

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA - PPGSC**

JOSELE DE FARIAS RODRIGUES SANTA BARBARA

**VIOLÊNCIA DENUNCIADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS
CONSELHOS TUTELARES DE FEIRA DE SANTANA - BA, 2003-2004.**

Feira de Santana
2006

JOSELE DE FARIAS RODRIGUES SANTA BÁRBARA

**VIOLÊNCIA DENUNCIADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS
CONSELHOS TUTELARES DE FEIRA DE SANTANA - BA, 2003-2004.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Maria da Conceição
Oliveira Costa

CO-ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Rosely Cabral de
Carvalho

Feira de Santana
2006

Ficha Catalográfica. Biblioteca Central Julieta Carteado

Santa Bárbara, Josele de Farias Rodrigues.
S222 Violência denunciada contra crianças e adolescentes, nos
Conselhos Tutelares de Feira de Santana – Ba, 2003-2004 / Josele de
Farias Rodrigues Santa Bárbara. – Feira de Santana, 2006.
121 f. : il.

Orientadora: Maria da Conceição Oliveira Costa
Co-orientadora: Rosely Cabral de Carvalho

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

1. Violência – Crianças e adolescentes – Feira de
Santana (Ba). I. Costa, Maria da Conceição Oliveira. II.
Carvalho, Rosely Cabral. III. Universidade Estadual de

JOSELE DE FARIAS RODRIGUES SANTA BARBARA

**VIOLÊNCIA DENUNCIADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS
CONSELHOS TUTELARES DE FEIRA DE SANTANA - BA, 2003-2004.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 31 de julho de 2006.

Profª Drª Rosely Cabral de Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª Carlos Geraldo D' Andréa Espinheira
Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Ceci Vilar Noronha
Universidade Federal da Bahia

“... o primeiro e indiscutível direito da criança é aquele que lhe permite expressar livremente suas idéias e tornar parte ativa no debate concernente à apreciação da sua conduta e também na punição...”.

Janusz Korczak

À DEUS, pela sua presença permanente em minha vida, iluminando os meus caminhos e orientando os meus passos;

Aos meus pais, pelo carinho, afeto, dedicação e dignidade;

Aos meus irmãos, pela compreensão e ajuda nos momentos solicitados;

Ao meu esposo, pela presença, compreensão, encorajamento e colaboração nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me guia todos os dias da minha vida e que me concedeu sabedoria para a concretização deste sonho;

Aos meus familiares, em especial meus pais, que tanto amo, por ter me possibilitado os estudos e minha formação pessoal; aos meus irmãos Fernanda, João Paulo e Luiz Felipe, por serem pessoas tão maravilhosas e por compreenderem a minha ausência; ao meu marido, pela paciência, compreensão e apoio; a minha avó (*im memoriam*), que concerteza está torcendo por minha vitória; meu avô que torce muito por nós; e a Sônia, Denise e Marilene, pelo apoio emocional dado;

Aos meus padrinhos queridos, Deoclécio e Adaildes, pelos momentos de incentivo e ajuda;

À minha orientadora, Prof^a. Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa, professora titular da Universidade Estadual de Feira de Santana, por ter acreditado na minha pessoa e pela amizade, preocupação e carinho concebidos ao longo dessa trajetória;

À minha co-orientadora Prof^a. Dr.^a Rosely Cabral de Carvalho, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana, por ter colaborado cientificamente e emocionalmente na elaboração deste trabalho e por ter acreditado no meu potencial científico;

À Prof^a. Dr.^a Climene, professora da Universidade Federal da Bahia, por ter contribuído no momento da qualificação do projeto;

À Prof^a. Dr.^a Ceci Vilar Noronha, professora da Universidade Federal da Bahia, pelas valiosas contribuições no momento da qualificação do projeto e disponibilidade mais uma vez para participar da banca examinadora;

Ao Prof. Dr^o Carlos Geraldo D'Andrea Espinheira pela disponibilidade e colaboração como membro da banca examinadora;

À Prof^a. Dr.^a Graciete de Oliveira Vieira, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana, pela disponibilidade como suplente da banca examinadora;

À bibliotecária Graça Simões, pelas orientações dadas para a formatação correta da dissertação;

Ao Juiz da Vara da Infância e da Adolescência do município de Feira de Santana, que nos concebeu a autorização para a coleta dos dados nos Conselhos Tutelares I e II;

Aos Conselhos Tutelares I e II, que permitiram o acesso aos registros de ocorrência, possibilitando a coleta dos dados;

A todos os Conselheiros dos Conselhos Tutelares I e II, em especial a Antonieta, Pablo e Gessineide, por ter colaborado intensamente no processo de coleta dos dados;

A ex-conselheira Ana Rita, pelo apoio e participação na coleta de dados;

À Equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e na Adolescência – NNEPA, em especial a prof^a. Waldelene de Araújo Gomes, pelo incentivo, apoio e colaboração no processo de coleta dos dados e a colega Karine Emanuele Peixoto de Souza, pela colaboração na formatação da dissertação, assim como pela amizade e carinho;

Ao professor Davi Félix M. Júnior, que em muito contribuiu para o entendimento e tratamento estatístico dos dados da pesquisa;

Aos bolsistas do NNEPA, Adrielly, Carol, Heloísa, Isabela, Lívia, Letícia, Luciana, Polyana e Rafaela, pelo apoio dispensado;

Agradecimento especial, as bolsistas Letícia, Heloísa e Luciana pela colaboração efetiva na construção do banco de dados, na digitação e formatação da dissertação;

À Coordenação do Mestrado, por tornar possível a realização do curso de Mestrado em Saúde Coletiva;

À Maria Goreth de Sousa Pinho, Secretária do Colegiado do Mestrado em Saúde Coletiva, pelo apoio durante esta trajetória;

À Rosani, pela ajuda constante;

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo conhecimento compartilhado e incentivo acadêmico;

Aos meus queridos colegas do mestrado, Antonia, Carol, Edson, Jair, João, Joseli, José Marques, Juliana, Karina, Márcio, Marília, Pedro e Washington, pela amizade e união durante toda a nossa trajetória; aos quais agradeço muito por chegar até aqui e pelos momentos maravilhosos vividos;

À querida ex-colega de mestrado e eterna professora Jacira;

Aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim Cruzeiro, pela compreensão e ajuda durante a realização deste trabalho;

Aos queridos colegas de trabalho da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) pelo grande apoio dado;

Aos meus queridos alunos pela compreensão e por possibilitarem o exercício da docência;

Agradecimento especial à colega Enf^a Maria Luíza Albergaria, pela grande amizade e apoio incondicional dado;

À Prof^a. Ms. Carmem Lieta e Prof^a. Josélia, pela amizade sincera e por ter me incentivado e apoiado na realização da seleção do mestrado;

À amiga Lucineide Silva, pelo companheirismo e amizade sincera;

Às amigas Poliany Sarinho e Kariany Almeida, que me ajudaram e me deram apoio neste percurso;

A Prof^a. Ms. Nilma Lazara Cruz, pela colaboração e disponibilidade;

À querida Célia Brito, funcionária da xerox do módulo VI da UEFS, pela ajuda para a realização dos nossos trabalhos;

Enfim, agradeço imensamente a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste mestrado.

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes tem sido considerada uma importante questão de saúde pública, nos diferentes países e contextos sócio-culturais, ocupando lugar de destaque nas políticas internacionais voltadas aos Direitos Humanos.

Objetivo: caracterizar a violência contra crianças e adolescentes, quanto aos aspectos relacionados às vítimas e agressores.

Materiais e Método: Trata-se de um estudo transversal, com dados secundários dos registros das denúncias de violência contra crianças e adolescentes, nos Conselhos Tutelares I e II do município de Feira de Santana, no período de 2003 e 2004. Os dados foram coletados através de um formulário, constando variáveis sócio-demográficas relacionadas à criança e adolescentes vitimizados, aos familiares e agressores; caracterização das formas de violência; e encaminhamentos na Rede de Atendimento. Foram realizadas análises descritiva, através do cálculo das freqüências absolutas e simples, assim como análise bivariada, através da associação entre faixa etária (≤ 1 ano; 2-5 anos; 6-9 anos; 10-13 anos; 14-16 anos; e 17-19 anos completo) e sexo da criança/ adolescente, com outras variáveis relacionadas às formas de violência e caracterização dos agressores.

Resultados: Totalizaram 1293 registros de denúncias de violência contra crianças e adolescentes, nos Conselhos Tutelares I e II. O local de maior ocorrência desses registros foi o domicílio com 1011 (78,1%) dos registros. Os tipos de violências mais freqüentes foram a negligência, a violência física e a violência psicológica; com maior freqüência nas faixas de 2-5 anos, 6-9 anos e 10-13 anos, e importantes proporções em menores de 1 ano. A violência sexual apresentou maior prevalência entre adolescentes, muito embora com registros em todas as outras faixas de idade. As diferentes formas de violência foram equivalentes entre os sexos. Os dados de etnia e escolaridade das vítimas apresentaram baixas proporções e registros, comprometendo a análise. A principal fonte de denúncia foi anônima 398 (30,8%). A mãe foi o principal agressor, com 646 (47,7%) dos registros de violência física, psicológica e negligência familiar. Os dados relacionados à idade e estado de consciência do agressor não se encontravam nos registros.

Considerações Finais: Os resultados desta pesquisa apontaram para a necessidade de sensibilização e formação dos profissionais da Rede quanto ao registro de importantes variáveis, ligadas aos aspectos étnicos, entre outras, buscando o aprimoramento na qualidade dos registros nos Conselhos Tutelares; assim como a necessidade de pesquisas complementares, com dados primários e análises minuciosas, tendo em vista contribuir com as ações de enfrentamento e divulgação do “Disque Denúncia”; importante subsídio para o poder público e instituições locais, na elaboração de políticas voltadas ao desenvolvimento social, proteção e prevenção da violência, assim como na qualificação do atendimento dos casos pela Rede.

Palavras chave: violência, denúncia, infância, adolescência.

ABSTRACT

The violence against children and adolescents has been considered an important question of public health, in the different countries and socio-cultural contexts, occupying place of prominence in the directed international politics to the Human Rights.

Objective: to characterize the violence against children and adolescents, how much to the aspects related to the victims and aggressors.

Materials and Method: One is about a transversal study, with secondary data of the registers of the denunciations of violence against children and adolescents, in the Advice To tutor I and II of the city of Fair of Santana, in the period of 2003 and 2004. The data had been collected through a form, consisting changeable partner-demographic related the child and vitimizados adolescents, to familiar and the aggressive ones; characterization of the violence forms; e encaminhamentos in the Net of Attendance. Analyses had been carried through descriptive, through the calculation of the absolute and simple frequencies, as well as bivariad analysis, through the association between etária band ((1 year; 2-5 years; 6-9 years; 10-13 years; 14-16 years; e 17-19 years complete) and sex of the adolescent child, with other 0 variable related to the forms of violence and characterization of the aggressors.

Results: They had totalized 1293 registers of denunciations of violence against children and adolescents, in the Advice To tutor I and II. The place of bigger occurrence of these

registers was the domicile with 1011 (78.1%) of the registers. The types of more frequent violências had been the recklessness, the physical violence and the psychological violence; more frequently in the 2-5 bands years, 6-9 years and 10-13 years, and important ratios in minors of 1 year. The sexual violence presented greater prevalence between adolescents, much even so with registers in all the other bands of age. The different forms of violence had been equivalents between the sexes. The data of etnia and escolaridade of the victims had presented decreases ratio and registers, compromising the analysis. The main source of denunciation was anonymous 398 (30.8%). The mother was the main aggressor, with 646 (47.7%) of the registers of physical, psychological violence and familiar recklessness. The data related to the age and state of conscience of the aggressor did not meet in the registers.

Final Considerations: The results of this research had pointed with respect to the necessity of sensitization and formation of the professionals of the Net how much to the register of important 0 variable, on to the ethnic aspects, among others, searching the improvement in the quality of the registers in the Advice To tutor; as well as the necessity of complementary research, with primary data and minute analyses, in view of contributing with the actions of confrontation and spreading of it "It dials Denunciation"; important subsidy it to be able public and local institutions, in the elaboration of politics directed to the social development, protection and prevention of the violence, as well as in the qualification of the attendance of the cases for the Net.

Key Words : violence, denunciation, infancy, adolescence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por faixa etária* do tipo de violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 2 - Distribuição por faixa etária das diferentes formas de negligência familiar* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 3 - Distribuição por faixa etária da violência física* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 4 - Distribuição por faixa etária dos tipos de violência psicológica* contra crianças e adolescentes, segundo registro dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 5 - Distribuição dos casos registrados de violência segundo faixa etária e sexo das vítimas. Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 6 - Distribuição da escolaridade das crianças e adolescentes vítimas de violência, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 7 - Distribuição da coabitação* das crianças e adolescentes vítimas de violência, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 8 - Distribuição dos denunciantes da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003-2004.

Tabela 9 - Distribuição do sexo e faixa etária do agressor, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 10 - Distribuição do vínculo vítima e agressor de crianças e adolescentes*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 11 - Distribuição do tipo de violência segundo vínculo com agressor de crianças e adolescentes*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 12 - Distribuição do grau de consciência do agressor*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 13 - Distribuição da forma de intimidação do agressor*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 14 - Distribuição dos encaminhamentos realizados segundo tipo de violência* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tabela 15 - Distribuição das formas de encaminhamentos realizados segundo tipo de violência*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do local de ocorrência da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Gráfico 2 - Distribuição do tipo* de violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003-2004.

Gráfico 3 - Distribuição do tipo de negligência familiar* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Gráfico 4 - Distribuição das diferentes formas de violência física* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Gráfico 5 - Distribuição do tipo de violência psicológica* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Gráfico 6 - Distribuição do tipo de violência sexual* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Gráfico 7 - Distribuição por faixa etária dos tipos de violência sexual* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Gráfico 8 - Distribuição do vínculo vítima e agressor* de crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	20
3 MARCO TEÓRICO	21
3.1 Violência: conceito e contemporaneidade.....	21
3.2 Violência Estrutural: um marco para outras violências	22
3.3 Violência de Gênero e Étnica.....	23
3.4 Violência sofrida por crianças e adolescentes	26
3.4.1 Aspectos históricos, magnitude e impacto social	26
3.4.2 Tipos de Violência	30
3.5 Enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.....	46
3.5.1 Legislação: do Código de Menores ao Estatuto da Criança e do Adolescente uma forma de prevenção e proteção integral	48
3.5.2 Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil: uma política de enfrentamento da violência sexual.....	52
4 MATERIAIS E MÉTODO	55
4.1 Tipo de Estudo	55
4.2 Campo de Pesquisa	55
4.3 População de Estudo	56
4.4 Período de Referência.....	57
4.5 Coleta de Dados	57
4.6 Fases da Coleta	57
4.7 Variáveis Estudadas	58
4.8 Processamento e plano de análise dos dados	60
4.9 Questões Éticas.....	61
5 RESULTADOS	62
5.1 Contextualização das fontes de registro e de denúncia...Erro! Indicador não definido.	
5.2 Caracterização dos denunciantes, das vítimas e dos respectivos vínculos .Erro!	
Indicador não definido.	
5.3 Caracterização das diferentes formas de vitimização	Erro! Indicador não defir
5.4 Compreendendo cada tipo de violência.....	Erro! Indicador não definido.
5.5 Caracterização dos Agressores	Erro! Indicador não definido.

5.6 Caracterização das vítimas segundo o vínculo com agressores Erro! Indicador não definido.

5.7 Caracterização do Atendimento Profissional às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.....Erro! Indicador não definido.

6 DISCUSSÃOErro! Indicador não definido.

6.1 Contextualização das Fontes de Dados: limites metodológicos e a importância do ato de notificarErro! Indicador não definido.

6.2 Caracterização dos denunciantes e o perfil de vítimas e vínculos: do silêncio à ruptura do ciclo da violência.....Erro! Indicador não definido.

6.3 Caracterização das diferentes formas de violências.....Erro! Indicador não definido.

6.4 Compreendendo cada tipo de violência.....Erro! Indicador não definido.

6.5 Caracterização dos AgressoresErro! Indicador não definido.

CONCLUSÃO101

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....Erro! Indicador não definido.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISAErro! Indicador não definido.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO.....Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

A violência permeia a humanidade desde os primórdios da sociedade e vem se manifestando como um grave problema de saúde pública, na medida em que é reconhecida como uma das principais causas de mortalidade precoce entre crianças, adolescentes jovens e adultos, afetando milhares de indivíduos no seu cotidiano e comprometendo o processo de desenvolvimento social (MINAYO; SOUZA, 1999).

Apesar desta realidade, apenas nas últimas décadas, a violência vem sendo motivo de preocupação de alguns setores representativos da sociedade, como a população civil, organizações governamentais e não-governamentais, entre outras. Desta forma, a temática da violência passou a ser considerada como uma ameaça que cerca permanentemente a todos os setores e, atualmente, faz parte de uma agenda de debates, mais precisamente no campo das políticas de saúde. Nesse contexto, o setor saúde constitui-se um segmento comprometido a participar, tanto nas atividades de prevenção da violência, como no atendimento dos casos existentes.

Um outro aspecto importante a ser considerado diz respeito aos custos sociais que a violência proporciona, interferindo nos custos econômicos diretos e indiretos, promovendo a incapacitação temporária ou permanente de algum membro da sociedade, gerando ônus financeiro para a família da vítima e, conseqüentemente, para toda a comunidade; ou gerando gastos com os serviços prestados às vítimas, através de atendimentos hospitalares, ambulatoriais e de reabilitação das mesmas (DESLANDES; GOMES, 2004).

A problemática da violência deve ser entendida como um fenômeno que se refere principalmente a conflitos de autoridade, lutas pelo poder, busca de domínio e aniquilamento do outro, além disso, suas manifestações ocorrem segundo os aspectos sócio-culturais de uma sociedade, principalmente as questões legais e os costumes de um povo, ou seja, dependendo das realidades vividas por determinados indivíduos, algumas violências serão toleráveis, outras condenáveis (MINAYO, 2003). A violência não deve ser interpretada como uma questão isolada, única e sim como algo diluído no meio social, com suas múltiplas facetas e expressões, interligando-se a fatores estruturais e

interagindo-se cotidianamente de forma complexa, multicausal e histórica com a sociedade (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

A temática da violência passou a ser considerada como uma ameaça que cerca permanentemente a todos os indivíduos sociais, sendo apontada atualmente como uma das principais preocupações das grandes metrópoles nacionais, onde a desigualdade social, a baixa escolaridade e a extrema pobreza atingem diversas famílias, fazendo crianças e adolescentes sofrerem as consequências da atual situação (MINAYO; SOUZA, 1999; ASSIS et al., 2004).

Desta forma, os eventos violentos podem ser contextualizados a partir do meio social, intrafamiliar e institucional no qual crianças e adolescentes encontram-se inseridos, podendo se expressar de diversas formas, principalmente através da negligência e abusos físico, sexual e psicológico (SOUZA; JORGE, 2004). Estudos nacionais revelam que 80% dos casos de agressões contra estes grupos populacionais são infligidos por parentes e conhecidos. Benetti (2002) aponta que a maioria das situações de abuso e maus-tratos infantil está correlacionada a distúrbios na relação entre as figuras parentais e a criança.

No Brasil, nas últimas décadas percebe-se uma crescente preocupação no tocante aos problemas sociais que geram a violência e a necessidade de se buscar soluções para diminuir a incidência acelerada deste fenômeno.

A nível nacional, os eventos violentos, tem envolvido a faixa etária da infância e adolescência, indicando serem esses grupos os mais expostos e propensos a sofrerem violação de seus direitos, afetando de forma concreta sua saúde física, mental e social (SOUZA; JORGE, 2004). Milhões de crianças e adolescentes são vitimizados pela violência intrafamiliar e extrafamiliar, e morrem silenciosamente por falta de mínimas condições de vida e futuro, sendo que isto pode ser visto pela ausência de políticas públicas que garantam a maioria das famílias o acesso a condições ideais de saúde, educação, moradia e emprego (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Em Feira de Santana-BA os índices de mortalidade vêm apresentando as mesmas características do país com relação à Taxa de Mortalidade Geral, ocupando as causas externas a segunda posição entre as causas de óbitos. Este município, atualmente, vem preocupando diversas instâncias a nível nacional e internacional, no que diz respeito à evolução da violência entre adolescentes (15-19 anos), confirmando o

comportamento de intensificação dos homicídios em faixas etárias mais jovens, que as tradicionalmente mais frequentes (CARVALHO, 2003).

Atualmente, com a ajuda de Instituições Internacionais, como a United States Agency Internacional Development (USAID), Organização Internacional do Trabalho – (OIT) e outras, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), vem implementando ações voltadas a violência e exploração sexual nos municípios brasileiros, incluindo todas as capitais, com objetivo de disseminar a nível nacional o Programa de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Nesse contexto, a SEDH, a OIT e a USAID vêm implementando projeto de pesquisa e extensão em alguns municípios brasileiros, como Feira de Santana, onde a UEFS/ NNEPA vêm contribuindo com o PAIR em Feira de Santana na implementação de ações previstas no pacto de Feira de Santana para o enfrentamento dessa problemática no município e região, desde 2004.

No que diz respeito a legislação, o Estatuto da Criança e do Adolescente se consagra como um dos mais importantes pilares Jurídicos, para a efetiva legitimação das leis que protegem crianças e adolescentes de agravos causados pelo ambiente. Estabelece direitos humanos básicos a estes cidadãos, a serem cumpridos por toda a sociedade, através da legislação nacional e se conforma como um dos maiores avanços sociais, considerando a violência como um grave problema de saúde pública (BEZERRA, 2004).

A motivação pessoal para a realização desta pesquisa se iniciou desde o período da graduação, quando tivemos a oportunidade de estudar adolescentes trabalhadores de rua vitimizados por diversos tipos de violência no município de Feira de Santana-BA.

Investigar este tema possibilita buscar aprofundar a seguinte questão: Qual a situação de violência em que vivem crianças e adolescentes deste município?

Dessa forma pretende-se contribuir com propostas de ações voltadas para prevenção e intervenção, que possam subsidiar políticas públicas e mobilização popular, condizentes com a realidade local, através da atenção voltada especificamente para os segmentos sociais mais vulneráveis. Além disso, pode-se contribuir para subsidiar a realização de novos estudos que busquem aprofundar conhecimentos sobre as diferentes conexões da violência como um problema social.

