



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ADRIANO FERREIRA MARTINS

EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA
ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM FORTALEZA

FORTALEZA

2013

ADRIANO FERREIRA MARTINS

**EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA
ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Gomes Bezerra
Filho

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M341e Martins, Adriano Ferreira.
 Epidemiologia da violência envolvendo crianças e adolescentes em Fortaleza./ Adriano
Ferreira Martins. – 2013.
 132 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado
em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.
 Área de Concentração: Saúde Pública, Epidemiologia.
 Orientação: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.
1. Violência. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Defesa da Criança e do Adolescente. I. Título.

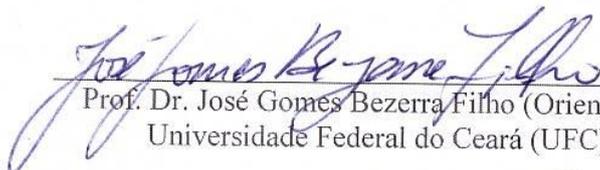
ADRIANO FERREIRA MARTINS

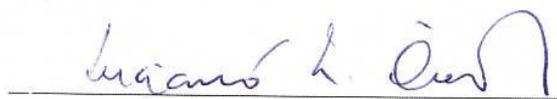
**EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA
ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM FORTALEZA**

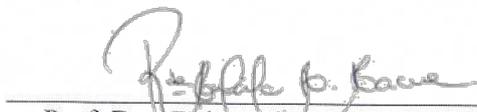
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

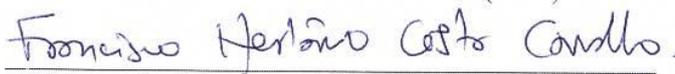
Aprovada em: 06 / 08 / 2013

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof. Dr. Francisco Herlano Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico às crianças e adolescentes que diariamente sofrem violências das mais variadas formas de violência vitimados pela própria família, pela sociedade que cala e pelo Estado que não reage.

AGRADECIMENTOS

“Se consegui ver mais longe, foi porque estive apoiado em ombros de gigantes.”

(Isaac Newton)

Durante o mestrado havia dito que minha dissertação seria um processo solitário e árduo que somente eu estaria destinado a concretizar. Porém, durante o processo de construção acabei percebendo que não há processo solitário e que diversas pessoas construíram indiretamente esta dissertação. Mesmo sendo um fruto provido de uma vontade e de realização pessoal e profissional, devo agradecer a estas pessoas e instituições que fizeram parte dessa caminhada, pois acreditaram no meu potencial, apoiaram-me quando necessário e contribuíram na idealização, na efetivação, e em todos os momentos de conquistas e desafios.

Agradecer Àquele que sempre recorri em todos os momentos difíceis, independente da nomenclatura e da cultura: Deus, Alá, Jeová, Tupã, Krhisna, Chiva, Maíra, Javé, Jah, Buda, e as mais diversas manifestações;

Ao meu orientador Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho, agradeço a oportunidade de vivenciar o mestrado e concluir mais essa etapa profissional.

A todos os Professores do Departamento de Saúde da UFC pelo crescimento científico, por me inculcaram o desejo de “SER GRANDE SENDO SIMPLES”.

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP pelo apoio financeiro através da bolsa de pesquisa.

Aos meus companheiros de grupo e orientador, Francismeire Brasileiro, Isabelle Gama, Kelly Leite, Maria Ivoneide, Maria Vilma Neves, Marinila Munguba, Michelle Alves e Rosa Livia Freitas que comigo percorreram tal caminhada e me proporcionaram conhecimento e amadurecimento sem igual. Em especial a Maria Vilma Neves pela confiança em diversos momentos, bem como na permanente amizade de produção acadêmica. E a Francismeire Brasileiro pela colaboração, disponibilidade nos momentos cruciais, pelo fundamental apoio e imensa amizade.

Ao Núcleo de Pesquisa em Violência e Acidentes (Grupo Ação Pela Paz), em especial a Ana Cléa Camurça, Ana Paula Brilhante e Fabíola de Castro por participar e contribuir com meu tema e objeto de pesquisa. A vivência representou uma oportunidade ímpar de crescimento acadêmico e também pessoal.

Ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de Fortaleza (Comdica), a Coordenação dos Conselhos Tutelares e aos Conselheiros Tutelares de Fortaleza, pelo acolhimento, por fornecer dados e informações e principalmente, por proporcionarem diariamente um conforto às crianças que necessitam de apoio e proteção. Em especial Marselha, Pamela e Diana, por momentos de informações consideráveis.

Ao Cicero Souza, bolsista do projeto que ajudou na assessoria estatística.

Ao Prof. Alberto Novaes, Prof. Jane Eyre, Prof. Luciano Correia, Prof. Hermelinda e Prof. Herlanio pelas contribuições ao trabalho durante a qualificação e defesa.

À Dominik e Zenaide, pelos abraços e pelos bons dias, pela paciência, atenção, eficiência e principalmente pelo apoio e compreensão em todos os momentos.

A minha família: Aos meus Pais (Maria Neide e Francisco Espedito) que mesmo frente à todas as dificuldades conseguem diariamente mostrar o quanto é lindo estar convivendo e construindo a ética, a perfeição, a verdade, os sonhos e principalmente “ser uma família”. Agradeço por serem exemplo de vida, por todo o amor dedicado, e por sempre me apoiarem. Nunca medindo esforços de tornar realidade, meus devaneios, loucuras, ideais e ideias. Por tudo, Amo-os!

Aos meus irmãos, Francisco Leandro e Renata Aleane, pela paciência e pela ausência, por se mostrarem sempre amorosos, solícitos e carinhosos, e por tornarem meus dias mais alegres e leves.

Aos meus avôs Franciscos (*In Memoriam*) e minhas avós Nazaré e Maria José (*In Memoriam*) por incutirem em minha construção diária a vontade de sempre querer o bem e proporcioná-lo a todos. Mesmo ausentes permanecem como exemplo de vida. Agradeço por Deus ter me dado a oportunidade de ter vivido, ter sido amado, afagado e acariciado por vocês.

Aos meus tios e demais familiares por aceitarem minha ausência na maioria dos momentos de reuniões familiares e compreenderem que dessa escolha brotarão frutos.

A todos os amigos por compreenderem minha falta de tempo em todas as vezes que me procuraram e não estive. Perdão pela ausência nos nascimentos, casamentos e momentos mais delicados que fui solicitado.

Um agradecimento especial à amiga Kellyanne Abreu pelo imenso apoio e esforço nessa caminhada, pela amizade, disposição em colaborar sempre que solicitei ajuda, pela ajuda técnica, emocional e psicológica. Obrigado por acreditar e não desistir de mim. Por não me deixar desistir nos percalços desta caminhada.

Aos amigos de mestrado pelo companheirismo nos momentos de dificuldade, que mesmo não estando tanto tempo juntos construímos elos eternos de amizade. Especialmente

aqueles com quem troquei conhecimento, sai, conversei, ri, chorei e gargalhei trocando experiências e convivendo harmoniosamente. Em especial, Abigail de Paula, Albério Ambrósio, Ana Ciléia Henriques, Cadu Amaral, Claudia Mendonça, Fernanda dos Reis, Jocélia de Oliveira, Laura Brito, Lorena Dias, Luzia Lucélia Saraiva e Magda Fabiana. Em especial ao amigo David Soeiro pelo incentivo e insistência na vida acadêmica, pelos ideais de construção de uma sociedade mais igualitária e de um SUS real.

