouca promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais

(ASSIS et al, 2009).

Em síntese, qualquer forma de manifestação da violência, se física, psicológica, negligência ou sexual, têm de ser vista em rede, ou seja, nunca isoladamente. Pois, para um enfrentamento eficaz faz-se necessário a articulação de ações intersetoriais e multidisciplinares entre instituições de saúde, justiça e educação num combate efetivo à violência contra meninos e meninas, no qual todos os níveis sintam-se responsáveis na atuação. Só assim poderemos alcançar um novo perfil de morbimortalidade por violência para as crianças e adolescentes do Brasil (MINAYO; ASSIS, 1994).

3.3 Políticas e estratégias na atenção a violência infanto-juvenil

A primeira manifestação internacional a favor dos direitos infanto-juvenis ocorreu em 1924, pela *Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança*. Contudo, somente após 30 anos, em 1959, foi proclamada a *Declaração Universal dos Direitos da Criança*, pela Assembléia Geral das Nações Unidas, cujo objetivo principal era assegurar às crianças uma infância feliz, com direito à proteção, ao desenvolvimento físico, mental e social, à alimentação, moradia e assistência a saúde, ao amor por parte dos pais e sociedade e ao direito de ser protegida do abandono e exploração de trabalho, reconhecendo a necessidade de proteção deste grupo, em virtude de sua situação peculiar de desenvolvimento (MARTINS; MELLO JORGE, 2010).

Em comemoração aos 20 anos da Declaração Universal dos Direitos da Criança, declarou-se 1979 como o ano mundial dos direitos da criança e, com base nesses trabalhos iniciados, foi realizada, em 1989, a *Convenção Internacional dos Direitos da Infância*. Esta convenção, dentre outras diretrizes, instaurou o paradigma da proteção integral e especial de crianças e adolescentes, importante fundamento para a proteção jurídico-social deste grupo, e afastou a idéia de que o “menor” seria objeto de uma ação protetora (coisificação do menor), dando lugar à criança como sujeito de direitos e pessoa em peculiar processo de desenvolvimento (SANTOS et al, 2009).

No Brasil, estes movimentos internacionais de afirmação dos direitos infanto-juvenis influenciaram um grande movimento da sociedade civil organizada do país pelo reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente, no final da década de 1980. A própria Constituição Federal de 1988, resultado da luta de movimentos da sociedade incluindo os grupos organizados em torno das questões da criança e do adolescente, traz em

seu artigo 227, a doutrina da proteção integral, quando afirma que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, a 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” (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009; BRASIL, 1988).

Neste contexto de mobilização social pelos direitos infanto-juvenis (Constituição Federal de 1988 e Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989), foi aprovado pelo Congresso Nacional em 1989 e transformado na Lei nº 8.069, em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), novo instrumento legal para garantia dos direitos infanto-juvenis (BRASIL, 2004).

É importante destacar que o ECA dispõe sobre a proteção da criança e do adolescente contra maus-tratos infantis em diversos momentos, determina penalidades aos que praticam a violência e aos que não a denunciam e ainda traz importantes inovações como a participação da sociedade civil na formulação das políticas de atendimento a infância e adolescência, através da criação dos Conselhos de Direito (municipais, estaduais e federais) e do Conselho Tutelar, órgão municipal encarregado de fazer cumprir os direitos de meninos e meninas inscritos no Estatuto (MARTINS; MELLO JORGE, 2010; NEPOMUCENO, 2002).

Diante disso, observa-se que a promulgação do ECA, em 1990, traz uma nova configuração ao sistema de proteção das crianças e adolescentes brasileiros, destacando-se mudanças na *visão social da infância* (a criança deixa de representar “objeto” de intervenção e passa a sujeito de direito); na *concepção jurídico-político-social* (que institui proteção integral a este segmento); na *constitucionalização dos direitos* da criança e do adolescente e nas *políticas sociais infanto-juvenis municipalizadas* (SANTOS et al, 2009).

Quando estes novos mecanismos e estruturas atuam em sincronia, de maneira dialogada, formam um sistema voltado especificamente para a garantia dos direitos juvenis, previsto na política de atendimento do ECA, chamado Sistema de Garantia dos Direitos (SGD) (BRASIL, 2010a). Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) “constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal”. Além disso, esse sistema deve possuir interlocução com todos os outros sistemas nacionais de operacionalização de

políticas públicas como os da saúde, educação, assistência social, segurança pública, entre outros (BRASIL, 2010b).

Essa nova concepção de um Sistema de Garantia dos Direitos (SGD), visando à construção de uma rede de proteção, originou muitas discussões e conferências de debate sobre seu funcionamento. A partir da Resolução nº 113 do Conanda, publicada em 19 de abril de 2006, o que era um conceito passou a ser política pública, objetivando institucionalizar e fortalecer o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SDH, 2010). Para isso, a resolução propõe a divisão do Sistema em três eixos principais: o de *defesa* dos direitos (ações de proteção dos direitos infanto-juvenis de forma legal, em hipóteses de ameaça ou violação); o da *promoção* (realiza-se pelo desenvolvimento de políticas públicas-sociais de proteção e execução de medidas socioeducativas) e o de *controle* da efetivação dos direitos (recai sobre os órgãos formuladores das políticas, com destaque para o papel da sociedade civil neste monitoramento) (SANTOS et al, 2009).

Nessa perspectiva, destaca-se a atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), novo reordenamento da política de assistência social, que se apresenta em momento propício para fortalecimento e integração de suas ações ao SGDCA. O SUAS prevê, em seu nível de proteção especial, a atuação diante da violação de direitos por meio dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), enfatizando a necessidade do fortalecimento desta rede de proteção social em âmbito regional. No que se refere à violência contra crianças e adolescentes, o SUAS possui como diretriz o aprofundamento da articulação com os Conselhos de Direitos e com os Conselhos Tutelares, constituindo-se, portanto, importante parceiro na rede de garantia dos direitos (FERREIRA et al, 2009).

Neste sentido, observa-se que o “Sistema de Garantia dos Direitos” traduz a impossibilidade de atuação isolada de quaisquer dos componentes do conjunto, já que seus papéis e atribuições estão entrelaçados e só ganham efetividade se conduzidos de maneira integrada. Assim, a prática do sistema se concretiza por meio da formação de redes de proteção integral para promover o atendimento às necessidades infanto-juvenis e a noção de rede representa, com propriedade, a trama de conexões em que se baseia o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, pois compreende o complexo de relações acionadas, em diferentes momentos, pelos atores de cada organização, para garantir esses direitos (AQUINO, 2004).

Conclui-se, portanto, que os profissionais dos setores da saúde, educação, assistência social e justiça têm a responsabilidade de atuar de maneira articulada, sendo mediadores na busca de soluções para problemas como o da violência sofrida por crianças e

adolescentes. Neste sentido, esses profissionais tornam-se atores essenciais para assegurar integração entre os serviços disponíveis no Sistema de Garantia dos Direitos, tornando-o mais efetivo na realização de sua missão de proteger integralmente crianças adolescentes (OLIVEIRA, 2004).

3.3.1 O setor saúde no enfrentamento à violência infanto-juvenil

A área da saúde tem sido um setor sensível às iniciativas para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Tem produzido, nos últimos anos, agendas de trabalho e programas, publicado importantes documentos, guias práticos, promovido campanhas nacionais acerca do tema, além de participar das articulações com outros setores governamentais e da sociedade em geral. Nesta perspectiva, em 2001, com apoio de pesquisadores e profissionais da prática assistencial, foi lançada a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (Portaria MS/GM nº 737), que propõe ampla articulação interna do setor para o atendimento das vítimas destes agravos, além do monitoramento das situações de risco, capacitação profissional e apoio ao desenvolvimento de pesquisas (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; BRASIL, 2001).

No que diz respeito ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, foi, na década de 90, que este tema ganhou maior visibilidade no Brasil com a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Prostituição infantil e mobilização do governo e sociedade civil, elaborando uma agenda para ser levada ao I Congresso Mundial contra Exploração Sexual Comercial de Crianças, realizado em Estocolmo, Suécia. Estes debates levaram ao avanço das discussões, inclusão do tema na agenda nacional (SDH, 2010) e como resposta da sociedade brasileira a exploração sexual comercial e a outros tipos de violência sexual, foi lançado o *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil*, promulgado em 2002. Este plano estrutura-se em seis eixos estratégicos: 1) análise da situação; 2) mobilização e articulação para combater a violência sexual; 3) defesa e responsabilização; 4) atendimento às crianças e adolescentes vítimas; 5) prevenção e 6) fortalecimento do protagonismo juvenil (BRASIL, 2002b).

A partir do lançamento desse Plano Nacional (2002), foram registradas inúmeras ações articuladas entre União, Estados e Municípios. Entre estas ações, destacam-se: a criação do Disque Denúncia Nacional ou “Disque 100”; o atendimento na rede básica e hospitalar de saúde e pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) no apoio

psicossocial às crianças e adolescentes vitimizadas; o Programa Escola que Protege para atuação qualificada em situações de violência no ambiente escolar; o Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro – PAIR, para diagnóstico e mobilização de redes de atendimento em nível local; a atuação da Polícia Rodoviária Federal na fiscalização de rodovias e da Polícia Federal no combate ao tráfico de crianças e adolescentes e rastreamento das violações na Internet; campanhas sistemáticas no carnaval e no “18 de maio”, dia nacional de combate ao abuso e exploração sexual, entre tantas outras iniciativas que marcaram nos últimos anos a mudança de uma cultura que banaliza a violação dos direitos infanto-juvenis no Brasil (BRASIL, 2010a).

Desde a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), várias ações vêm sendo tomadas, sob orientação deste documento. Uma das mais importantes foi a formulação do *Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências*, implantado em 2005. Este plano dispõe sobre a estruturação da “Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde” e a “Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios”. Ainda como prática desse Plano, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, uma Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências (Rede VIVA), em alguns serviços de saúde do Brasil, objetivando conhecer a dimensão e o perfil destes agravos nas emergências hospitalares e captar agressões que demandam serviços ambulatoriais, até então desconhecidas (MINAYO; LIMA, 2009).

Por fim, é importante notar, que todas estas iniciativas tomadas reúnem a mobilização de organizações (governamentais, não-governamentais, nacionais e internacionais) e de milhares de pessoas que buscam uma sociedade com mais respeito aos direitos de crianças e adolescentes. Como vimos, o Brasil apresenta muitos avanços na legislação, nas normas e diretrizes. Contudo, é de entendimento geral, que toda política, para que se torne realidade, precisa de boa articulação entre pressão popular, vontade, conscientização, mobilização social e, de maneira imprescindível, do engajamento dos profissionais e técnicos que atuam na operacionalização das mesmas, para que, assim, seus objetivos sejam alcançados e uma sociedade melhor e mais justa seja construída para a infância e juventude (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

3.4 Redes de prevenção e proteção à crianças e adolescentes em situação de violência

Alguns estudos e experiências têm apresentado propostas de atuação e maneiras de prevenção frente à violência. Gomes, Silva e Njaine (1999) realizaram pesquisa analisando 48 artigos, publicados de 1990 a 1997, sobre a prevenção da violência dentre os resultados encontraram, implícita ou explicitamente, em todos os artigos, a sugestão de atuação em três níveis para a prevenção: primário, secundário e terciário. Em nível *primário*, recomendam uma maior discussão do tema, com apoio da mídia para sensibilização da população acerca do fenômeno, alertando pais sobre a diferença entre educar e usar violência para este fim, e os profissionais de saúde para que reconheçam e saibam agir mediante situação de violência.

Quanto à prevenção *secundária* estes artigos sugerem o desenvolvimento de suspeita frente a lesões constatadas nas crianças ou diante de contradições entre fatos narrados e achados clínicos, além da capacitação dos profissionais de saúde na identificação e no pronto atendimento aos casos de violência. A atuação no nível *terciário* envolveria a reabilitação de vítimas, bem como a criação de redes de atuação que utilizassem visitas como estratégia e maior investimento na atenção à família. Entretanto, antes das ações deste nível há muito o que fazer no campo educativo (nível primário) e de diagnóstico (nível secundário) (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999).

Pesquisa realizada por Gomes e colaboradores (2007), em que foram avaliados os êxitos e limitações de nove instituições brasileiras que atuam na prevenção da violência contra crianças e jovens, apontou como experiências positivas: informar crianças e jovens sobre cidadania (conhecimento crítico sobre direitos e deveres); qualificar o jovem para o trabalho (afastando-o da rua, delinquência ou envolvimento com drogas); envolver crianças e adolescentes em atividades lúdicas e educativas (dança, teatro, esportes, entre outros, que canalizam agressividade e trazem leveza a vida) e fortalecer a auto-estima (reconhecimento do valor próprio, respeitando a si e ao outro). Dentre as principais dificuldades enfrentadas por estas instituições estão a falta de recursos financeiros para subsídio ou ampliação e a difícil articulação com outros grupos, setores e famílias.

Vê-se, portanto, que grande parte das soluções para problemas, como a violência infanto-juvenil, estão disponíveis na própria comunidade. Universidades, mídia, conselhos tutelares, ministério público, secretarias de educação e desenvolvimento social, núcleos de pesquisa e pessoas que acreditem na redução da violência e numa sociedade mais justa, igualitária e de respeito aos direitos humanos, são todos potenciais parceiros para a construção de redes locais de prevenção e proteção à violência, sendo esta uma das estratégias mais promissoras para lidar com a questão (NJAINÉ; PHEBO; ASSIS, 2009).