2. OBJETIVOS

Caracterizar a violência registrada contra crianças e adolescentes e o perfil sócio-demográfico das vítimas das famílias e dos agressores segundo dados dos Conselhos Tutelares, Feira de Santana, no período de 2003 e 2004.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Violência: conceito e contemporaneidade

A violência, atualmente, vem sendo discutida como um grave problema de saúde pública, que ameaça direta ou indiretamente a integridade física e mental de cada cidadão, afetando as relações sociais da coletividade, na qual as vítimas e os agressores estão inseridos, através de situações que oprimem, intimidam e causam medo. É uma temática que vem conquistando cada vez mais espaço nas produções acadêmicas, nos meios de comunicação e no poder público, através de estudos, de matérias jornalísticas e de formulação de estratégias políticas e sociais que busquem alertar para a dimensão ampla e complexa da violência em nossa sociedade (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002, p. 5), violência é definida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A violência engloba concomitantemente a negação de valores considerados universais, como a liberdade, a igualdade e a vida, tendo como referência uma vida reduzida, esquadrinhada, alienada; e não a vida em toda a sua plenitude. É uma permanente ameaça à existência humana pela constante menção à morte, à destruição, ao fim, à supressão, à anulação (ADORNO apud GUERRA, 2001).

Nas suas mais diferentes expressões, a violência se apresenta afetando o cotidiano de milhares de indivíduos da sociedade, proporcionando sentimentos de medo, angústia e ansiedade em diversos grupos sociais, alterando a qualidade de vida dos mesmos e levando-os, gradativamente, a tecerem novas formas de relações sociais e novos padrões éticos (BAIERL, 2004). Tornando-se uma questão real na sociedade, a violência vem sendo construída através das relações sociais que perpassam diversas

épocas e sociedades, possibilitando compreensões diferentes do seu significado e do seu sentido, de acordo a cultura de cada povo (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Assim, a violência é condicionada por determinantes sociais, políticos e econômicos que se distribuem historicamente e culturalmente no interior das sociedades, resultando em comunidades onde o medo, a angústia e o sofrimento social se concretiza, atualmente, como realidade próxima de grande parte das pessoas (ESPINHEIRA, 2001).

Devido ao caráter comum e repetitivo nos dias atuais, alguns componentes da sociedade visualizam este fenômeno de maneira naturalizada, como algo que não tem mais solução, uma vez que, segundo Espinheira (2001) “há uma sensação generalizada que se vive um período em que a violência está sem controle e que a própria segurança pública se encontra despreparada para enfrentá-la”. Estas concepções elevam o risco de banalização da violência pela sociedade, que repercute na perpetuação da mesma (BAIERL 2004).

3.2 Violência Estrutural: um marco para outras violências

A violência vem sendo enfocada como produto histórico e estrutural de sociedades desiguais, sendo apontada estas diferenças sociais como um dos fatores associados a este fenômeno, que se expressa nas expropriações das condições básicas de saúde, educação, habitação e emprego; na baixa qualidade e quantidade de políticas públicas que garantam equipamentos sociais mínimos; no desrespeito e na negação do exercício da cidadania; na corrupção, entre outras, podendo ocorrer no âmbito sócio-econômico e político de determinados grupos e classes da sociedade (SOUZA, 1996).

Cruz Neto e Moreira (1999) e Souza (1996), referem que a violência estrutural deve ser compreendida como a negação do acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhes proporcionariam uma vida digna, gerando um grave quadro de exclusão social, influenciando nas formas de socialização das pessoas, nas estruturas organizacionais da família e no sistema social.

Além disso, tem como *locus* primordial sociedades de democracia aparente, que defende a liberdade, a igualdade e a participação social de todos os cidadãos, mas não

garante a maior parte da população o pleno acesso a estes direitos (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999). A ausência destes direitos oprime diversos grupos populacionais, como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, negros, pobres, na medida em que não possibilita a maioria da população conquistas individuais e/ ou coletivas que contribuam para o desenvolvimento pleno da sociedade, vulnerabilizando estes grupos a serem vítimas e/ou agressores da violência generalizada (MINAYO, 1994).

Neste momento, entra em cena a violência de resistência, que se configura em diferentes respostas das classes oprimidas pela violência estrutural, considerada como a vingança dos excluídos. Esta reciprocidade pode emergir em forma de delinqüência ou criminalidade, gerando um ciclo vicioso da violência, uma vez que a população, como já foi mencionado, pode portar-se diante das instituições sociais do mesmo modo como são tratadas por estas e revelar ações fora da lei socialmente reconhecidas, que atinjam direta ou indiretamente toda a sociedade, tendo em vista que condições desfavoráveis de vida pode aumentar a probabilidade da criminalidade (MINAYO, 1994.)

Desta forma, a violência estrutural deve ser abordada como aquela que possibilita o surgimento de outras violências, inclusive a cultural, afetando diretamente os indivíduos e seu coletivo através da discriminação racial, étnica, religiosa e de gênero (SOUZA, 1996).

3.3 Violência de Gênero e Étnica

As relações de gênero são determinadas por diferenças sócio-historicamente construídas quanto à questão de ser do sexo masculino ou feminino, ou seja, englobam sentimentos, valores, crenças, comportamentos e atividades que variam conforme o contexto social vigente e se consolidam de acordo com o sexo do indivíduo. O gênero feminino geralmente é referido na sociedade pertencente à esfera familiar e à maternidade, e o gênero masculino tradicionalmente é mencionado como o provedor e protetor da família, sendo estabelecido assim diferenças de gênero socialmente produzidas (GIFFIN, 1994). O termo gênero vem explicitar que as diferentes características e funções de homens e mulheres na sociedade são resultados da

construção de uma estrutura social que tem sua origem no desenvolvimento da cultura humana, definindo atributos de masculinidade e feminilidade (FERRARI; VECINA, 2002).

A violência de gênero é resultante das relações historicamente desiguais entre homens e mulheres, sendo considerada um fenômeno antigo na sociedade, mas ao mesmo tempo de preocupação recente, pois foi apenas no final do século XX, mais precisamente na década de setenta, com o movimento feminista, que se deu maior ênfase a pesquisa, a denuncia e a propostas de soluções para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

No Brasil, aconteceu em 1994 em Belém do Pará, a Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que definiu a violência contra a mulher em seu capítulo I, artigo 1º, como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2005). Desta forma, a violência contra a mulher pode ser interpretada como uma relação de força que converte as diferenças entre os sexos em desigualdade, tendo como objetivo primordial a dominação e a tomada do ser humano feminino como uma “coisa” que deve obedecer aos requisitos impostos pela heterossexualidade.

Desta forma, na violência de gênero, relações entre homens e mulheres se fundamentam em uma relação de divergência, determinada por uma diferença sexual fisiológica, na qual homens aprendem a se comportarem e se identificarem como hierarquicamente superiores e detentores do poder sobre o sexo feminino, possibilitando as diversas formas de violências exercidas pelo sexo masculino sobre o sexo oposto, envolvendo meninas e mulheres em diversas situações de violência, apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino (GUIMARÃES, 2004).

Assim, as disparidades sociais, econômicas e políticas entre homens e mulheres, a distinção rígida de papéis, a cultura patriarcal, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, são fatores que contribuem para a violência de gênero, sendo observado o seu impacto no âmbito individual das vítimas, na medida em que representa quase um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres de 15 a 44 anos, ocupando uma média similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de câncer e às enfermidades cardiovasculares (BRASIL, 2005). Enquanto a subalternidade da mulher

não for eliminada, a violência de gênero continuará a ser naturalizada dentro e fora do lar de meninas e mulheres e banalizada pela sociedade.

Além dos efeitos deletérios causados à vítima, a violência contra o sexo feminino traz também consigo perdas ao bem-estar e à segurança da comunidade na qual as mesmas estão inseridas.

Pesquisas realizadas em diversos países do mundo pela Organização Mundial da Saúde, revelaram que meninas e mulheres que sofrem violência física ou sexual apresentam mais problemas de saúde do que as mulheres sem história de atos violentos e que a tentativa de suicídio é de duas a três vezes maior nas que são vitimizadas (GUIMARÃES, 2004).

A maioria dos estudos revela que muitas das mulheres adultas que vivenciam a violência no seu cotidiano, já presenciaram ou sofreram momentos de agressões físicas, verbais e/ou sexuais na infância, tornando a violência um ciclo vicioso. Por receio, vergonha ou mesmo por considerar os entraves encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omitem a violência sofrida.

Apesar de as mulheres estarem atuando na sociedade de modo um pouco mais ativo, ainda persistem as diversas formas de discriminação históricas contra as mulheres por parte da sociedade, consolidando não apenas a violência física e sexual, mas também a violência moral e emocional.

Assim, é preciso reconhecer a prevalência da violência contra o sexo feminino, assim como sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude, afim de possibilitar respostas a esta problemática através do envolvimento de diversos profissionais, setores sociais e comunitários e dos governantes local e nacional.

Quanto a questão étnica, a inserção desqualificada e desvalorizada da população afrodescendente na sociedade, constituiu-se em fatores que junto com a violência estrutural a que este grupo está exposto, potencializam a violência sofrida e perpetrada por essas pessoas (LOPES, 2004). As estatísticas mostram que as maiores taxas de mortalidade por violência prevalecem nas populações de etnia negra/parda, sendo a população mais acometida jovens do sexo masculino de cor negra ou descendentes desta etnia (MINAYO; SOUZA, 1999).

No Brasil, questões de ordem estrutural e de desigualdade étnica/ racial, presentes desde o início da história do país fomentam a violência interpessoal (NORONHA, 1999), assim como a violência doméstica presente no cotidiano de inúmeras famílias brasileiras (MINAYO; SOUZA, 1999), atingindo desta forma crianças e adolescentes inseridos neste contexto.

Desta forma, a violência vivenciada pelos diversos grupos populacionais é moldada tanto por fatores estruturais e institucionais quanto culturais e interpessoais, uma vez que apresenta impactos diferenciados sobre os distintos grupos étnicos (NORONHA, 1999).

3.4 Violência sofrida por crianças e adolescentes

3.4.1 Aspectos históricos, magnitude e impacto social

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno que sempre existiu, acompanhando a trajetória humana desde as épocas mais primitivas em diversas civilizações, variando as formas e expressões de acordo às questões culturais de cada povo (FERRARI, 2002a; MINAYO, 2002). Ao longo da história, excessos foram cometidos contra estes grupos, tendo como justificativa o disciplinamento dos mesmos, através de punições físicas e/ou psicológicas, principalmente no âmbito familiar, com o intuito de promover a educação dos mesmos (GUERRA, 2001; MATTOS, 2002a).

Minayo (2004) considera a violência contra crianças e adolescentes uma forma secular de relacionamento entre estes e a sociedade, onde se observa desde o passado até os dias atuais, uma diversidade de tratamentos oferecidos a estes grupos. Em séculos passados, por exemplo, o infanticídio (crianças mortas pelos pais) era tolerado e bastante comum em algumas civilizações (ASSIS, 1994). Além disso, estudiosos relatam que diversas formas de maus-tratos, negligências, abandonos, abusos sexuais contra crianças e adolescentes são encontrados em documentos históricos, e até mesmo em passagens da bíblia, fazendo parte da história cultural da humanidade (MATTOS, 2002a).

No Brasil Colônia -1500, desde os primeiros momentos, os jesuítas submetiam as crianças indígenas à tentativa de adestramento físico e mental, através da catequização dos índios. Neste momento, a educação era baseada no medo e a elas eram impostas regras que regularizavam seu comportamento. Posteriormente, se consolida o sistema escravagista, identificado como o período em que se perpetraram os maiores e mais cruéis tipos de violências contra a infância e a adolescência. Crianças negras já eram violentadas desde o próprio ventre das mães escravas, e quando nasciam e cresciam a maioria se sujeitavam a trabalhos árduos, desempenhando, às vezes função de animais de estimação dos senhores de engenho e suas famílias (ARAGÃO et al., 2004).

Ainda, segundo estas mesmas pesquisadoras, no período colonial as crianças ocupavam uma posição secundária dentro da família, sendo punidos geralmente através de espancamentos com palmatórias, varas de marmelos, cipós e outros objetos, a fim de educar, corrigir e impor a figura paterna. Nesse momento, as crianças negras eram marginalizadas da sociedade, sendo reservado apenas às crianças filhos dos senhores de engenho determinados direitos, como, por exemplo, os estudos, gerando desde então a discriminação e o preconceito racial.

No Brasil Império - 1800, eram praticados excessos, principalmente de cunho educativo, como “puxões de orelha”, uso da palmatória e ajoelhar-se em grãos de milho. No século XX, com as mudanças do núcleo familiar, afloram, principalmente, a violência estrutural e doméstica contra crianças e adolescentes. Neste momento se estabelece o conceito de menoridade e se consolida a marginalização do menor abandonado como um dos graves problemas sociais (FERRARI, 2002).

Estas práticas instituídas através de uma cultura adultocêntrica (dominadora e patriarcal) nas últimas décadas, que possibilita uma relação de poder dos pais sobre os filhos, perduraram por muitos anos sem causar nenhuma repercussão na sociedade, no momento em que no espaço intrafamiliar nenhum organismo social poderia intervir (ALGERI; SOUZA, 2005). Com as transformações societais e o surgimento do Estado foram aos poucos se incorporando críticas a tais práticas, se idealizando, em um primeiro momento formas de estudar e entender a violência contra crianças e adolescentes.

Na Europa, um estudo médico-legal pioneiro, realizado pelo francês A. Tardieu, em 1860, descrevia diversos tipos de maus-tratos contra crianças, dispensados pelos próprios pais/ responsáveis e professores. Nos Estados Unidos, em 1962, médicos

pediatras deram início a discussões acerca da violência cometida na infância, quando perceberam nas emergências pediátricas lesões não acidentais em crianças, denominando-as de Síndrome da Criança Maltratada. A partir de então, outras pesquisas começaram a ser realizadas na área, destacando atualmente a violência contra crianças como tema de relevância social (GUERRA, 2001).

No Brasil, somente nas últimas décadas do século XX, com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social, ou Estado Protetor, se inicia a pretensão de assistir a criança e o adolescente desvalidos e desviantes na sociedade, consolidando-se em 1990, um instrumento de defesa da infância e juventude, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define a criança e o adolescente como sujeitos de direito e portadores de cidadania (FERREIRA, 2002).

Ainda hoje, em pleno século XXI, a violência continua a se manifestar como um dos maiores agravos cometidos contra crianças e adolescentes, devendo ser compreendida em sua totalidade como uma forma de expressão das relações humanas, que envolve fatores políticos, econômicos e culturais das sociedades nas quais os mesmos estão inseridos.

O conhecimento de dados estatísticos relacionados ao fenômeno da violência contra crianças e adolescentes é de fundamental importância para a visualização da magnitude e do impacto social da mesma sobre estes grupos e seu contexto social. Contudo, a frequência real destes casos ainda é desconhecida, em virtude de nossos sistemas de informação não captarem os dados corretamente, devido a baixa notificação dos mesmos, distorcendo as reais taxas de morbidade e mortalidade por violência (MINAYO, 1994).

A violência, juntamente com os acidentes, vem se destacando, a nível mundial, como os eventos que mais produzem mortes e lesões no grupo infanto-juvenil, repercutindo em sofrimento para milhares de crianças e adolescentes, que estão perdendo suas vidas precocemente ou tornando-se incapacitados por traumas e/ou lesões temporárias ou permanentes, produzindo altas taxas de morbimortalidade (MINAYO, 1994).

A violência fatal, ou seja, aquela que produz a morte como expressão máxima da violência, vem se distribuindo de maneira desigual entre a população, segundo o gênero, a faixa etária e o nível de renda. A Organização Mundial da Saúde (2002), revela em seu

último relatório sobre a situação de violência mundial, que jovens do sexo masculino, negros ou descendentes destes, de condições sócio-econômica desfavoráveis, com baixa escolaridade, moradores das periferias dos centros urbanos, são os que estão sendo atualmente mais acometidas pelos homicídios - principais causas de óbitos por causas violentas entre crianças e jovens no país.

No início da década de 1990, no grupo etário de 5 a 49 anos, as mortes violentas constituíram o primeiro lugar, respondendo por 47% de óbitos de 5 a 9 anos; 54,6% de 10 a 14 anos; e 70,8% de 15 a 19 anos (MINAYO, 1997).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no período de 1990 a 2000, morreram no Brasil 211.918 crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violências, sendo que 59.203 crianças de 0-9 anos; 33.512 de 10 a 14 anos; e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos; números considerados assustadores quando comparados aos 146.824 óbitos ocorridos por doenças infecciosas e parasitárias no mesmo grupo (MINAYO, 2004).

Esses dados comprovam que, a transição epidemiológica ocorrida nas últimas décadas aponta a população de crianças e adolescentes como as mais vulneráveis aos óbitos por causas externas¹, ocupando o segundo lugar nas causas de mortalidade geral. Dentre os tipos de mortes por causas externas, os homicídios e acidentes fatais são os que mais prevalecem; em relação ao perfil de morbidade são as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações as que mais acometem essa população (MINAYO; SOUZA, 1999).

Um estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, considerada uma das cidades mais violentas do país, revelou que as causas externas (acidentes e causas violentas) são a segunda causa de morte na população como um todo, ficando atrás somente das doenças do aparelho circulatório. Quando analisado por faixa etária, as causas externas se colocam como as primeiras causas de morte do 1º ano de vida até os 44 anos de idade (PHEBO, 1996). Estes dados seguem a tendência de grande parte das regiões do país, que se configuram, atualmente, como um fenômeno de crescimento a nível mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Esses indicadores são importantes fontes de informação, na medida em que serve para nortear políticas públicas direcionadas para a prevenção das causas violentas contra crianças e adolescentes. Entretanto, é necessário capacitar e sensibilizar os

¹ Classificação estabelecida pelo Código Internacional de Doenças (CID 10) para acidentes e violências

profissionais envolvidos, principalmente os médicos que atestam os óbitos, com a finalidade de melhorar a qualidade da informação em mortalidade.

Em relação à morbidade, a questão da subnotificação dos dados ainda é mais grave. Situações de violência contra crianças e adolescentes, que produzem desde lesões leves até aquelas mais severas são pouco denunciadas, por vários fatores. Primeiramente, pelo silêncio das famílias, que preferem não expor a violência intrafamiliar, temendo ou tentando proteger o agressor; e, além disso, pelo desconhecimento dos profissionais, que subnotificam os dados, na medida em que não identificam os casos de violência ou se omitem diante destes, por acharem que não é da sua própria responsabilidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

A violência contra estes grupos vem sendo priorizada na agenda de saúde do país, na medida em que se constitui atualmente como um grave problema de saúde pública, proporcionando custos sociais e financeiros elevados e possibilitando danos orgânicos e psicossociais a crianças e adolescentes vitimizados e suas famílias (FERRARI, 2002).

Neste sentido, a violência vem provocando uma carga significativa aos serviços de saúde, no que tange ao tratamento físico e/ou psicológico das vítimas, desde a fase aguda até no processo de reabilitação da mesma, sobrecarregando atendimentos emergenciais e aumentando os custos financeiros na área da saúde. Além disso, possibilita incapacidades temporárias ou permanentes nas vítimas, gerando ônus a sociedade, na medida em que deixam de trabalhar.

3.4.2 Tipos de Violência

Violência Física

A violência física representa o uso da força física excessiva e inapropriada pelo autor, que, segundo Minayo (2002, p. 103), se caracteriza “pelo uso da força física contra a criança e o adolescente, causando-lhes desde uma leve dor, passando por danos e ferimentos de média gravidade, até a tentativa ou execução do homicídio”.

Dentre todas as formas, a violência física é considerada como a mais fácil de ser verificada, por deixar, na maioria das vezes, marcas visíveis no corpo da vítima características de agressões, entretanto, também é uma das formas mais difíceis de ser enfrentada, uma vez que são consideradas por grande parte das famílias agressoras como uma forma de educar, ou seja, como uma medida disciplinar “necessária”.

Em 1962, os pediatras americanos H. Kempe e F. Silverman escreveram um livro intitulado “*A Síndrome da Criança Espancada*”, mostrando que mais do que uma forma de pedagogia, o espancamento de crianças revelava-se como um problema de saúde pública, com graves implicações físicas e emocionais para as vítimas. As conseqüências físicas anormais que mais prevaleceram neste momento foram as fraturas ósseas, os hematomas, as lesões cerebrais, as queimaduras e outros sinais de crueldade, diagnosticados através de evidências clínicas ou achados radiológicos. O espancamento, ainda hoje se configura como uma forma extrema de castigar e disciplinar crianças e adolescentes, sendo cada vez mais freqüente a presença de seqüelas derivadas deste tipo de violência física nos serviços de saúde (SOUZA; JORGE, 2004; GUERRA, 2001).

A síndrome do bebê sacudido também foi descrita como uma das formas de violência física contra crianças, podendo ser provocada através de fortes sacudidas no bebê, geralmente menor de 6 meses, sendo comumente realizada em virtude da irritação do cuidador com o choro da criança, ou por algum ato realizado pela criança, a qual o mesmo não tem domínio. Esta síndrome se manifesta através de lesões cerebrais leves a severas, hemorragias retinianas e pequenas fraturas nas articulações das extremidades do corpo (BRASIL, 2002). Destaca-se que aproximadamente um terço das crianças sacudidas intensamente vão a óbito, e que a maior parte dos sobreviventes apresentam conseqüências em longo prazo, tais como retardamento mental, paralisia cerebral ou cegueira (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

O lar aparece como local privilegiado para tais práticas, sendo em geral perpetrados pelos próprios pais, responsáveis, parentes ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, a partir de atos violentos de vários graus de gravidade, que vão desde tapas, chutes, murros, beliscões, mordidas, até danos e ferimentos que provoquem queimaduras graves, asfixia, mutilações, traumatismos cranianos, e por vezes, a morte (MINAYO, 2002).

As lesões provenientes do espancamento intrafamiliar são geralmente repetitivas, com caráter punitivo podendo por vezes, levar em seu grau mais avançado à morte. Além disso, as diversas formas de espancamento surgem nos conflitos entre pais e filhos, que são resolvidos pelo emprego da violência física, através de uma relação de poder, exacerbando a falta de diálogo, a imposição de normas, regras e ordens que devem ser acatadas sem questionamentos pelas crianças e adolescentes envolvidos neste contexto de sujeição (MOTA et al, 2002).

Dentre os pais, a mãe agride mais fisicamente seus filhos do que o pai, provavelmente por manter um maior contato com os mesmos e dedicar maior tempo a sua educação, para a qual o abuso físico continua sendo uma forma de disciplinamento, através da punição corporal (ASSIS; DESLANDES, 2004).

A família que teria o papel de proteger os seus integrantes, talvez nunca tenha cumprido sua função ao longo da história, na medida em que sempre empregou e continua utilizando meios disciplinares violentos no seu cotidiano, demonstrando que sua face não é tão sagrada quanto supunha, mas extremamente desumana e cruel para com crianças e adolescentes.