Aos meus companheiros profissionais de todos os lugares onde trabalhei (CSF Jucá/Cariré-CE, CSF Santa Terezinha/Granja-CE, CAPS GERAL e CSF Padre Palhano/Sobral) que me proporcionaram conhecimento ímpar para que hoje eu conseguisse cumprir esse ciclo. Em especial Ianna Oliveira, Rosana Parente, Lara Sicília, Oliven Queiroz, Humberto Sauro e Larissa Terrez. Agradeço o aprendizado e oportunidade de terem me forjado como um de vocês: construtores do SUS e da ESF. Acredito que ao promoverem diariamente saúde à população, vocês buscam construir uma nova sociedade.

Aos amigos Leonardo Cabo, Rafaella Florêncio, Alan Viana, Dilson Bezerra, Caetano Alencar, Diogo Almeida e demais, por compartilharem inesquecíveis momentos de abstração e aventura. Muitas dificuldades e desânimos foram superados por palavras amigas e principalmente por noites de gargalhadas, conversas e construções. Foram vocês que me escutaram e acalentaram em muitos momentos.

Aos irmãos que a vida me permitiu escolher: Patrícia Marcelino, Eduarda Queiroz, Gentil Filho, Francysnete Firmo, Tatiane Vasconcelos, Paulo Victor, Marcio Shelley, Izabella Tamira, Victor Vasconcelos, Mayron, Marília, Hermínia, pela companhia, pelas noites de sorrisos e pelos abraços. Serei eternamente grato pois vocês são, creem, sentem e vivem comigo. Vocês possuem um grande espaço nos meus pensamentos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Sobral pelo apoio e liberação em todos os momentos que foram necessários.

O meu profundo e sentido agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização desta dissertação, pois ela não teria sido construída da mesma forma sem a ajuda de cada um de vocês. Sem vocês, ela não teria sido possível.

Obrigado!

RESUMO

A violência envolvendo crianças e adolescentes é um fenômeno de natureza multicausal e vem tomando os centros das discussões no campo da saúde pública devido aos impactos dos elevados índices, mesmo sua real prevalência sendo pouco conhecida. Objetivou-se neste estudo caracterizar a violência envolvendo crianças e adolescentes no município de Fortaleza. Tratou-se de estudo seccional analítico realizado a partir dos processos de crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência nos seis Conselhos Tutelares de Fortaleza em 2011. Tomou-se uma amostra aleatória e valor amostral de 840 (a partir de 3.926 processos erro de 3% e IC 95%) . Construiu-se formulário com variáveis de características da violência, tipologia da violência, vítima, agressor, da família, crianças e adolescentes, e medidas de proteção, pertinentes aos pais ou responsáveis. A coleta foi realizada entre fevereiro e março de 2013 e após as perdas, resultaram 780. Digitados e analisados através do EPIINFO 7. Utilizou-se as análises descritiva (valores absolutos e percentuais), univariada (prevalências) e bivariada (razão de prevalência – RP, razão de Chances – OR e o qui-quadrado), cálculo do risco atribuível e regressão logística. Seguiu-se os princípios éticos da pesquisa. Os principais achados deste estudo: alta prevalência de violência psicológica contra crianças e adolescentes (66,5%) e promovidas por elas (81,4%); alta prevalência de violência doméstica sofrida em 72,3% e promovida em 49,0% dos casos; risco elevado por uso de substâncias químicas tanto pelas crianças e adolescente (reduziria em 23,24%), quanto pelos agressores (preveniria em 22,61%) e pelos familiares (reduziria em 31,31%). Foram encontradas associações com fatores que possibilitam crianças e adolescentes promoverem violência doméstica: sofrer ameaças (OR=0,15: 0,04-0,57); situação dos pais usuários de drogas (OR=19,05: 2,24-161,89). Associação com sofrer violência doméstica: ser mãe (OR=0,05: 0,02-0,19) e/ou pai agressor (OR=0,04: 0,01-0,17); presenciar violência anterior (OR=0,52: 0,33-0,83); criança/adolescente frequentando escola (OR=0,48: 0,29-0,76); criança/adolescente trabalhando (OR=3,23: 1,47-7,07); criança/adolescente usuários de droga (OR=3,34: 1,56-7,13). Evidencia-se que a violência envolvendo as crianças e adolescentes mostra-se como um problema que possui raízes sociais e culturais e deve ser enfrentada como uma questão de cidadania, de direitos humanos e sociais, alertando a articulação intersetorial e abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente; defesa da criança e do adolescente.

ABSTRACT

Violence involving children and adolescents is a multi-causal phenomenon. It has been the focus of the discussions in the public health field due to the impacts of high rates and its prevalence unfamiliar. The objective of this study was to characterize violence involving children and adolescents in the city of Fortaleza. It is an analytical sectional study from the children and adolescent victims and promoters of violence processes in the six Guardianship Councils in the city of Fortaleza in 2011. It took a random sample and value of 840 from 3,926 processes using margin of error of 3% and confidence interval of 95%. Data collection form is composed of characteristics of violence, typology of violence, victim, offender, family, children and adolescents, and protective measures, relevant to parents or guardians. The data were collected between February and March 2013. It resulted in 780 after losses. It was entered and analyzed by EPIINFO 7. We used the descriptive analysis (absolute and percentage), univariate analysis (prevalence) and bivariate analysis (prevalence ratio - PR, odds ratio - OR and chi-square), attributable risk calculus and logistic regression. There followed the ethical principles of research. The main findings of this study: high prevalence of psychological violence against children and adolescents (66.5%) and promoted by them (81.4%); High prevalence of domestic violence suffered in 72.3% and promoted in 49.0% of cases; high risk for substance use by both children and adolescents (decrease by 23,24%) and by the aggressors (would prevent in 22.61%) and family (reduce by 31.31%). Associations were found with factors that enable children and adolescents to promote domestic violence: suffer threats (OR = 0.15: 0.04 to 0.57); situation of drug users parents (OR = 19.05: 2.24 to 161.89). Association with experience domestic violence: being a mother (OR = 0.05: 0.02 to .19); abusive father (OR = 0.04: 0.01 to 0.17); previous witness violence (OR = 0.52: 0.33 to 0.83); children and adolescents attending school (OR = 0.48: 0.29 to 0.76); child and adolescent working (OR = 3.23: 1.47 to 7.07); child and adolescent drug users (OR = 3.34: 1.56 to 7.13). Finally, violence shows up as a problem with social and cultural roots. It must be tackled as a matter of citizenship, human and social rights, and it will be solved only using intersectoral and interdisciplinary approach and coordination.