Além disso, cabe também aos gestores apoiar a elaboração de planos municipais

de prevenção, atenção e enfrentamento das diversas formas de violência a que a população de crianças e adolescentes está sujeita; viabilizar a formação e atualização dos profissionais que compõem a rede, bem como fortalecer o atendimento básico, intermediário e especializado às vítimas e suas famílias, tudo isso como parte de uma agenda constante da parceria entre município, estado e governo federal (NJAINÉ; PHEBO; ASSIS, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo epidemiológico descritivo, do tipo série de casos, com base em dados secundários produzidos a partir das notificações efetuadas às Instâncias de Referência para denúncia dos casos de violência contra crianças e adolescentes (Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS).

4.2 Local de estudo

Este estudo foi realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia/Brasil, distando 110 km da capital Salvador e cortada por três Rodovias Federais (BRs 101, 116 e 324) e cinco Rodovias Estaduais (BAs 052, 068, 501, 502 e 503), sendo considerado um dos importantes entroncamentos rodoviários do Norte e Nordeste do Brasil (IBGE, 2000).

Localizada entre o Recôncavo e Semi-árido do nordeste baiano, Feira de Santana possui uma área territorial de 1.363 km² e teve como população estimada para o ano de 2009 cerca de 591.707 habitantes, constituindo-se, portanto, a segunda cidade mais populosa do interior do estado com importante e diversificado setor comercial para a região, além de serviços de indústria e agropecuária local (IBGE, 2010).

4.3 População e Período de referência

A população do presente estudo foi constituída de crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 18 anos incompletos, de ambos os sexos, vítimas de violência, cujos casos foram registrados nos prontuários das Instituições de referência para denúncia (Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS) do município de Feira de Santana, nos anos de 2003 e 2009.

Não foi realizado cálculo de amostra neste estudo, pois os serviços pesquisados são referência aos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes e todas as notificações dos anos de 2003 e de 2009 foram consultadas.

4.4 Instituições estudadas

Dentre as inovações trazidas pela instituição da Lei nº 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA) está a criação em todos os municípios brasileiros de pelo menos um Conselho Tutelar. Este órgão pode ser caracterizado como autônomo e não jurisdicional, ou seja, tem competência para decidir sem interferências externas, porém não pode tomar medidas do judiciário como, por exemplo, emitir ordem de prisão. Deve ainda ser composto por cinco membros, com idade superior a vinte e um anos, idôneos moralmente, eleitos pela comunidade atendida pelo Conselho de Direito e residentes no município de atuação do Conselho (NEPOMUCENO, 2002).

O próprio Estatuto (ECA) dispõe acerca das atribuições do Conselho Tutelar (CT) e que consistem em: atender crianças e adolescentes quando os direitos assegurados pelo Estatuto forem ameaçados ou violados; atender e aconselhar pais ou responsáveis; encaminhar ao Ministério Público quando constituir-se infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente; encaminhar ao judiciário os casos de sua competência; expedir notificações; assessorar o município na elaboração de planos e programas de garantia dos direitos da criança e adolescente, dentre outras ações (BRITTO, 2003).

No período de 2003 a 2009, a população de Feira de Santana contava com os serviços de dois Conselhos Tutelares, vinculados à prefeitura municipal, e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), referência para atendimento a crianças vítimas de violência sexual, vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social do município (COSTA et al, 2010). A partir de 2010, foram implantadas outras unidades de CREAS e mais uma unidade do Conselho Tutelar, no município (Prefeitura de Feira de Santana, 2011). Os Conselhos Tutelares funcionam em regime de quarenta horas semanais (08h00min às 18h00min), excluindo o período noturno e finais de semana ou feriados. Nesses períodos, ocorre o regime de sobreaviso, por telefones (COSTA et al, 2010).

4.5 Coleta de dados

Elaborou-se um formulário específico para coleta dos dados contidos nos prontuários originais de atendimento às vítimas dos Conselhos Tutelares e CREAS (APÊNDICE A). Este instrumento foi previamente testado para obter as seguintes variáveis da pesquisa:

Dados da ocorrência: denunciante (familiares, anônimo, serviço de Saúde, outros); local de

ocorrência (casa, rua, escola, instituições de atendimento à crianças e adolescentes e outros);

Dados das vítimas: sóciodemográficos (sexo; faixa etária; escolaridade; cor da pele);

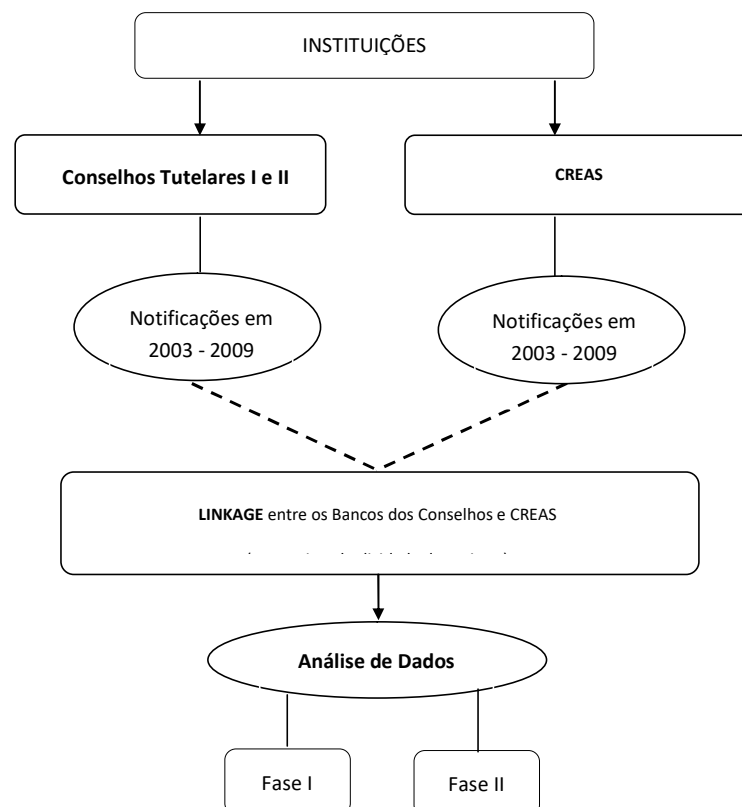
Dados das violências: tipos - violência física (corte queimaduras, fraturas, espancamento, entre outras); violência sexual (sedução, estupro, incesto, pedofilia, pornografia, tráfico e outras); violência psicológica (ameaça, agressão verbal, rejeição, dentre outras) e negligência (abandono, expulsão, cárcere privado, supressão alimentar, impedimento de acesso ao genitor e outras); e outros tipos de violência (trabalho infantil, criança em situação de rua, drogadição, conflito familiar, dentre outros);

Dados do Agressor: vínculo com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos, tios, avós, outros); sexo; faixa etária (≤ 18 anos, $19 - 24$ anos, $25 - 49$ anos, ≥ 50 anos); profissão/ocupação; escolaridade; cor da pele;

Dados dos encaminhamentos: encaminhamentos institucionais (Juizado, IML-DPT, CREAS, Ministério Público, escola, serviço de saúde, entre outros); formas de encaminhamento (acompanhamento, aconselhamento, notificação, advertência e outros).

Anteriormente à coleta, foi realizado treinamento com a equipe para sistematização de procedimentos básicos referentes aos aspectos éticos e sigilosos do processo de coleta de dados dos boletins e bancos (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 - Processo de coleta e análise de dados



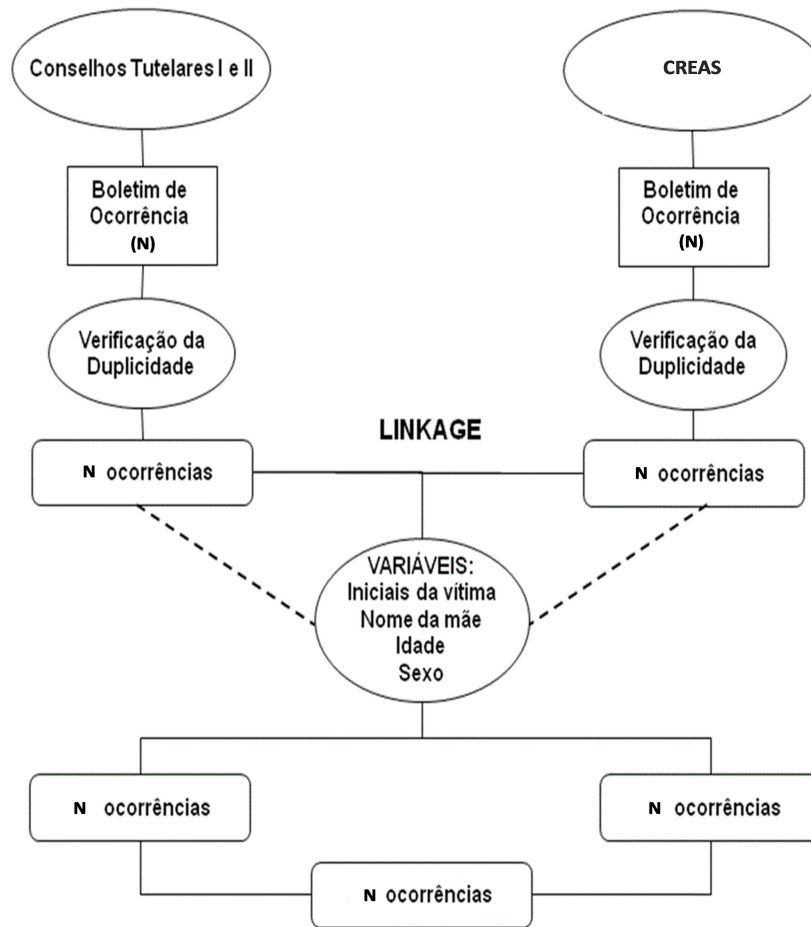
4.6 Análise de Dados

Os dados foram processados eletronicamente no programa *Social Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 15.0) e analisados segundo as etapas do plano descritas a seguir:

Fase I

a) Realizou-se *linkage* entre os bancos de dados dos Conselhos Tutelares (I e II) e CREAS, tendo em vista evitar a duplicidade de registro, já que existia a possibilidade de notificação do mesmo caso nas diferentes instituições (Fluxograma 2). O *linkage* de bancos de dados possibilita incremento nas informações, agregando dados de mais de uma fonte. Nos *linkages* probabilísticos procura-se mensurar o grau de concordância entre dois registros em bancos de dados distintos. Espera-se que registros pertencentes ao mesmo indivíduo tenham grau de concordância superior em um conjunto de variáveis, quando comparados a registros que pertençam a diferentes indivíduos. Após a padronização das variáveis, utiliza-se a criação de blocos lógicos de registros nos arquivos, que serão relacionados, o que permite comparar registros dos dois bancos de dados apenas quando concordam em uma variável altamente discriminatória (DRUMOND; MACHADO, 2008).

Fluxograma 2 - Etapa de *linkage*



b) Foram calculadas freqüências simples e proporcionais dos resultados, de acordo com cada uma das violências, seu local de ocorrência, denunciantes, perfil das vítimas e agressores e encaminhamentos dos casos.

Fase II

a) Foram calculados os coeficientes de incidência, segundo idade e sexo da vítima e idade e tipos de violência sofrida, tendo por base a população estimada para a mesma faixa etária e ano pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ANEXOS A, B e C);

b) Foram elaboradas curvas com base nos indicadores encontrados (coeficientes de incidência) para análise comparativa do perfil das violências e das vítimas, em 2003 e 2009.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo integra uma linha de pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA) denominada “Riscos e Vulnerabilidades na Infância e Adolescência” e corresponde a um sub-projeto de um projeto de pesquisa amplo denominado “Violência infanto-juvenil e ciclos de vitimização – agressão interpessoal, familiar e social: projeto integrado entre Universidades e Sistemas Públicos de atendimento e defesa de direitos”. Atendendo às recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e aprovada sob protocolo de nº 143/2010 (CAAE 0141.0.059.000-10) (ANEXO D).

No que se refere à coleta dos dados nos boletins das Instituições foram observados os aspectos éticos e sigilosos do processo, assim como solicitada autorização documental aos Diretores/Coordenadores das Instâncias envolvidas e responsáveis pelos prontuários (APÊNDICES B, C e D), que permitiram a coleta dos dados (ANEXOS E, F e G) os quais serão armazenados no NNEPA, sob a responsabilidade da coordenação.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1 (concluído)

Incidência dos diferentes tipos de violência em crianças e adolescentes: estudo de coeficientes, segundo idade e sexo das vítimas em 2003 e 2009.

Incidence of different types of abuse in children and adolescents in Brazil: A study of rates according to the victim's age and gender in 2003 and 2009.

Heloisa Lima de Sousa¹

Maria Conceição O. Costa²

Martine Hébert³

Carlito Lopes N. Sobrinho⁴

Magali Teresópolis Reis Amaral⁵

Nilma Lazara Santos Cruz⁶

Project funded by CNPq and CAPES

Institutions: State University of Feira de Santana/UEFS/Health Department/Post Graduated Program in Public Health/PPGSC and University of Quebec at Montreal/UQAM, Department of Sexology.

¹Master's degree in Public Health at Feira de Santana State University/UEFS, researcher at NNEPA/UEFS.