Quanto à direção, a violência física pode acometer tanto crianças e adolescentes do sexo masculino como do sexo feminino, sendo que na fase da adolescência um maior número de meninas são agredidas, visto que adolescentes do sexo masculino, muitas vezes superam seus pais em força física, onde o agressor poderia perceber uma ameaça a sua integridade física e assim se conter mais em tais situações. Quanto às conseqüências, destaca-se que as seqüelas físicas provenientes deste tipo de violência podem trazer invalidez temporária ou permanente das vítimas, levando, por vezes, à morte; além disso, também podem surgir lesões de ordem psicológica, como depressão, tristeza, medo dos agressores, agressividade ou apatia, dificuldades de aprendizagem, sentimentos de raiva, entre outras (GUERRA, 2001).

Violência Psicológica

A violência psicológica é considerada uma das formas mais sutis de abuso contra crianças e adolescentes, sendo caracterizada principalmente por atitudes e condutas que

ocasionem medo, frustração e experiências de temor quanto à própria integridade física e mental das vítimas (BENETTI, 2002).

Essa categoria de abuso é mais difícil de ser elucidada, visto que não expressa evidências imediatas como a violência física, uma vez que não compromete o corpo em seu aspecto físico, mas sim a auto-estima; não provoca hematomas, mas gera mágoas profundas, que repercutem em sentimentos de desproteção e desamparo nos vitimizados. Além disto, constitui uma forma de agressão pouco denunciada e identificada com menor frequência, sendo observada mais facilmente quando interligada às outras formas de violência.

O abuso psicológico pode ser entendido como atos ou omissões psicologicamente prejudiciais, de caráter subjetivo, cometido geralmente pelos próprios pais ou parentes e vizinhos, e se conforma em atos de rejeitar, depreciar, discriminar, desrespeitar, fazer cobranças exageradas, punir, humilhar e perseguir crianças e adolescentes (BRASIL, 2002). Outras ações, como ameaçar, chantagear, ignorar a presença, aterrorizar, corromper, ridicularizar, colocar apelidos depreciativos, intimidar, agredir verbalmente, constituem-se também como maus-tratos emocionais (BRASIL, 2001).

A exposição da criança ou do adolescente a modelos de condutas desviantes, como racismo, agressividade, repressão sexual feminina e afirmação sexual masculina; a subvalorização destes, a partir da exposição indevida; o afastamento social, impedindo-os de conhecer outras pessoas; assim como, o não reconhecimento destes como sujeitos sociais, portadores de direitos, confluem, nos seus diversos aspectos, em agressões psicológicas.

Minayo (2002) refere que a violência psicológica ocorre quando os adultos depreciam crianças e adolescentes, bloqueando seus esforços de auto-estima e realização pessoal, atingindo o seu extremo através de ameaças de abandono e crueldade.

Um estudo realizado, por Garbarino, (apud AVANCI et al., 2004), explicita a violência psicológica através de cinco categorias: rejeição, quando o adulto se recusa a reconhecer a importância e a legitimidade das necessidades da criança e do adolescente; isolamento, que se conforma na exclusão da criança e do adolescente de experiências normais do cotidiano, impedindo os mesmos de estabelecer ciclos de amizade; a prática

de aterrorizar, criando um clima de medo e temor através das agressões verbais; o ato de ignorar, quando o adulto nega estímulo e responsabilidade para com a criança e /ou adolescente, reprimindo seu crescimento emocional e desenvolvimento intelectual; e por fim, as diversas formas de corromper, que se exacerba no momento em que o adulto socializa erroneamente a criança ou o adolescente, instigando os mesmos a se engajar em comportamentos anti-sociais destrutivos e fora das normas da sociedade.

É na família onde se pratica mais intensamente as diversas formas de abuso psicológico, onde os pais dão respostas destrutivas às necessidades dos filhos, instituindo demandas excessivas e aplicando medidas disciplinadoras inconsistentes com o grau de crescimento e desenvolvimento dos mesmos. Os conflitos entre pais e filhos costumam ser aumentados em situações de severo estresse, onde os membros familiares não se respeitam, tornando o sentido de unidade familiar aniquilado (ASSIS, AVANCI, 2004).

O envolvimento dos responsáveis com drogadição e/ou alcoolismo e a desestruturação familiar potencializam as torturas psicológicas, trazendo malefícios ao crescimento e desenvolvimento dos vitimizados, principalmente, quando são agredidos intensamente pelos seus próprios familiares (SANTOS, 2002).

Assim como as outras formas de violência, a violência psicológica pode trazer graves danos ao desenvolvimento físico, emocional, sexual e social da criança e do adolescente vitimizados, que podem se expressar através de conseqüências orgânicas e comportamentais das vítimas. As primeiras têm como indicadores alguns problemas de saúde, como obesidade, anorexia, afecções da pele, enurese noturna, distúrbios do sono e dificuldades da fala. Os efeitos comportamentais são evidenciados através de extrema timidez ou agressividade, isolamento, baixa auto-estima, tristeza e abatimento profundos, idéia e/ou tentativa de suicídio, insegurança, entre outros.

Apesar de a violência psicológica ser reconhecida como um tipo de relação que possibilita um efeito muito perverso no desenvolvimento infanto-juvenil, ela ainda ocupa muito pouco espaço na área de pesquisa e não constitui prioridade nos serviços de proteção à criança e ao adolescente no Brasil, onde apenas recentemente o Setor Saúde tem despertado sua atenção para tal abuso (ASSIS; AVANCI, 2004).

Negligência

A permanência nos cuidados oferecidos durante a infância é crucial para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de crianças e adolescentes, e está relacionada à atenção constante, principalmente nas fases iniciais do desenvolvimento, por parte pelo menos de um provedor. O adulto responsável pela criança ou adolescente deve propiciar proteção e segurança, assim como qualidade no cuidado oferecido através de ações afetivas, e que demonstrem interesse e consideração a crianças e adolescentes sob sua responsabilidade (ASSIS, 1999).

De forma geral, a negligência consiste em não proporcionar à criança ou adolescente os recursos essenciais ao seu desenvolvimento físico, emocional e social (BRASIL, 2002). Crianças mantidas isoladas ou em cárcere privado no interior dos seus lares; privadas de alimentação e cuidados essenciais para a manutenção de seu bem-estar e sua sobrevivência; abandonadas nas ruas e ausentes de proteção pelos seus responsáveis, são exemplos clássicos de negligência familiar.

Internacionalmente adotado para configurar as omissões dos pais ou outros responsáveis – inclusive as escolas, creches e outras instituições – pela criança ou adolescente, a negligência tem como forma extrema o abandono nas ruas, com vizinhos ou com parentes. Além dos citados, outros atos são compreendidos como negligências: privação de medicamentos, a falta de atendimento à saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio, calor, seca e enchentes, ausência de moradia digna, não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola, enfim, condições mínimas de sobrevivência e atenção às necessidades básicas de afeto, alimentação, educação, supervisão e cuidado (SOUZA; JORGE, 2004). Devem ser incluídos neste contexto, os casos de exposição dos mesmos a episódios de violência familiar, drogadição e prostituição (BENETTI, 2002).

Assim, segundo Guerra (2001), a negligência pode ser entendida como “uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, quando os pais ou responsáveis falham em termos de alimentar, vestir adequadamente seus filhos, e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle”.

Quando muito precoce e associada a outros tipos de violência, como a física, a negligência familiar pode provocar alterações cerebrais, que repercutem em seqüelas emocionais, como indivíduos distímicos, deprimidos e incapazes de se ligar afetivamente com outras pessoas, podendo também alterar o desenvolvimento cognitivo e resultando em comportamentos que predisponham mais atos violentos (ASSIS, 1999).

De modo geral, as famílias negligentes apresentam determinadas características que possibilitam a identificação da negligência, sendo geralmente apáticas e passivas, não se importando muito com a criança ou adolescente, não se preocupando em resolver as necessidades de atenção dos mesmos.

Desta forma, indicadores físicos e comportamentais se manifestam como consequência deste tipo de violência, sendo eles: padrão de crescimento deficiente, fadiga constante, dificuldades de concentração, problemas físicos e necessidades não atendidas, vestimentas inadequadas e/ou sujas, comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade, contínuas faltas ou atrasos escolares, comportamentos infantis ou depressivos (CERON; CRUZ, 2002).

Violência Sexual

Apesar de constituir-se em uma realidade presente desde os primórdios da história da humanidade, a violência sexual vem sendo abordada atualmente sob diferentes enfoques a nível mundial, sendo relacionada a determinantes socioeconômicos, de desestruturação social e desagregação familiar. Neste sentido, este tipo de violência praticada contra crianças e adolescentes, deve ser avaliada em seu contexto histórico, econômico, cultural, social e ético, articulando sempre com o nível de desenvolvimento civilizatório da sociedade na qual acontece (FALEIROS; CAMPOS, 2000).

No Brasil, a discussão pública em torno desta forma de violência iniciou-se na década de 70, com os movimentos feministas, se consolidando como uma questão pública apenas no final da década de 80, através de movimentos sociais que colocaram em pauta a violência contra a mulher e o fenômeno de crianças e adolescentes vivendo em situações de risco, tanto nos lares, como nas ruas (FELIZARDO; ZURCHER; MELO, 2004).

A violência sexual é referenciada como a violência mais cercada de preconceitos, pela resistência da sociedade em discutir sobre o tema (por ser considerado ainda um assunto tabu), muito embora seja a que mais provoque indignação, pelo envolvimento com aspectos da sexualidade de crianças e adolescentes. É considerada por alguns estudiosos como a mais complexa dentre todas as formas de violência, sendo uma das faces mais perversas, envolvendo a criança ou o adolescente nos seus diversos aspectos, físico e mental, e produzindo diferentes seqüelas.

Este tipo de violência interage com todos os outros tipos de violência: física, psicológica e de negligência, e significa no contexto de crianças e adolescentes, contatos de ordem sexual, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, na tentativa de estimulá-la sexualmente e obter estímulo para si ou outrem através de atos sexuais, comentários ou investidas sexuais indesejados pela vítima (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

As crianças ou adolescentes vitimizados são forçados fisicamente ou coagidos verbalmente a participarem das relações de abuso sexual, sem ter, necessariamente, a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo, uma vez que o discernimento acerca dos episódios de violência sexual requer uma maturidade mental e uma habilidade diante desse tipo de estimulação, nem sempre presente nas fases da infância e da adolescência (FERRARI; VECINA, 2002). Assim, a criança ou adolescente são sempre vítimas nos casos de violência, mesmo quando induzidas a aceitarem tais práticas e até mesmo cooperarem com elas.

O Ministério da Saúde conceitua o abuso sexual como “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente”, tendo por intenção utilizar os mesmos como objeto gratificante de satisfação sexual (BRASIL, 2002). O abuso sexual deve ser entendido como uma circunstância de transgressão excessiva de limites pelo abusador, aniquilando direitos humanos e interferindo no nível de desenvolvimento da vítima.

Na violência sexual envolvendo crianças e adolescentes, freqüentemente quem agride são pessoas conhecidas da vítima e que de certo modo podem exercer o poder de controle sobre as mesmas, sendo em geral alguma figura de quem as vítimas gostam e confiam, e que por isso acabam sempre as convencendo a participarem desses tipos de

atos e a manterem o silêncio diante dos fatos, por meio de ações persuasivas, compensatórias ou ameaçadoras (ARAÚJO, 2002a; COSTA, 2006).

Desta forma, o abuso sexual concretiza-se em um fenômeno sempre presente, no meio de convivência de muitas crianças e adolescentes, tratando-se eminentemente de um tipo de violência intrafamiliar, constituindo-se neste âmbito como a face mais oculta de todas as violências (RANGEL, 2004). Neste ambiente ocorrem as relações de domínio e poder do sexo masculino sobre o sexo oposto, e os agressores com laços consangüíneos ou pessoas conhecidas infringi a violência do tipo sexual, contra crianças e adolescentes, predominando nestes casos o homem como agressor e o sexo feminino como vítima (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Estudos americanos revelam que os agressores do abuso sexual são conhecidos em 60 a 74% dos casos, sendo predominantemente homens (MATOS, 2002b). Porém, por vezes, o abuso sexual pode ser também praticado por um desconhecido da vítima ou por pessoas inseridas no contexto das Instituições de Proteção e Defesa da criança e do adolescente.

Um estudo realizado a partir dos registros de denúncias de casos de violência sexual intrafamiliar no município de Ribeirão Preto, revela que pais e padrastos são os maiores perpetradores das agressões sexuais contra crianças e adolescentes, sendo os primeiros os maiores agressores contra crianças e os últimos os que mais vitimizam adolescentes (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004). São também considerados abusadores sexuais: madrastas, tios (as), primos (as), vizinhos de confiança da família, entre outros.

Este tipo de relação exacerba duas grandes desigualdades: a de gênero, quando nas prevalências de vítimas do sexo feminino e agressores do sexo oposto e a de geração, quando exhibe o poder do adulto (cultura adultocêntrica e patriarcal) infringido sobre crianças e adolescentes (ARAÚJO, 2002a; RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Para Faleiros, Campos (2000) a violência sexual contra crianças e adolescentes “se constitui numa *relação de poder*, autoritária, na qual estão presentes e se confrontam atores/forças com pesos/poderes desiguais de conhecimento, autoridade, experiência, maturidade, recursos e estratégias”.

Neste sentido, historicamente, o domínio do mais forte sob o mais fraco vem sendo exercido como determinantes das desigualdades existentes entre adultos e crianças/ adolescentes, onde aqueles que detêm o poder valem-se do privilégio de

exercer sua sexualidade sobre aqueles que se encontram sob seu domínio, independentemente da vontade destes, como acontece na violência sexual contra crianças e adolescentes (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005), assegurando ao chefe da família, geralmente o pai, o poder de converter as pessoas mais fragilizadas da família em objetos de seu desejo.

Assim, crianças e adolescentes são vítimas de uma violência sexual incestuosa, que segundo Felizardo; Zurcher; Melo (2004) é a forma mais freqüente de violência sexual, praticada na maioria das vezes por pessoas com grau de consciência normal. Para Cohen (1997), o incesto, tema extremamente polêmico, é definido “como um abuso sexual intrafamiliar, com ou sem violência explícita, caracterizado pela estimulação sexual intencional por parte de algum dos membros do grupo que possui um vínculo parental pelo qual lhe é proibido o matrimônio”. Sendo assim, o incesto é praticado quando existe a presença de algum laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor, determinando muito mais grave lesão psicológica do que na agressão sexual perpetrada por estranho.

Em relação às vítimas do incesto, a confiança e a inocência da criança contra a autoridade e o poder do adulto fazem do incesto o mais cruel dos crimes. Sendo assim, diferentes aspectos envolvem crianças e adolescentes neste contexto, ou seja, quando crianças as vítimas geralmente aceitam as relações incestuosas por medo do agressor e das circunstâncias que o cerca, já na adolescência a relação incestuosa pode ser aceita por terror ou através de conflitos, dependendo do grau de desenvolvimento da vítima (COHEN, 1997). Nestes casos, com freqüência adolescentes são culpabilizadas de terem seduzido o agressor.

A criança freqüentemente não relata o incesto antes da adolescência, já que nesta idade são profundamente dependentes de seus pais, uma vez que são os únicos adultos com quem podem contar, sendo assim, por esse motivo o incesto pode ser revelado muito tardiamente, durando anos para ser revelado (SADIGURSKU; MAGALHÃES, 2002).

De forma geral, o incesto pode ser considerado como um indício de uma crise da estrutura familiar, nas quais existe uma colaboração consciente ou inconsciente para a perpetuação das relações incestuosas.

A violência sexual inclui também o estupro, o atentado violento ao pudor e a violência presumida, caracterizadas como abusos sexuais que acontecem através do contato físico direto para com a vítima. O estupro é definido como a penetração oral, anal ou vaginal forçada do pênis, outras partes do corpo ou outros objetos, mediante força física ou grave ameaça (OMS, 2002). Este tipo de abuso sexual, geralmente ocorre de forma concomitante à violência física ou psicológica, e é atualmente considerado crime hediondo por força da lei, com pena de quatro a dez anos de prisão.

O atentado violento ao pudor, segundo o Código Penal Brasileiro (Art. 214) significa constranger alguém a praticar atos libidinosos, sem penetração vaginal, sob violência física ou grave ameaça e classifica as formas de abuso sexual que envolva crianças e adolescentes do sexo masculino. E a violência presumida, definida pelo Código Penal Brasileiro (Art. 224) pelos casos em que a vítima for menor de 14 anos, alienado ou débil mental, ou que não possa por qualquer outra causa oferecer resistência ao agressor (SEIXAS, 1999).

Diversas formas de abuso sexual, que não necessitem obrigatoriamente do contato físico também podem se concretizar no contexto de crianças e adolescentes. Conversas que diz respeito a atividades sexuais e que tenham o objetivo de despertar o interesse da criança ou do adolescente caracterizam-se como abuso sexual verbal; exposição indecente da genitália ou masturbação na frente das vítimas, com o objetivo de gerar interesse sexual precoce das mesmas, configuram-se como exibicionismo; a observação constante de atos e órgãos sexuais, perturbando e assustando a criança ou o adolescente, se conforma no *voyeurismo*; a utilização do poder e da coerção, através de propostas sexuais verbalizadas, por meio de chantagens e ameaças, ou até mesmo da relação de poder laboral do agressor para com a vítima, constitui-se em assédio sexual (COSTA, 2006).

O assédio sexual expõe principalmente adolescentes do sexo feminino à humilhação devido ao requerimento de favores sexuais de pessoas que dependem, no ambiente de trabalho ou acadêmico, por exemplo, (SADIGURSKU; MAGALHÃES, 2002). A sedução vem a ser a penetração vaginal, sem o uso da violência física em adolescentes de 14 a 18 anos.

A pedofilia é um outro tipo de abuso sexual, caracterizada pelo desejo sexual de um adulto por crianças e adolescentes (hebefilia), constituindo-se em uma patologia

psiquiátrica do agressor, o qual geralmente sofreu algum trauma de conotação sexual na infância, que pode se manifestar através de diferentes formas de abuso sexual contra as vítimas (LANDINI, 2003).

Os tipos de atividades pedofílicas vão desde carícias ou toques nas vítimas, pedidos de masturbação, até agressões sem ou com contato físico, de caráter homossexual ou heterossexual (SANTOS, 2002).

O pedófilo atua onde permanecem agrupadas crianças e adolescentes, como em escolas, creches, áreas de lazer, shoppings, agindo de maneira sedutora e persuasiva, conquistando gradativamente a confiança da vítima, podendo ficar violento e até matar a mesma (COSTA, 2006).

A análise deste tipo de violência, apesar de ser mais elucidada nos dias atuais, ainda é deficiente, devido principalmente às altas taxas de subnotificação dos casos. O medo das vítimas, a opressão sofrida pelo agressor para que permaneçam em silêncio, a falta de credibilidade no sistema legal, as dificuldades dos profissionais envolvidos em diagnosticar os casos contribuem para uma baixa notificação dos casos, mascarando as reais taxas da violência sexual sofridas por crianças e adolescentes em seu cotidiano intra e/ou extrafamiliar (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004). No Brasil, segundo pesquisas, inexistem dados globais a respeito do fenômeno, sendo estimado que menos de 10% dos casos chegam a ser denunciados.

Por ser considerada aquela que traz com maior frequência conseqüências traumáticas para as vítimas, a violência sexual vem sendo motivo de preocupação da área da saúde, já que possibilita distúrbios psicológicos e agressões físicas de graus diferenciados e podem ser classificadas segundo Matos (2002b); Pfeiffer, Salvagni (2005); Organização Mundial da Saúde, (2002):

Orgânicas: lesões físicas (hematomas, arranhões, queimaduras), genitais e anais; vulvovaginites e infecções urinárias; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's); gravidez indesejada decorrente de estupro; aborto; gravidez na adolescência; sangramentos e secreções vaginais ou perianais; edema dos genitais; dores abdominais; comprometimento dos esfíncteres; debilidade física, entre outras.

Psicossociais: comportamento sexual não condizente com a sua idade; sinalização de aversão a qualquer tipo de atividade ou brincadeira de conotação sexual; medo de ficar sozinho; distúrbios de sono; comportamento regressivo; terror e pavor

noturnos; dificuldade de confiar nas pessoas; sentimento de culpa; falta de concentração e baixo rendimento escolar; medo do sexo oposto; comportamento agressivo, hostil, destrutivo e hiperativo; evidência de isolamento, irritabilidade e agressividade; incapacidade de estabelecer amizade; comportamento submisso e obediente; risco de utilização de drogas e álcool; risco de revitimização; depressão e/ou tentativa de suicídio; ansiedade, psicose, obesidade e anorexia; crises histéricas e fuga do lar; prostituição ou promiscuidade sexual; auto-flagelação; e vulnerabilidade a outros tipos de violências.

Estas conseqüências tornam-se mais graves à medida que a freqüência e a duração dos casos de abuso sexual aumenta, tornando os casos de natureza crônica e de caráter repetitivo. Além disso, a idade da vítima e do agressor, assim como o tipo de relação entre eles e a forma e gravidade do ato violento também interferem no grau de seqüelas geradas (FERRARI, 2002).

Deste modo, a violência sexual contra crianças e adolescentes deve ser interpretada a partir de diferentes óticas: como crime, gerando uma abordagem criminológica da mesma, destinada à contenção do abuso através da intervenção policial e do Poder Judiciário; como uma patologia social, necessitando de uma abordagem terapêutica, tanto quanto aos aspectos físicos como psicológicos da vítima, do agressor e da família das vítimas, através de equipes multiprofissionais; um problema de ordem social, suscitando uma abordagem assistencialista à família por meio de aparatos sociais dignos à família; e por fim, como uma violação direta dos direitos de crianças e adolescentes, que perfazem a necessidade de uma abordagem política destinada a resgatar a cidadania destes grupos sociais (COHEN, 1997).

No contexto da violência sexual, além do abuso sexual existe também a exploração sexual infanto-juvenil, que abrange o abuso sexual praticado por adultos, com fins lucrativos, entendida como a comercialização da prática sexual envolvendo crianças e adolescentes (COSTA, 2006).

A exacerbação deste tipo de violência sexual está vinculada ao contexto da violência estrutural no qual milhares de crianças e adolescentes estão inseridos através das situações de pobreza e desamparo social, assim como a violência intrafamiliar e extrafamiliar vividas pelos mesmos, que se constitui como fatores potencializadores que vulnerabilizam estes grupos a situações de exploração sexual comercial (LIBÓRIO, 2005).

Este tipo de violência acontece em escala mundial e vem atingindo principalmente jovens do sexo feminino que residem em países com condições sócio-econômicas e culturais desfavoráveis (FALEIROS; CAMPOS, 2000), apresentando-se como uma forma de sobrevivência de milhares de crianças e adolescentes em todo o mundo, geralmente do sexo feminino, oriundas de classes populares, com baixa escolaridade e sem perspectiva de vida.