Keywords: Violence; Child; Adolescents; child and adolescents advocacy.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	Objetivo geral.....	25
2.2	Objetivos específicos.....	25
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	26
3.1	Violência contra crianças e adolescentes: Inata ou Apre(e)ndida ?.....	26
3.2	Breve histórico da violência envolvendo crianças e adolescentes.....	27
3.3	História dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil.....	30
3.4	Violência contra Crianças e adolescentes: do conceito à tipologia.....	36
3.5	Como Fortaleza vem protegendo suas crianças e adolescentes.....	42
3.5.1	<i>Conselho Municipal de Defesa dos Diretos da Criança e do Adolescente.....</i>	<i>42</i>
3.5.2	<i>A Secretaria de Direitos Humanos.....</i>	<i>42</i>
3.5.3	<i>Centro de defesa da criança e do adolescente (CEDECA).....</i>	<i>46</i>
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	Tipo do Estudo.....	47
4.2	Local do Estudo.....	47
4.3	População e amostragem.....	47
4.4	Procedimentos.....	48
4.5	Construção do Formulário e variáveis.....	48
4.5.1	<i>Características da Violência.....</i>	<i>49</i>
4.5.2	<i>Tipologia da violência.....</i>	<i>50</i>
4.5.3	<i>Vítima e Agressor.....</i>	<i>50</i>
4.5.4	<i>Crianças e Adolescentes.....</i>	<i>51</i>
4.5.5	<i>Características da Família.....</i>	<i>51</i>
4.5.6	<i>Relacionado (agressor ou vítima).....</i>	<i>52</i>
4.5.7	<i>Encaminhamentos e medidas adotadas.....</i>	<i>52</i>
4.6	Coleta de dados.....	52
4.7	Análise Estatística.....	55
4.8	Aspectos éticos.....	60
5	RESULTADOS.....	61
5.1	Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico.....	61

5.2	Caracterização das famílias de crianças e adolescentes envolvidos em violências	64
5.3	Caracterização dos agressores e vítimas da violência	65
5.4	Caracterização dos encaminhamentos e as ações adotadas	66
5.5	Prevalência das tipologias de violência envolvendo crianças e adolescentes.....	70
5.6	Associações bivariadas de tipologias de violência	73
5.7	Modelos explicativos da violência doméstica envolvendo crianças e adolescentes.....	80
5.7.1	<i>Modelo para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica</i>	<i>80</i>
5.7.2	<i>Modelo para crianças e adolescentes agressores da violência doméstica</i>	<i>83</i>
5.7	Risco atribuível proporcional	84
6	DISCUSSÃO.....	87
7	CONCLUSÕES	105
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DA PESQUISA.....	120
	ANEXO A – MAPA DE FORTALEZA DISTRIBUÍDO POR REGIONAIS..	125
	ANEXO B – ORGANOGRAMA DA COORDENADORIA-FUNCI.....	126
	ANEXO C – MAPA DOS CONSELHOS TUTELARES DISTRIBUÍDOS PELAS REGIONAIS DE FORTALEZA	127
	ANEXO D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	128
	ANEXO E – ANUÊNCIA DO COMDICA.....	129
	ANEXO F – PARECER DO CEP	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CCA	Crianças e Adolescentes
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNBB	Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil
COMDICA	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPB	Código Penal Brasileiro
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CT	Conselhos Tutelares
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCA	Delegacia da Criança e do Adolescente
DCECA	Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente
DDCA	Programa Disque Direitos Criança e Adolescente
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual de Bem-Estar do Menor
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNCI	Fundação da Criança e da Família Cidadã
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAM	Liberdade Assistida Municipalizada
MNMMR	Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua
NAPSI	Núcleo de Atendimento Psicossocial

NEEVCA	Núcleo Estadual de Articulação e Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
Pessoas/Km ²	Pessoas por Quilômetro quadrado
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPCAAM	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
R 2	R quadrado Nagelkerke
R\$	Reais
RAP	Risco atribuível proporcional
RP	Razão de prevalência
RR	Risco Relativo
SDH	Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SER	Secretarias Executivas Regionais
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPIA	Sistema de Informação para a Infância e Juventude
SMS	Secretaria de Saúde do Município
SMAS	Secretaria Municipal de Ação Social
STDS	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Contexto da violência com crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência, Fortaleza, 2011	62
Tabela 02	Características das crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência, Fortaleza, 2011	63
Tabela 03	Característica das famílias de crianças e adolescentes envolvidos em violência, Fortaleza, 2011	64
Tabela 04	Vítimas e Agressores de violência nos processos do CT, Fortaleza, 2011.....	65
Tabela 05	Característica do relacionado que promove ou sofre violência, Fortaleza, 2011.....	66
Tabela 06	Frequência das Medidas adotadas pelos Conselhos Tutelares, Fortaleza, 2011.....	68
Tabela 07	Medidas adotadas pelos Conselhos Tutelares de acordo com as Tipologias de violência, Fortaleza, 2011	69
Tabela 08	Prevalência das tipologias de violências envolvendo crianças e adolescentes, Fortaleza, 2011.	71
Tabela 09	Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e Sofrer negligencia	74
Tabela 10	Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover negligência.....	75
Tabela 11	Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e sofrer violência doméstica	75
Tabela 12	Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência doméstica.....	76
Tabela 13	Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e sofrer violência sexual	77
Tabela 14	Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência sexual.....	77
Tabela 15	Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover violência física	78
Tabela 16	Associações entre crianças e adolescentes vítima de violência e sofrer violência física	78

Tabela 17	Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover violência psicológica	79
Tabela 18	Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência psicológica.....	79
Tabela 19	Modelo final para situações de risco de crianças e adolescentes serem vítimas de violência doméstica (N = 711)	82
Tabela 20	Avaliação do Modelo para situações de crianças e adolescentes serem vítimas de violência doméstica	82
Tabela 21	Modelo final para situações de crianças e adolescentes promoverem violência doméstica (N = 102).....	83
Tabela 22	Avaliação do Modelo para situações de crianças e adolescentes promoverem violência doméstica	84
Tabela 23	Risco Atribuível Proporcional por Tipologias	85

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01	Organograma da Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza, Ceará	43
Figura 02	Descrição da coleta de dados.....	54
Figura 03	Modelo ecológico para compreender a violência.....	56
Figura 04	Tipologias e Naturezas da violência.....	57
Figura 05	Modelo Dahlgren e Whitehead.....	57
Figura 06	Formula do risco atribuível.....	59
Figura 07	Formula do risco atribuível proporcional.....	59
Quadro 01	Variáveis utilizadas na análise bivariada	58
Quadro 02	R quadrado de Nagelkerke e Teste de Homer e Lemeshow dos modelos explicativos de regressão logística	81

APRESENTAÇÃO

A escolha da temática associa-se a um percurso desde a experiência na graduação de Enfermagem quando tive oportunidade de viver momentos que me incutiram a estudar o fenômeno da violência, em sua interface na saúde e na área social. Esta imersão proveio de vivências que me aproximaram do meu objeto de estudo como: o Movimento Estudantil (onde construí ideais de melhoria da sociedade buscando igualdade de direitos e defesa destes para todos); o Projeto VER- SUS/BRASIL (onde conheci e debati sobre todo o Sistema de Saúde, principalmente Atenção Primária em Saúde – APS); o Projeto de Extensão Cachoeiro (onde vivenciei o trabalho de promoção de saúde com pessoas que residiam em comunidade ribeirinha de modo interdisciplinar); e as disciplinas que abordavam saúde como questão social. Fui bolsista de Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) durante um ano onde desenvolvi trabalho com idosos que sofriam violência. Após esta perspectiva e passando pela Monitoria de Semiologia abordando Saúde da Criança e do Adolescente pude direcionar os desígnios almejados neste estudo. Após o término da graduação, na prática profissional como enfermeiro assistencial e gerente nos Centros de Saúde da Família pude ter a oportunidade de compreender melhor o universo da criança e do adolescente durante as consultas individuais e coletivas, nos grupos de conversa e debate nas escolas. Fui percebendo e ouvindo diversas particularidades que acontecem como a perda da infância, a falta de cuidados, as ameaças, os abandonos e diversas outras violações que estes sofrem mas não conseguem se defender. Ao participar do Grupo Ação pela Paz – Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Violências e Acidentes da UFC, pude aprofundar discussões acerca da problemática da violência e desencadear estudos que permitem amenizar a problemática. A partir disso e com o ingresso no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública dei início ao estudo sobre a violência envolvendo crianças e adolescentes em Fortaleza. O mestrado deu-me embasamento com o fenômeno da violência na perspectiva teórico-conceitual e também epidemiológica, através de estudos e análise de base de dados nacional e local, proporcionando um olhar ampliado das implicações da violência sobre a vida e a saúde destas crianças e adolescentes que são vítimas e agressores.