²Full Professor at Feira de Santana State University/UEFS/Health Department, Post-doctorate at Université du Québec à Montreal/UQAM and Coordinator at NNEPA/UEFS.

e-mail: oliveiramco69@gmail.com

³Professor at University of Quebec at Montreal/UQAM/ Sexology Department; Coordinator of the sexual violence and health researcher group/EVISSA/UQAM and researcher at NNEPA/UEFS.

⁴Full Professor at UEFS; PhD in Community Medicine/ISC/UFBA and Coordinator of Research Situation Room/UEFS.

⁵Professor at UEFS/Department of Exact Science/DEXA, Master's degree in Biometrics and Applied Statistics and researcher at NNEPA/UEFS.

⁶Professor at UEFS/Health Department, researcher at NNEPA/UEFS.

RESUMO

Objetivo: analisar as incidências dos diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes registradas nas instâncias de denúncias de Feira de Santana/Bahia/Brasil, em 2003 e 2009. **Método:** estudo do tipo série de casos, realizado com registros dos Conselhos Tutelares e Centro de Assistência Social/CREAS. Realizou-se o *linkage* entre bancos de dados das instituições, evitando duplicidade de registro e calculou-se os coeficientes de incidência das violências, segundo idade e sexo das vítimas. **Resultados:** as violências mais freqüentes foram negligência e violência física, ocorridas em ambiente doméstico, onde a maioria das denúncias foi anônima (telefonema aos Conselhos Tutelares ou Sistema Nacional de Disque Denúncia/Disque 100) e os casos encaminhados ao CREAS. Entre os anos 2003 e 2009, foi verificado aumento das incidências das violências e mudanças no padrão das curvas e coeficientes. Negligência mantém os maiores índices na infância, ampliando a faixa etária das ocorrências (em 2003, entre menores de um ano e quatro anos e, em 2009, entre cinco a oito anos); violência física mostra mais altos coeficientes entre cinco a oito anos; o abuso psicológico aponta maiores coeficientes aos seis e quatorze anos, em ambos os períodos; e a violência sexual apresenta elevação dos coeficientes aos oito anos, com maiores índices entre 11 e 14 anos. As incidências das violências divergiram entre os sexos, com maior risco na infância, para o sexo masculino e na adolescência, para o feminino. **Conclusões:** A elevação dos coeficientes entre os anos estudados aponta elevação das ocorrências e sugere maior participação popular no controle social e eficiência do processo de notificação pelas Instituições da Rede de Prevenção e Atendimento.

Palavras-chave: violência; incidência; criança; adolescente.

INTRODUÇÃO

A violência, compreendida como fenômeno de ampla magnitude e múltiplas expressões, tem se mostrado como um importante componente da morbimortalidade por causas externas, nas diversas faixas etárias e populações. Na atualidade, é considerada um desafio mundial, pela complexa interação entre os fatores socioeconômicos, políticos e culturais, os quais se apresentam de acordo com as condições de vida e grupo social, nos diversificados contextos e países.^{1,2,3,4}

Nos Estados Unidos, pesquisa nacional com crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos de idade, revelou que, no período de 2001 e 2002, mais da metade havia sofrido pelo menos um tipo de violência; para cada oito desses, mais de um(a) tinha sido vítima de violência física; para cada 12, um(a) foi vítima de abuso sexual; para cada três, um(a) tinha testemunhado violência ou vivenciado outra vitimização indireta; aproximadamente, 20% sofreram bullying e 25% algum tipo de assédio. As principais vítimas de agressão física, bullying e assédio encontravam-se nas faixas entre 6 e 12 anos, enquanto as lesões corporais, sequestros e violência entre casais ocorreram na adolescência.⁵

Pesquisa da Organização das Nações Unidas/UNESCO realizada no Brasil, entre jovens de 15 a 24 anos, apontou que, enquanto na população geral a taxa mortalidade por causa violenta foi de 48,15 casos por cem mil habitantes, entre os jovens essa taxa foi de 74,42 mortes por cem mil jovens, mostrando a alta vulnerabilidade desse grupo populacional para esses agravos.⁶

No Brasil, no que concerne à magnitude, controle e avaliação da violência e suas consequências, considera-se importante enfatizar os avanços nas pesquisas, o aprimoramento dos Sistemas de Registro da Violência sobre casos não fatais, como o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências/VIVA, implantado na Rede de Atenção Básica, Hospitais e Unidades de Emergência, assim como os investimentos na estruturação e fortalecimento das instâncias de referência para denúncias (Conselhos Tutelares e Delegacias Especializadas – Delegacia de atenção à mulher/DEAM, Delegacia de atenção ao adolescente infrator/DAÍ, Delegacia de repressão ao crime contra crianças e adolescentes/DERCA), com ampla divulgação do “Sistema Nacional de Denúncias Anônimas - Disque 100”.^{7,8}

Contudo, a despeito dos avanços, cabe assinalar dificuldades técnicas e operacionais, para o dimensionamento das manifestações da violência e avaliação dos prejuízos sociais, econômicos e políticos, considerando a multiplicidade de aspectos envolvidos, de acordo com os diferentes contextos e grupos sociais.^{9,10} O forte impacto da violência sobre as taxas de

morbidade e mortalidade envolve alto custo econômico para os Sistemas de Saúde (tratamento e reabilitação); Sistema Judiciário e Sistema Penal; além dos custos sociais, pela redução de produtividade e consequências pessoais, para as vítimas e suas famílias¹¹. As evidências mostram que a violência representa uma grave ameaça às condições de vida e saúde para os grupos populacionais mais vulneráveis, como crianças e adolescentes, o que enfatiza a importância das investigações, nas diversas áreas do conhecimento, com vistas a subsidiar estratégias de prevenção e atendimento ao problema¹².

Vale ressaltar que a elaboração, monitoramento e avaliação dos indicadores de violência para a população infanto-juvenil são imprescindíveis ao conhecimento da distribuição espacial e tendência do fenômeno, fornecendo subsídios ao planejamento e implementação de políticas públicas e estratégias de intervenção pela Rede de Proteção, Atendimento e Defesa. Nessa perspectiva, destaca-se o importante papel das “Redes Sociais”, para efetivação do controle social, na efetivação das políticas e cumprimento da lei que prevê responsabilização e medidas de proteção, especialmente quando se trata de vitimização dos grupos populacionais mais vulneráveis¹³.

Em Feira de Santana, a implementação das ações de fortalecimento da “Rede de Prevenção, Atendimento e Defesa” vem ocorrendo desde 2003, através da articulação política e interinstitucional entre os níveis federal e municipal, com a Secretaria Nacional de Direitos Humanos, “Rede” de Instâncias de Atendimento e Defesa e Universidades, contando com apoio da Organização Internacional do Trabalho/OIT, Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia/FAPESB e Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia/CNPq. Como representante da Universidade/UEFS, o Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/UEFS participa dessa “Rede”, colaborando no levantamento de indicadores que, além de disseminar o conhecimento científico, subsidia o poder público na implementação das estratégias e intervenções, assim como no fortalecimento das Instituições da “Rede”, através da formação de recursos humanos e qualificação dos profissionais nessa área do conhecimento^{14,15}.

O presente artigo tem como objetivo analisar as incidências dos diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes registradas nas instâncias de referência para denúncias de Feira de Santana/Bahia/Brasil, nos anos de 2003 e 2009.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico do tipo série de casos, com base nos registros de vitimização de crianças e adolescentes, obtidos nos Conselhos Tutelares e Centro de Referência de Assistência Social/CREAS, referente aos anos de 2003 e 2009.

O ano de 2003 foi escolhido com base na implantação do Programa Nacional de Enfretamento à Violência Sexual/PAIR, no município, momento no qual foram estabelecidas parcerias entre a Universidade Estadual de Feira de Santana (Núcleo de Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA) e Instâncias da Rede de Proteção, Atendimento e Defesa a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Foram implementadas um conjunto de ações voltadas ao fortalecimento dessa Rede, no município e região do semi-árido do estado da Bahia, assim como divulgado o Sistema Nacional de Denúncias Anônimas “Disque 100”. O município conta com uma Rede de instituições, destacando-se os Conselhos Tutelares, por ser a instância de referência para denúncias e o Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), para atendimento e acompanhamento às vítimas de violência e suas famílias. Em 2009, foi concluída a avaliação das ações implementadas, no período, através de projeto apoiado pela Secretaria Especial de direitos Humanos/SEDH, Organização Internacional do Trabalho/OIT e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia/FAPESB.¹⁵

Os dados foram coletados dos prontuários de atendimento às vítimas, sendo utilizado um formulário específico com base nos objetivos da pesquisa: dados relacionados à ocorrência (tipo de violência, local de ocorrência, denunciante, medidas adotadas, encaminhamentos institucionais); dados das vítimas (sexo, idade) e dados do agressor (vínculo com a vítima, sexo, faixa etária, grau de instrução).

Para processamento dos dados, utilizou-se o programa estatístico *Social Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 9.0) e analisados em três etapas. Etapa I: foi realizado *linkage* entre os bancos de dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, para evitar duplicidade de registro; Etapa II: foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas; Etapa III: foram calculados os coeficientes de incidência dos tipos de violência registrados e elaboradas curvas de incidência por idade e sexo das vítimas, estimando-se o risco de ocorrência de violência, para a população de crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, nos anos de 2003 e de 2009. Para o cálculo dos coeficientes foi considerado: como numerador, o número de casos notificados e, como denominador, a população estimada para a mesma faixa etária e ano, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶. Nos casos de duplicidade de registro foi considerada a notificação da

Instância com maiores informações sobre o caso, agregando os dados a uma única denúncia. Se uma criança ou adolescente fosse revitimizado, cada evento era considerado caso novo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS (143/10 CAAE nº 0141.0.059.000-10) e autorizada de forma documental pelos Coordenadores das respectivas Instâncias envolvidas.

RESULTADOS

Segundo registros dos Conselhos Tutelares e CREAS de Feira de Santana (**Tabela 1**) foram totalizados 675 casos, em 2003 e 1888 casos, em 2009, referente a crianças e adolescentes vítimas por algum tipo de violência, mostrando o aumento de 180% de notificações, entre os anos estudados. A violência mais notificada foi negligência (39,5%, em 2003 e 43,3%, em 2009); o principal local de vitimização foi domiciliar - residência da família ou de outra pessoa (82,4%, em 2003 e 79,5%, em 2009); com maioria das denúncias realizadas pelo Sistema Nacional de Denúncia Anônima – “Disque 100 (31,5%, em 2003 e 26,4%, em 2009); e as principais medidas adotadas pelas Instâncias foram sindicância (42,6%, em 2003 e 52,6%, em 2009) e encaminhamentos para o CREAS (32,6%, em 2003 e 37,4%, em 2009).

Os achados referentes aos agressores (**Tabela 2**) mostraram aumento das notificações entre os anos estudados, assim como ausência expressiva de registros referentes às características sociodemográficas dessa categoria. Em ambos os períodos, os pais foram os perpetradores mais registrados: mãe (41,6%, em 2003 e 49,5%, em 2009) e pai (31,6%, em 2003 e 25,2%, em 2009), vale assinalar que, entre 2003 e 2009, o número de perpetradores foi duplicado, para o sexo masculino e triplicado, para o feminino. A associação entre faixa etária do agressor e vínculo com a vítima foi comprometida pela ausência de dados referente à idade desses.

As curvas de incidência das violências, segundo idade das vítimas (**Figura 1**), mostraram aumento geral e significativo do risco de vitimização, entre os anos 2003 e 2009. A negligência/abandono mostrou a maior incidência, entre os tipos de violências registradas: em 2003, houve elevação dos coeficientes entre menores de um ano (37,4 por 10.000 crianças e adolescentes) e aos quatro anos (36,0 por 10.000 crianças e adolescentes), enquanto em 2009, o maior risco ocorreu entre quatro a oito anos. A violência física apresentou a segunda maior incidência, no total das ocorrências: em 2003, a faixa etária mais acometida ficou entre sete e oito anos (coeficientes de 14,9 e 19,0 por 10.000 crianças e adolescentes), enquanto em

2009, essa ocorrência foi mais incidente entre cinco a oito anos (coeficientes de 30,8 a 36,6 por 10.000 crianças e adolescentes). As curvas da vitimização sexual de 2003 e 2009 mostraram risco mais expressivo na adolescência, na faixa de 12 a 15 anos de idade. Para o abuso psicológico e outros tipos de violência (trabalho infantil, drogadição, violência na escola e conflito familiar) ressalta-se a elevação das incidências entre os anos estudados. Em 2003, os coeficientes por abuso psicológico aumentaram, respectivamente, aos sete e quatorze anos (14,9 e 9,4 por 10.000 crianças e adolescentes), enquanto em 2009 as elevações desses coeficientes ocorreram aos seis, nove, onze e quatorze anos, respectivamente (22,5; 25,5; 25,4 e 24,7 por 10.000 crianças e adolescentes).

As curvas de distribuição das violências, por sexo e idade das vítimas (**Figura 2**) mostraram aumento dos coeficientes femininos e masculinos entre os anos investigados. Em 2003, a curva mostra padrão similar entre os sexos masculino e feminino, na infância, entretanto com maior risco para o sexo feminino, na adolescência. Em 2009, modifica-se a distribuição por idade, com maiores coeficientes na infância, para o sexo masculino e expressiva elevação do risco de vitimização do sexo feminino, na adolescência (13 aos 15 anos, com coeficientes de 11,3 a 13,4 por 1.000 crianças e adolescentes).