Além disso, a baixa auto-estima, aliada as relações culturais desiguais de gênero e raça, situações de rejeição e discriminação resultantes da exclusão social, e vivência da violência social e interpessoal, facilita o envolvimento infanto-juvenil em atividades de caráter exploratório e violento (LIBÓRIO, 2005).

Neste sentido, é a partir da década de 90 que se inicia formas de enfrentamento do uso sexual de crianças e de adolescentes no mercado do sexo, através de uma conscientização da gravidade e do avanço do problema em todo o mundo e de uma mobilização nacional e internacional, tanto de organismos internacionais como de Organizações Não - Governamentais (ONG's), entre outros (FALEIROS; CAMPOS, 2000).

A exploração sexual é considerada uma das mais graves formas de violação dos direitos de crianças e adolescentes, se constituindo em uma relação de poder e de sexualidade, mercantilizada, que tem como objetivo primordial o alcance de desejos convenientes ao explorador, podendo causar efeitos biopsicossociais deletérios aos explorados, uma vez que são indivíduos em processo de crescimento e desenvolvimento físico e emocional (LEAL, 1999).

Através da prostituição, do turismo sexual, da pornografia e do tráfico para fins sexuais, crianças e adolescentes são envolvidos por meios coercitivos ou persuasivos, em práticas sexuais que comercializam os seus corpos (FALEIROS, CAMPOS, 2000; COSTA, 2006).

A prostituição infantil é um dos problemas mais cruéis e comuns a que está exposta a população infanto-juvenil brasileira, caracterizada como uma forma de trabalho sexual, que envolva uma transação de negócios, ou seja, a obtenção de lucros, convertendo a pessoa em produto de consumo, onde se realiza troca de favores sexuais.

No Brasil, as estimativas que se tem sobre prostituição infanto-juvenil são alarmantes e preocupantes, principalmente quando associadas ao tráfico e uso de

drogas. O Fundo das Nações Unidas (Unicef) refere que em torno de 20% das meninas brasileiras de 10 a 15 anos exercem a prática da prostituição (GOMES, 1994). Geralmente crianças e adolescentes que se inserem na prostituição, possuem antecedentes prévios de abuso sexual e vivem num quadro de extrema desigualdade social, que as levam a serem exploradas sexualmente por outras pessoas da sociedade.

O turismo sexual significa no contexto de crianças e adolescentes, a exploração sexual a estes grupos por visitantes de outras regiões do país ou estrangeiros, envolvendo a cumplicidade direta ou omissão de agências de viagens e guias turísticos, hotéis, bares, postos de gasolina, enfim, prostíbulos e casas que tradicionalmente utilizam de menores para a exploração sexual (CECRIA apud LEAL, 1999).

A pornografia constitui o ato de promover e fotografar em qualquer meio atos sexuais que envolva crianças/adolescentes, sozinhos ou com adultos ou animais, independentemente do consentimento do responsável legal destes menores, além disso, pode também designar distribuição deste material de qualquer forma com ou sem lucro. O surgimento e a rápida expansão do sexo via Internet, possibilitou uma maior clareza sobre a importância da pornografia enquanto forma de exploração de crianças e de adolescentes (LEAL, 1999).

O Estatuto da Criança e do Adolescente refere em seu artigo 240 sobre pornografia com crianças e adolescentes, que “produzir ou dirigir representação teatral, televisiva, cinematográfica, atividade fotográfica ou de qualquer outro meio visual, utilizando-se de criança ou adolescente em cena pornográfica, de sexo explícito ou vexatório” é crime, podendo o agressor ter uma pena de reclusão de dois a seis anos, e multa. Além desse artigo, o ECA traz também sobre pornografia que é crime “apresentar, produzir, vender, fornecer, divulgar ou publicar, por qualquer meio de comunicação, inclusive rede mundial de computadores ou internet, fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo criança ou adolescente é crime” (BRASIL, 2004a).

Já o tráfico de menores concretiza-se em ações que promovam ou facilitem a entrada, no território nacional de mulher que nele venha exercer a prostituição, ou ainda a saída de mulher que vá exercê-la no estrangeiro (art. 231, Código Penal Brasileiro). Este tipo de exploração sexual abrange o movimento organizado de pessoas, geralmente

crianças e adolescentes ou adultas jovens do sexo feminino, entre países e dentro dos países para trabalho sexual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, a exploração sexual encontra-se bastante presente, principalmente nas regiões onde o turismo é crescente, sendo implementada através das redes de tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para a prostituição de menores de idade, tornando o mercado do sexo economicamente poderoso e de difícil intervenção, uma vez que confronta-se com grupos organizados para tal fim, e que por vezes se imbricam com outras questões ilícitas, como o tráfico de drogas.

No município de Feira de Santana, o Programa Sentinela, atendeu 922 casos de violência sexual, no período de maio de 2001 a julho de 2003, dos quais 161 foram por abuso sexual e 132 oriundos da exploração sexual. Nesta mesma pesquisa, o maior número de casos ocorreu na faixa etária de 10 e 17 anos (48, 5%), prevalecendo com relação ao gênero a grande maioria das vítimas no grupo feminino (86%). Além disto, este estudo revelou que a maior parte das meninas eram oriundas de municípios vizinhos,, possivelmente regiões de uma pobreza estrutural severa, que possibilitava a migração dessas meninas para outras regiões, contribuindo para o crescimento da exploração sexual infanto-juvenil no município de Feira de Santana (ANDRADE, s/d).

3.5 Enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes

Frente ao contexto da violência contra crianças e adolescentes é necessário a mobilização de toda sociedade na prevenção e enfrentamento dessa forma de violação. A OMS propõe diversas ações de enfrentamento, dentre elas, a implantação de programas de educação continuada para pais e trabalhadores envolvidos com esta temática, programas de prevenção e apoio psíquico e social para as crianças e adolescentes vitimizados, suas famílias e seus agressores.

Diversas ações preventivas podem ser realizadas na área da saúde, nos três níveis de atenção: primário, secundário e/ou terciário (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999).

No nível primário, dentre outras estratégias, encontram-se as ações educativas a população em geral sobre medidas preventivas da violência; promoção de condições favoráveis de vida a população; sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos, para que possam atuar de forma eficaz diante a realidade da violência infanto-juvenil; e a possibilidade do exercício de cidadania deste grupo, com a efetiva implementação dos seus direitos através de políticas públicas concretas.

No nível secundário compreende-se a identificação, o diagnóstico e a intervenção precoce dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Para que isto ocorra é necessário que o setor saúde se articule com outros setores, principalmente educação e da justiça, afim de aprimorar a identificação dos casos; e a estruturação do setor saúde para prestar uma assistência precoce àqueles que procuram os serviços.

E por fim, no nível terciário o atendimento das vítimas, envolvendo na atenção aos casos o tratamento e/ou reabilitação dos vitimizados pela violência através de equipes multidisciplinares. Para uma realização efetiva destas ações é preciso uma organização adequada dos serviços de saúde desde a atenção básica até os serviços de urgência/emergência; e a existência de modelos de atendimento integral a crianças e adolescentes vitimizados.

Nestes três níveis de atenção, é necessário a criação, implementação e concretização efetiva e eficiente das chamadas políticas públicas, pelo Estado e Instâncias de diferentes segmentos sociais, como forma de garantir resultados positivos no que concerne a qualidade de vida da população direta ou indiretamente violentada.

Para que medidas de prevenção da violência sejam adequadamente implementadas, é necessário antes de qualquer coisa um plano de ação nesta área, contendo os seguintes objetivos: descrever o problema, fortalecer e apoiar pesquisas relacionadas à violência e identificar e avaliar os programas de intervenção (OMS, 2002). Estes objetivos facilitam a elaboração das políticas públicas voltadas para a prevenção desta temática, na medida em que possibilitam um conhecimento maior da realidade da população.

Depreende-se que o segmento infanto-juvenil é bastante afetado pela ausência de políticas públicas que atendam às necessidades de toda a população e instâncias sociais. Devido às suas condições sociais/psicobiológicas e de crescimento e desenvolvimento, são extremamente dependentes de outras pessoas e recursos da sociedade, como: familiares, principalmente seus pais ou responsáveis; escolas e professores; serviços e profissionais de saúde; condições de vida, habitação e saneamento adequados, entre outros (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

No entanto, para que estes recursos estejam disponíveis com qualidade na vida de crianças e adolescentes brasileiros, é necessário que políticas públicas se preocupem em dar suporte aos problemas sociais mais expressivos que atingem famílias, instâncias sociais e a comunidade na qual os mesmos estão inseridos, oferecendo acesso à educação, saúde, emprego, bem estar coletivo não só a população infanto-juvenil, mas a todos os integrantes do seio familiar, principalmente os chefes de família (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Uma família bem estruturada em termos biopsicossociais pode ser considerada um fator de proteção para a inserção da violência como realidade possível para as crianças e adolescentes da sociedade. Assim, o trabalho de combate ao problema requer dentre outras ações, o fortalecimento das famílias, investimento em educação, em saúde, em cultura, na preparação para o mercado de trabalho e geração de renda, enfim, na promoção de formas de participação de crianças e adolescentes em seu âmbito social (BASTOS; ALCANTÁRA, 2004).

No Brasil, na década de 90, organizações governamentais e não-governamentais dedicaram-se ao enfrentamento da violência infligida a crianças e adolescentes, realizando pesquisas, sistemas de denúncias, programas de atendimento, objetivando

contribuir com a redução da incidência do fenômeno, apoiando e tratando a criança/adolescente vitimizado, a família e o abusador (FERREIRA, 2002).

Desta forma, a grande meta é a promoção de uma sociedade justa e saudável, buscando melhores resultados nas políticas públicas que objetivem reduzir, enfrentar e prevenir a violência contra crianças e adolescentes. Este objetivo é um dever de todos: Estado, sociedade e família, que devem contribuir para a mudança do paradigma atual. Prevenir a violação ou ameaça dos direitos da criança e do adolescente é um dever de cada um e da coletividade de um modo geral.

3.5.1 Legislação: do Código de Menores ao Estatuto da Criança e do Adolescente uma forma de prevenção e proteção integral

No contexto do enfrentamento e da prevenção da violência contra crianças e adolescentes, a legislação de proteção à infância e à adolescência, ao longo de nossa história, passou por diversos enfoques. Antes da implementação do ECA como lei na Constituição de 1988, existia o Código de Menores que priorizava na aplicabilidade de suas leis menores de 18 anos em situação irregular, ou seja, autores de infração penal, atuando de maneira curativista, sem pensar na prevenção da violência cometida e/ou sofrida por estes pequenos cidadãos.

A nível mundial, nos últimos anos mudanças nos comportamentos sociais começaram a repercutir em transformações da legislação. Na década de 80, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança recomendou que era necessário um maior envolvimento da sociedade nos problemas e conseqüências que a violência causa a crianças e adolescentes. Neste mesmo momento, ou até mesmo antes, já se discutia no Brasil a integração da sociedade civil e do Estado no combate à violência infanto-juvenil.

Desta forma, estratégias de mudança revogaram o antigo Código de Menores e consolidou na Constituição Federal de 1988 o ECA através da lei 8.069, que encontra-se em vigência desde 14 de outubro do ano de 1990, com o objetivo de possibilitar a proteção integral de crianças e adolescentes brasileiros, através da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e/ou reabilitação em qualquer aspecto de seu contexto

de vida. Com o ECA, as crianças e os adolescentes passaram a ser considerado como cidadãos e sujeitos de direitos (BEZERRA, 2004).

Ainda que, a lei estabeleça o atendimento integral a crianças e adolescentes como prioridade absoluta das políticas sociais e que defina a infância e a adolescência como de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade (art. 227 da CF de 1988), percebe-se, por vezes, a pouca importância destes responsáveis no que concerne a estes aspectos, impossibilitando a formação de uma rede de proteção integral a estes grupos tão vulneráveis às condições sociais de seu ambiente. Esta rede de proteção pode ser entendida como um conjunto de ações integradas, onde exista o envolvimento de diversos atores sociais - como o poder público e o Ministério Público, os profissionais de educação e saúde, os Conselhos Tutelares, entre outros - na prevenção, no enfrentamento e no atendimento às crianças e adolescentes vítimas da violência de um modo geral.

Neste contexto, o Conselho Tutelar é a instância que possibilita a defesa dos direitos da criança e do adolescente, sendo considerado pelo ECA (BRASIL, 2004) em seu artigo 131 como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”.

Além disso, deve funcionar de forma conjunta com o Juizado da Infância e da Juventude e o Ministério Público, atendendo crianças e adolescentes quando estes sofrerem violação ou privação dos seus direitos, através de ameaças, atos violentos, descaso do Estado, entre outros.

Desta forma, são atribuições do Conselho Tutelar segundo o ECA (BRASIL, 2004):

Art. 136º:

I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos artigos 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;

IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII - expedir notificações;

VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente se necessário;

IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, 3º, inciso II da Constituição Federal;

XI - representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder.

Art. 137º: As decisões ao Conselho Tutelar somente poderão ser revistas pela autoridade judiciária a pedido de quem tenha legítimo interesse.

Cada município deverá contar com um Conselho ou mais, dependendo de suas necessidades, de acordo com a legislação vigente. Deverá ser composto por cinco membros, escolhidos em votação direta pela população do município o qual pertence, sendo permitido um mandato de três anos para cada comissão de conselheiros, podendo haver reeleição (Art. 132º, ECA, 2004).

O município de Feira de Santana, local da pesquisa, conta atualmente com dois Conselhos Tutelares (I e II) que atende os casos de toda a região, inclusive das zonas rurais mais longínquas.

De forma complementar e conjunta, entra em cena as ações dos profissionais envolvidos com os casos de maus-tratos. Estes possuem a obrigatoriedade em denunciá-los quando suspeitarem ou confirmarem situações de violência contra crianças e/ou adolescentes.

Caso se omitam perante a vitimização, poderão ser punidos através de multa como consta em lei:

Art. 245º Deixar o médico, professor ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

A negligência, a agressão infantil, o abuso sexual e o abandono podem ser facilmente identificados pelos profissionais envolvidos, mas para isto é preciso que sejam capacitados para tal, com o intuito de aumentar as notificações (BEZERRA, 2004). Só isto não resolverá, mas dará uma grande contribuição às instâncias de atendimento a crianças e adolescentes em risco.

Apesar disto, ainda é bastante reduzida as denúncias registradas por estes profissionais, que se omitem, por vezes, como forma de conservar a sua integridade física, moral e/ou financeira.

O ECA traz as medidas de proteção que devem ser aplicadas quando os direitos das crianças e dos adolescentes são ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado e por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável.

Essas medidas segundo o ECA (BRASIL, 2004) art. 101 são: I-encaminhamento aos pais ou responsável, mediante de termo de responsabilidade; II -orientação, apoio e acompanhamento temporário ; III- matrícula e freqüência obrigatória em estabelecimento de ensino fundamental; IV -inclusão em programas comunitários ou oficiais de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V -requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; VI -inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, VII -orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; VII I-abrigo em entidades; e IX -colocação em família substituta.

O Estatuto da Criança e do Adolescente encontra-se em vigência há 15 anos e se concretiza como um conjunto de regras capazes de colocar nossa infância e juventude a salvo de toda e qualquer forma de negligência, violência e exploração. Além disso, deve conceber estes pequenos cidadãos como sujeitos de direito à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em formação física, psicológica, moral e social (BEZERRA, 2004).

O ECA tem como objetivo garantir que os direitos das crianças e dos adolescentes sejam cumpridos, dentre eles: Vida e Saúde; Liberdade, Respeito e Dignidade; Educação, Cultura, Esporte e Lazer; Convivência Familiar e Comunitária; e Profissionalização e Proteção ao Trabalho.

Assim, prevenir as violências contra crianças e adolescentes é condição essencial para um adequado crescimento e desenvolvimento destes pequenos cidadãos. Mas para isto, é necessário que toda a sociedade participe de forma efetiva na real incorporação dos direitos da criança e do adolescente, respeitando-os em todos os seus aspectos e garantindo-lhes prioritariamente o direito à vida, à saúde e o de não ser violentado.

Ainda, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 13), “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL, 2004). Portanto, a denuncia pode ser realizada por qualquer cidadão ou instituição que perceba ou testemunhe violações dos direitos infanto-juvenis, sejam familiares, vizinhos, serviços de saúde, escolas ou outras pessoas da comunidade.

O ato de notificar os maus-tratos na infância e adolescência para o Conselho Tutelar, tem como objetivo primordial interromper a cadeia de eventos violentos que acometem este grupo no âmbito intra e extra familiar, assim como permitir o enfrentamento da violência através da promoção da saúde e prevenção dos agravos violentos, utilizando-se de ações educativas; sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos; identificação, diagnóstico e intervenção precoce dos casos de violência; e tratamento e/ou reabilitação dos vitimizados pela violência através de equipes multidisciplinares.

3.5.2 Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil: uma política de enfrentamento da violência sexual

Em junho do ano 2000, ocorreu um encontro nacional, com a participação de um grande número de instituições e atores sociais preocupados com a questão da violência

sexual contra crianças e adolescentes. Neste evento foi elaborado e aprovado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, fruto da articulação da rede de proteção e de defesa de direitos da população infantil e jovem brasileiras, através do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Este plano se consolidou como um instrumento capaz de garantir e defender os direitos de crianças e adolescentes, e com o objetivo de pretender criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais, assegurando a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual (BRASIL, 2000).

Tem como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), reafirmando os princípios da proteção integral, que coloca crianças e adolescentes violentados sexualmente em condição peculiar de vida, tendo como objetivo geral estabelecer um conjunto de ações articuladas que permita a intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento da violência sexual.

Concomitante a elaboração do plano surge a estratégia de se implantar e implementar, a nível nacional, instâncias de atendimento e apoio, como o programa Sentinela, com o objetivo de operacionalizar o plano. Além deste, busca-se a implementação dos Conselhos Tutelares e das Delegacias de Proteção à Infância e Juventude como forma de colaborar na execução do plano.

Além disso, estrutura-se em 6 eixos norteadores: análise da situação, através do conhecimento do fenômeno da violência sexual em todas as regiões do país; mobilização e articulação, fortalecendo as articulações nacionais, regionais e locais através do combate e eliminação da violência sexual; defesa e responsabilização, atualizando a legislação sobre crimes sexuais, combatendo a impunidade, disponibilizando serviços de notificação, capacitando profissionais envolvidos, implantando e implementando os Conselhos Tutelares; atendimento, garantido em rede às crianças e adolescentes em situação de violência sexual juntamente com suas famílias; prevenção, através de ações preventivas; e protagonismo infanto-juvenil, promovendo a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos, comprometendo os mesmos com o monitoramento da execução do Plano Nacional (BRASIL, 2000).

O monitoramento e a avaliação do plano deve ocorrer, tendo como instâncias deliberativas e organizadoras o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e os Conselhos de Direitos Estaduais e Municipais.

Em 2002, através da articulação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos com a USAID/ Partners of the Americas, foi elaborado o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR) no país, sendo em outubro do mesmo ano destinadas ações e estratégias voltadas ao enfrentamento da violência sexual para sete municípios brasileiros: São Paulo, Corumbá, Rio Branco, Pacaraima, Manaus, Campo Grande e Feira de Santana, que segundo a Pesquisa Nacional de Tráfico de Mulheres (PRESTRAF), apresentavam alto risco para a violência do tipo exploração sexual de crianças e adolescentes.

A partir disto, foi estabelecido um comitê gestor para desenvolver ações de fortalecimento dos Conselhos Tutelares nas cidades, cabendo ao Ministério do Desenvolvimento Social assegurar a implantação e implementação dos Programas Sentinela nos sete municípios referenciados.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Estudo de corte transversal, baseado em dados secundários dos registros de ocorrência das vítimas de violência (crianças e adolescentes) nos Conselhos Tutelares I e II do município de Feira de Santana-BA.

Este tipo de estudo produz “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, produzindo a partir de indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Além disso, possui algumas vantagens e desvantagens quanto ao seu uso, sendo as primeiras: baixo custo, alto potencial descritivo e simplicidade analítica e as últimas: vulnerabilidade a biases, especialmente de seleção e baixo poder analítico, o que quer dizer inadequado para testar hipóteses causais. (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

4.2 Campo de Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Feira de Santana, que está situado na região oeste e semi-árida do estado da Bahia, ocupando uma área territorial de 1.363 Km², com uma população de 480.949 habitantes, sendo 202.619 (42,1% da população total) crianças e adolescentes (0 a 19 anos) (IBGE, 2000).

Feira de Santana é considerada a segunda maior cidade do Estado, assim como um importante entroncamento rodoviário, distando cerca de 100 km da capital do estado cortada por três Rodovias Federais (BR 324, BR 116 e BR 101) e cinco Rodovias Estaduais (BA 052, BA 068, BA 501, BA 502 e BA 503). Tem como principais atividades econômicas o comércio, a pecuária, a indústria e a agricultura.

Nas últimas décadas Feira de Santana tem apresentado um aumento significativo da população urbana, o que indica a existência de forte fluxo migratório. Em 1996, a taxa

de urbanização era de 87, 45% e vem aumentando a cada ano, contribuindo para o aumento da violência urbana e, conseqüentemente, da violência contra crianças e adolescentes (ARAÚJO, 2002b). Esta situação tem mobilizado a comunidade na busca de estratégias de prevenção desses eventos e proteção dos envolvidos.

O município de Feira de Santana é considerado iminentemente formado por classes sociais de condições sócio-econômicas desprivilegiadas, sendo ratificado isto através da seguinte situação: dos 44 bairros de Feira de Santana 22 (50,0%) estão classificados como de baixa condição sócio-econômica; 09 (20,5%) pertencem à média-baixa; 09 (20,5%) são de média condição; e apenas 04 bairros pertencem à alta condição. Porém, no interior destes últimos bairros classificados como de alto poder social e econômico, existem concentrações de algumas comunidades desprivilegiadas em relação à situação de vida (ARAÚJO, 2002b).

Nesse contexto, Feira de Santana congrega determinantes sócio-demográficos, econômicos e geográficos que possibilitam a ocorrência de diferentes tipos de violência, provavelmente acelerado pelo processo de urbanização, que contribui para a perpetuação do ciclo de desestruturação social x violência x precárias condições de vida.

4.3 População de Estudo

Foram estudadas crianças e adolescentes que sofreram violência, registrados nos Conselhos Tutelares I e II, considerados instituições de denúncia dos casos; a faixa etária considerada foi de 0 a 19 anos, subdividida em grupos mais específicos: 0-1 ano (lactentes), 2-5 anos (pré-escolar), 6-9 anos (escolar), 10-14 anos (adolescente precoce), 15-16 anos (adolescência intermediária), e 17-19 anos completos (adolescência tardio) (COSTA, 1998).

4.4 Período de Referência

A pesquisa foi realizada com os registros de ocorrência de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro do ano de 2004.