1 INTRODUÇÃO

A violência foi reconhecida, desde 1993, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como um fenômeno de natureza multicausal. Vem sendo compreendida, desde então, como um grave problema de Saúde Pública de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade por provocar um elevado impacto na morbimortalidade das populações, especialmente na população jovem (MELLO JORGE, 2002).

É um fenômeno sócio-histórico que tem acompanhado toda a experiência da humanidade e afeta as condições de vida, as relações interpessoais e a qualidade de vida da população (MINAYO, 2005). Embora a história esteja repleta de fatos violentos, as manifestações são naturalizadas, como se o legado da humanidade fosse perdurar estes eventos violentos durante a história (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A violência é estudada por diversos segmentos da sociedade e áreas da ciência, e vem obtendo uma diversidade de significações e compreensões a partir da Filosofia, do Direito, da Sociologia, da Psicologia, e também da Saúde Pública.

Para a OMS (2002) a violência consiste no uso intencional da força física ou o poder, real ou por ameaça, contra a pessoa mesma, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.

Para pesquisadores, é compreendida como um processo complexo, sistêmico, multifatorial, interdisciplinar e polissêmico, resultado da interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais, ambientais, econômicos e comportamentais (GUERRA, 1985; BRASIL, 2005; DAHLBERG; KRUG, 2006; MINAYO, 2010). Dessa forma é encarada não como um fenômeno natural, pois sendo ampla e adquirindo novo sentido a cada discussão não pode somente ser instituída, logo é necessário compreendê-la para combatê-la, revertê-la e exterminá-la.

Após estimativa da OMS, em 1990, que anualmente mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais causadas por diversos tipos de violências, Krug e colaboradores (2002) estimaram que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo. Estimaram, ainda, que cerca de 1,6 milhão de pessoas em todo o mundo morrem de violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva.

Esses indicadores permanecem mais graves em regiões periféricas e em desenvolvimento, como o Brasil, sobretudo, se forem incluídas as múltiplas iniquidades sociais e a insuficiência de políticas públicas resolutivas (HOLANDA; HOLANDA; SOUZA, 2013).

Reichenheim e colaboradores (2011) consideram que a violência e suas lesões têm sido causas proeminentes da morbidade e mortalidade no Brasil desde a década de 1980. Até 2007, estas representaram 12,5% dos óbitos, especialmente entre os homens jovens (83,5%). Na Saúde Pública, a violência tem sido fonte de grande parcela de morbidades, ocupando sexta maior causa de internações hospitalares dentro das Causas Externas (2005) e alta prevalência de violência doméstica.

No Brasil, em 2010, tem-se 10.354 óbitos por causas violentas registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. A Taxa de Mortalidade por violência no Brasil registradas apresentou redução de 2,52 para 2,14 entre 2008 e 2010, porém em 2012 apresentou índice mais elevado de 2,43 (BRASIL, 2012).

Internações, danos, lesões, traumas e mortes, todos resultados de processos violentos, correspondem a altos custos sociais, destacando-se os prejuízos econômicos que incidem no Sistema de saúde em despesas com emergências, assistência e reabilitação. Por afetar a saúde individual e coletiva exige da saúde pública formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (OMS, 2002; MINAYO, 2005).

Estudos realizados em 1996 e 1997, patrocinados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), evidenciaram que o Brasil gasta em torno de 1,9% do Produto Interno Bruto (PIB) em custos da violência incluindo serviços de saúde, cumprimento da lei, serviços judiciais, perdas inatingíveis e perdas por transferência de bens. Já em 2004, pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizaram a primeira pesquisa para cálculo dos custos da violência, na ordem de R\$ 92,2 bilhões e o valor total equivaleu a 5,09% do PIB, contrastando com estimativas do BID para o mesmo ano, 10% do PIB, algo em torno de R\$ 130 bilhões. É um montante gigantesco de recursos que deixam de ser investidos em ações prioritárias como a geração de emprego, melhoria da educação, oferta de habitação, oferta de lazer, distribuição de renda e melhoria da qualidade de vida da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CERQUEIRA *et al.*, 2007).

Como componentes geradores da violência no Brasil existem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais e estes incidem diretamente em diversos problemas de saúde. A esses diversos fatores, Carvalho e Buss (2008) denominam Determinantes Sociais em Saúde (DSS). São caracterizados por traços

marcantes de iniquidades em saúde sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias que são vivenciadas por grupos e indivíduos, principalmente aqueles de estratos mais desprivilegiados.

Fatores como o desgaste neoliberal no desenvolvimento da sociedade e os tensionamentos dos danos gerados na saúde pela iniquidade socioeconômica desencadeiam a divergência onde por um lado a maioria da população de pobres e indigentes que vivem em privação de necessidades como alimentação, educação, saúde e moradia digna, e de outra uma minoria de ricos que conseguiram acumular uma parcela ainda maior da riqueza produzida (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Essa divisão social tem causado separação nos grandes aglomerados urbanos privilegiando e intensificando inúmeras tragédias familiares e trazendo prejuízos de ordem social e econômica, afetando a todos e não diferenciando camadas sociais, sexo e credo religioso (SOUZA, 1994; MACEDO *et al.*, 2001).

O grande desafio é caminhar para a atuação na camada mais distal do modelo, nos macrodeterminantes, com a defesa da sustentabilidade, refletindo nas políticas de mercado e trabalho, proteção ambiental, promoção de cultura de paz e solidariedade para, finalmente, redução das desigualdades sociais e econômicas e suas consequências (QUEIROZ, 2010, pag. 18).

Para resolução desta problemática social é cada vez mais necessário que haja atuação intersetorial, estabelecimento de políticas para fortalecimento de redes comunitárias, e organização de ações coletivas para melhoria da situação de saúde.

Mesmo frente à percepção de como solucioná-la, percebe-se que há diversos desafios. No Brasil, detecta-se uma problemática da violência contra grupos dentre os quais poucos conseguem denunciar na condição de vítima, inclusive as violências sofridas nas próprias comunidades, domicílios e entre pares, pelos mesmos motivos e fatores determinantes já mencionados: são eles as crianças e os adolescentes.