DISCUSSÃO

Independente do ambiente social, econômico e cultural, crianças e adolescentes constituem grupos de alta vulnerabilidade para vitimização pelos distintos tipos de violência, cujas sequelas psicossociais representam fatores de vulnerabilidade para perpetuação do ciclo vitimização-agressão. Essas evidências têm estimulado estudos direcionados a essa área, considerando as altas taxas de vitimização de crianças e adolescentes^{17,18,19}.

Na presente pesquisa, as elevadas proporções de negligência (cerca de 40%) e violência física (cerca de 20%), apontam para a atuação de múltiplos fatores, interferindo na dinâmica e estilo de vida de populações, em distintos grupos sociais e contextos.^{20,1} Estudos multicêntricos, de diferentes nacionalidades, apontam negligência e violência física, respectivamente, como manifestações mais frequentes da vitimização infanto-juvenil: nos Estados Unidos (59% e 19%), em 2001; Austrália (34% e 28%) e Inglaterra (39% e 19%), em 2002 e 2003²¹; no Canadá, (40% e 31%), em 2003²² e no Brasil (46,3% e 25,1%), em 2010²³. Vale assinalar que, em muitas situações, a vitimização transcende aspectos socioeconômicos, onde a ausência ou falta dos pais ou responsáveis, quanto aos cuidados

básicos, de proteção, prevenção, supervisão, diálogo e atenção, têm fortes repercussões no comportamento de crianças e adolescentes²⁴.

Quanto à idade de maior incidência da negligência, os dados da atual pesquisa corroboram estudos que verificaram maior risco nas faixas da infância e ocorrências em ambiente domiciliar^{25,26}. Em Feira de Santana, foi verificado maiores coeficientes de incidência em menores de um ano e aos quatro anos (2003) e aos sete e oito anos (2009), na maioria, ocorridas no domicílio e tendo os pais como principais agressores. Pesquisa realizada em outra região do Brasil (2006), com dados dos Conselhos Tutelares, apontou elevado risco de negligência aos quatro anos, ocorrência na residência da vítima e praticada pela mãe²⁶.

Segundo dados da literatura, as taxas de negligência e violência física podem mostrar variações, a depender de aspectos socioculturais e fonte de dados. Registros das Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos (Conselhos Tutelares) cujas denúncias têm procedência da comunidade apontam maiores taxas de negligência, haja vista a ampla abrangência dos agravos classificados como negligência^{7,27}, como no caso do presente estudo que apresentou altas taxas de notificação nessa categoria de violência, resultados que ratificam outras pesquisas realizadas nessas Instâncias em distintas regiões e contextos²⁸.

Por outro lado, dados oriundos do Sistema de Saúde (Unidades de Urgência, Hospitais, Policlínicas, Unidades de Atenção Básica), em geral, mostram maior frequência da violência física, tendo em vista a procura desses serviços, pela necessidade de intervenção clínica, na dependência da gravidade^{8,27}. Em pesquisa coordenada pelo Ministério da Saúde do Brasil, realizada em capitais e municípios com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA (2006 e 2007) das Unidades de Emergência do Sistema Único de Saúde/SUS, foram observadas maior frequência da violência física (42,2%) e negligência (32%)⁷. A análise dos dados do Sistema VIVA de Feira de Santana/BA (2009-2011) também verificou violência física como agravo mais prevalente (41,8%)⁸.

Os achados da pesquisa atual, que identificaram altos coeficientes de incidência de violência física na infância (pico de cinco a oito anos), ratificam dados da literatura que observaram resultados semelhantes²⁹. Em estudo multicêntrico realizado em 28 países foi observado que crianças (até dez anos) apresentavam maior risco de sofrer violência física moderada e grave, em comparação às faixas da adolescência³⁰. A elevada frequência de agressão física, em geral, pode ser explicada pela condição de dependência, física e emocional, inerentes a esta fase²⁹, assim como a influência de fatores culturais diversos, entre os quais, a aceitação do castigo físico como recurso educativo e pedagógico²⁰.

Vale salientar divergências conceituais da violência física que pode variar desde atos simples, até agressões com armas de fogo e queimaduras. Na atualidade, ponderações científicas defendem que o agravo físico se relaciona a qualquer ato disciplinar sobre o corpo da criança ou adolescente, cuja legislação proíbe a utilização de punição física, de todas as modalidades, a exemplo do projeto de Lei (Brasil) que propõe a extinção da punição corporal doméstica. Essa temática tem incentivado a discussão, onde a pauta é a educação e estabelecimento de limites, sem uso da punição e castigos físicos, onde pais e educadores jogam importante papel²³.

Na temática da violência psicológica, pesquisas têm buscado superar dificuldades contextuais e operacionais para identificação, denúncia e notificação desses agravos, considerando a alta frequência, a dificuldade na identificação (levando à invisibilidade do fenômeno) e as graves consequências^{30,31}. Levantamento de estudos direcionados à violência psicológica na família, no período de 1970 a 2009, aponta a alta prevalência desse agravo, assim como o aumento considerável dos estudos nessa área do conhecimento, cabendo ressaltar as dificuldades conceituais e operacionais para identificação e notificação desse tipo de agravo³².

No estudo atual, verificou-se aumento da incidência de notificação do abuso psicológico, entre os anos estudados, concordando com a literatura nessa área, que aponta crescimento das taxas desse tipo de violência, seja pela melhoria das condições técnicas para identificação e notificação do agravo nas Instâncias e Serviços, assim como pela maior participação da população, no controle social, denunciando a vitimização. Inquérito telefônico realizado com 1.002 adultos da província de Quebec/Canadá apontou o abuso psicológico como forma mais frequente de violência na infância (22%)³³. No Brasil, pesquisas realizadas com diferentes fontes de dados (Conselhos Tutelares e Escolas) verificaram violência psicológica como importante manifestação de vitimização^{3,34}. Pesquisa com estudantes, além de observar relatos de violência psicológica (48,0%) cometida por pessoas significativas e abuso físico severo (14,6%), pelos pais ou responsáveis, mostraram associação com recorrência do evento, na comunidade e escola, envolvimento em transgressão de normas sociais, sugerindo exposição ao ciclo de revitimização, no meio relacional³.

No quesito violência sexual, o presente estudo verificou maiores coeficientes de incidência na faixa etária de 12 a 15 anos, concordando com estudos de diferentes nacionalidades e expressando maior vulnerabilidade de adolescentes das faixas mais precoces a essa violência^{35,36}. Pesquisas de diferentes países (Bangladesh, Estados Unidos, Canadá e

Brasil) apontam maior frequência da violação no sexo feminino e na adolescência, assim como proporções consideráveis de vitimização do sexo masculino, nas faixas da infância^{25,37,38,39}. Cabe destacar que a violência sexual de crianças e adolescentes, perpetrada por agressor jovens ou adultos, tem motivações ligadas às relações de poder e hierarquia, independente do sexo, enquanto que, na adolescência tardia, além das questões de hierarquia, jogam importante papel as questões de gênero e da sexualidade, do masculino sobre o feminino, com importante influência de fatores socioculturais^{36,40}.

No que concerne ao sexo da vítima, estudos mostram que o risco de violação diverge entre os sexos, de acordo com faixa etária^{30,39}. Na atual pesquisa, no ano 2009, ficou evidente as diferenças entre os coeficientes. Nesse ano (2009), verifica-se aumento do risco de vitimização do sexo masculino, na infância, enquanto, no sexo feminino, isso ocorre na adolescência, corroborando com resultados de outras pesquisas realizadas em distintos contextos e países. Nos Estados Unidos, pesquisa nacional apontou variação da vitimização por sexo, onde o masculino foi mais violentado que o feminino, nas faixas de seis a nove anos e dez a treze anos, enquanto as taxas de violação no sexo feminino elevaram-se, significativamente, na faixa de 14 a 17 anos³⁹. No Brasil, estudos realizados em diferentes regiões mostram risco de vitimização do sexo masculino, na infância e do feminino, na adolescência^{12,41}. Tais diferenças podem ser justificadas pela maior capacidade de defesa do sexo masculino, com o avanço da idade, assim como questões de gênero e da sexualidade, na adolescência, onde os aspectos sociais e culturais têm marcante interferência^{7,39}.

De acordo com os resultados dos denunciante, em Feira de Santana, nos anos 2003 e 2009, verificou-se maior proporção da denúncia anônima (uso do Sistema “Disque 100” e telefonemas aos Conselhos Tutelares), além da participação da mãe e outros familiares. Esses achados concordam com estudos da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) que apontam a importância das ações de divulgação e sensibilização popular, viabilizados pela Rede de Instâncias de Prevenção, Atendimento e Defesa. As ações de divulgação do “Disque 100” e o papel dos Conselhos Tutelares contribuem para assegurar o sigilo das informações, incentivando o controle social e efetivação da denúncia⁴². Aspecto relevante dos achados da atual pesquisa é que, muito embora estudos apontem familiares, na condição de perpetradores⁴¹, a participação desses, enquanto denunciante, observado nesse e em outros estudos, mostra a tendência de mudança na postura da família (quebra do silêncio), buscando apoio e resolutividade do problema, nos serviços de referência²⁷.

Vale assinalar, que, na atual pesquisa, os pais foram os agressores mais frequentes, o que sugere possibilidades de perpetuação do ciclo de vitimização-agressão, com transferência transgeracional (de pais para filhos) dos diferentes tipos de violência, na dependência de fatores culturais e sociais. Vale enfatizar ainda que os achados de Feira de Santana ratificam estudos que apontam o sexo feminino como importante perpetrador de crianças e adolescentes^{3,28}. A alta participação do sexo feminino na condição de agressor de crianças e adolescentes pode ser justificado pelas altas proporções de negligência e violência física, considerando que, no seio da família, a mulher pode ser responsável pelos cuidados e educação dos filhos. Ressalta-se que nas famílias mono-parentais ou nas separações dos casais, pode ser a garantia de sobrevivência da família. Essa realidade, quando somada aos problemas econômicos, sociais, desajustes psicológicos e conflitos conjugais podem favorecer situações de violência⁴¹.

Como resultado interessante dessa pesquisa, destaca-se o aumento das denúncias pelo setor policial e instâncias de referência da Rede de Prevenção, Atendimento e Defesa, assim como o aumento da frequência de encaminhamentos para o CREAS, Serviços de Saúde, Escolas e Sistema Judiciário. Os Conselhos Tutelares foram as Instâncias mais procuradas para denúncias. Esses resultados sugerem melhorias, na articulação interinstitucional da Rede de Prevenção, Atendimento e Defesa entre a Rede, buscando soluções nos serviços disponíveis, efetivando a proteção de crianças e adolescentes, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade.

O aumento das notificações, observado na atual pesquisa, pode ser justificado pela elevação dos casos de vitimização, considerando que Feira de Santana tem apresentado crescimento econômico, como pólo industrial do Estado da Bahia, onde populações das regiões pobres migram para os centros mais desenvolvidos. A localização do município no centro de um importante trevo rodoviário de ligação entre as regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil favorece o fluxo migratório de famílias em condições econômicas e sociais inadequadas, onde crianças e adolescentes permanecem em situação de vulnerabilidade. Outra possibilidade para o aumento dos registros de violência é a participação popular no controle social, face à prevenção da violência, resultado do trabalho da Rede de instituições que trabalham em favor da prevenção, atendimento e defesa dos direitos de crianças e adolescentes no município. No período do estudo, essas ações receberam apoio de organizações internacionais (OIT), agências de fomento à pesquisa (FAPESB, CNPq, MEC, CAPES), em parceria com Universidades, com conseqüente incremento da produção de conhecimento e fortalecimento institucional^{14,15}.

Para finalizar, cabe ressaltar as limitações do estudo que embora tenha incluído a totalidade dos registros de violência notificados nos Conselhos Tutelares e CREAS não retrata a totalidade dos acontecimentos, conforme consenso mundial dos altos índices de subnotificação dos diversos tipos de violência perpetrada em crianças e adolescentes. Outra limitação foi a irregularidade dos registros de agressores, o que impossibilitou algumas análises em relação ao ciclo de vitimização–agressão. Essa realidade (irregularidade das informações ou ausência dos dados nos prontuários) aponta a necessidade de investimentos da Rede, quanto à melhoria da captação de dados de agressores, especialmente pelos Conselhos Tutelares, Instâncias de referência do Sistema de Garantia de Direitos onde a qualidade dos registros contribui de forma expressiva no traçado de indicadores e subsídios às políticas e ações eficientes nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa, que mostraram aumento da incidência das violências, entre os períodos, confirmam a importância do Sistema de Registro da Rede de Prevenção, Atendimento e Defesa (em especial, dos Conselhos Tutelares e CREAS), fornecendo subsídios na elaboração de indicadores, relevantes para o direcionamento de políticas públicas, assim como apontando a expressiva participação social, no enfrentamento da violência direcionada a crianças e adolescentes. Entretanto, assinala-se a necessidade de investimentos quanto à regularidade e melhoria da qualidade dos dados dos agressores. Nessa perspectiva, cabe enfatizar a importância de investimentos na articulação interinstitucional e participação das Universidades na produção e disseminação do conhecimento, assim como no fortalecimento institucional, através da qualificação das equipes profissionais da Rede, assim como na manutenção e aprimoramento da infraestrutura física adequada à dinâmica do trabalho cotidiano.

REFERÊNCIAS

- 1 – Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

- 2 - Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. [retratado em Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 9-42.

- 3- Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, 2004; 16 (1).

- 4- Costa MCO, Brigas M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Cien Saude Colet**. 2007; 12(5): 1101-9.

- 5 - Finkelhor, D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The Victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. **Child Maltreat.**, 2005; 10(1): 5-25.