4.5 Coleta de Dados

Para coleta de dados, foi utilizado um instrumento específico denominado ficha de registro (APÊNDICE A), onde foram abordados os seguintes itens: dados da instituição, da criança/adolescente vitimizado, dos familiares e/ou do responsável (s) e dados do agressor ou agressores.

Os dados secundários foram obtidos a partir dos registros de ocorrência dos Conselhos Tutelares I e II do município de Feira de Santana-BA.

No município de Feira de Santana existem dois Conselhos Tutelares (I e II) responsáveis por toda a região, sendo que o primeiro atende a população situada à região sul da cidade (Capuchinhos, Santa Mônica, entre outros) e o segundo os bairros que ficam à região norte da mesma (Sobradinho, Jardim Cruzeiro, entre outros), inclusive os distritos (zona rural).

4.6 Fases da Coleta

Treinamento da equipe de pesquisadores;
Apresentação do projeto às instâncias;
Elaboração do cronograma de coleta de dados;
Procedimento de coleta de dados.

.4.7 Variáveis Estudadas

- **Variáveis relacionadas à instituição onde foi registrada a ocorrência:**

Nome da instituição;

Data da ocorrência (dia, mês e ano);

Origem da ocorrência;

Local da Ocorrência (casa, rua, escola, instituições de atendimento à criança e adolescentes, outros e sem registro);

Denunciante (familiares, anônimo, Serviço de Saúde, outros e sem registro).

- **Variáveis relacionadas quanto à identificação da criança/ adolescente vitimizado:**

Faixa etária: ≤ 1 ano; 2-5 anos ; 6-9 anos ; 10-13 anos; 14-16 anos; e 17-19 anos completos

Sexo (masculino ou feminino);

Raça (negra, parda, branca, sem registro);

Escolaridade (série e grau), tipo de escola (pública ou privada);

Tipo de denúncia:

- Violência Física (espancamento, queimadura, fratura, corte, tapas, supressão alimentar com caráter punitivo, tortura);

- Violência Psicológica (ameaça de morte, humilhação pública/privada, tortura psicológica, exposição indevida);

- Negligencia familiar (abandono, expulsão, devolução de criança em caso de adoção);

- Violência Sexual:

 - Abuso sexual intra e extrafamiliar (sedução, estupro, incesto, pedofilia);

 - Exploração sexual (pornografia, tráfico, turismo sexual, prostituição);

Outros tipos de violência.

- **Variáveis relacionadas quanto a identificação da (s) pessoa (as) com quem a criança/ adolescente convive:**

Vínculo (pai, mãe, avós, tios, madrinha, vizinhos, outros).

- **Variáveis relacionadas quanto a identificação do agressor:**

Vínculo (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos, tios avós, outros);

Faixa etária (6-9 anos, 10-19 anos, 20-24 anos, 25-60 ou +);

Sexo (masculino ou feminino);

Raça (negra, parda, branca);

Escolaridade (série e grau);

Grau de consciência do agressor (normal, alcoolizado, drogado, drogado alcoolizado, outros);

Tipo de intimidação (força física, ameaça, arma de fogo/branca, outro).

- **Variáveis relacionadas quanto aos encaminhamentos dados a criança/adolescente vitimizados:**

Instituições ou Instâncias de Atendimento: Conselho Tutelar, Centro de Referência Sentinela, Delegacia, Instituto Médico Legal (IML)/ Departamento de Polícia Técnica (DPT), Juizado da Infância/ Ministério Público, Serviços de Saúde, Abrigos, Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), Organizações Não-Governamentais (ONG's), sem registro;

Formas de Encaminhamento

Acompanhamento: consiste em observar por um dado período de tempo a evolução do caso que foi denunciado (BRASIL, 2002);

Aconselhamento: atender e acompanhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129 I a VII do ECA (Brasil, 2004a);

Advertência: significa a declaração de uma autoridade instituída (conselheiro tutelar) ao agressor com objetivo de chamar a atenção para a ocorrência da violência denunciada, a fim de que se cumpra uma exigência legal, ou se atenda as prescrições instituídas em lei ou no regulamento (SILVA, 1986);

Audiência: após receber a denúncia de direito violado, a autoridade instituída convoca o agressor ou responsável pela vítima para prestar esclarecimento, receber orientações e advertência (TOMIO, 2000).

Notificação: medida obrigatória por lei federal de declarar maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes, art. 136 do ECA (BRASIL, 2004a).

Sindicância: procedimento que tem por objetivo determinar a exata situação de um fato de violência denunciada contra crianças e adolescentes (SILVA, 1986).

4.8 Processamento e plano de análise dos dados

Os dados foram processados eletronicamente através do programa SPSS 9.0 for Windows nos computadores do NNEPA (Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Feira de Santana). A seguir procedeu-se a:

Análise descritiva das variáveis com o cálculo das freqüências absolutas e simples:

Variáveis sócio-demográficas das crianças/adolescentes vitimizados, dos responsáveis e agressores;

Variáveis relacionadas aos tipos de violências sofridas pelas crianças/adolescentes;

Análise bivariada associando faixa etária (≤ 1 ano; 2-5 anos ; 6-9 anos ; 10-13 anos; 14-16 anos; e 17-19 anos completos) e sexo da criança/ adolescente, com outras variáveis (tipos de violência);

4.9 Questões Éticas

Este estudo faz parte de uma linha de pesquisa sobre Violência na Infância e Adolescência, desenvolvida no Núcleo de Pesquisa na Infância e Adolescência (NNEPA), inserido em um projeto intitulado “Violência contra crianças e adolescentes em Feira de Santana: a realidade o enfrentamento e a prevenção”.

Foi solicitada das instituições estudadas uma permissão documental, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Este projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), sob protocolo de nº 004/2005 (CAAE 0006.0.059.000-05), sendo obedecido todos os critérios da resolução 196/96, já que se trata de estudo em seres humanos.

A autorização para a realização da pesquisa na instituição foi concedida pelo o Alvará do Juizado da Infância e Adolescência.

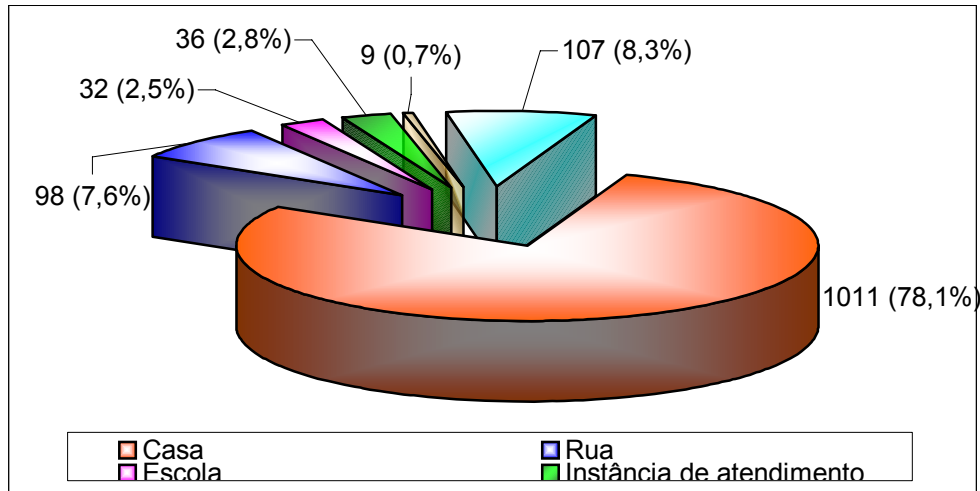
5 RESULTADOS

5.1 Fontes de registro e de denúncia

Do total de 1293 denúncias de violência contra crianças e adolescentes, nos Conselhos Tutelares (I e II) do município, 595 (46%) registros foram originados do Conselho I e 698 (54%) do Conselho II.

Em relação ao local de ocorrência da violência (Gráfico 1), verificou-se que 1011 (78,1%) aconteceram no domicílio, 98 (7,6%) na rua, 32 (2,5 %) na escola e 36 (2,8%) nas Instâncias de Atendimento (Saúde; Abrigos; Programa Sentinela; ONG). Apenas 9 (0,7%) denúncias ocorreram em outros locais.

Gráfico 1 - Distribuição do local de ocorrência da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

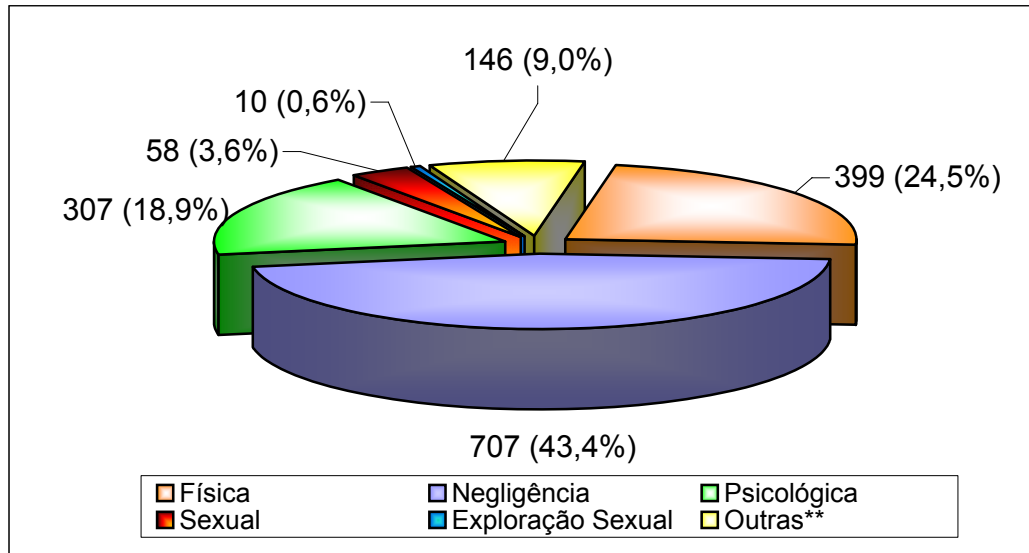


*casa do agressor, casa do avô (a), emprego, hotel, outra cidade, residência universitária.

5.2 As diferentes formas de violência denunciada e o perfil sócio-demográfico das vítimas

De acordo com os dados sobre as diferentes formas de vitimização (Gráfico 2), do total de casos registrados (mais de um tipo de vitimização), os resultados mostraram que os tipos de violência mais prevalentes foram a negligência familiar, 707 (43,4%), seguido pela violência física, 399 (24,5%) e psicológica, 307 (18,9%). Vale destacar 58 casos (3,6%) de violência sexual e 10 (0,6%) de exploração sexual, no município, no período 2003-2004.

Gráfico 2 - Distribuição do tipo* de violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003-2004.



*1627 respostas múltiplas;

**maus-tratos, trabalho infantil.

A distribuição das diferentes formas de violência por faixa etária, observada na (Tabela 1) (casos com mais de um tipo de vitimização) apontou que, de modo geral, com exceção da violência sexual, todas as outras formas de violências registradas foram mais prevalentes nas faixas de 2 a 5, 6 a 9 e 10 a 13 anos, ressaltando a presença da negligência em mais de 14% e da violência física em cerca de 6% entre as crianças com até um ano de idade. A violência sexual apresenta maiores proporções nas faixas etárias acima de 6 anos e a exploração sexual foi registrada apenas entre adolescentes.

Tabela 1 - Distribuição por faixa etária* do tipo de violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

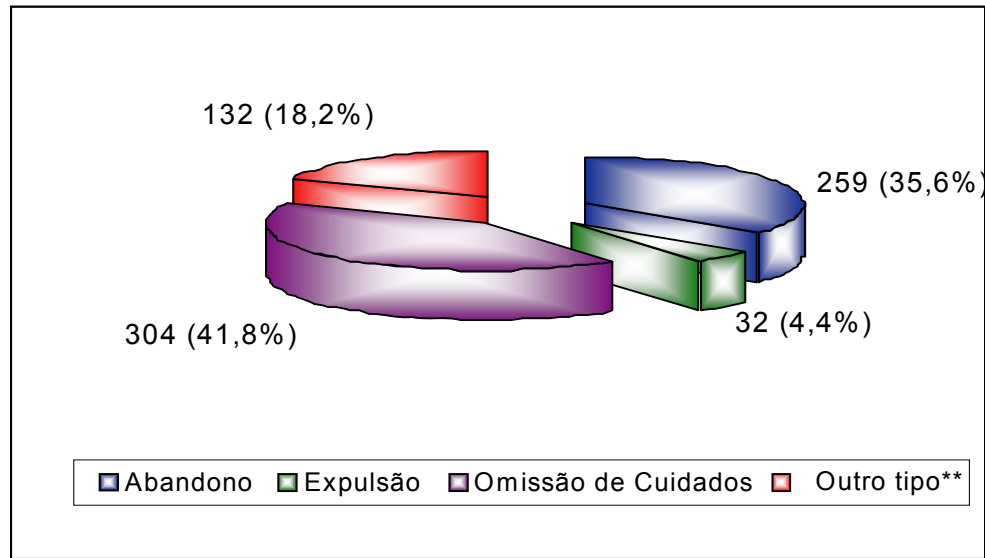
Faixa Etária (anos)	Tipo de violência											
	Violência Física		Violência Psicológica		Negligência Familiar		Abuso Sexual		Exploração sexual		Outras Formas**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ de 1	25	6,2	19	6,2	102	14,4	1	1,7	-	-	20	13,7
2-5	95	23,9	79	25,7	174	24,6	6	10,4	-	-	35	24,0
6-9	97	24,4	85	27,8	169	23,9	9	15,5	-	-	31	21,2
10-13	88	22,0	59	19,2	119	16,9	20	34,5	1	10,0	28	19,2
14-16	52	13,0	36	11,7	78	11,0	12	20,7	8	80,0	16	11,0
17-19	18	4,5	11	3,6	12	1,7	5	8,6	1	10,0	5	3,4
Ignorado	24	6,0	18	5,8	53	7,5	5	8,6	-	-	11	7,5
TOTAL	399	100	307	100	707	100	58	100	10	100	146	100

*1627 respostas múltiplas;

** maus-tratos, trabalho infantil.

No Gráfico 3 encontram-se apresentados os dados referentes à negligência familiar. Do total de 727 registros, observa-se maiores proporções da omissão de cuidados básicos, 304 (41,8%) e dos casos de denúncia por abandono, 259 (35,6%).

Gráfico 3 - Distribuição do tipo de negligência familiar* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.



*727 respostas múltiplas;

** negação de atendimento de saúde; criança sem registro de nascimento; mendicância; criança sozinha em casa; supressão alimentar; evasão escolar/ hospitalar; desnutrição; negação de paternidade.

Na distribuição das diferentes formas de negligência por faixa etária 727 registros (Tabela 2) verifica-se que, de modo geral, ocorreram com maior freqüência nas faixas de 2 a 5 anos, 6 a 9 anos e 10 a 13 anos, sendo que a omissão de cuidados básicos também foi muito freqüente entre os menores de um ano. A expulsão do domicílio foi mais freqüente na faixa de 14 a 16 anos.

Tabela 2 - Distribuição por faixa etária das diferentes formas de negligência familiar* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Faixa Etária (anos)	Tipos de Negligência Familiar							
	Abandono		Expulsão		Omissão de cuidados básicos**		Outro tipo***	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ de 1	28	10,8	1	3,1	62	20,4	12	9,0
2-5	55	21,2	1	3,1	77	25,3	45	34,2
6-9	60	23,3	4	12,5	69	22,7	40	30,4
10-13	47	18,1	5	15,7	56	18,4	21	15,9
14-16	40	15,4	16	50,0	16	5,3	7	5,3
17-19	5	1,9	3	9,4	4	1,3	1	0,7
Ignorado	24	9,3	2	6,2	20	6,6	6	4,5
TOTAL	259	100	32	100	304	100	132	100

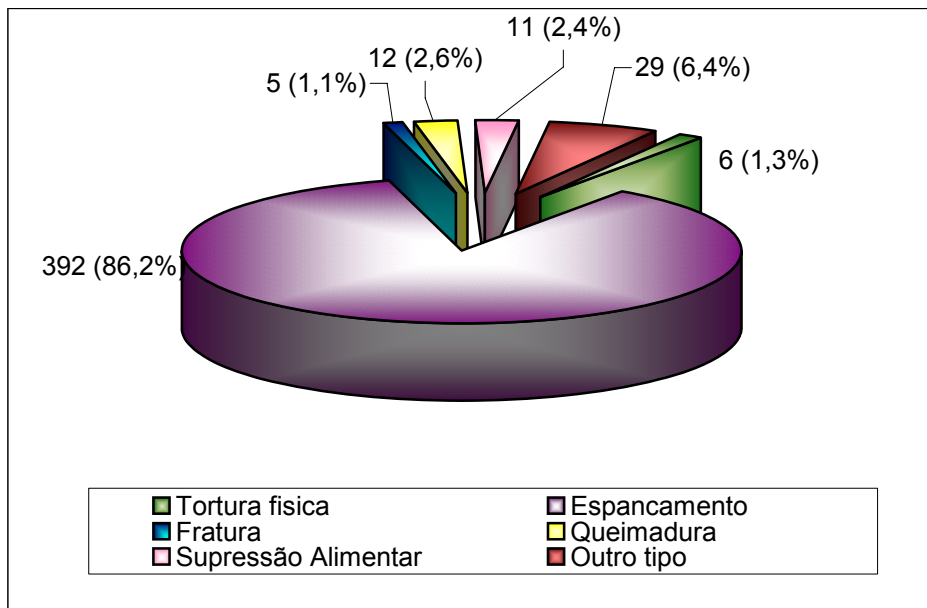
*727 respostas múltiplas;

** negação de atendimento de saúde; criança sem registro de nascimento; mendicância; criança sozinha em casa; supressão alimentar; evasão escolar/ hospitalar; desnutrição; negação de paternidade;

*** impedimento de acesso a documento da criança; cárcere privado; criança/ adolescente preso domicílio; impedimento de acesso ao genitor/ familiares.

Os resultados relacionados à violência física (Gráfico 4) apontaram que, do total de 455 registros, 392 (86,2%) foram por espancamento, 29 (6,4%) casos de outras formas de violência física, 12 (2,6%) queimaduras; 11 (2,4%) supressão alimentar com caráter punitivo; 6 (1,3%) registros de tortura física e 5 (1,1%) fraturas.

Gráfico 4 - Distribuição das diferentes formas de violência física* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.



*455 respostas múltiplas;

**corte, afogamento, beliscões, empurrão, envenenamento, ferimento por arma branca entre outros.

A distribuição da violência física por faixa etária (Tabela 3) aponta que do total de 392 registros de espancamentos, as maiores proporções foram nos grupos etários de 2 a 5 anos, 6 a 9 anos e 10 a 13 anos, perfazendo 276 (70,4%) dos casos registrados. A queimadura acometeu principalmente os grupos de 2 a 5 anos e 6 a 9 anos. Os outros tipos de violência física corresponderam a 29 ocorrências.

Tabela 3 - Distribuição por faixa etária da violência física* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

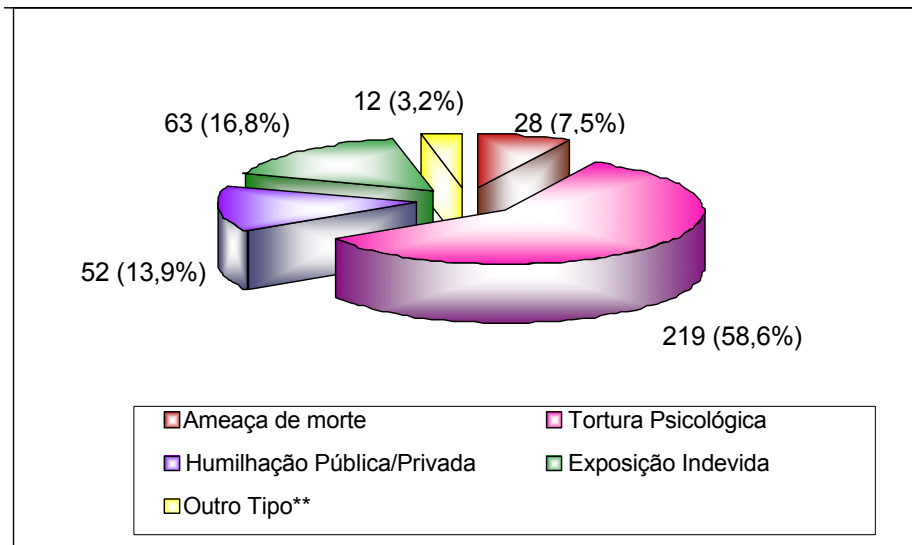
Faixa Etária (anos)	Tipos de Violência Física											
	Espancamento		Queimadura		Fratura		Tortura Física		Supressão Alimentar		Outro tipo**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ de 1	25	6,4	-	-	1	20	1	16,7	4	36,4	1	3,40
2-5	98	25,0	6	50,0	1	20	3	49,9	1	9,1	9	31,1
6-9	98	25,0	1	8,3	1	20	-	-	2	18,2	6	20,7
10-13	80	20,4	2	16,7	2	40	1	16,7	3	27,2	8	27,6
14-16	50	12,7	2	16,7	-	-	-	-	-	-	1	3,4
17-19	18	4,6	-	-	-	-	1	16,7	1	9,1	-	-
Ignorado	23	5,9	1	8,3							4	13,8
TOTAL	392	100	12	100	5	100	6	100	11	100	29	100

*455 respostas múltiplas;

**corte, afogamento, beliscões, empurrão, envenenamento, ferimento por arma branca, entre outros.

No que diz respeito à violência psicológica (Gráfico 5), do total de 374 registros, a tortura psicológica foi responsável por 219 (58,6%) casos, seguido de 63 (16,8%) denúncias de exposição indevida, 52 (13,9%) de humilhação pública/privada e 28 (7,5%) ameaça de morte.

Gráfico 5 - Distribuição do tipo de violência psicológica* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.



*374 respostas múltiplas;

** ameaça, ameaça de abandono, mendicância, discriminação racial, impedimento de acesso ao genitor/ genitor.

A distribuição da violência psicológica por faixa etária das vítimas (Tabela 4) mostrou que, de modo geral, nas diferentes formas de manifestações desta violência, as faixas mais acometidas foram de 2 a 5 anos, 6 a 9 anos e 10 a 13 anos. A ameaça de morte foi registrada em 28 casos, com altas proporções nas faixas de 6 a 9 anos e 10 a 13 anos. Ressalta-se o registro de violência psicológica (tortura, exposição indevida) contra crianças de até um ano de idade.