A violência envolvendo crianças e adolescentes tem perpassado a história da humanidade e vem sendo significativa e crescente por desrespeitar os direitos destes dentro da sociedade contemporânea (PIRES *et al.*, 2005). Esses atos violentos envolvendo crianças e adolescentes originam danos reais e potenciais na saúde, na sobrevivência, no desenvolvimento e na dignidade. Eles podem ser classificados em quatro modalidades: violência física, violência psicológica, violência sexual, e negligências (WHO, 1999; OMS, 2002; PIRES *et al.*, 2005).

Uma das maiores iniquidades é quando por estimativas mundiais como realizadas pela OMS (1999) percebe-se que 40 milhões de crianças e adolescentes de zero a 14 anos em

todo o mundo sofrem de variadas formas de violências. Por constituírem uma população que está em pleno desenvolvimento tornam-se mais vulneráveis e afetados pois a violência ocorre na família, na escola ou na comunidade em que vivem (ASSIS *et al.*, 2009).

Estudos realizados ao redor do mundo conseguem ser mais sutis quando abordam também as violências que não culminam em óbitos. Nos Estados Unidos, em 2001 morreram 2000 crianças vítimas de maus-tratos, uma média de cinco a seis crianças por dia. Destas, 85% tinham idade inferior a seis anos e 44% com menos de um ano. Neste país, os custos anuais diretos e indiretos com serviços para identificar a presença de abuso sexual em crianças, intervir e tratar os efeitos adversos são estimados em US\$ 100 bilhões. (MACMILLAN, 2012).

A Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância apresenta referente ao ano de 2009 que 12% dos 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de alguma forma de violência. Na faixa etária entre um e nove anos, 25% das mortes são decorrentes da violência. Entre cinco e 19 anos, a violência é a primeira causa entre todas as mortes ocorridas. E mesmo nas situações não fatais, as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais deixam sequelas para toda a vida (UNICEF, 2011).

No Brasil, cerca de oito, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93,7 para 128,2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca de 37% (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, no período de 1990 a 2000, morreram no Brasil 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências, sendo 59.203 crianças (zero a nove anos); 33.512 pré-adolescentes (10 a 14 anos); e 119.203 adolescentes (15 a 19 anos). Estes números impressionam, principalmente quando confrontados aos 146.824 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, ocorridos no mesmo grupo etário, no mesmo período (BRASIL, 2009).

A mortalidade por eventos violentos no mundo nesses grupos populacionais vem aumentando e tem se tornado uma das principais causas de mortalidade. No Mapa de Violência de 2012, Waiselfisz (2011) limita-se com dados relacionados a mortalidade por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito e suicídios) e quando compara as outras causas mortis, as causas externas ocupam indicadores bem mais elevados do que as causas naturais, confirmando dados do Ministério da Saúde da década de 90 (WASELFI SZ, 2011).

Dessa forma, os dados de mortalidade por homicídios neste grupo e faixa etária constituem grande aumento com 45% das mortes. Um bom exemplo disso é o Índice de

Homicídios na Adolescência (IHA), que nos mostra que um adolescente negro tem 2,6 vezes mais chance de ser assassinado que um branco (BRASIL, 2009; UNICEF, 2010).

Estudo realizado em diversas capitais brasileiras indicam que, no período de 2000 a 2007, foram notificados 137.189 casos de violência contra a criança e o adolescente, distribuídos em violência física, sexual, psicológica, negligência e violência fatal. A negligência aparece como a violência mais frequentemente notificada (LACRI, 2007).

Mas nem todas as capitais permanecem com indicadores adversos, algumas tem melhorado como comprova o Mapa da Violência de 2012. Porém, Fortaleza, que ocupava a 21ª capital brasileira com taxa de homicídios de 13,4% na população entre 0 e 19 anos, passa a ocupar a 6ª posição com taxa de 41,1% superando 36,6% que é a taxa média nacional (WAISELFISZ, 2011). Em Fortaleza ocorreram 878.272 internações na Região Metropolitana no período de 2008 a 2012 entre crianças e adolescentes. Somente 9,40% (82.607 casos) foram atribuídas a causas externas. A faixa etária de crianças e adolescentes (zero até os dezenove anos) abrangem 23,5% (19.483) das internações por causas externas. Os tipos mais frequentemente registrados foram 11,5% representando as demais causas externas (9.499 internações) e os acidentes de transito com 7,77% - 6.420 internações (BRASIL, 2012).

Fortaleza é uma cidade com mais de 2,5 milhões de pessoas, das quais quase 800 mil são crianças e adolescentes. 43,7% da população de Fortaleza tem incidência de pobreza. Mais de 60% das crianças de 0 a 6 anos de idade vivem em famílias com renda per capita de até meio salário mínimo. Esta é a realidade de vários estados e municípios do Nordeste brasileiro (IBGE, 2011). Essa taxa de homicídio em crianças e adolescentes é um fato diferente, quando observado os diversos fenômenos de violência que acontecem no mundo. Além disso, os índices de assassinatos são explicados pela alta concentração de renda, revelando que essa fatia da população sofre com os efeitos da desigualdade social em Fortaleza. Assim, não seria a pobreza, mas a desigualdade social que estaria desencadeando a violência, pois Fortaleza é demarcada como uma das cidades mais desiguais do planeta, pois ocupa a 2ª posição no ranking, junto com Belo Horizonte, das 20 mais desiguais do mundo (ONU, 2010).

Além de todas essas formas violentas existem processos violentos que Cruz Neto e colaboradores (1998) chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes, as questões de acesso aos serviços educacionais e de saúde bem como a evasão das salas de aulas, trocando-as pelo trabalho.

De forma a combater estas violências e diminuir complicações de saúde, foi sancionado pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do

Adolescente (ECA), que vem se constituindo como um importante instrumento legal na garantia da cidadania de crianças e adolescentes.

Por sua legislação são criados os Conselhos Tutelares, sendo estes importantes instrumentos na defesa dos direitos das crianças e adolescentes, bem como contribuem e buscam discutir socialmente a prevenção de violências, abusos e negligências como problema público e social. Acenam, ainda, aos profissionais de saúde a exercitar a consciência de compreender como intolerável a cultura adultocêntrica (BRASIL, 1990; BARBOSA, 2010; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Percebe-se que não só o setor saúde encontra-se sensível às discussões acerca de violência mas o setor da assistência social, e não somente estes mas diversos setores como o jurídico buscam incutir em suas resoluções, soluções para a problemática da violência.

Tomando como campo temático a Saúde Pública, percebe-se o quanto de desafios foram assumidos quando foi inserido no papel central das discussões de saúde as discussões acerca da violência envolvendo crianças e adolescentes.

Na saúde somente dados de internamento, adoecimento e da violência fatal são comumente utilizados para as análises, como os dados dos Sistemas de Informações como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Inicia-se com a experiência do Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, através da pesquisa sobre Acidentes e Violências em Serviço Sentinela, apoiada pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2006, 2007, 2009 e 2011. O projeto centra-se tanto na notificação de acidentes e violências em Serviço de Emergência quanto na notificação de casos de violência intrafamiliar, visando colaborar para a melhoria e introdução no SINAN das notificações de violências iniciado por notificação compulsória a partir de 2011. Considera-se que esta proposta é um marco na inclusão destes agravos na agenda da saúde.

Mesmo com essa nova experiência brasileira, a maioria dos sistemas de informações da saúde permanecem voltados para violências letais. Mesmo assim, quando abordada violência, as mortes representam a ponta do iceberg, porque abaixo desse quantitativo visível, um enorme número de violências cotidianas nunca chegará à luz pública (WAISELFISZ, 2011).