- 6 - Unesco. Relatório de desenvolvimento juvenil – 2003. Unesco, Brasília, 2004.

- 7 – Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26(2): 347-57.

- 8 – Souza CS. **Notificação da violência infanto-juvenil nas unidades de emergência em saúde: atuação e dificuldades de profissionais e serviços**. [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana, 2011.

- 9 – Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Couto MT. Violence and health: recent scientific studies. **Rev Sau Pública**, 2006; 40(spe): 112-120.

- 10 – Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. [retratado em Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde], 2005.

- 11 – Mendonça RNS, Alves JGB, Cabral Filho JE. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cad Sau Pública**, 2002; 18(6): 1577-81.
- 12 – Martins CBG, Mello Jorge MHP. 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. **Epidemiol Serv Saúde**. 2009; 18(4): 315-34.
- 13 - Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad Saúde Pública**. 2008; 24(1): 28-38.
- 14 – Brasil. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília: SEDH/DCA, 2002.
- 15 – Costa MCO, Carvalho RC, Santana MAO, Silva LMS, Silva MR. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Cien Saude Colet**. 2010; 15(2): 563-74.
- 16 – Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde/Demográficas e Econômicas, 2003 e 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popba.def>> Acesso em: 01 de setembro 2011.
- 17 - Gagné MH, Lavoie F, Hébert M. Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescents girls. **Child Abuse & Neglect**. 2005; 29: 1155-1172.
- 18 – Finkelhor D, Hammer H, Sedlak AJ. **Sexually assaulted children: national estimates and characteristics**. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington, 2008.
- 19 – Kellogg NMD. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. **Pediatrics**, USA, 2005; 116(2): 506-12.
- 20 – Ricas J, Donoso MTV, Gresta MM. A violência na infância como uma questão cultural. **Texto Contexto Enferm**. 2006; 15(1): 151-4.
- 21 – Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. NSPCC Information Briefings. 2004. Disponível em:http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wda4821

7.html. Acesso em 05 jan 2012.

22 – Trocmé NM, Fallon B, MacLaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T, et al. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. **Child Abuse Negl.** 2003; 27(12): 1427-39.

23 – Laboratório de Estudos da Criança (LACRI). Universidade de São Paulo (USP). Instituto de Psicologia (IP). **Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes - a ponta do iceberg.** Brasil 1996 à 2007 (Supervisão: Dra. Maria Amélia Azevedo). Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm>> Acesso em: 12 jan 2010.

24 - Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004: 29-46.

25 – Costa MCO, Bigra M, Souza KEP, Carvalho RC, Santos CAST. Violência e abuso contra crianças e adolescentes, segundo os conselhos tutelares, o Programa Sentinela de Feira de Santana (BA) e o Centre Jeunesse de Montreal. **Adolescência & Saúde.** 2008; 5(2):15-22.

26 – Martins CBG, Mello Jorge MHP. Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. **Pediatria (São Paulo).** 2009; 31(3): 186-97.

27 – Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Cien Saude Colet.** 2009; 14(2): 539-546.

28 – Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Rev Paul Pediatr.** 2011; 29(4): 477-82.

29 – Martins CBG, Mello Jorge MHP. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** 2009; 12(3): 1-13.

30 – Akmatov MK. Child abuse in 28 developing and transitional countries—results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. **International Journal of Epidemiology.** 2011; 40(1): 219-27.

31 - Benvegnú LA, Fassa ACG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agno MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. **International Journal of Epidemiology.** 2005; 34:1417-24.

- 32 - Abranches CD, Assis SGA. (In)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública.** 2011; 27(5):843-54.
- 33 – Tourigny M, Hébert M, Joly J, Cyr M, Baril K. Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. **N Z J Public Health.** 2008; 32(4):331-5.
- 34 - Granville-Garcia AF, Menezes VA, Filho BT, Araujo JR, Silva PFR. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** 2006; 6(1): 65-70.
- 35 – Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um programa sentinela. **Acta Paul Enfer.** 2008; 21(4):602-8.
- 36 – ONU. United Nations Secretary-General. **World report on violence against children.** Geneva: United Nations, 2006.
- 37 - Islam MN, Islam MN. Retrospective study of alleged rape victims attended at Forensic Medicine Department of Dhaka Medical College, Bangladesh. **Leg. Med.** 2003; 5 Suppl 1:351-3.
- 38 - Aded NLO, Dalcin BLGS, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2007; 23(8):1971-5.
- 39 – Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. The Developmental Epidemiology of Childhood Victimization. **J Interpers Violence.** 2009; 24(5): 711-31.
- 40 – Almeida TMC, Penso MA, Costa LF. Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino?. **Estilos da Clínica.** 2009; 14(4): 46-67.
- 41 – Brito AM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Cien. Saude. Colet.** 2005; 10(1):143-9.
- 42 – Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública.** 1999; 33 Suppl 6:547-53.

Tabela 1 – Distribuição dos casos dos diferentes tipos de vitimização de crianças e adolescentes, segundo dados dos Conselhos Tutelares e Centro de Assistência Social – CREAS, em 2003 e 2009. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

VARIÁVEIS	2003		2009	
	n	%	n	%
Instituição de atendimento				
Conselhos Tutelares	570	84,4	1797	95,2
CREAS	105	15,6	91	4,8
Total	675	100,0	1888	100,0
Tipos de violência*				
Negligência/abandono	339	39,5	1012	43,3
Violência física	199	23,3	519	22,3
Violência psicológica	147	17,1	338	14,5
Violência sexual	106	12,4	240	10,3
Outras ¹	66	7,7	225	9,6
Total	857	100,0	2334	100,0
Local de ocorrência				
Ambiente doméstico (casa)	517	82,4	1360	79,5
Ambiente social/local da comunidade ²	110	17,6	351	20,5
Total	627	100,0	1711	100,0
Denunciante				
Anônimo	193	31,5	469	26,4
Mãe	173	28,2	314	17,7
Outros familiares ³	137	22,3	431	24,3
Instituições do SGDCA ⁴	49	8,0	277	15,6
Setor Policial ⁵	11	1,8	113	6,3
Outros ⁶	50	8,2	172	9,7
Total	613	100,0	1776	100,0
Medidas adotadas*				
Sindicância ⁷	126	42,6	722	52,6
Acompanhamento/aconselhamento	108	36,5	512	37,3
Advertência verbal ou escrita	38	12,8	77	5,6
Audiência	24	8,1	61	4,5
Total	296	100,0	1372⁸	100,0
Encaminhamentos institucionais*				
CREAS/SEDES	46	32,6	309	37,4
Juizado/MP/Defensoria pública	43	30,5	217	26,3
Delegacias/IML/DPT	27	19,1	130	15,7
Abrigos	14	10,0	45	5,5
Serviços de saúde	8	5,7	83	10,1
Escola/Centro de Apoio Pedagógico	3	2,1	41	5,0
Total	141	100,0	825	100,0

* respostas múltiplas;

1 trabalho infantil, drogadição, violência na escola, conflito familiar e outros;

2 rua, escola, casa do agressor, vizinhança, micareta e outros;

3 pai, avós, irmãos, tios(as), madrasta, prima, madrinha e sogra;

4 Juizado, Ministério público, Conselho Tutelar, CREAS/CRAS/SEDES, comissários de menor e outros;

5 PM, PRF e delegacias;

6 setor saúde, vizinhos e comunidade, escola, a própria vítima e outros;

7 realizada para fazer escuta de vizinhos e/ou parentes sobre a denúncia no intuito de colher dados para saber se existe veracidade.

8 foram enviados 303 ofícios/relatórios, em 2009 (dados não apresentados na tabela).

Tabela 2 – Características dos agressores dos diferentes tipos de vitimização de crianças e adolescentes, segundo dados dos Conselhos Tutelares e Centro de Assistência Social – CREAS, em 2003 e 2009. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR	2003		2009	
	n	%	n	%
Vínculo com a vítima				
Mãe	297	41,6	849 ¹	49,5
Pai	225	31,6	432	25,2
Outros familiares ²	91	12,7	215	12,5
Pessoas de confiança da comunidade ³	52	7,29	127	7,4
Amigos/colegas/namorados/desconhecidos	48	6,6	92	5,4
Total	713	100,0	1715	100,0
Sexo				
Masculino	337	53,4	667	40,4
Feminino	294	46,6	985	59,6
Total	631	100,0	1652	100,0
Faixa etária				
≥ 18	29	39,7	72	26,8
19-24	12	16,5	30	11,1
≥ 25	32	43,8	167	62,1
Total	73	100,0	269	100,0
Cor da pele				
Preto e pardo	253	88,2	144	80,4
Branco	34	11,8	35	19,6
Total	287	100,0	179	100,0
Grau de instrução do agressor⁴				
Não alfabetizado	53	37,6	4	5,8
Ensino fundamental e médio (incompleto e completo)	88	62,4	65	94,2
Total	141	100,0	69	100,0

1 mãe adotiva (2);

2 avós, irmãos, tios, primos, padrasto e madrasta;

3 professor(a), médico, taxista, patroa, motorista de ônibus e outros;

4 em 2009, ocorreram apenas 4 casos de agressor com ensino superior completo (não apresentados na tabela)

Figura 1 – Coeficientes de incidência dos diferentes tipos de violências contra crianças e adolescentes, segundo idade das vítimas. Registros dos Conselhos Tutelares e Centro de Assistência Social – CREAS, em 2003 e 2009. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

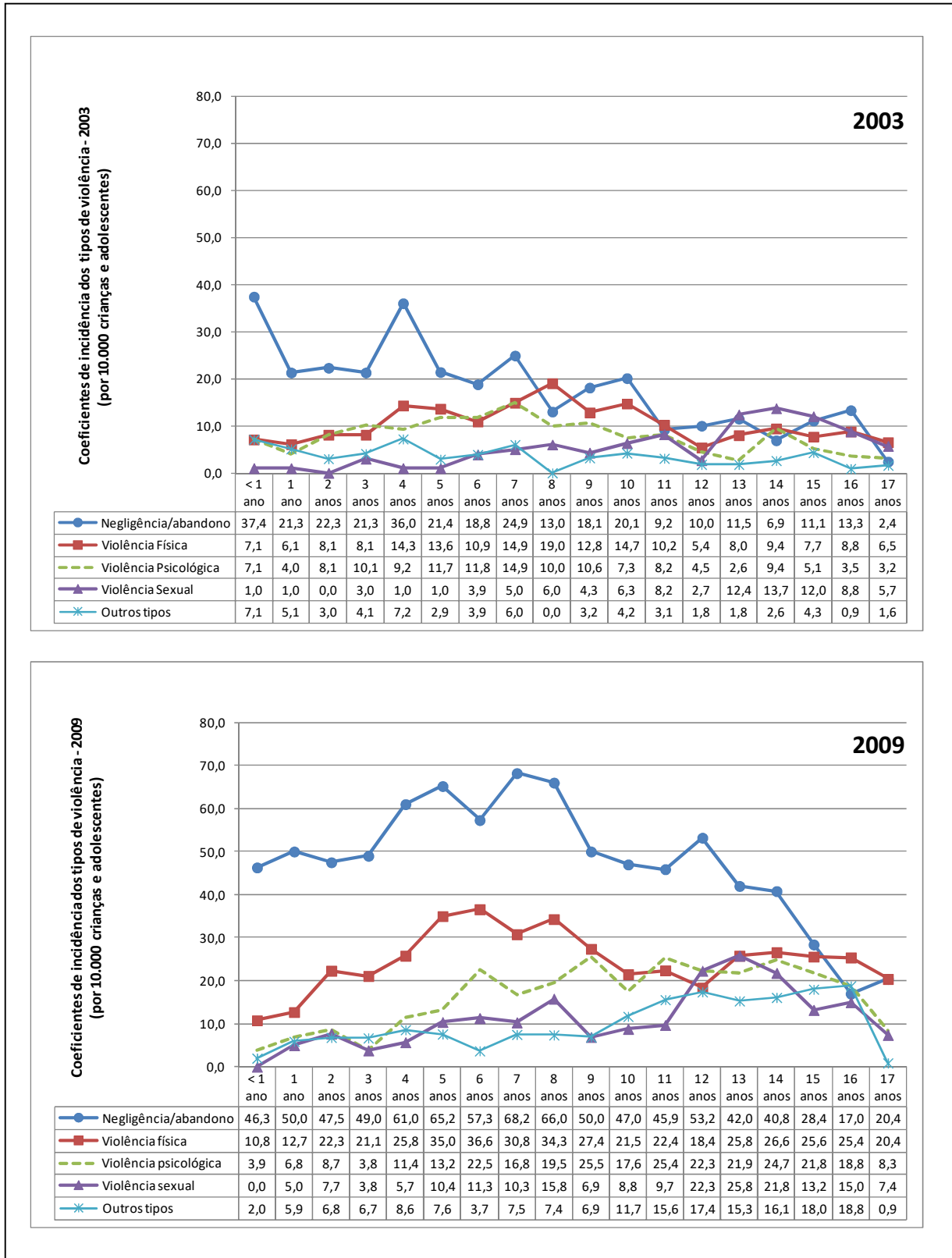
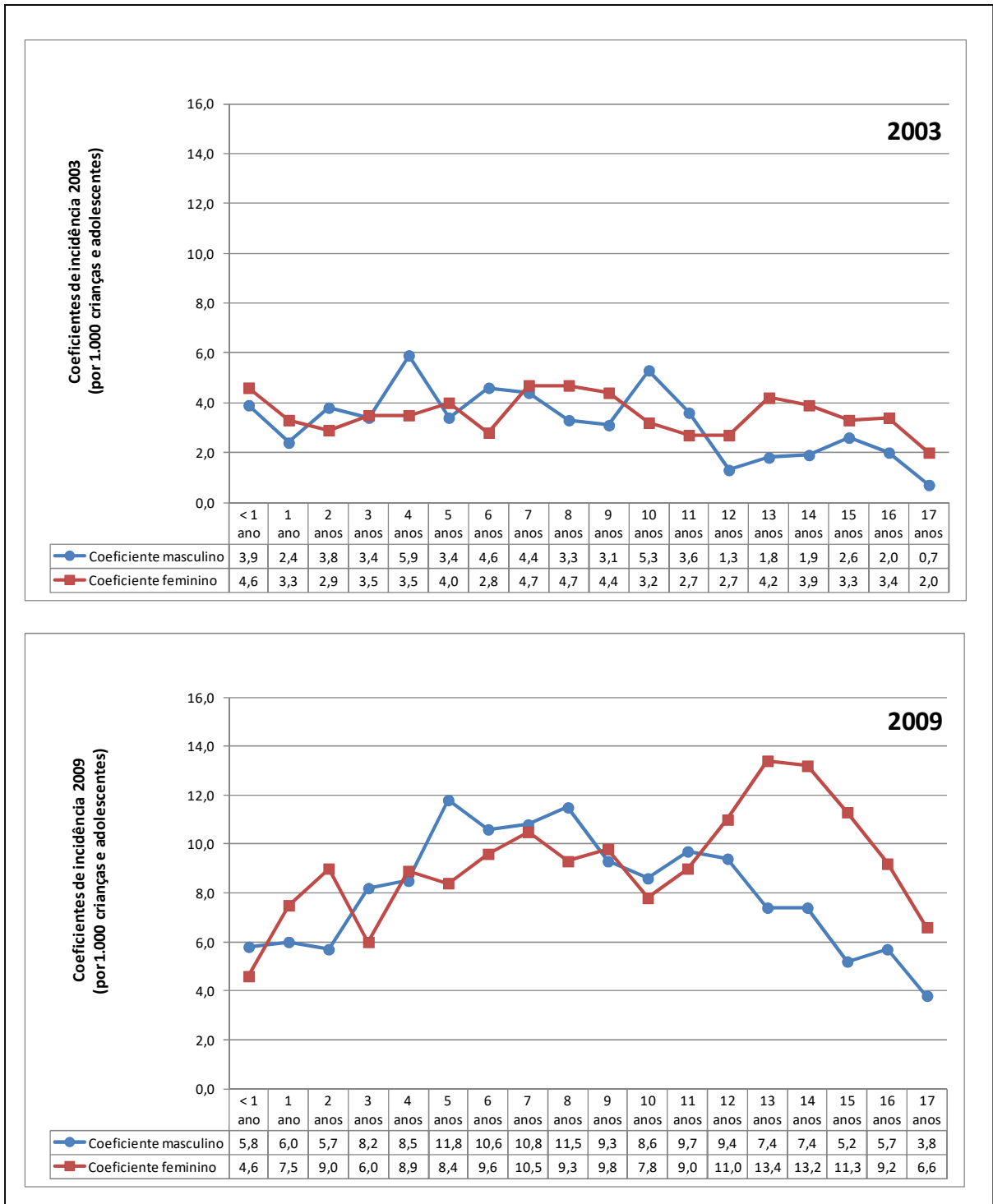