Tabela 4 - Distribuição por faixa etária dos tipos de violência psicológica* contra crianças e adolescentes, segundo registro dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

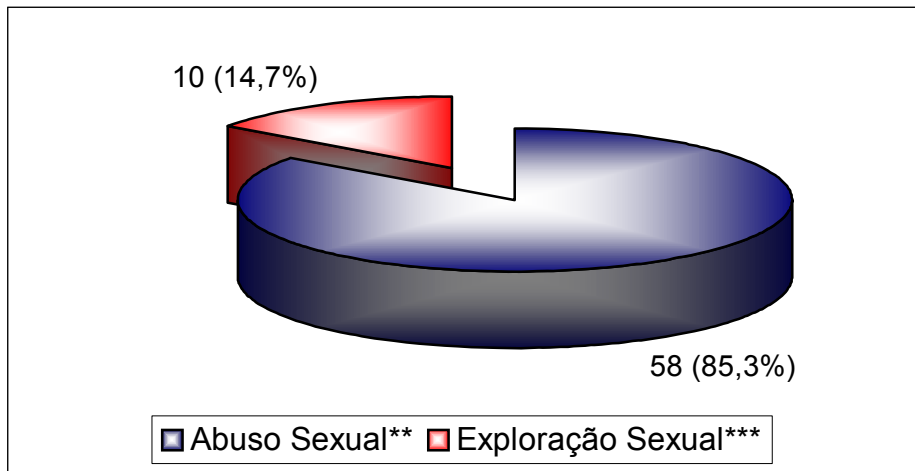
Faixa Etária (anos)	Tipos de Violência Psicológica									
	Ameaça de morte		Humilhação pública / privada		Tortura psicológica		Exposição indevida		Outro tipo**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ de 1	1	3,6	1	1,9	13	5,9	7	11,1	3	25,0
2-5	4	14,3	11	21,1	67	30,6	15	23,9	5	41,7
6-9	6	21,4	15	28,9	62	28,3	10	15,9	1	8,3
10-13	5	17,8	9	17,3	37	16,9	17	27,0	-	-
14-16	9	32,2	7	13,5	26	11,9	4	6,3	-	-
17-19	-	-	6	11,5	8	3,7	4	6,3	1	8,3
Ignorado	3	10,7	3	5,8	6	2,7	6	9,5	2	16,7
TOTAL	28	100	52	100	219	100	63	100	12	100

*374 respostas múltiplas;

** ameaça, ameaça de abandono, mendicância, discriminação racial, impedimento de acesso ao genitor/ genitora.

No que diz respeito à violência sexual (Gráfico 6), os registros apontaram que, do total de 68 casos, 58 (85,3%) foram de abuso sexual (sedução, estupro, incesto, aliciamento e pedofilia) e 10 casos (14,7%) de exploração sexual (prostituição).

Gráfico 6 - Distribuição do tipo de violência sexual* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.



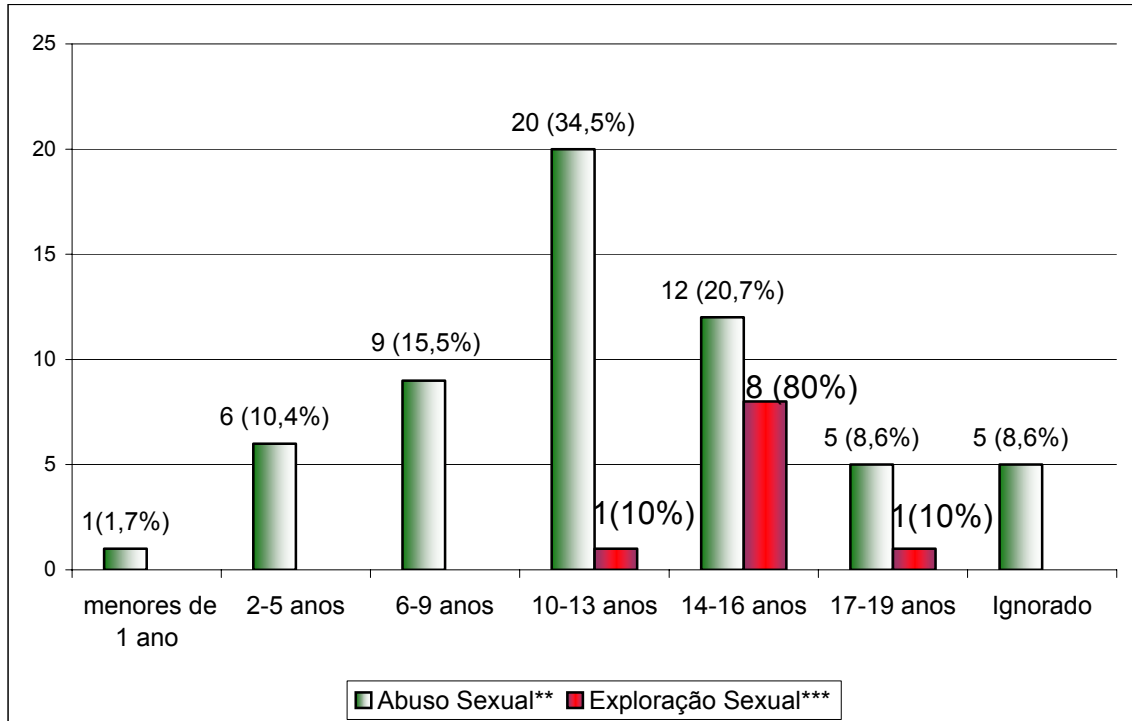
*68 respostas múltiplas;

**Intrafamiliar e extrafamiliar, sedução, estupro, incesto, aliciamento e pedofilia;

***Prostituição.

A distribuição da violência sexual por faixa etária (Gráfico 7) apontou que 20 (34,5%) casos de abuso sexual foram na faixa de 10 a 13 anos, 12 (20,7%) na faixa de 14 a 16 anos e 9 (15,5%) de 6 a 9 anos. Ressalta-se a presença de 6 (10,4%) casos de abuso em crianças de 2 a 5 anos de idade. A exploração (prostituição) foi detectada em 8 (80%) adolescentes de 14-16 anos.

Gráfico 7 - Distribuição por faixa etária dos tipos de violência sexual* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.



*68 respostas múltiplas;

**Intrafamiliar e extrafamiliar, sedução, estupro, incesto, aliciamento e pedofilia;

***Prostituição.

Em relação aos dados de raça, observou-se que 988 (76,4%) das ocorrências não apresentavam esse registro, o que prejudicou a análise (resultados e discussão) dessa variável.

Na Tabela 5 encontram-se apresentados os casos de violência por sexo e faixa etária. No que diz respeito à distribuição por sexo, observou-se uma equivalência, em números absolutos, das vítimas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias estudadas, sendo que 583 foram do sexo masculino e 573 do feminino, destacando-se a perda de 137 casos, por falta de registro das variáveis sexo ou faixa etária. Em relação à divisão por faixa etária verificou-se que, em ambos os sexos, as faixas mais cometidas foram aquelas que compreendiam dos 2 aos 13 anos, com maior proporção entre 2 a 9 anos.

Tabela 5 - Distribuição dos casos registrados de violência segundo faixa etária e sexo das vítimas. Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Faixa Etária (anos)	Sexo da vítima				Total
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Menor de 1 ano	64	11,0	74	12,9	138
2-5	161	27,6	139	24,2	300
6-9	157	26,9	140	24,5	297
10-13	124	21,3	116	20,3	240
14-16	67	11,5	78	13,6	145
17-19	10	1,7	26	4,5	36
TOTAL	583	100	573	100	1156

*Foram perdidos 137 casos para sexo x faixa etária.

Na Tabela 6, encontram-se os registros da escolaridade das vítimas. Do total de 1293 denúncias, verificou-se 424 (32,8%) casos onde o denunciante não sabia informar; 311 (24,0%) informaram que a vítima estudava; 274 (21,2%) não se encontravam em idade escolar; e em 221 (17,1%) prontuários esse dado não estava registrado. Quanto ao tipo de escola, observou-se 450 (34,8%) registros onde esta informação era ignorada. Este dado estava registrado como “não se aplica” em 761 (58,9%) prontuários, correspondendo às vítimas que não estudavam, os denunciantes que não sabiam informar e as crianças que se encontravam em idade não escolar.

Tabela 6 - Distribuição da escolaridade das crianças e adolescentes vítimas de violência, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Estuda	n	%
Sim	311	24,0
Não	63	4,9
Não sabe/ não informou	424	32,8
Não está em idade escolar	274	21,2
Ignorado	221	17,1
TOTAL	1293	100
Tipo de escola		
Pública	78	6,0
Privada	4	0,3
Não de aplica	761	58,9
Ignorado	450	34,8
TOTAL	1293	100

Em relação à coabitação (Tabela 7) verificou-se que 953 crianças e adolescentes (52,7%) conviviam com a mãe; 394 (21,8%) com o pai e 187 (10,3%) com irmãos. É

importante ressaltar que 135 (7,5%) das vítimas conviviam com outros familiares, 87 (4,8%) com outros responsáveis e 11 (0,6%) habitavam em outros lugares.

Tabela 7 - Distribuição da coabitação* das crianças e adolescentes vítimas de violência, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Vínculo	n	%
Mãe	953	52,7
Pai	394	21,8
Irmãos	187	10,3
Outros familiares**	135	7,5
Outros responsáveis***	87	4,8
Outras respostas****	11	0,6
Ignorado	42	2,3
TOTAL	1809	100

*1809 respostas múltiplas;

** avós, tios, madrinha e parentes;

*** vizinhos, amigos, babá, companheiro, madrasta e padrasto;

**** rua, casa de exploração sexual, sozinhos, abrigo.

5.3 Caracterização de denunciantes e agressores

De acordo com a (Tabela 8), a principal fonte de denúncia foi anônima, 398 (30,8%), seguido da denúncia pela mãe, 277 (21,4%) e pai, 192 (14,9%). O serviço de saúde denunciou 48 (3,7%) casos e a escola apenas 14 (1,1%). A comunidade (Associação Feirense de Assistência Social, namorado, polícia, Secretaria de Desenvolvimento Social, padre, vizinhos, conhecidos) e os órgãos de responsabilização (Programas Sentinela e Rua Tô Fora, Conselhos Tutelares e Juizado da Infância e Adolescência) foram responsáveis por 6,5% das denúncias. Ressalta-se a ausência de 10,9% no registro dessa variável.

Tabela 8 - Distribuição dos denunciadores da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003-2004.

Denunciante	n	%
Anônimo	398	30,8
Mãe	277	21,4
Pai	192	14,9
Parentes	110	8,5
Órgãos de responsabilização	52	4,0
Serviço de Saúde	48	3,7
Comunidade	33	2,5
Vítima	26	2,0
Escola	14	1,1
Pai/mãe	3	0,2
Ignorado	140	10,9
TOTAL	1293	100

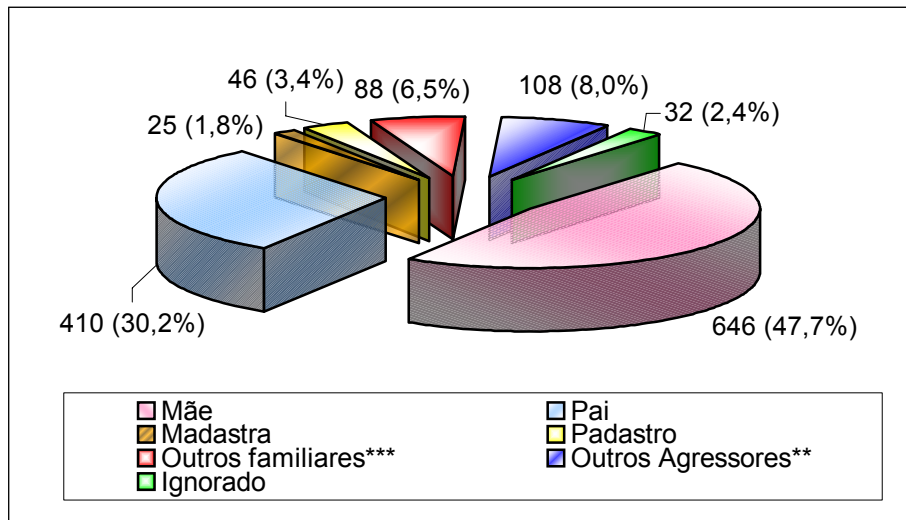
Quanto à caracterização dos agressores por sexo e faixa etária (Tabela 9), verificou-se 655 registros (50,7%) do sexo feminino e 427 (33,0%) do masculino. No total das ocorrências, 162 (12,5%) constavam agressores de ambos os sexos e em 49 (3,8%) registros este dado era ignorado. Em relação à faixa etária, em 1255 (97,0%) registros este dado era ignorado.

Tabela 9 - Distribuição do sexo e faixa etária do agressor, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Sexo do agressor	n	%
Masculino	427	33,0
Feminino	655	50,7
Ambos	162	12,5
Ignorado	49	3,8
TOTAL	1293	100,0
Faixa etária do agressor (anos)	n	%
6-9	1	0,1
10-19	19	1,5
20-24	11	0,8
25-60	6	0,5
60 ou +	1	0,1
Ignorado	1255	97,0
TOTAL	1293	100,0

No que diz respeito ao vínculo da vítima com agressor (Gráfico 8), os dados apontaram que a mãe foi responsável por 646 (47,7%) das ocorrências; o pai por 410 (30,2%) casos; outros agressores por 108 (8,0%) e familiares por 88 (6,5%). O padrasto e a madrasta corresponderam a 46 (3,4%) e 25 (1,8%) das ocorrências, respectivamente.

Gráfico 8 - Distribuição do vínculo vítima e agressor* de crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.



*1355 respostas múltiplas;

**criança/adolescente; aliciador; amante do genitor(a); amigo (a); comerciante; companheiro; comunidade; funcionários do orfanato; professor(a); responsável; entre outros);

***irmãos, tios, avós, parentes.

No que diz respeito à faixa etária das vítimas, de acordo com o vínculo do agressor (Tabela 10), apontou que, de modo geral, as faixas mais comprometidas foram as de 2 a 5 anos, 6 a 9 anos e 10 a 13 anos, sendo os principais agressores a mãe e o pai. Ressalta-se a presença de agressão pelos genitores em crianças menores de um ano, em cerca de 12% dos registros.

Tabela 10 - Distribuição do vínculo vítima e agressor de crianças e adolescentes segundo faixa etária das vítimas*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Faixa Etária (anos)	Vínculo do Agressor (a)													
	Mãe		Pai		Padrasto		Madrasta		Outros familiares**		Outros agressores***		Sem Registro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ de 1	91	14,1	50	12,1	1	2,2	1	4,0	6	6,8	1	0,9	2	6,2
2-5	198	30,7	112	27,4	10	21,7	5	20	23	26,2	4	3,7	7	21,9
6-9	163	25,3	102	24,9	14	30,5	11	44	15	17,0	29	26,8	7	21,9
10-13	127	19,6	82	20,0	12	26,1	5	20	18	20,4	36	33,4	5	15,6
14-16	55	8,5	55	13,4	6	13,0	1	4	20	22,8	30	27,8	7	21,9
17-19	12	1,8	9	2,2	3	6,5	2	8	6	6,8	8	7,4	4	12,5
TOTAL	646	100	410	100	46	100	25	100	88	100	108	100	32	100

*1355 respostas múltiplas;

**irmãos, tios, avós, parentes;

*** criança/ adolescente; aliciador; amante do genitor (a); amigo (a); comerciante; companheiro; comunidade; funcionários do orfanato; professor (a); responsável; entre outros.

Na Tabela 11, encontram-se dados anteriormente demonstrados. De modo geral, as principais formas de violência denunciadas foram a negligência, violência física e psicológica, cometidas predominantemente pela mãe e pelo pai. A violência sexual foi principalmente cometida por outros agressores e familiares, entretanto, chama atenção casos de violência sexual cometidos por mãe, pai e padrasto.

Tabela 11 - Distribuição do tipo de violência segundo vínculo com agressor de crianças e adolescentes*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Vínculo do Agressor (a)	Tipo de Violência											
	Violência Física		Violência Psicológica		Negligência Familiar		Violência Sexual *****		Exploração Sexual		Outras Formas****	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mãe	195	44,2	138	38,1	257	31,8	6	9,7	1	5,9	86	49,2
Pai	124	28,1	131	36,2	481	59,4	7	11,3	4	23,5	45	25,7
Padrasto	25	5,7	16	4,4	19	2,3	10	16,1	-	-	8	4,6
Madrasta	14	3,2	10	2,8	6	0,7	-	-	1	5,9	5	2,8
Outros familiares**	22	4,9	28	7,7	28	3,5	12	19,3	-	-	19	10,9
Outros Agressores***	55	12,5	34	9,4	8	1,0	19	30,7	8	47,1	7	4,0
Sem Registro	6	1,4	5	1,4	11	1,3	8	12,9	3	17,6	5	2,8
TOTAL	441	100	362	100	810	100	62	100	17	100	175	100

* 1867 respostas múltiplas;

** irmãos, tios, avós, parentes;

*** criança/ adolescente; aliciador; amante do genitor (a); amigo (a); comerciante; companheiro; comunidade; funcionários do orfanato; professor (a); responsável; entre outros;

**** maus-tratos, trabalho infantil;

***** abuso sexual intrafamiliar e extrafamiliar, sedução, estupro, incesto, aliciamento e pedofilia;

As Tabelas 12 e 13 demonstram o grau de consciência e forma de intimidação do agressor, de acordo com a violência praticada. Quanto ao grau de consciência do agressor, verificou-se que em 85,4% dos prontuários não havia esse dado, sendo registrados 138 casos de agressores alcoolizados, 47 com grau de consciência normal e 38 drogados. O tipo de intimidação utilizada foi ignorado em 62,7% dos prontuários. Em 461 casos foi utilizada a força física, sendo a violência física registrada em 283 (61,5%) casos. O uso de armas de fogo/ branca acometeu 13 casos, acompanhado de violência psicológica e negligência familiar.

Tabela 12 - Distribuição do grau de consciência do agressor*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tipo de violência	Grau de consciência do agressor											
	Normal		Alcoolizado		Drogado		Drogado / alcoolizado		Outro grau**		Ignorado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Violência física	12	25,5	40	29,0	4	11,8	1	12,5	2	20,0	339	24,4
Violência psicológica	9	19,1	29	21,0	9	26,5	1	12,5	5	50,0	250	18,0
Negligência familiar	19	40,5	58	42,0	15	44,1	5	62,5	-	-	610	44,1
Violência sexual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4,1
Exploração sexual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0,9
Outras formas***	7	14,9	11	8,0	6	17,6	1	12,5	3	30,0	118	8,5
TOTAL	47	100	138	100	34	100	8	100	10	100	1387	100

* 1624 respostas múltiplas;

** distúrbio mental e depressivo;

*** maus-tratos, trabalho infantil.

Tabela 13 - Distribuição da forma de intimidação do agressor*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Tipo de violência	Forma de Intimidação do Agressor							
	Força física		Ameaça		Arma de fogo/branca		Sem registro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Violência física	283	61,5	42	25,8	2	15,4	108	10,1
Violência psicológica	67	14,5	78	47,8	6	46,1	188	17,5
Negligência familiar	68	14,7	30	18,4	4	30,8	617	57,5
Violência sexual	12	2,6	-	-	-	-	40	3,7
Exploração sexual	-	-	-	-	1	7,7	12	1,1
Outras formas**	31	6,7	13	8,0	-	-	108	10,1
TOTAL	461	100	163	100	13	100	1073	100

* 1710 respostas múltiplas;

** maus-tratos, trabalho infantil.

5.4 Atendimento Profissional às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência

Nas Tabelas 14 e 15 encontram-se apresentados os encaminhamentos. Na Tabela 14 verifica-se que do total de 1293 ocorrências, apenas em 487 (37,7%) casos

este dado estava registrado. Os casos foram encaminhados para os órgãos de responsabilização e defesa (Juizado, Ministério Público, Delegacias, Conselhos Tutelares), assim como para outras Instituições que lidam com essa causa no município. Em relação à violência sexual, destaca-se os encaminhamentos para o Centro de Referência Sentinela, assim como as baixas proporções de encaminhamentos para os Serviços de Saúde. Na Tabela 15, quanto às formas de encaminhamento por tipo de violência, observa-se que a maior parte dos encaminhamentos foram com notificação, em torno de 40% dos casos registrados. Ressalta-se as baixas proporções de encaminhamentos para aconselhamento.

Tabela 14 - Distribuição dos encaminhamentos realizados segundo tipo de violência* contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Instituições ou Instâncias	Tipo de Violência											
	Violência Física		Violência Psicológica		Negligência Familiar		Violência Sexual		Exploração Sexual		Outras Formas**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conselho Tutelar	4	3,5	10	14,8	35	16,3	1	2,3	1	14,3	8	22,2
Sentinela	6	5,1	9	13,2	3	1,4	19	43,1	2	28,6	-	-
Delegacia IML/DPT	23	19,6	5	7,4	8	3,7	9	20,4	-	-	2	5,5
Juizado/ M. Público	14	11,9	6	8,8	30	14,0	4	9,1	-	-	6	16,7
Serviços de Saúde	4	3,5	2	2,9	5	2,3	1	2,3	-	-	1	2,8
Abrigos	6	5,1	4	5,9	23	10,7	2	4,6	-	-	2	5,6
SEDES	-	-	3	4,4	10	4,6	1	2,3	1	14,3	-	-
ONG's	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem Registro	59	50,4	29	42,6	101	47,0	7	15,9	3	42,8	17	47,2
TOTAL	117	100	68	100	215	100	44	100	7	100	36	100

*487 respostas;

** maus-tratos, trabalho infantil.

Tabela 15 - Distribuição das formas de encaminhamentos realizados segundo tipo de violência*, segundo registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana - Bahia, 2003 - 2004.

Formas de Encaminhamento	Tipo de Violência											
	Violência Física		Violência Psicológica		Negligência Familiar		Violência Sexual		Exploração Sexual		Outras Formas**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acompanhamento	5	1,2	4	1,3	7	1,1	-	-	-	-	2	1,4
Aconselhamento	44	10,8	34	10,8	63	10,2	1	3,4	-	-	23	15,4
Advertência	50	12,2	28	8,9	62	10,0	4	13,8	-	-	10	6,7
Audiência	2	0,5	3	0,9	3	0,5	-	-	-	-	-	-
Notificação	192	47,1	155	49,2	290	47,0	16	55,2	4	57,1	63	42,3
Sindicância	112	27,5	76	24,1	178	28,9	8	27,6	1	14,3	50	33,5
Outros***	3	0,7	15	4,8	14	2,3	-	-	2	28,6	1	0,7
TOTAL	408	100	315	100	617	100	29	100	7	100	149	100

*1525 respostas múltiplas;

** maus-tratos, trabalho infantil;

***escola, família, solicitação de registro de nascimento, anúncio no rádio, contacto com o Prefeito e Secretaria Municipal de Saúde.