As que demandam atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, paralelamente, são declaradas como violência comumente comparecem aos serviços, mas nem sempre são detectadas. Por milhares de vezes ataques físicos e sexuais ocorrem, porém não

se possa dizer pois “ela [a violência] está em toda parte, ela não tem nem atores sociais permanentes reconhecíveis nem causas facilmente delimitáveis e inteligíveis” (WASELFISZ, 2011)

É difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo, ou ainda, suas complicações totais na vida da população o que obriga a identificação de grupos e comunidades que possuem altos riscos de violência a fim de promover a redução desse indicador negativo (MARTINS, 2010).

Sabe-se que a real prevalência da violência envolvendo crianças e adolescentes ainda é pouco conhecida e acredita-se que o índice de subnotificação é muito alto. Apesar de tímido percentual, Polanczyk *et al.* (2003) aponta ser de fundamental importância realizar pesquisas que abordem a amplitude da violência como fenômeno social com múltiplas causas, fatores associados e consequências.

Sauret *et al.* (2011) alega que se faz necessária a identificação de fatores protetores em relação à violência doméstica, uma vez que o grau de exposição à violência é variável, mesmo em comunidades altamente violentas, dependendo de circunstâncias individuais, familiares e ambientais que visem conhecer mais heterogeneamente as prevalências e incidências e números de notificações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Caracterizar a violência envolvendo crianças e adolescentes no município de Fortaleza.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das crianças, dos adolescentes e seus familiares envolvidos em episódios de violência
- ✓ Determinar a prevalência das tipologias de violência envolvendo crianças e adolescentes
- ✓ Identificar associações entre as tipologias de violência e demais determinantes biológicos, psicológicos e sociais das crianças e dos adolescentes que sofrem e dos que promovem violências
- ✓ Estratificar prevalências das tipologias envolvendo crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência
- ✓ Apresentar a frequência dos encaminhamentos e as ações adotadas a partir das notificações destas violências.
- ✓ Efetuar o risco atribuível proporcional a partir das tipologias de violência

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência sofrida por crianças e adolescentes: Inata ou Apre(e)ndida?

“...a violência está em todo lugar. Não é por causa do álcool, nem é por causa das drogas. A violência é nossa vizinha, Nem é só por culpa sua, nem é só por culpa minha. Violência gera violência ...”

(Titãs)

A violência envolvendo crianças e adolescentes permeia toda a história da humanidade, pois sempre houve relação de dominação e disciplinamento dos menores como vítimas de maus tratos e descaso por parte da sociedade (FALEIROS; FALEIROS, 2006). É por certo, que sempre vem sendo observada nos mais clássicos registros. Alguns autores trazem uma discussão sobre violência inata ou adquirida. Os que acreditam que este evento seja próprio do ser humano, da nossa cultura, culpabilizam o ser humano e acabam responsabilizando-o por ter comportamentos violentos.

Freud conceitua a violência como algo próprio do ser humano. Caracteriza-a como necessária por desencadear os instinto agressivos e de morte (Thanatos), que se equilibram aos instintos de vida (Eros) onde esses instintos são responsáveis pela preservação do indivíduo e da espécie (FREUD, 1997). Acredita ainda que a evolução cultural bloqueia e concentra esses instintos trazendo benefícios sociais, mas também riscos como o desaparecimento da espécie, inibição da função sexual, e um processo de domesticação da própria espécie. Corroborando com Freud, o filósofo Thomas Hobbes já acreditava que a natureza humana é maldosa, bruta e possuía um grande potencial explosivo (HOBBS, 2002).

Contraopondo-se a esse pensamentos, o filósofo Rousseau acredita que a sociedade por meio de suas regras perversas é quem corrompe o homem, que possui instintivamente uma índole bondosa e contente, e uma das confirmações seria a inocência e pureza que possuíam os povos indígenas antes de serem descobertos (ROUSSEAU, 1989).

Quando John Locke afirma que é pela aprendizagem que alcança-se toda a base de experiências e conhecimentos, percebe-se a descrença em todas as teorias anteriores. Essa aprendizagem proposta dar-se-ia pela imitação, pela repetição, pela analogia e, principalmente, pelas recompensas e castigos. E dessa forma, as crianças deixariam de ser "*tabula rasa*" para tornar-se cidadão civilizado, alfabetizado e racional (LOCKE, 1692)

Portanto, não seria da natureza humana a construção do processo violento, pois essa seria resultado de uma aprendizagem social permanente, e assim, a maior responsabilidade do comportamento violento recai sob a sociedade.

Albert Bandura propõe a teoria da aprendizagem social, onde afirma que aprende-se a violência observando e imitando outras pessoas, denominadas como modelos (BANDURA, 1997). Se as crianças e os adolescentes são expostos a violência, eles aprenderão que a violência possui significado aceitável e, possuindo recompensas para tais atos como a resolução de conflitos com os parceiros, estes desenvolveriam, então, comportamentos agressivos ou violentos.

3.2 Breve histórico da violência envolvendo crianças e adolescentes

Perpassar a história da humanidade e tentar descrever todos os processos históricos vividos de explorações e violências é certamente reduzir o sofrimento de crianças e adolescentes. Porém busca-se evidenciar o mais conciso e pertinente histórico.

Durante a Antiguidade, os processos educacionais foram conduzidos na Grécia por Platão por meio de uma formação básica que evoluía até os estudos filosóficos. Durante essa fase, as crianças masculinas eram retiradas dos pais e enviadas para o campo para que se desvinculassem de influência corruptora da família. Platão acreditava na formação militar. Dessa forma após esta formação eram submetidos a testes de resistência. Os que se sobressaíam seguiam estudos superiores. Entre os reprovados eram separados os que seguiriam ao exército e as demais profissões e ofícios civis (PLATÃO, 2001).

Em Esparta, as crianças eram lançadas em precipícios quando nasciam com algum tipo de deficiência, pois uma vez que eram destinadas a tornarem-se guerreiros, qualquer má formação as impediria de serem levadas aos campos de treinamento (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Durante a dominação do Império Romano, os meninos e meninas cresciam unidos, com a proteção de seus deuses. Quando completavam os 12 anos separavam-se. Os homens deveriam seguir publicamente com aprimoramento das culturas militar e mundana. Já para mulheres, deveriam se casar no máximo até os 14 anos. Regras essas que se aplicavam a nobreza. Os filhos da plebe e dos escravos deveriam responsabilizar-se pelos trabalhos subalternos (ARIES, 1981).

Na Bíblia é evidenciada em Gênesis com uma disputa fraticida e a morte de Abel por Caim, que evidencia as disputas de poder com os ódios e com a vontade de aniquilamento

de uns pelos outros na convivência da sociedade humana. Há ainda O Massacre dos Inocentes, capítulo de Mateus, quando o Rei Herodes envia soldados e encomenda a morte de todos as crianças menores de dois anos quando do anúncio do nascimento do Messias.

Na Idade Média, a vida foi encerrando os indivíduos nos limites territoriais dos feudos. As crianças e adolescentes foram obrigados a trabalhar nas glebas, diariamente, e serviram aos senhores feudais. Durante esse período não havia delimitações cronológicas, não havia oposição da infância com a idade adulta. Para Constantino, a adolescência durava até os 50 anos, quando iniciava a velhice, já para Isidoro, estendia-se até 35 anos.