Figura 2 – Coeficientes de incidência dos diferentes tipos de violências contra crianças e adolescentes, segundo sexo e idade das vítimas. Registros dos Conselhos Tutelares e Centro de Assistência Social – CREAS, em 2003 e 2009. Feira de Santana, Bahia, Brasil.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do presente estudo foi contribuir para o reconhecimento da magnitude da violência praticada e denunciada contra crianças e adolescentes no município de Feira de Santana-Ba, elaborando indicadores a partir dos casos notificados nos Conselhos Tutelares e CREAS (instituições referência para o atendimento no município) e realizando um diagnóstico situacional do problema através da avaliação do risco de vitimização a que este segmento da população está submetido.

Mesmo com aumento de denúncias, fluxo, encaminhamentos e articulações entre Instâncias que compõem o Sistema de Atendimento e Garantia de Direitos, verifica-se ainda a incipiente participação de algumas áreas essenciais, no processo de denúncias, como os setores saúde, educação e policial. O pouco envolvimento, enquanto denunciantes, revelam que a relação entre algumas Instâncias da Rede precisa ser fortalecida e estreitada. Portanto, torna-se imprescindível os investimentos na continuidade e ampliação das ações de sensibilização e formação profissional dos setores envolvidos, para maior participação, na identificação e denúncia de casos, tendo em vista que, o trabalho cotidiano com crianças e adolescentes torna-os co-responsáveis pela seguridade e proteção dessa população.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 843-854, 2011.
- ADED, N. L.O.; DALCIN, B. L. G. S.; CAVALCANTI, M. T. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p.1971-5, 2007.
- ADED, N.L.O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. Psiq. Clín**, vol. 33, n.4, p. 204-13, 2006.
- AKMATOV, M. K. Child abuse in 28 developing and transitional countries—results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. **International Journal of Epidemiology**, v.40, n.1, p. 219–27, 2011.
- ALMEIDA, T.M.C.; PENSO, M.A.; COSTA, L.F. Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino? **Estilos da Clínica**, v.14, n.5, p.46-67, 2009.
- AQUINO, L. M. C. A rede de proteção a crianças e adolescentes, a medida protetora abrigo e o direito à convivência familiar e comunitária: a experiência em nove municípios. In: SILVA, E. R. A. (coord.). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004. Cap. 12, p. 325-365.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-61, 2009.
- ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 1, 2004.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J.Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 59-67.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C. Violência e adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Infância e violência fatal em família**. São Paulo: Iglu, 1998.
- BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um programa sentinela. **Acta Paul. Enferm.**, Campina Grande, v. 21, n. 4, p. 602-8, 2008.
- BENVEGNÚ, L. A. et al. Work and behavioural problems in children and adolescents. **International Journal of Epidemiology**, vol. 34, p. 1417-24, 2005.

BESERRA, M. A.; CORRÊA, M. S. M.; GUIMARÃES, K. N. Negligência contra a criança: um olhar do profissional de Saúde. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência Doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. p. 63-78.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069/1990. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde/ Estatísticas Vitais/Mortalidade**. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/>> Acesso em: 01 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde/Demográficas e Econômicas, 2003 e 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popba.def>> Acesso em: 01 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais para cidadania. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília: SEDH/DCA, 2002b.

BRASIL. Secretaria de direitos humanos - Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente (Conanda). **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. 2011 – 2020**. Documento Preliminar para Consulta Pública, 2010b.

BRASIL. Secretaria de direitos humanos (SDH). **Direitos humanos de crianças e adolescentes – 20 anos do Estatuto**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2010a.

BRITO, A. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Cien. Saude. Colet.**, v.10, n.1, p.143-9, 2005.

BRITTO, C. C. Em defesa da infância: ordenação constitucional e estatuto da criança e do adolescente. **Revista da UFG**, 2003, vol. 5, supl. 2. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/infancia/O_defesa.html>. Acesso em: 09 out. 2010.

CARMO, C.J.; HARADA, M.J.C.S. Violência física como prática educativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p.849-856, 2006.

- CARVALHO, A.C.R. et al. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Cien Saude Colet**, v.14, n.2, p. 539-546, 2009.
- COSTA, M. C. O. (Org.). Manual Organização Internacional do Trabalho. NNEPA/UEFS. **Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes em seu município**. Este desafio nós podemos enfrentar juntos! Brasília, DF: Editora OIT, v.1 2006. 52 p.
- COSTA, M. C. O. et al. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Cien. Saude. Colet.**, v. 15, n. 2, p. 563-74, 2010.
- COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.5, p.1129-41, 2007.
- COSTA, M. C. O; BRIGAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Cien. Saude. Colet.**, v. 12, n. 5, p. 1101-9, 2007.
- COSTA, M.C.O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações de violência. **Cien. Saude. Colet.**, v.12, n. 5, p. 1129-41, 2007.
- COSTA, M.C.O. et al. Violência e abuso contra crianças e adolescentes, segundo os conselhos tutelares, o Programa Sentinela de Feira de Santana (BA) e o Centre Jeunesse de Montreal. **Adolescência & Saúde**, v.5, n.2, p.15-22, 2008.
- CREIGHTON, S.J. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. **NSPCC Information Briefings**. 2004. Disponível em: <http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wd a48217.html>. Acesso em: 05 jan. 2012.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Cien. Saude. Colet.**, v. 11, Supl. 0, p. 1163-1178, 2007.
- DE LORENZI, D.R.S.; PONTALTI, L.; FLECH; R.M. Maus tratos na infância e adolescência: Análise de 100 casos. **Rev. Cient. AMECS**, v. 10, n. 1, p. 47-52, 2001.
- DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad. Saúde Pública**, vol. 10, supl.1, p. 177-187, 1994.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil – um plural estruturado e estruturante. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2005. p. 43-77.
- DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J. Linkage entre registros do Sihsus e Sinasc: possíveis vieses decorrentes do não-pareamento. **Rev. bras. estud. popul.**, v. 25, n. 1, jun. 2008.

FALEIROS, E. T. S. Violência sexual - a categoria chave na compreensão do abuso sexual contra crianças e adolescentes. In: CECRIA. Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes. **Repensando os conceitos de Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília: Cecria, 2000.

FALEIROS, V. P. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: LEAL, M. L. P.; CÉSAR, M. A. (Org.). **Indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. Brasília: Coordenadoria Ecumênica de Serviço, Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente, Fundo Cristão para Crianças, Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes, 1998. p. 7-18.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 69-80.

FERREIRA, A. L.; SOUZA, E. R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 28-38, 2008.

FERREIRA, A.L.F. et al. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. (Orgs) **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 127-148.

FERREIRA, A.L.F. et al. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.;CONSTANTINO, P. (Orgs). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009, p. 127-148

FERREIRA, K. M. M. Violência Doméstica/Intrafamiliar contra crianças e adolescentes – nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. (Org). **Violência Doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. p. 19-39.

FINKELHOR, D. et al. The Victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. **Child Maltreat.**, v.10, n.1, p.5-25, 2005.

FINKELHOR, D.; HAMMER, H.; SEDLAK, A.J. **Sexually assaulted children: national estimates and characteristics**. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention: Washington, 2008.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. K.; TURNER, H.A. The Developmental Epidemiology of Childhood Victimization. **J Interpers Violence**, v. 24, n. 5, p. 711-31, 2009.

FRIZZO, K. R.; SARRIERA, J. C. O Conselho Tutelar e a rede social na infância. **Psicol. USP**. v.16, n.4, p. 175-196, 2005.

GOMES, R. et al. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, p. 1291-1302, 2007.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 1, supl. 4, p. 171-181, 1999.

GONCALVES, H.S.; FERREIRA, A.L.; MARQUES, M.J.V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, supl. 6, p. 547 – 553, 1999.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 6, n. 1, p. 65-70, 2006.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. F.; MENEZES, V. A. Maus-tratos a Crianças e Adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 8, n. 3, p. 301-7, 2008.

HABIGZANG, L. F.; AZEVEDO, G. A.; KOLLER, S. H.; MACHADO, P. X. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol-reflex crit**, v.19, n. 3, p. 379-86, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

ISLAM, M.N.; ISLAM, M.N. Retrospective study of alleged rape victims attended at Forensic Medicine Department of Dhaka Medical College, Bangladesh. **Leg. Med.**, v. 5, Supl. 1, p. S351-3, 2003.

KELLOGG, N.M.D. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. **Pediatrics**, v.116, n.2, p. 506-12, 2005.

KRUG, E.G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CRIANÇA (LACRI). Universidade de São Paulo (USP). Instituto de Psicologia (IP). **Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes** - a ponta do iceberg. Brasil 1996 à 2007 (Supervisão: Dra. Maria Amélia Azevedo). Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

MADU, S. N.; Prevalence of child psychological, physical, emotional, and ritualistic abuse among high school students in Mpumalanga Province of South Africa. **Psychological Reports**, v. 89, n. 2, p. 431-44, 2001.

MALTA, D.C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.2, p. 3009-19, 2010.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 3, p.423-8, 2010.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 4, p. 315-34, 2009a.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. **Pediatria (São Paulo)**, v. 31, n. 3, 2009b.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 3, p. 1-13, 2009c.

MARTINS, C. S. **A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes.** [dissertação]. Ribeirão Preto: USP, 2005.

MASCARENHAS et al, Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 347-57, 2010.

MELO, E. M. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Elza Machado Melo/ Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B.; CABRAL FILHO, J. E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1577-81, 2002.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-42.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e adolescência. **J. Pediat**, v. 70, supl. 5, p. 263-66, 1994.

MINAYO, M. C. S.; LIMA, C. A. Processo de formulação e ética da ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Orgs). **Impactos da Violência na Saúde.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2009, p.43-56

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Orgs). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2009, p.21-42

MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 79, n.3, p. 269-77, 2002.

NEPOMUCENO, V. O mau-trato infantil e o estatuto da criança e do adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização In: SILVA, L. M. P.(Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. p. 139- 74.

NJAINE, K.; PHEBO, L.; ASSIS, S. G. Redes de prevenção à violência no âmbito da gestão em saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Orgs). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009, p.371-375.