6 DISCUSSÃO

6.1 Fontes de Dados: registros dos Conselhos Tutelares

O Conselho Tutelar (CT) caracteriza-se como um órgão permanente, não-jurisdicional e autônomo que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 131) é encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2004a). Caracteriza-se como permanente pelo fato de que deve funcionar em período integral (24 horas), autônomo porque ninguém pode interferir ou influenciar as suas deliberações, tendo liberdade de ação, com base no ECA, nas melhores medidas em cada situação; e não-jurisdicional, porque o mesmo não tem autoridade para julgar nenhum tipo de conflito (o que compete ao juiz responsável) (TEIXEIRA, 1998).

Segundo o artigo 136 (ECA), os Conselhos Tutelares têm com atribuições: atender à criança e ao adolescente que tiverem seus direitos ameaçados ou violados; atender e aconselhar pais e responsáveis das crianças que tiverem seus direitos ameaçados ou violados, aplicando-lhe medidas quando necessário; encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência; expedir notificações; requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente; requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, trabalho e segurança, entre outras.

Cada município, segundo a lei, deve ter no mínimo um Conselho Tutelar, composto por cinco membros, que são eleitos pela própria comunidade local. Cada conselheiro cumpre o mandato de três anos, tendo direito á apenas uma reeleição. Além disso, para se candidatar a conselheiro tutelar, três pré-requisitos básicos são estabelecidos por lei: idoneidade moral reconhecida, idade superior a vinte e um anos e residir no município (ECA, 2004).

Os conselheiros devem agir através da execução e operacionalização da política de atendimento, intervindo nos casos de violação em real ou potencial risco de acontecer, sendo interlocutores dos diversos profissionais que atuam junto a crianças e adolescentes, como profissionais de saúde e educação (BRASIL, 2002).

Segundo a lei, cada conselho deve ser criado por Lei Municipal, que garanta o seu funcionamento de forma adequada, estabelecendo dia, local e horário de funcionamento

do mesmo, assim como a eventual remuneração dos seus membros e recursos materiais para a execução dos seus serviços para a garantia efetiva dos direitos de criança e adolescente em situações de risco.

Na presente pesquisa, verificou-se que, no período de 2003 e 2004, a maior proporção de registros originou-se do Conselho Tutelar II, o que pode ser explicado pela localização em local de fácil acesso à população, assim como pela área de abrangência, nos bairros mais periféricos e populosos do município de Feira de Santana.

Vale ressaltar a baixa frequência de notificação nos Conselhos I e II, com média de 24 denúncias/ mês no Conselho Tutelar I e de 29 no Conselho Tutelar II, o que equivale a 297 e 349 ocorrências/ ano, respectivamente, no período em estudo. Estes resultados corroboram com estudos que apontam a situação de sub-notificação da violência contra crianças e adolescentes, principalmente no que diz respeito à violência doméstica (MINAYO, 2002; MIISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; OMS, 2002).

No que diz respeito ao número de denúncias, um importante fator limitante tem sido a falta de funcionamento dos Conselhos em tempo integral. No município, os Conselhos Tutelares funcionam em horário administrativo (8:00 às 18:00 h), portanto, deixam de atender às vítimas no período noturno, madrugada, finais de semana e feriados.

Esses resultados apontam para a necessidade de mudança na lei municipal, no que diz respeito aos recursos financeiros necessários para viabilizar o adequado funcionamento e atenção a população em horário integral (BRASIL, 2004a).

A OMS estima que 40 milhões de meninos e meninas sofrem atos violentos em todo o mundo e que a violência intrafamiliar se constitui em um dos tipos mais comuns de violência contra crianças e adolescentes, sendo considerada também uma das formas menos visíveis.

Na análise dos registros dos CT de Feira de Santana, foi verificado que o domicílio foi o local de maior frequência de violência contra crianças e adolescentes, caracterizando a ocorrência do fenômeno no âmbito privado, no contexto familiar, de difícil identificação. Em São Paulo, no período de 1988 a 1990, levantamento realizado pelo Serviço de Advocacia da Criança (SAC) da Secretaria do Menor identificou 6.056 (63%) casos de crianças vítimas de violência doméstica (DESLANDES, 1994). Pesquisa realizada pela Universidade Estadual de Londrina – Paraná, em 2001, com casos

identificados pelo Conselho Tutelar do município, apontou a presença de violência doméstica em todos os casos (MOTA et al, 2002).

O Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa) divulgou os primeiros resultados do Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais do Estado de São Paulo no mês de Janeiro do corrente ano, onde foi verificado um maior número de ocorrências na própria residência das vítimas, caracterizando a violência doméstica (BEPA, 2007).

Estudos indicam que a violência doméstica encontra-se inserida em um cenário social, não tendo raízes apenas no plano individual, familiar, mas fazendo parte de um contexto sócio-econômico e cultural amplo que, certamente, pode influenciar o comportamento agressivo dos familiares (MOTA et al, 2002; OMS, 2002; MINAYO, 2003). Sabe-se que a violência intrafamiliar representa um importante fator de impedimento para o adequado desenvolvimento de crianças e adolescentes, em consequência dos traumas físicos e psicológicos, durante toda a trajetória de vida. No contexto familiar, a violência física, psicológica e a negligência, costumam ser justificadas pelos agressores, como formas de educar e corrigir transgressões de comportamento (MINAYO, 2002; GUERRA, 2001).

Na sociedade brasileira, a violência estrutural é responsável por uma realidade de extrema desigualdade social, onde grande parte da população não tem acesso aos serviços básicos (habitação, saúde, educação, assistência social), assim como aos bens de consumo o que, certamente, compromete a estrutura, a dinâmica e o modelo familiar adequado (MOTA et al, 2002). Famílias desassistidas ou mal assistidas em termos de direitos básicos de sobrevivência, tendem a repetir as condições de exploração e abandono de que são vítimas, tornando a violência contra crianças e adolescentes um ciclo vicioso (FERREIRA, 2002).

6.2 As diferentes formas de violência denunciada e o perfil sócio-demográfico das vítimas

Segundo estudiosos, alguns determinantes sócio-econômicos e culturais atuam como fatores potencializadores da violência contra crianças e adolescentes: cultura

patriarcal e adultocêntrica ainda prevalente; utilização de drogas pelos membros da família; dificuldade de diálogo nas relações familiares; aceitação de castigos físicos como parte da educação familiar; pacto do silêncio firmado entre os membros da família (LAVORATTI, 2002; CALHEIROS & MONTEIRO, 2000).

Na presente pesquisa foi observado que a negligência familiar foi responsável por 48,8% das denúncias. Segundo a OMS, a negligência familiar acontece quando os pais ou responsáveis falham na provisão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social adequados. Significa a omissão dos cuidados básicos relativos a questões de saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições seguras de vida (OMS, 2002). Estudos apontam que, nos Estados Unidos, cerca de 45% das agressões contra crianças constitui-se em negligência familiar (ASSIS; SOUZA, 1999).

Nesse estudo verificou-se que, tanto crianças como adolescentes foram vitimizados pela negligência. Essa forma de violência pode se manifestar pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, devido às condições sócio-econômica desfavoráveis das famílias; pelos atos omissivos infligidos pelos agressores, assim como pelo abandono da criança, desde a mais tenra idade. O abandono constitui um agravante social, na medida em que é considerado a forma mais grave de negligência familiar (SANTOS, 2002).

Em Feira de Santana, as violências física e psicológica foram responsáveis, respectivamente, por 24,9% e 19,1% das ocorrências nos Conselhos Tutelares I e II, mostrando a alta prevalência deste fenômeno no âmbito familiar. Segundo estudiosos, a violência física é a forma mais visível da violência, sendo caracterizada pelo dano físico e comumente enfatizada pelos pais como um método de educar. A violência psicológica manifesta-se, principalmente, de forma subjetiva, entretanto, pode cursar com sérios danos, gerando conseqüências graves no desenvolvimento cognitivo e comprometendo a saúde mental das vítimas (GUERRA, 2001; MINAYO, 2002).

Os resultados deste estudo concordam com outras pesquisas que apontam alta prevalência da negligência, violência física e psicológica, entre as violências cometidas em crianças e adolescentes. Pesquisa realizada no Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) da Universidade de São Paulo – USP, em 142 municípios do estado, no período de 1996 a 2001, verificou que 92,2% dos casos de violência doméstica foram por

negligência familiar, violência física e psicológica (LAVORATTI, 2002). Estudo realizado em São Paulo, no período de 1988-1992, nos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIS) (municípios de Campinas, Botucatu, Itapira, Piracicaba, Bauru, São José do Rio Preto e Sorocaba), identificou a prevalência relevante desses mesmos tipos de violências (DESLANDES, 1994).

Estudos indicam que a violência doméstica encontra-se inserida em um cenário social, não tendo raízes apenas no plano individual, familiar, mas fazendo parte de um contexto sócio-econômico e cultural amplo que, certamente, pode influenciar o comportamento agressivo dos familiares (MOTA et al, 2002; OMS, 2002; MINAYO, 2003). Sabe-se que a violência intrafamiliar representa um importante fator de impedimento para o adequado desenvolvimento de crianças e adolescentes, em consequência dos traumas físicos e psicológicos, durante toda a trajetória de vida. No contexto familiar, a violência física, psicológica e a negligência, costumam ser justificadas pelos agressores, como formas de educar e corrigir transgressões de comportamento (MINAYO, 2002; GUERRA, 2001).

No que diz respeito às faixas etárias, as mais acometidas foram aquelas de 6 a 9 anos; 2 a 5 e 10 a 13 anos, muito embora tenha se verificado proporções significativas de todas as formas de violência entre os lactentes (menores de 1 ano), assim como da violência física e sexual entre os adolescentes. Considera-se que, durante toda a infância, o crescimento e desenvolvimento adequados dependem de diferentes fatores intrinsecamente relacionados aos cuidados básicos e cujos prejuízos podem ser manifestados de diferentes formas, de acordo com a duração e intensidade do comprometimento (BESERRA et al, 2002; OMS, 2002; COSTA; GOMES, 2005).

Segundo os resultados de Feira de Santana, a violência física acometeu em maior proporção as fases escolar, pré-escolar e adolescente. A alta prevalência dessa forma de violência em crianças, intensificada a partir dos dois anos, pode ser explicada pela utilização (principalmente dos pais) de punições corporais com o intuito de disciplinar. Esses achados corroboram com estudos realizados em diferentes Instituições (Polícia, Justiça da Infância e da Juventude, Justiça Criminal) da cidade de São Paulo (1981), que apontaram maior freqüência de casos notificados na faixa dos 7 aos 13 anos (GUERRA, 2001).

A violência física está presente no cotidiano de crianças e adolescentes desde a antiguidade. Existe um conhecimento histórico de que a punição corporal ou o espancamento constituem formas de pais ou responsáveis corrigirem erros e disciplinarem crianças e adolescentes, como forma de educar e modificar comportamentos não desejáveis nestes grupos etários (MATTOS, 2002; GUERRA, 2001).

Na infância, as crianças iniciam a busca da autonomia, tornando-se curiosas, inquietas, audaciosas, sendo que em geral, os adultos não conhecem de forma adequada como se processa o desenvolvimento infantil e a necessidade de aquisição de novas habilidades. A intensa atividade motora, assim como as inúmeras aquisições cognitivas, a busca da autonomia, a necessidade de conhecer o mundo e realizar experimentações são exigências inerentes e fundamentais ao pleno desenvolvimento (COSTA; GOMES, 2005). A violência física é utilizada como forma de tentar conter atitudes consideradas normais (SILVA et al, 2002).

Um outro aspecto mostrado no presente estudo quanto à violência física, vem a ser o acometimento significativo de crianças com idade até um ano. Sabe-se que a Síndrome da Criança Espancada pode gerar conseqüências orgânicas graves, uma vez que possibilita sofrimento físico à criança, que pode ter como conseqüência fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros (BRASIL, 2002). Os resultados de Feira de Santana, apontando casos de violência física em crianças pequenas, corroboram com estudos que descrevem a associação de achados clínicos não concordando com as respectivas histórias acidentais expressas pelos pais, no atendimento em setores de urgências e emergências. O diagnóstico clínico de hematoma subdural, fraturas recentes de ossos longos, lesões de pele, traumatismos viscerais graves não podem ser provocados por crianças, acidentalmente e sim explicados por violências praticadas, ocasionalmente, por adultos, em particular pelos pais (GUERRA, 2001; OMS, 2002).

Na adolescência, a violência física costuma estar relacionada a forma de conter as mudanças de comportamento característico da fase. A presença de violência física nesta etapa pode estar associada à baixa qualidade das relações familiares desde a infância, podendo gerar mútua relação de rejeição entre pais e filhos, assim como sentimentos contraditórios, como o desejo de rompimento, assim como de ser reconhecido pela família (ASSIS, 1999).

Dentre os casos de violência física registrados em Feira de Santana, o espancamento foi a maior forma de prevalência, 86,2%. O lar aparece como local privilegiado para as diversas formas de espancamento, embora se saiba que esta violência acometa frequentemente, crianças e adolescentes, em situação de risco, que ficam ou trabalham nas ruas, e aquelas institucionalizadas (SANTANA; SOUZA, 2002).

É importante ressaltar, que punições físicas severas, como o espancamento, constituem um problema de abrangência mundial, atingindo crianças e adolescentes de diferentes culturas. Segundo a OMS, nos Estados Unidos, pesquisa realizada em 1995, apontou que os pais utilizavam diversas formas de punições corporais contra os seus filhos (chutes, surra, bater com objeto); na República da Coreia, 45% dos pais questionados confirmaram alguma forma de espancamento (OMS, 2002). Estudo realizado na cidade do Recife, constatou entre 2112 crianças/ adolescentes (7 a 14 anos) entrevistados, cerca de 50% foram disciplinadas através de castigos corporais (surra com cinturão, vara, chinelo, objetos contundentes, acorrentadas) (GUERRA, 2001).

A punição corporal através do espancamento pode, em curto prazo, matar um grande número de crianças e adolescentes a cada ano, assim como provocar incapacidades física ou mental em muitas outras. Da mesma forma, em longo prazo, tem sido mostrada como um fator contribuinte no desenvolvimento de comportamentos violentos, estando muitas vezes associada a outros problemas na infância e fases posteriores da vida (OMS, 2002). Essas vítimas podem se transformar em futuros agressores, transmitindo a violência através de gerações (SANTOS, 2002; SALOMON, 2002).

Nesta pesquisa, a violência psicológica vitimizou principalmente crianças escolares e pré-escolares, entretanto é importante destacar esse acometimento na faixa etária de até um ano, o que pode influenciar o adequado desenvolvimento cognitivo e social dessas vítimas (BRASIL, 2002). A violência psicológica é uma das formas mais difíceis de ser identificada, por não produzir evidências imediatas, entretanto, pode provocar efeitos emocionais deletérios e repercutir na formação da personalidade das crianças e adolescentes vitimizadas. Essa forma de violência costuma ser pouco notificada, fazendo parte do contexto de outras (BENNETTI, 2002).

Em Feira de Santana, dentre os casos de violência psicológica denunciados, a tortura psicológica, a exposição indevida e a humilhação pública e privada foram mais

prevalentes. Segundo estudiosos, de modo geral, todas as formas de violência psicológica se convergem e dão origem ao abuso emocional, caracterizado por ameaças verbais com conteúdo violento ou emocional, provocando reações de medo, frustração e temor da integridade física. O não reconhecimento da criança como um sujeito social, a não legitimidade das necessidades, o impedimento para a realização de experiências sociais e com amigos, agressões verbais, estimulação de comportamentos anti-sociais, entre outros, confluem os diversos aspectos da violência psicológica (BENNETTI, 2002; BRASIL, 2002). Dados da OMS indicam que a prática de gritar com meninos e meninas é muito comum entre os pais (OMS, 2002).

Pesquisas revelam que apesar de escassez de dados, a violência psicológica, vem fazendo parte do contexto de vida de inúmeras crianças e adolescentes (ASSIS, AVANCI, 2004). Nos Estados Unidos, pesquisa realizada por Garbarino et al (1986) revelou alta frequência de abuso emocional, através das agressões verbais, ameaças e confinamento. No Rio de Janeiro, em 1991, pesquisa realizada com estudantes de escolas públicas e particulares do município de Duque de Caxias, demonstrou que mais de 50% sofreram agressões verbais, através de insultos, pelos seus pais (ASSIS, 1992).

A violência sexual tem um impacto muito grande na saúde física e mental da criança e do adolescente, deixando marcas em seu desenvolvimento, com danos que podem persistir por toda a vida. Significa contatos de ordem sexual, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, na tentativa de estimulá-la sexualmente e obter estímulo para si ou outrem através de atos sexuais, comentários ou investidas sexuais indesejados pela vítima (OMS, 2002).

Pesquisas em países europeus indicam que de 6 a 36% das meninas e 1 a 15% dos meninos sofreram experiências sexuais abusivas antes dos 16 anos. Outros estudos, realizados nos Estados Unidos, com uma amostra de 935 pessoas, diagnosticou que em torno de 32% das mulheres entrevistadas e 14% dos homens revelaram abuso sexual na infância (BRIERE, ELLIOT, 2003).

No ano de 2002, dados da Polícia Civil – Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul – apontam que de 1440 crianças vítimas de violência, 62% (872) sofreram violência sexual; já no de 2003, 1763 foram vítimas de violência e em torno de 66% por violência sexual.

A violência sexual é mais comum em meninas, porém meninos também estão sendo violados por adultos que se aproveitam da maior vulnerabilidade de crianças e adolescentes (SEIXAS, 1999). Estudos realizados desde a década de 80 revelaram que a vitimização sexual acontece em torno de 20% das mulheres, enquanto no contexto masculino é um pouco mais baixa, cerca de 5 a 10% (OMS, 2002).

No que diz respeito a este tipo de violência, os resultados apontaram maior prevalência na fase inicial da adolescência, muito embora tenha acometido crianças de todas as faixas, inclusive os menores de um ano. Estudo realizado em escolas de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, revelou maior prevalência dessa violência entre os adolescentes, concordando com os resultados de Feira de Santana (POLANCZYK, 2003).

De acordo com a OMS, estudos revelam que os índices de abuso sexual tende a se elevar após o início da puberdade, com as taxas mais altas ocorrendo durante a adolescência, porém pode acontecer em crianças de todas as idades, concordando com o presente estudo (OMS, 2002). Estudo realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo, verificou predomínio da violência sexual entre adolescentes com idade de 15 a 19 anos (DREZETT, 2000).

A verdadeira incidência e prevalência dos crimes sexuais são desconhecidas, acreditando-se ser essa uma das condições de maior subnotificação e subregistro, visto que muitas crianças e adolescentes não revelam o que está acontecendo (DREZETT, 2000).

Segundo estudiosos, a maior parte das vítimas de abuso sexual não registra queixa, por constrangimento e receio de humilhação, somadas ao medo da falta de compreensão ou interpretação equivocada de familiares, amigos, vizinhos e autoridades.. Apesar do tímido percentual de denúncias encontrado em Feira de Santana, sabe-se que a agressão sexual é um crime cada vez mais prevalente, acometendo milhares de pessoas, a cada ano, em todo o mundo.

Dados do Programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência, localizado na cidade de Curitiba, revelaram 1.356 notificações de maus-tratos no ano de 2003, sendo que destas 17,6% dos casos foi de abuso sexual, e destes mais de 75% aconteceu com meninas. Ainda neste estudo, verificou-se que em torno de 75% dos casos o abuso sexual ocorreu na forma de violência doméstica, sendo infligido por pessoas que mantinham uma relação de confiança com a vítima.

Este estudo revelou a presença de casos de exploração sexual apenas na fase da adolescência. Dados da pesquisa sobre “Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil” (PESTRAF, s/d) revelaram que as vítimas de exploração sexual possuem variações na faixa etária entre 12 e 18 anos, o que ratifica os dados apresentados em Feira de Santana. No Brasil estima-se que em torno de 800 mil meninas vivem em situação de prostituição (OMS, 2002).

No que diz respeito à raça e escolaridade das vítimas, verificou-se a ausência de dados em mais de 70% das denúncias. Em relação ao grupo étnico, no período em estudo 76,4% desta informação não constava nos prontuários. Entre os 23,6% registros, 11,6% estavam classificados como cor parda; 5,6% de etnia negra; e 6,4% brancos.

Estudiosos relatam que populações afro descendentes e brancas ocupam lugares divergentes na sociedade e trazem consigo também experiências desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Esse desequilíbrio proporciona aos negros/ pardos diversas iniquidades sociais: acesso à saúde, preconceito e discriminação racial, violência estrutural com as extremas desigualdades sociais, sendo assim estes fatores contribuem para a formação de uma sociedade marginalizada, com dificuldade de acesso às suas necessidades básicas de vida (LOPES, 2004). Segundo relato desses estudiosos, a desigualdade social se manifesta na distribuição de renda e acesso a Serviços de Saúde e Segurança Pública. Essa realidade termina por influenciar as experiências de vitimização e o comportamento dos indivíduos negros/ pardos em face à violência, que podem ser provocados tanto pelas arbitrariedades dos órgãos de segurança, assim como pelo comportamento agressivo e delinquentes apresentados por esses indivíduos e grupos sociais envolvidos (NORONHA, 1999).

No que tange à carência de pesquisas nesta área, dados sócio-econômicos relativos à população negra por si só já são fortes indicadores da baixa qualidade de vida que vive a maioria dessa população (BRASIL, 2002), sendo aceitável pensar que onde se concentra a violência estrutural nos seus diversos aspectos, haverá também maiores chances do desencadeamento de diferentes formas de violência, inclusive contra crianças e adolescentes.

A baixa qualidade do preenchimento do boletim de ocorrência nos Conselhos Tutelares quanto à questão étnica pode revelar a pouca importância dada ao registro sobre etnia ou até mesmo o despreparo para saber discernir o que é negro, pardo ou

branco, uma vez que, no Brasil existe uma miscigenação muito grande, o que pode dificultar tal prática (LOPES, 2004).

Os resultados apresentados na presente pesquisa também demonstram baixa qualidade dos registros quanto à escolaridade das vítimas, dado importante para avaliar o perfil social.

Em relação à coabitação, observou-se que uma parcela significativa das vítimas residia com a mãe, 953 (52,7%) numa relação quase três vezes maior do que com o pai, 394 (21,8%). Esses achados apontam uma estrutura familiar modificada, na qual a família nuclear deixa de existir, dando espaço para um novo tipo de família, marcada pela ausência de uma das figuras parentais (pai ou mãe) ou a substituição de uma delas por outra pessoa (madrasta-padrasto) (ASSIS, 1999).

Segundo estudiosos, esta outra configuração da estrutura familiar afeta todos os membros da família, entretanto as conseqüências são mais freqüentes na criança e adolescente, pela dificuldade em lidar com tal situação (MOTA et al, 2002).