Por não haver essa delimitação cronológica e com a premissa de que somente as crianças poderiam obter o Santo Sudário, foi que 3000 crianças foram encaminhadas da França e Inglaterra no intuito de conseguir obtê-lo, formando a Cruzada das Crianças que objetivava tomar Jerusalém. Sendo todas as crianças mortas nesta cruzada.

Após o esfacelamento do modelo feudal, houve a formação das cidades-estados com ascensão da burguesia comercial, seguida da Reforma Religiosa. Então surge a Idade Moderna. E dessa forma havia a priorização de espaços privados (DEL PRIORE, 2002).

Nesse período os castigos sofridos também tornaram-se mais violentos, pois intentavam moldar seu caráter. Foram incrementadas crueldades para que moralmente fossem educadas e dessa forma “ocorria como um pesadelo aterrorizador, pais sádicos e cruéis, em vez de paz e amor, os pais pareciam odiar seus filho” (DE MAUSE, 1975).

Com a Revolução Industrial é iniciada a fase das crianças como operárias sendo vítimas de mudanças sociais, econômicas, e familiares advindas do Iluminismo e dos crescimentos populacionais. Sua mão-de-obra era aproveitada e tida muitas vezes como fundamental, já que seus pagamentos eram menores, trabalhando em turnos de 16 a 18 horas diárias. Quando ocorria qualquer acidente não possuíam sequer assistência à saúde. Somente adquiriram visibilidade na sociedade quando alguns movimentos filantrópicos promoveram campanhas com denúncias e demonstrando as condições subumanas sob as quais estas crianças se encontravam (ARIES, 1981; DEL PRIORE, 2002).

Somente após o século XIX, a adolescência é delimitada. Às meninas iniciaram suas instruções formais e a partir daí, as famílias ricas iniciam críticas à formação dos colégios (modelo de internato) alegando que a instrução formal oferecida promovia maus hábitos morais e resolveram retirar seus filhos. Já as famílias pobres viam na instrução formal a possibilidade de um futuro melhor. Houve então a cisão do ensino formal sendo externato para os ricos e internato para os pobres (FALEIROS; FALEIROS, 2006).

Em âmbito brasileiro, essa violência que envolve as crianças e adolescentes permeia também toda a história do processo desde a colonização até a atualidade. Busca-se apresentar também momentos históricos que confluíram na construção e discussão de leis e políticas que descreve-se posteriormente.

"Os filhos do Brasil foram gerados na violência, alimentados na malquerença, paridos no desespero e usados como combustível nos engenhos. Somos filhos da violência e do estupro. O Brasil é o resultado da prodigiosa multiplicação de uns poucos europeus brancos e de uns contatos africanos sobre milhões de corpos de mulheres indígenas sequestradas e violentadas. Os filhos do Brasil não são o fruto mimoso de uma história de amor" (CAMARGO; ALVES; QUIRINO, 2005).

Durante o Período Colonial Brasileiro permanece-se por 350 anos de violentação diária. As crianças e adolescentes permaneceram sofrendo momentos de violências e abusos sexuais. Durante "a catequização dos índios" ocorreram adestramentos com imposição da cultura portuguesa aos indígenas. Muitas crianças foram violentadas, sendo explorado seu trabalho, seus corpos e alienando suas consciências (FALEIROS; FALEIROS, 2008)

Com a chegada dos escravos, também subjugados aos seus senhores, vivenciaram realidade não menos dolorosa. Foram brutalmente tratados, permaneceram sob condição de objetos, não sendo tidos como seres humanos, e vivenciaram as mais atrozes formas de violência. As crianças e adolescentes não podiam sequer permanecer ao reduto de seus pais porque, como escravos, eram vendidos quando necessitavam seus donos.

Além disso, haviam os castigos e ameaças que foram trazidos pelos primeiros padres da Companhia de Jesus. As crianças desde cedo tinham que conviver com os castigos físicos. Eram espancamentos com palmatórias, varas de marmelo, cipós etc. que serviam como objetos para forçar as crianças a obedecer aos pais (GUERRA, 1998).

Nos períodos Império e República, a palmatória e a vara de marmelo eram comumente utilizadas para questão da educação. Principalmente as crianças pobres e escravas tinham de conviver com a uso de chicotes, de instrumentos de suplício, e por vezes, sofrerem violências sexuais provocados por rapazes brancos (GUERRA, 1998).

Nos séculos XVII e XVIII, convivia-se com elevados indicadores de mortalidade e violência junto às crianças brasileiras, especialmente dentre pobres e escravas. Muitas crianças e bebês eram abandonados durante as noites nas ruas sujas, sendo devorados por animais, ou vitimados pelas intempéries ou pela fome (RUSSELL WOOD, 1981).

Exclusivamente no século XIX, as descobertas de Freud e outros pensadores da medicina, da psiquiatria, do direito e da pedagogia abriram caminho para novos entendimentos sobre a infância. A criança torna-se objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial no seio familiar.

“Freud e Dewey cristalizaram o paradigma básico da infância, que vinha sendo formado desde a invenção da prensa tipográfica: a criança como aluno ou aluna, cujo ego e individualidade devem ser preservados por cuidados especiais, cuja aptidão para o autocontrole, a satisfação adiada e o pensamento lógico devem ser ampliados, cujo conhecimento da vida deve estar sob controle dos adultos” (POSTMAN, 1999)

Dessa forma, ocorre uma tentativa por parte da sociedade de se solidarizar com todo o processo da situação de abandono e desproteção das crianças (DAY *et al.*, 2003).

Mesmo frente a essas alterações vivenciadas no final do século XIX, o século XX inicia baseado na linha de produção em série e também, com a exploração do trabalho infanto-juvenil. Com o surgimento das políticas para a proteção de crianças e adolescentes ocorrem alterações nas realidades familiares e nascem problemas sociais e de saúde coletiva.

Por fim, percorrendo os mais de 20 séculos de história desta violência na humanidade, percebe-se que avança-se nos paradigmas de proteção integral. É importante saber que se continua a buscar soluções para a questão da violência a estas crianças e adolescentes, nas suas mais diferentes expressões.

3.3 História dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil

A indignação que parcela expressiva da sociedade contemporânea sente acerca do desrespeito aos direitos da criança e do adolescente, nem sempre esteve presente ao longo da história da humanidade.

Durante a pré-história há praticamente total desconhecimento de defesa das crianças e adolescentes para o campo do Direito. Somente quando os povos entram na história aparece o poder paternal ou maternal sobre seus filhos absorvendo valores sociais, de convívio público, de vida e de liberdade (FONSECA, 2011).

Esse desconhecimento da infância têm percorrido toda a história de forma habitual e banal vindo a ser justificada e respaldada por boa parcela da sociedade.

Durante a história da infância muitos pesadelos trágicos ocorreram para que fosse iniciado alguma ação na busca de contê-los. Sempre houve pouco cuidado com este grupo. Em diversas culturas sempre aconteceram assassinatos, abusos sexuais, práticas de infanticídio, abandono e trabalho infantil. Isso permaneceu prática comum desde antiguidade até que conhecimento do mundo das crianças e as particularidades que as diferenciam dos adultos fossem evidenciadas (GUERRA, 2008).