OLIVA, J. C. G. A.; KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 22-31, 2009.

OLIVEIRA, M.L.M. Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Redes de Atenção – A Experiência de Goiânia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, W. F. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008.

ONU.United Nations Secretary-General. **World report on violence against children**. Geneva: United Nations, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência y salud: resolución nº XIX**. Washington, 1994.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **J. Pediatr.**, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001.

PERES, M. F. T.; CARDIA, N.; SANTOS, P. C. **Homicídio de crianças e jovens no Brasil: 1980-2002**. Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo, SP: NEV/USP, 2006.

PFEIFFER, L.; ROSÁRIO, N. A.; CAT, M. N. L. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.29, n.4, p. 477-82, 2011.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, p. 197-204, 2005.

PINO, M.; HERRUZO, J.; MOYA, E. Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. **Child Abuse Negl.**, v. 24, p. 911-24, 2000.

PIRES, A. L. D; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Cienc Saúde**, v.12, n. 1, p. 42-9, 2005.

POLANCZYK, G. V. et al. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 8-14, 2003.

Prefeitura Municipal de Feira de Santana. **Empossado novo Conselho Tutelar** [notícia]. Disponível em: <<http://www.feiradesantana.ba.gov.br/noticia.asp?id=8303>> Acesso em: 20 out. 2011.

Public Health Agency of Canada (PHAC). **Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2008: Major Findings**. Ottawa: PHAC, 2010. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/2008/index-eng.php>> Acesso em: 05 out. 2011.

RICAS, J.; DONOSO, M. T. V.; GRESTA, M. M. A violência na infância como uma questão cultural. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 151-4, 2006.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. **Adolesc. Saude**, v. 6, n. 3, p. 52-60, 2009.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-46.

SANTOS, C.A. **Agressor sexual de crianças e adolescentes e fatores associados à violação e vítimas**. [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.

SANTOS, B. R. et al. Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: ASSIS, S. G. et al. (Org). **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.19-65

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violence and health: recent scientific studies. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, 2006.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface**, v. 11, n. 21, p.93-103, 2007.

SILVA, M. A.S. Violência contra crianças – quebrando o pacto do silêncio. In: FERRARI, Dalka C. A.; VECINA, Tereza C. C. (Org.). **O fim do silêncio na Violência Familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. p. 73-80

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves); Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Fundação Oswaldo Cruz; Secretaria de Estados dos Direitos Humanos. Ministério da Justiça.

SOUZA, C.S. **Notificação da violência infanto-juvenil nas unidades de emergência em saúde: atuação e dificuldades de profissionais e serviços.** [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana, 2011.

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SPRINGER, et al. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. **Child Abuse Negl.**, v. 31, n. 5, p. 517–30, 2007.

TROCMÉ, N. M. et al. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. **Child Abuse Negl.**, v. 27, n.12, p.1427-39, 2003.

UNESCO. Relatório de desenvolvimento juvenil – 2003. Brasília: UNESCO, 2004.

UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. **Innocenti Report Card**, n.5. Florence: Innocenti Research Centre, 2003.

WARD, M. G.; BENNETT, S. Studying child abuse and neglect in Canada: we are just at the beginning. **CMAJ**, v. 169, n. 9, p. 919-20, 2003.

APÊNDICE A – Formulário utilizado para coleta dos dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – NNEPA



FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NOS CONSELHOS TUTELARES E CREAS

1 – DA DENÚNCIA

1) Data da Ocorrência

Dia	Mês	Ano

2) Nº da Ocorrência na Instituição

3) Em que Instituição foi realizada a denúncia?

CT 1
 CT 2
 Centro de Referência Sentinela (CREAS)

4) Quem efetuou a denúncia?

Pai
 Mãe
 Irmãos
 Escola
 Setor Saúde
 Vizinhos
 Anônimo
 SR
 Outros: _____

5) Qual o local de ocorrência da violência?

Casa da vítima
 Rua
 Escola
 SR
 Outro: _____

2 – DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

6) Iniciais da Mãe: _____

7) Iniciais da criança/adolescente: _____ **8) Bairro:** _____

9) Idade

anos SR

10) Sexo

M F SR

11) Raça/cor

Preto
 Branco
 Pardo
 SR

12) Estuda?

Sim
 Não está em idade escolar
 Não
 SR

13) Série

SR

14) Tipo de Escola

Pública
 Privada
 SR

15) Tipo de denúncia:

NEGLIGÊNCIA

Abandono
 Expulsão da criança de casa
 SR
 Cárcere privado
 Impedimento de acesso ao genitor
 Outra: _____

VIOLÊNCIA FÍSICA

Corte
 Queimaduras
 SR
 Espancamento
 Tapas
 Outra: _____

Instrumento(s) utilizado(s): _____

VIOLÊNCIA SEXUAL

Estupro
 Sedução
 Prostituição
 SR
 Incesto
 Pornografia
 Tráfico para fins sexuais
 Outra: _____

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Agressão verbal
 Ameaça
 SR
 Outra: _____

OUTRO TIPO: _____

APENDICE A - continuação

3 – DO GUARDIÃO (Responsável)

16) Vínculo
 Pai Mãe Avós Tios SR Outros: _____

17) Renda (em Salários Mínimos)
 0 a 1 salário 2 a 3 salários Mais de 3 salários SR **18) Ocupação:** _____

19) Grau de Instrução

<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo	
<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio completo	<input type="checkbox"/> SR	

4 - DO AGRESSOR

20) Identidade do agressor

<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Tios	<input type="checkbox"/> O próprio adolescente/criança.
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Avós	<input type="checkbox"/> SR
<input type="checkbox"/> Pai e Mãe	<input type="checkbox"/> Irmãos	<input type="checkbox"/> Vizinhos	<input type="checkbox"/> Outro: _____

21) Idade
 anos SR

22) Sexo
 M F SR

23) Raça/cor:
 Preto Branco Pardo SR

24) Grau de Instrução

<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo	
<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio completo	<input type="checkbox"/> SR	

25) Ocupação: _____

26) Renda (em Salários Mínimos)
 0 a 1 salário 2 a 3 salários Mais de 3 salários SR

27) Grau de Consciência do Agressor
 Normal Alcoolizado Drogado SR Outro: _____

28) Tipo de Intimidação
 Força Física Ameaça Arma de Fogo Arma Branca SR Outro: _____

29) Houve vitimização por mais de um agressor?
 Sim Não Caso sim, quem? _____

5 – DAS MEDIDAS ADOTADAS

30) Encaminhamentos institucionais dos casos:

<input type="checkbox"/> Juizado	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Delegacias	<input type="checkbox"/> SR
<input type="checkbox"/> Sentinela/CREAS	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> CAPS	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Serviço de Saúde	<input type="checkbox"/> Abrigos	

31) Formas de encaminhamento:

<input type="checkbox"/> Acompanhamento	<input type="checkbox"/> Audiência	<input type="checkbox"/> Advertência	<input type="checkbox"/> SR
<input type="checkbox"/> Aconselhamento	<input type="checkbox"/> Notificação	<input type="checkbox"/> Sindicância	<input type="checkbox"/> Outros: _____

32) Síntese da situação denunciada (motivo da denúncia/queixas principais/palavras-chaves)

Feira de Santana, _____ de _____ de 2011.

Nome do responsável pela coleta dos dados

APÊNDICE B – Ofício solicitando autorização para coleta ao Conselho Tutelar I**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DSAU
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - NNEPA****Ilmo. Sr. Danilo Araújo Pinto**

Coordenador do Conselho Tutelar I

Na condição de coordenadora do “Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA”, eu, Prof^a. Dr^a. Maria Conceição Oliveira Costa, Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, venho solicitar autorização para ter acesso aos registros das notificações de violência contra crianças e adolescentes efetuadas no Conselho Tutelar I, no período de 2003 a 2009, com o objetivo específico de coleta de dados para as pesquisas intituladas: “*Agressores sexuais e vitimização de crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia*” e “*Características epidemiológicas da violência infanto-juvenil em Feira de Santana, Bahia*”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS.

Estas pesquisas têm como objetivo caracterizar vítimas, agressores e os tipos de violência praticados contra crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia, segundo informações dos registros dos Conselhos Tutelares deste município.

Informamos que será assegurado o completo sigilo e anonimato das informações quanto à identidade dos sujeitos, cujos resultados da pesquisa serão expressos em números, proporções e índices, não permitindo, assim, a identificação dos indivíduos.

A coleta dos dados será realizada por equipe treinada de profissionais e estudantes da área de saúde da UEFS/NNEPA e, desde já, nos comprometemos em devolver ao Conselho um relatório detalhado com todos os resultados das referidas pesquisas.

Atenciosamente,

Feira de Santana, 17 de maio 2011.

Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNEPA/UEFS

Coordenadora da Pesquisa

Telefone: (75) 32248135/ Fax: 32248135 / E-mail: costamco@hotmail.comHome page: <http://www.uefs.br/nepa>

APÊNDICE C - Ofício solicitando autorização para coleta ao Conselho Tutelar II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DSAU
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - NNEPA

Ilma. Sra. Katiane Caldas

Coordenadora do Conselho Tutelar II

Na condição de coordenadora do “Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA”, eu, Prof^a. Dr^a. Maria Conceição Oliveira Costa, Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, venho solicitar autorização para ter acesso aos registros das notificações de violência contra crianças e adolescentes efetuadas no Conselho Tutelar II, no período de 2003 a 2009, com o objetivo específico de coleta de dados para as pesquisas intituladas: “*Agressores sexuais e vitimização de crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia*” e “*Características epidemiológicas da violência infanto-juvenil em Feira de Santana, Bahia*”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS.

Estas pesquisas têm como objetivo caracterizar vítimas, agressores e os tipos de violência praticados contra crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia, segundo informações dos registros dos Conselhos Tutelares deste município.

Informamos que será assegurado o completo sigilo e anonimato das informações quanto à identidade dos sujeitos, cujos resultados da pesquisa serão expressos em números, proporções e índices, não permitindo, assim, a identificação dos indivíduos.

A coleta dos dados será realizada por equipe treinada de profissionais e estudantes da área de saúde da UEFS/NNEPA e, desde já, nos comprometemos em devolver ao Conselho um relatório detalhado com todos os resultados das referidas pesquisas.

Atenciosamente,

Feira de Santana, 17 de maio 2011.

Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNEPA/UEFS

Coordenadora da Pesquisa

Telefone: (75) 32248135/ Fax: 32248135 / E-mail: costamco@hotmail.com

Home page: <http://www.uefs.br/nepa>

APÊNDICE D - Ofício solicitando autorização para coleta ao CREAS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - NNEPA

Ilma. Sra. Ilana Thânia

Coordenadora do Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS de Feira de Santana

Prezada Senhora,

Na condição de coordenadora do “Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA”, eu, Prof^a. Dr^a. Maria Conceição Oliveira Costa, Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, venho solicitar autorização para o acesso aos registros do Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS de Feira de Santana, no período de 2006 a 2010, obedecendo rigorosamente às regras de sigilo profissional, com o objetivo específico de coleta de dados relacionados às vítimas de violência, para a pesquisa intitulada: “Características epidemiológicas da violência infanto-juvenil em município do Nordeste do Brasil, em distintos períodos, após implantação do PAIR no município” e “Agressores sexuais e vitimização de crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia”, de autoria das mestrandas e profissionais de saúde, Heloísa Lima de Sousa e Clarice Alves dos Santos, sob minha orientação e responsabilidade.

Estas pesquisas fazem parte de Dissertações de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGSC da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, as quais têm como objetivos mapear a violência infanto-juvenil, nas perspectivas das manifestações e formas do fenômeno, vítimas, agressores e fatores associados, considerando a importância de levantar indicadores da violência, que possam subsidiar políticas e programas de prevenção e intervenção pelas Instâncias do Sistema de Atendimento e Garantia de Direitos/SGDCA, assim como contribuir com o fortalecimento Institucional, através de ações de capacitação e aprimoramento profissional, integrando a Rede de Instâncias, cumprindo assim uma das missões da Universidade, diante de efetivas e reais demandas e necessidades da comunidade.

Com base no código de ética profissional e conselho de ética que aprovou o projeto, asseguro o completo sigilo e anonimato das informações coletadas, conforme tem sido cumprido em todas as etapas de estudos anteriores nesta e em outras Instâncias. A identificação de dados se processa em códigos numéricos, preservando em todas as etapas a identidade dos sujeitos e famílias. Os resultados são expressos em números, proporções e índices, não deixando nenhuma possibilidade de identificação dos indivíduos. As duas profissionais que estarão supervisionando e implementando a coleta são treinadas sob esses aspectos éticos e obedecem aos mesmos princípios assegurados nos códigos que regem as categorias profissionais da área de saúde.

Na espera de poder contar com a vossa colaboração, comprometo-me a não interferir na rotina das atividades desenvolvidas pelos profissionais participantes e assumo a responsabilidade de enviar relatório detalhado com todos os resultados da pesquisa a esta instituição para que possa subsidiar o planejamento de ações voltadas ao fortalecimento da Rede de Atendimento e Defesa à criança e adolescentes no município e região.

Feira de Santana, ____ / ____ / 2011.