6.3 Caracterização de denunciante e agressores

Em Feira de Santana, os resultados da pesquisa demonstraram que a maior prevalência das denúncias foi anônima, correspondendo a 30,8% do total dos registros. Pode-se inferir que diferentes fatores podem ter influenciado estes resultados, como a participação efetiva dos Conselhos Tutelares, juntamente com a Rede de atendimento, Defesa e Responsabilização do município, na divulgação e desmistificação do “Disque Denúncia”, através de campanhas massivas junto à população em geral.

A atuação de Feira de Santana, no que se refere ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes tem sido ostensiva, desde 2003:

1. O município foi contemplado no contexto do Programa de Ações Integradas e Referenciais de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes – PAIR, gerenciado pelo Governo Federal (tendo em vista ser considerado um importante trevo rodoviário do norte-nordeste do Brasil, cortado por 5 rodovias, servindo de portal para a região do semi-árido baiano);

2. Implantado no município o Centro de Referência Sentinela (na Secretaria do Desenvolvimento Social), fazendo parte de um programa nacional;

3. Implementada a atuação do Conselho Tutelar, com ampliação do número de Conselhos no município, com inauguração da Casa dos Conselhos, com a escolha dos conselheiros e formação desses;

4. Intensificada a atuação dos Conselhos de Defesa e de Assistência à criança, em diferentes níveis de decisão e atuação no município;

5. Implantado o comitê municipal do PAIR, contando a participação efetiva de diferentes segmentos (saúde, educação, justiça, trabalho, ação social, defesa, responsabilização, acolhimento, Universidade, ONGs, outros,), representados pelo Juizado da Infância e Adolescência, Ministério Público, Conselhos de Defesa, de Saúde e de Assistência Social à Criança; Programa Sentinela da Secretaria de Desenvolvimento Social, Conselhos Tutelares, entre outras instâncias comprometidas com a defesa e atendimento às vítimas de violência.

6. Intensificação das ações do comitê nos últimos 3 anos, com a contribuição da Universidade (UEFS – NNEPA), e o apoio de Instituições nacionais (Ministério da Educação – MEC; Fundação de Pesquisa do estado da Bahia – FAPESB) e internacionais (Organização Internacional do Trabalho – OIT) para a realização de pesquisas e ações de implementação e fortalecimento das Instâncias locais de atendimento e de defesa, como os Conselhos Tutelares.

Compreende-se que o anonimato constitui uma importante estratégia para estimular a denúncia, tendo em vista a dificuldade e resistência dos indivíduos, em geral, para se envolver com o caso. O “Disque Denúncia” preserva o denunciante de se expor/ envolver com os agressores e familiares da vítima. Outra importante estratégia é o investimento na sensibilização da comunidade em geral, através da mídia e em campanhas, assim como a implementação da capacitação dos conselheiros e profissionais da rede de atendimento e de responsabilização.

Estudiosos relatam que grande parte da violência permanece silenciosa, no interior das famílias, como forma de proteger os agressores (OMS, 2002). No presente estudo foi verificado que mãe, pai e parentes também denunciaram com frequência. Esses dados apontam para algum envolvimento dos familiares nas denúncias registradas, o que pode possibilitar a ruptura do ciclo da violência intrafamiliar (CHESNAIS, 1999).

Em Feira de Santana, os resultados confirmaram a pouca participação das escolas e dos serviços de saúde em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra estes grupos, sendo que das 1293 ocorrências, apenas 3,7% tiveram como denunciadores os serviços de saúde e 1,2% as escolas, Esses achados corroboram com estudos realizados no Conselho Tutelar do município de Niterói-RJ que verificaram resultados semelhantes (CAVALCANTI, 1999).

Estudo realizado em São Paulo pelo Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), no período 1994 a 1998, verificou alta proporção da participação de instituições jurídicas (37,5%) nos casos registrados e da procura espontânea (29,7%), que envolve familiares, comunidade e vítima. Os achados de Feira Santana concordam com essas pesquisas, que apontam a baixa participação das instituições de saúde e da escola (SILVA et al, 2002).

Em relação à notificação dos casos de violência, o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre o papel específico dos setores saúde e de educação, responsabilizando estas instituições como esferas públicas privilegiadas de proteção, que têm como obrigação identificar e notificar imediatamente as situações de maus-tratos, buscando formas e soluções para proteger a vítima e apoiar os seus familiares. Aborda também a obrigatoriedade de médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de saúde e de ensino de notificar à autoridade competente os casos (suspeitos ou confirmados) de maus-tratos contra criança ou adolescente, sendo prevista uma multa de três a vinte salários de referência nos casos de omissão (BRASIL, 2004a)².

Sabe-se que, a baixa notificação ainda é uma realidade presente nas escolas e nos serviços de saúde, conforme os resultados encontrados, o que pode ser uma consequência do despreparo dos profissionais em lidar com as diversas situações de violência e os respectivos encaminhamentos; seja pelos aspectos culturais que consideram a violência contra crianças e adolescentes como um problema a ser resolvido a nível familiar ou por não terem conhecimento da lei que os obriga a realizar a notificação de casos, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (COSTA, 2006).

² Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 245 que afirma: “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente”.

Ao reconhecer a violência como um problema de saúde pública, o setor saúde adota este fenômeno como um grave problema social que possibilita danos à saúde, sendo necessário um maior envolvimento desses profissionais no enfrentamento da violência infanto-juvenil.

Quanto à questão de gênero, os resultados demonstraram equivalência das vítimas entre os sexos, porém, na adolescência, as meninas são mais violentadas do que meninos. Este acontecimento coincide com muitos estudos realizados a nível nacional e internacional e revela uma sociedade onde a violência de gênero permanece no cotidiano da maioria das adolescentes em seus diversos tipos, principalmente a física e a sexual (BRASIL, 2004b).

Estudos apontam que a violência de gênero recai sobre mulheres e crianças e adolescentes do sexo feminino em quase 80 % dos casos (COSTA et al, 2002). A violência contra o sexo feminino pode ser definida como uma relação de forças que transformam as diferenças entre os sexos, em desigualdade. Esta realidade é exacerbada pela violência doméstica a que muitas adolescentes estão expostas, sendo violentadas geralmente por pessoas conhecidas e da própria família, por permanecerem mais tempo em seus lares do que os adolescentes do sexo masculino. Estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá revelaram que em torno de 27% das mulheres destes países já foram vítimas de algum tipo de violência em seu passado, o que envolve a infância e a adolescência das mesmas (GIFFIN, 1994).

Quanto à caracterização do agressor, os resultados apontaram que mais de 50% eram mulheres, representado pela figura materna, sendo que em 97% dos prontuários não havia dados de idade destas, demonstrando a baixa qualidade dos registros, em relação a esta importante variável, o que dificultou a análise.

Estudo realizado pelo Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), no período de 1994-1998, revelou que a faixa etária dos agressores se concentra entre 22 a 49 anos, classificada como idade adulta, onde, teoricamente este deve exercer a função protetora para crianças e adolescentes (SILVA et al, 2002).

Em relação ao vínculo vítima e agressor verificou – se que os pais foram responsáveis por mais de 77% da agressão denunciada e a mãe responsável por 48%. As estatísticas internacionais apontam que em 70% dos casos os pais biológicos são os responsáveis pelas agressões contra crianças e adolescentes (GUERRA, 2001).

Neste sentido, vale destacar que a maior parte das vítimas convivem com a mãe, para quem recai a responsabilidade de educar os filhos, estando mais presente no contexto destas crianças e adolescentes do que o pai. Esta questão imposta pela sociedade de ser a responsável pelos cuidados por seus filhos leva a mulher a cometer atos violentos como um modo eficaz de normatizar as relações de gênero, na medida em que “necessita exercer o poder masculino de autoridade”.

Assim, a mãe é responsável pelo maior número de casos, assim como também é responsável por grande parte das denúncias, o que indica que ao mesmo tempo que muitas mães agredem, outras protegem denunciando por vezes seus próprios companheiros.

Pesquisa realizada com adolescentes infratores institucionalizados e seus irmãos não infratores, no Rio de Janeiro e Recife, verificou que a mãe foi a principal agressora dos adolescentes pesquisados, o que pode ser explicado pela maior permanência da genitora no lar e pelo fato desta ser a principal responsável pela educação dos seus filhos. O pai aparece como figura punitiva, sendo que a agressão deste se diferenciava da materna pela maior intensidade (ASSIS, 1999). A mãe também foi referida como a agressora mais freqüente em estudo realizado no Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIS) no período de 1988 a 1992. Neste contexto, sabe-se que a maioria das mães encontrava-se em situação de adversidade sócio-econômica (desemprego, falta de assistência social, saúde, outras) e/ou pessoais (relacionamentos em conflito) (DESLANDES, 1994).

No presente estudo, verificou-se que crianças e adolescentes mais jovens são agredidos de forma semelhante pelo pai e pela mãe. Enquanto que os adolescentes em fase intermediária e tardia sofrem mais atos violentos pelo pai. A violência física foi perpetrada em sua maior proporção pela mãe, enquanto que na violência psicológica, o pai e a mãe se envolveram de forma semelhante. No que diz respeito à negligência familiar, o pai foi considerado o maior agressor, provavelmente por ser o maior responsável pelo abandono familiar.

Estudos nacionais e internacionais revelam que a violência física está presente no cotidiano de crianças e adolescentes como atos infligidos pelos seus pais ou responsáveis como uma forma de educar, sendo que a mãe se configura como a maior responsável na educação de seus filhos (MATTOS, 2002; GUERRA, 2001).

A utilização da força física no cotidiano de crianças e adolescentes, exibida como a violência física, se imbrica em todos os tipos de violência. Esta situação pode ser ratificada ao observar que o modelo de relação social presente desde a antiguidade se configura numa relação de poder, na qual o mais forte se impõe sobre o mais fraco, demonstrando a cultura adultocêntrica (FERRARI, VECINA, 2002; GUERRA, 2001).

Não foi possível avaliar o grau de consciência do agressor, tendo em vista a falta deste importante dado nos registros. Estudos nacionais e internacionais apontam que a ingestão de bebidas alcoólicas e a utilização de drogas potencializam os atos violentos contra crianças e adolescentes, principalmente no contexto familiar (OMS, 2002; DAY et al, 2003).

6.4 Encaminhamentos e denúncias

Em relação aos encaminhamentos dos casos denunciados nos Conselhos de Feira de Santana, observou-se dificuldades quanto à adequação, principalmente quanto ao acompanhamento das vítimas e famílias, apontando a necessidade de implementação e fortalecimento do Sistema de Referência e Contra-Referência das Instâncias no município.

Neste contexto, vislumbra-se o fortalecimento e a integração da Rede de Atendimento e de Defesa e Responsabilização. Entre as estratégias vislumbradas, destacam-se a sensibilização e formação continuada de Conselheiros e dos profissionais da Rede, tendo em vista otimizar e qualificar o atendimento a esta clientela, com vistas à melhorar a eficiência e a eficácia na resolutividade dos casos.

CONCLUSÃO

- O presente estudo aponta limites para a análise das variáveis relacionadas à etnia e escolaridade das vítimas, assim como idade e grau de consciência do agressor.
- O domicílio foi o local mais freqüente para a ocorrência de violência contra crianças e adolescentes, caracterizando a violência doméstica, intra-familiar;
- As formas de violência mais prevalentes foram a negligência, a violência física e a violência psicológica, sendo as faixas etárias mais acometidas de 2-5 anos, 6-9 anos e 10-13 anos; e a faixa de menores de 1 ano apresentou proporções consideráveis de negligência, a violência física e psicológica;
- O espancamento foi a violência física mais frequentemente denunciada;
- A violência sexual acometeu, principalmente, as faixas etárias da adolescência (10-13 anos e 14-16 anos), muito embora com registros em todas as faixas etárias;
- A principal fonte de denúncia foi anônima, seguido da denúncia pelos pais e familiares;
- A análise de etnia ficou prejudicada pela ausência de registros dessa variável. Entre os casos com esse registro, verificou-se equivalência de números absolutos entre os sexos;
- Entre os casos de etnia registrados, as maiores proporções foram na faixa etária da adolescência (10-13 anos e 14-16 anos), do sexo masculino e etnia negra;
- A figura feminina, representada pela mãe foi identificada como o principal agressor, nas formas de negligência, violência física e psicológica, enquanto que o pai, maior responsável pela negligência e abandono.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito embora se reconheça os limites dos estudos realizados à partir de dados secundários, as informações registradas nos boletins de ocorrência dos Conselhos Tutelares constituem em relevante instrumento para o conhecimento da situação de violência denunciada, importante indicador para a implementação de ações e políticas voltadas ao enfrentamento.

Os eixos de enfrentamento da ruptura do ciclo da violência contra crianças e adolescentes incluem, além do conhecimento da magnitude, através das informações disponíveis; a identificação dos casos e as estratégias de intervenção precoces; as medidas terapêuticas que busquem tratar as lesões físicas e emocionais ocasionadas por atos violentos; a participação de ações de promoção da saúde e prevenção destes agravos, através da implementação de políticas públicas sociais de inclusão e proteção; o acompanhamento de grupos mais vulneráveis; a sensibilização e participação dos familiares e da sociedade de modo geral em relação a esta problemática; assim como a articulação com outros serviços públicos e organizações não-governamentais.

Neste contexto, uma alternativa para contribuir com a prevenção e proteção da violência contra crianças e adolescentes seria a participação dos profissionais de saúde através do Programa de Saúde da Família, que tem como objetivo priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do núcleo familiar.

Os estudos apontam que, no Brasil, faltam pesquisas com recorte de gênero e racial/ étnico na área de violência, assim como são raros os registros de discussões políticas e teóricas sobre violência de gênero com recorte racial/ étnico.

Considerando a relevância desses dados para a implementação de propostas e ações voltadas para a prevenção e intervenção, condizentes com a realidade local, faz-se necessário a realização de novas pesquisas, tanto na linha epidemiológica como qualitativa, a fim de que se tenha uma melhor elucidação de aspectos mais específicos que envolvem a violência contra crianças e adolescentes.

REFERENCIAS

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Intrafamiliar violence against the children: a reflexive analyses, **On line Brazilian Journal of Nursing**, v.4, n.3, 2005. Disponível em:<<http://www.uff.vr/objnursing/viewarticle.php?id=81&locale=pt>>. Acesso em: 23 jun. 2006.

ANDRADE, I. diferenças regionais na comercialização do sexo com crianças e adolescentes, s/d. Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/reportagens/impressao.htm?artigo=50>> . Acesso em: 15 maio, 2006.

ARAGÃO, J. S. et al. Violência contra crianças e adolescentes: uma abordagem histórica. **Revista Baiana de Pediatria**, Salvador, v. 1, n. 2, jul-set. 2004.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul-dez. 2002a.

ARAÚJO, E. M. Configuração do espaço urbano de Feira de Santana-BA. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 1, n.1, p. 9-16, 2002b.

ARIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de sociabilização infanto-juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, USA, v.16, n.1, p. 43-51, jul. 2004.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, S. G. Crescendo em meio à violência. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

ASSIS, S.G. Crescendo em meio às dificuldades: o jovem e sua família. In: ASSIS, S. G. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Criando Caim e Abel – Pensando a prevenção da infração juvenil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 131-144, 1999.

ASSIS, S. G.; Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, (supl 1): p. 126-134, 1994.

AVANCI, J. Q. et al. Escala de violência psicológica contra adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p. 702-708, out. 2005.

AZEVEDO, M. A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. N. .A. As políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio recusado em São Paulo. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N. A. (Org). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

BAIERL, L. F. **Medo social: da violência visível ao invisível da violência**. São Paulo: Cortez, 2004.

BASTOS, A. C. S.; ALCÂNTARA, M. A. R. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BENETTI, S. P. C. Maus tratos da criança: abordagem preventiva. In: HUTZ, C. S. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista. A violência contra crianças e adolescentes. Extraído de [http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa37_violencia.htm], acesso em [14 de março de 2007].

BESERRA, M. A.; CORRÊA, M. S. M.; GUIMARÃES, K. N. Negligencia contra a criança: um olhar do profissional de saúde. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.

BEZERRA, S, C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes - Norma Técnica**. 2ª ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.

BRASIL. Lei 8.069 de 16 de jul. de 1990. Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente** Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 737, de 16 de maio de 2001. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, DF. 18 de maio de 2001. Seção 1E.

BRASIL. Secretaria de Estado de Assistência Social e de Direitos Humanos. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da criança e do adolescente, Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional-POMAR/USAID. **Programas de ações integradas e referenciais de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro**. Brasília, DF, 2000.

CALHEIROS, M.; MONTEIRO, M. B. Maltrato e negligência parenteral – Contributos para definição social dos conceitos. **Sociologia**, Oeiras, Portugal, n. 4, p. 1-25, dez. 2000.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.193-200, 1999.

CARVALHO, R. C. **Princesa do sertão 21 anos de violência: Feira de Santana, 1979-1999. (A transição epidemiológica e a mudança do perfil de mortalidade), Feira de Santana, 2003**, 190p. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2003.

CECCONELLO, A.; ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.8, n. esp., p. 2003.

CERON, I. R.; CRUZ, J. A. G. Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve *versus* grave) en un grupo de niños y niñas. **Anales de psicología**. v. 18, n. 2, p. 261-272, dez.2002.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção, **Ciência e Saúde e Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 53-69, 1999.

COHEN, C. O incesto. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N. A. (Org). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

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, 2006, v.1, 52p.

COSTA, M. C. O. Crescimento e desenvolvimento na Infância e na Adolescência. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (Org.). **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.33-52, 1999.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações, **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, (supl. 1): abr. 2003.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Atuação dos Serviços de Saúde: dois modelos como inspiração. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas na emergência: prevenção numa hora dessas? **Revista Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP/ CLAVES, 1994.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, (supl 1): p.177-187, 1994.

DREZETT, J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas, São Paulo, 2000**, 58p. [Tese de Doutorado]. Centro de Referência da Saúde da Mulher de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil. Universidade de Campinas-UNICAMP, São Paulo, 2000.

ESPINHEIRA, G. Sociabilidade e violência na vida cotidiana em Salvador. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v.11, n.1, p.8-16, jun. 2001.

FALEIROS, E. T. S.; CAMPOS, J.O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**, 2000. Disponível em: <http://www.cecria.org.br/pub/livro_repensando_os_conceitos_eva_publicações.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2006.

FELIZARDO, D.; ZÜREHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

FERRARI, D. C. A. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. Sexualidade e violência. In: _____. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

FERRARI, D. C. A. Definição de abuso na infância e na adolescência. In: _____. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. **Revista Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

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.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, (supl 1): p. 146-155, maio-jun. 1994.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 707-714, mai-jun. 2002.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 171-181, 1999.

GOMES, R. Prostituição infantil: uma questão de saúde pública, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 58-65, jan-mar. 1994.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: BRASIL. Mistério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

LANDINI, T. S. Pedófilo quem és? A pedofilia na mídia impressa, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, (supl. 2): p. 273-282, 2003.

LAVORATTI, C. O enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes do município de Ponta Grossa, Paraná. In: I SEMINÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE, 2002, Londrina. **I Simpósio sobre violência contra a criança e o adolescente**. Londrina: Editora UEL, 2002.

LIBÓRIO, R. M. C. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a exploração sexual na sociedade contemporânea, **Psicologia: reflexiva crítica**, Porto Alegre, v.18, n. 3, p.413-420, set-dez. 2005.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil, 2004, Brasília. In: **I Seminário Saúde da População Negra 2004**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.53-94.

LORENCINI, B. D. B.; FERRARI, D. C. A.; GARCIA, M. R. C. Conceito de redes In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. p. 298-309.

MAAKAROUN, M. F. Violência e adolescência: reflexões teóricas. In: COSTA, M. C. .O.; SOUZA, R. P.(Org.). **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MATTOS, G. O. A questão do disciplinamento corporal In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002a.

MATTOS, G. O. Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento In: _____. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002b.

MINAS GERAIS. Coordenadoria Estadual de DST/ Aids. Diretoria de Normalização da Atenção à Saúde. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção às vítimas de violência sexual no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

MINAYO, M. C. S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

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.; SOUZA, E. R.. É possível prevenir a violência ?: reflexões a partir do campo de Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência, direitos humanos e saúde In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997.

MINAYO, M. C, S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, (supl 1): p. 7-18, maio-jun. 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan-mar. 1993.

MOTA, C. M. S. et al. As interfaces da violência doméstica, Londrina. In: I SEMINÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE, 2002, Londrina. I **Simpósio sobre violência contra a criança e o adolescente**. Londrina: Editora UEL, 2002.

MOURA, A. T. M.S.; REICHENHEIN, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, n. 4, v. 21, p. 1124-1133, jul-ago. 2005.

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.

NORONHA, C. V. et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais da região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. **Rer Panam Salud Publica**. v. 5, n. 4-5, p. 268-277, abril-mayo, 1999.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. OMS: Genebra, 2002.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 197-204, nov. 2005.

PHEBO, L. Violência como fato epidemiológico In: **Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva/ Violência social: o olhar da saúde**, Rio de Janeiro, ano V, n. 13, p. 4-6, ago. 1996.

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

RANGEL, P. C. **Abuso Sexual: intrafamiliar recorrente**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2004.

REPPOLD, C. T. et al. Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência Sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar-abr. 2004.

ROUQUARYOL, M. Z; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SADIGURSKY, C. .A.; MAGALHÃES, M. L. C. Violência sexual: aspectos psicossociais e clínicos. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (Org.). **Adolescência**: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SALOMON, Z. Situação da criança e do adolescente em Israel: "Crescendo em ambientes violentos: vulnerabilidade e resiliência". In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

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

SANTANA, J. S. S.; SOUZA, S. L. Violência em situação de rua. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P.(Org.). **Adolescência**: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SANTOS, M. C. C. L. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SCODELARIO, A. S. A família abusiva. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C.(Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

SEIXAS, A. H. Abuso sexual na adolescência. In: SHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (Org). **Cadernos Juventude, Saúde, Desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de saúde, v.1, 1999.

SILVA, M. M.; SILVA, L. M. P. **Guia de assistência Integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: uma abordagem multidisciplinar**. Recife: EDUPE, 2003. p. 122.

SILVA, M. A. S. Violência contra crianças - quebrando o pacto do silêncio In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C.(Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

SILVA, M. A. S. et al; Mapeando a violência contra crianças e adolescentes In: _____. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

SILVA, D. **Vocabulário jurídico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forence, 1986.

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

SOUZA, E. R. Violência Social: um desafio para os serviços de Saúde Pública In: **Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva/ Violência social: o olhar da saúde**, Rio de Janeiro, ano V, n. 13, p. 2-3, ago. 1996.

STEINER, M. H. F. (Org.). **Quando a criança não tem vez: violência e desamor**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1986.