Profª Drª Maria Conceição Oliveira Costa - Coordenadora da Pesquisa
Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/UEFS
Telefone: (75) 32248135/ E-mail: costamco@hotmail.com
Home page: <http://www.uefs.br/nepa>

**ANEXO A – População estimada de crianças e adolescentes de Feira de Santana-BA,
segundo IBGE (2003 e 2009)**

População Residente por Ano segundo Faixa Etária detalhada

Município: Feira de Santana

Faixa Etária detalhada: Menor 1 ano, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos, 7 anos, 8 anos, 9 anos, 5 a 9 anos não detalhado, 10 anos, 11 anos, 12 anos, 13 anos, 14 anos, 10 a 14 anos não detalhado, 15 anos, 16 anos, 17 anos, 18 anos, 19 anos

Período: 2003, 2009

Faixa Etária detalhada	Ano			
	2003		2009	
	N	%	N	%
Menor 1 ano	9.881	4,7	10.147	4,8
1 ano	9.866	4,6	10.227	4,9
2 anos	9.846	4,6	10.317	4,9
3 anos	9.845	4,6	10.399	4,9
4 anos	9.751	4,6	10.477	5,0
5 anos	10.282	4,8	10.579	5,0
6 anos	10.123	4,8	10.640	5,1
7 anos	10.049	4,7	10.703	5,1
8 anos	9.988	4,7	10.771	5,1
9 anos	9.380	4,4	10.203	4,9
10 anos	9.538	4,5	10.221	4,9
11 anos	9.783	4,6	10.246	4,9
12 anos	10.999	5,2	10.329	4,9
13 anos	11.290	5,3	10.478	5,0
14 anos	11.631	5,5	10.537	5,0
15 anos	11.733	5,5	10.561	5,0
16 anos	11.311	5,3	10.640	5,1
17 anos	12.348	5,8	10.792	5,1
18 anos	12.708	6,0	10.931	5,2
19 anos	11.934	5,6	11.080	5,3
TOTAL	212.286	100	210.278	100

Fonte: Datasus/Informações em saúde/IBGE

**ANEXO B - População estimada de crianças e adolescentes de Feira de Santana-BA,
segundo faixa etária e sexo - IBGE (2003)**

População Residente por Sexo segundo Faixa Etária detalhada

Município: Feira de Santana

Sexo: Masculino, Feminino

Faixa Etária detalhada: Menor 1 ano, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos, 7 anos, 8 anos, 9 anos, 5 a 9 anos não detalhado, 10 anos, 11 anos, 12 anos, 13 anos, 14 anos, 10 a 14 anos não detalhado, 15 anos, 16 anos, 17 anos, 18 anos, 19 anos

Período: 2003

Faixa Etária detalhada	Sexo				Total
	Masculino		Feminino		
	n	%	N	%	
Menor 1 ano	5.095	4,8	4.786	4,5	9.881
1 ano	5.001	4,7	4.865	4,6	9.866
2 anos	5.028	4,7	4.818	4,6	9.846
3 anos	5.033	4,7	4.812	4,5	9.845
4 anos	4.874	4,6	4.877	4,6	9.751
5 anos	5.255	4,9	5.027	4,8	10.282
6 anos	5.197	4,9	4.926	4,7	10.123
7 anos	5.193	4,9	4.856	4,6	10.049
8 anos	5.065	4,8	4.923	4,7	9.988
9 anos	4.836	4,5	4.544	4,3	9.380
10 anos	4.875	4,6	4.663	4,4	9.538
11 anos	4.935	4,6	4.848	4,6	9.783
12 anos	5.555	5,2	5.444	5,1	10.999
13 anos	5.614	5,3	5.676	5,4	11.290
14 anos	5.739	5,4	5.892	5,6	11.631
15 anos	5.683	5,3	6.050	5,7	11.733
16 anos	5.481	5,1	5.830	5,5	11.311
17 anos	6.007	5,6	6.341	6,0	12.348
18 anos	6.334	5,9	6.374	6,0	12.708
19 anos	5.663	5,3	6.271	5,9	11.934
TOTAL	106.463	100,0	105.823	100,0	212.286

Fonte: Datasus/Informações em saúde/IBGE

**ANEXO C - População estimada de crianças e adolescentes de Feira de Santana-BA,
segundo faixa etária e sexo - IBGE (2009)**

População Residente por Sexo segundo Faixa Etária detalhada

Município: Feira de Santana

Sexo: Masculino, Feminino

Faixa Etária detalhada: Menor 1 ano, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos, 7 anos, 8 anos, 9 anos, 5 a 9 anos não detalhado, 10 anos, 11 anos, 12 anos, 13 anos, 14 anos, 10 a 14 anos não detalhado, 15 anos, 16 anos, 17 anos, 18 anos, 19 anos

Período: 2009

Faixa etária detalhada	Sexo				Total
	Masculino		Feminino		
	n	%	N	%	
Menor 1 ano	5.170	4,9	4.977	4,8	10.147
1 ano	5.197	4,9	5.030	4,8	10.227
2 anos	5.234	4,9	5.083	4,9	10.317
3 anos	5.267	5,0	5.132	4,9	10.399
4 anos	5.298	5,0	5.179	5,0	10.477
5 anos	5.335	5,0	5.244	5,0	10.579
6 anos	5.352	5,1	5.288	5,1	10.640
7 anos	5.369	5,1	5.334	5,1	10.703
8 anos	5.389	5,1	5.382	5,2	10.771
9 anos	5.023	4,7	5.180	5,0	10.203
10 anos	5.089	4,8	5.132	4,9	10.221
11 anos	5.135	4,8	5.111	4,9	10.246
12 anos	5.190	4,9	5.139	4,9	10.329
13 anos	5.259	5,0	5.219	5,0	10.478
14 anos	5.301	5,0	5.236	5,0	10.537
15 anos	5.345	5,0	5.216	5,0	10.561
16 anos	5.399	5,1	5.241	5,0	10.640
17 anos	5.471	5,2	5.321	5,1	10.792
18 anos	5.521	5,2	5.410	5,2	10.931
19 anos	5.575	5,3	5.505	5,3	11.080
TOTAL	105.919	100,0	104.359	100,0	210.278

Fonte: Datasus/Informações em saúde/IBGE

ANEXO D – Ofício de aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa/UEFS**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 21 de outubro de 2011
Of. CEP-UEFS nº 252/2011

Senhor(a) Pesquisador(a): Prof^a Maria Conceição Oliveira Costa


Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Violência infanto-juvenil e ciclos de vitimização – agressão interpessoal, familiar e social: projeto integrado entre Universidades e Sistemas Públicas de Atendimento e Defesa de Direitos”**, registrado neste CEP sob protocolo nº **143/2010 (CAAE nº 0141.0.059.000-10)**, foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(21/10/2012)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

P/ 
Prof^a Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP/UEFS

ANEXO E – Autorização do Conselho Tutelar I para acesso aos dados



CONSELHO TUTELAR 1

Lei Federal nº 8.069/90 - Lei Municipal 2.514/04
 Rua Comandante Almiro, 895– Brasília
 (Rua do ponto de ônibus da Rodoviária)
 CEP: 44067-060 – Feira de Santana-BA

Feira de Santana, 10 de Junho de 2011.

DECLARAÇÃO

O Conselho Tutelar I por seu representante abaixo assinado declaro para os devidos fins de direito que foi informado e que aceitou que o NNEPA (Núcleo de Estudos e Pesquisas da Infância e Adolescência, coordenada pela Sr^a Prof^a. Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa, professora Titular do departamento de Saúde da UEFS de Feira de Santana-BA, tenha acesso aos registros deste Conselho do período de 2006 á 2010, obedecendo rigorosamente ás regras determinadas por este órgão quanto ao sigilo das informações coletadas, para o desenvolvimento das pesquisas intituladas: **“Características epidemiológicas da violência infanto-juvenil em município do Nordeste do Brasil, em distintos períodos, após implantação do PAIR no município” e “Agressores sexuais e vitimização de crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia”**, de autoria das mestrandas e profissionais de saúde, **Heloisa Lima de Sousa e Clarice Alves dos Santos**, sob coordenação da Professora acima citada.

Atenciosamente,


 Danilo Araújo Pinto
 Coordenador
 Lei Federal Nº 8.069/90 Lei Municipal
 Nº 1.831/95 Conselho Tutelar I

ANEXO F - Autorização do Conselho Tutelar II para acesso aos dados



CONSELHO TUTELAR II

Rua Elpídio Nova,338, Coronel Jose Pinto,
Feira de Santana–Ba Cep 44051-552-Fone/Fax : 3614-3169
Lei Federal nº. 8.069 /90 Lei Municipal nº. 1.831/95

Feira de Santana,10 de Junho de 2011

Of-125/2011

De: Katiane Caldas

Coordenadora do Conselho Tutelar II de Feira de Santana

Para: Profª Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/UEFS

OFÍCIO

Na condição de Coordenadora do Conselho tutelar II de feira de Santana/BA,eu, Katiane Caldas, declaro que fui informado das pesquisas intituladas “Características epidemiológicas da violência infanto-juvenil em município do Nordeste do Brasil,em distintos períodos, após implantação do PAIR”e “Agressores sexuais e vitimização de crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia”, de autoria das mestrandas e profissionais de saúde Heloisa Lima de Sousa e Clarice Alves dos Santos,sob a coordenação da Profª Dra. Maria Conceição Oliveira Costa. Ciente do trabalho a ser realizado, me coloco a disposição para colaborar com a pesquisa autorizando o acesso às notificações de violência contra crianças e adolescentes no período de 2003 a 2010, para fins de coleta de dados.

Katiane Caldas dos Santos
Coordenadora
Lei Federal nº 8.069/90 Lei Municipal
nº 1.831/95 Conselho Tutelar II

Katiane Caldas
Coordenadora do Conselho tutelar II

ANEXO G - Autorização do CREAS para acesso aos dados



CREAS



Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Feira de Santana, 13 de agosto de 2011.

Ofício nº 582/2011

Para: Secretaria de Desenvolvimento Social - SEDESO

Ilma. Sra. Gerusa Maria Bastos Silva Sampaio

Secretária de Desenvolvimento Social

ATT: Sra. Seneide Rios

CÓPIA

Prezada Senhora,

Sirvo-me do presente para encaminhar a solicitação do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNEPA, para a realização de uma pesquisa intitulada: “Características epidemiológicas da violência infanto-juvenil em município do Nordeste do Brasil, em distintos períodos, após implantação do PAIR no município e Agressores sexuais e vitimização de crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia” de autoria das mestrandas e profissionais de saúde, Heloisa Lima de Sousa e Clarice Alves dos Santos, sob orientação da Profª. Drª. Maria Conceição Oliveira Costa. (solicitação em anexo)

Havendo autorização para a realização da citada pesquisa, informar a esta unidade para o acesso do pesquisador aos registros da instituição.

Sendo o que se apresenta para o momento, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Cordiais saudações

Ilana Thania Silva Oliveira
Ilana Thania Silva Oliveira

Coordenação

*Prezada Ilana,
Concordo com a
reputada pesquisa desde
que sejam seguidos os
rigorosos procedimentos para
dar os devidos parâmetros
03/10/2011
Seneide Rios
Assistente Social
CREAS 5032-5ª Região
Matrícula 01016670-5*

*Recebido em
14/08/11 às 14:29
Dolice*

**ANEXO H - Ficha utilizada nos Conselhos Tutelares para notificação dos casos de
violência infanto-juvenil**



CONSELHO TUTELAR 1
Lei Federal nº 8.069/90 - Lei Municipal 2.514/04
Rua Comandante Almiro, nº 895- Brasília
(Rua do ponto de ônibus da Rodoviária)
CEP: 44075-080 - Feira de Santana-BA
Telefax (75) 3614-3253
E-mail: conselhotutelar1_fsa@hotmail.com

OCORRÊNCIA Nº _____ EM _____ / _____ /2010. OFÍCIO Nº _____

TIPO DE DENÚNCIA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> Em trânsito | <input type="checkbox"/> Conflito familiar |
| <input type="checkbox"/> Desaparecimento | <input type="checkbox"/> Inadequação de comportamento | <input type="checkbox"/> Violência psicológica |
| <input type="checkbox"/> Exploração sexual | <input type="checkbox"/> Maus tratos | <input type="checkbox"/> Violência física |
| <input type="checkbox"/> Evasão escolar | <input type="checkbox"/> Negligência | <input type="checkbox"/> Requisição de _____ |
| <input type="checkbox"/> Drogadição | <input type="checkbox"/> Bolsa família (inclusão/transferência) | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |

DENUNCIANTE: _____

FORMA DE DENÚNCIA:

Pessoal Ofício nº _____ Por Telefone Outros _____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA OU ADOLESCENTE:

PAI MÃE OUTROS: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

PONTO REF. _____ TEL: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ GRUPO ÉTNICO: _____

RENDA (em salários mínimos): 0 a 1 1 a 3 Mais de 3 S/R

DADOS DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE:

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

NASCIMENTO _____ / _____ / _____ IDADE _____ TELEFONE () _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

ESCOLA: _____ SÉRIE: _____

RELAÇÃO VÍTIMA X AGRESSOR: _____

DADOS DO AGRESSOR:

NOME: _____ FONE _____

END: _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

P.DE REFERÊNCIA _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ GRUPO ÉTNICO: _____

RENDA (em salários mínimos): 0 a 1 1 a 3 Mais de 3 S/R

OBS. _____

SÍNTESE DA OCORRÊNCIA:

ANEXO H - continuação

MEDIDAS ADOTADAS: _____

ENCAMINHADO (A) PARA: _____

PRÓXIMA VÍSSITA: ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____

ANDAMENTO DA OCORRÊNCIA

CONSELHEIRO (A) TUTELAR: _____