Durante o Império Romano, as crianças possuíam como autoridade suprema a do pai e só os filhos de militares teriam a possibilidade de obter direitos reconhecidos, como a possibilidade de dispor de bens aos quais seus pais tivessem adquirido por meio de suas atividades. Esses bens foram utilizados em grande parte dos Romanos para que pudessem iniciar suas formações escolares. Porém a história da criança e descoberta da infância possui relação temporal com a construção dos preceitos cristãos na defesa dos mais fracos, no entanto, logo que a criança não dependesse mais de cuidados de sua mãe ou de sua ama, ingressava no mundo dos adultos e não havia entre eles qualquer distinção (FONSECA, 2011)

Durante a Idade Média, a grande inquietação com as crianças movia-se devido ao sistema escolar por suas leis acerca do trabalho infantil, agências responsáveis pelos delitos infantil, serviços de bem-estar infantil, etc.

Heywood (2004) consegue demonstrar que muitas transformações, como a Revolução Industrial e as mudanças de ordem econômica, demográfica, política, cultural e social, que aconteceram na Idade Moderna culminaram no novo paradigma para a infância possuidora de valores e sentimentos. Dessa forma que no início do século XX, denominado “século das crianças”, surgem ideologias e ciências que passam a nortear o processo de transformação do olhar sobre a infância.

Tal concepção ganha espaço social e há grande preocupação em entender que caberia ao Estado implantar as políticas que fossem necessárias a proteção e assistência à criança (FERRIANI; ROQUE, 2002), pois as crianças sofriam causas de abandono, problemas econômicos e desagregação familiar.

Rizzini e Rizzini (2004) demonstram que as políticas sociais brasileiras implantadas até o século XIX, eram voltadas unicamente para a educação, mostrando que os filhos de famílias pobres cresciam em instituições como colégios internos, seminários, escolas de aprendizes de ofício, educandários e reformatórios.

Santos (2004) mostra que famílias pobres entregavam filhos aos cuidados da Igreja Católica através das Santas Casas de Misericórdia. A primeira Santa Casa foi inaugurada em 1543 na Capitania de São Vicente. Estas instituições atuavam tanto com os doentes quanto com os órfãos e desprovidos (DEL PRIORE, 2000).

Como a sociedade do século XIX era patriarcal, havia rotina de assassinato de crianças geradas ilegítimas com justificativa de manutenção da moral das famílias (GUERRA, 2008). As que escapavam ao extermínio estavam destinados ao abandono e seus números vinham em grande crescimento. Essas crianças eram comumente abandonadas nas ruas onde morriam ou eram molestadas por animais. Ao aparecerem problemas sanitários, o governo

propõe a internação das crianças a fim de encobrir a situação ilegítima e preocupante e dessa forma implanta a Roda dos Expostos (PAIVA *et al.*, 2012).

As Rodas das Santas Casas eram dispositivos de origem medieval, vindos da Europa no século XIX, adotado para amparar as crianças de modo que preservasse o anonimato das mães, que pelos padrões sociais não podiam admitir publicamente serem mães solteiras (CUNHA; SANTANA, 2007)

À época, não havia a obrigatoriedade do ensino escolar para crianças sendo regulamentado somente em 1854, embora tenha sido regulamentada para as crianças brancas, ainda no século XIX. No entanto, a lei não se aplicava universalmente, já que o acesso era negado às crianças negras e as portadoras de doenças contagiosas. Em 1891 houve regulamentação do trabalho estipulando em 12 anos a mínima idade para início das atividades laborais, porém não havia cumprimento uma vez que as indústrias nascentes e a agricultura valia-se do trabalho infantil (DEL PRIORE, 2002; SANTOS, 2004).

Diversas discussões acerca da regulamentação de assistência e proteção aos menores em estado de abandono e delinquência são iniciadas. Porém, o Estado, ao invés de formular políticas sociais que propiciassem condições equitativas de desenvolvimento, optou por um complexo sistema de tutela sobre a infância pobre, estabelecendo divisão entre a infância privilegiada, sob o manto protetor das famílias, e a infância marginalizada, destinada aos asilos, às casas de detenção, aos juizados de menores ou às próprias famílias, objetivando transformar essas crianças e adolescentes em trabalhadores (GUERRA, 2008).

No Brasil do início do século XX, os movimentos abolicionistas e republicanos começam a propiciar mudanças de ordem social e econômica. Pesquisas sobre a situação da infância começam a ser desenvolvidas com o objetivo de formulação de políticas públicas garantidoras dos direitos das crianças e começa-se a revelar o surgimento da infância, enquanto merecedora de atenção do Estado, devido à construção de políticas governamentais de assistência e de programas de caráter intervencionista e coercitivos.

No início do século XX, houve um crescente aumento da criminalidade de menores que começou a preocupar a sociedade. Em 1902, o Congresso Nacional implanta a política de “assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes” que destinava aos jovens um tratamento diferente do executado com os criminosos adultos, visando diminuir os riscos com o ambiente ameaçador e corrigir desvios. Outras disposições seguiram a política, como a criação do Conselho de Assistência e Proteção aos Menores e o Abrigo de Menores (SANTOS, 2004; PAIVA *et al.*, 2012).

Mesmo havendo divergências sobre como deveria ocorrer esse cuidado (Estado, sociedade, ou Igreja), sabe-se que aceitavam somente o fato de que o menor abandonado necessitava de uma institucionalização, e que os agentes sociais preferenciais nesse cuidado seriam mulheres, médicas, juristas, psicólogas e pedagogas (FREITAS, 2003).

Somente com a vigência em 1917 do Código Civil Brasileiro é que são especificadas obrigações, para os pais, como o direito à filiação, à sucessão nominal e na herança, à alimentação, à educação e à saúde. O Estado entraria apenas de forma complementar onde fosse omitida a proteção da família (ESPÍNDULA; SANTOS, 2004). Após a Primeira Guerra, tratados internacionais estabelecem novas regras de convivência entre os países membros da Sociedade das Nações, e um dos resultados desses tratados foi a aprovação da Declaração dos Direitos da Criança, na Conferência de Genebra, em 1921 (DEL PRIORE, 2002; SANTOS, 2004).

Em 1923, foi criado o Primeiro Juizado de Menores do Brasil e da América Latina cuja atuação voltava-se especialmente à regulamentação do trabalho de menores, a fim de coibir sua exploração.

Enquanto o Código Civil responsabilizava os cuidados do menor à família, o Código de Menores, promulgado em 1927, na falta da família, transferia a tutela dos pais para o juiz. Constituiu-se o primeiro documento legal para população menor de dezoito anos no Brasil. Revestia na figura do juiz de poder, único responsável pelo destino do menor. O papel do juiz era buscar a regeneração do menor pra reintegrá-lo a sociedade. Este Código garantia medidas de assistência e proteção por meio da autoridade competente aos menores em situação de rua, pedintes, ou frequentadores de prostíbulos. Dessa forma passou-se a denominá-los de delinquentes (VERONESE; COSTA, 2006). Proibia o sistema das Rodas, sendo os filhos entregues diretamente a pessoas da entidade com a garantia do anonimato dos pais, sendo obrigatório o registro da criança (SANTOS, 2004). Havendo dessa maneira distinção entre abandonados e vadios (PAIVA *et al.*, 2012). Estabelecia cuidados nas questões de higiene da infância, da delinquência, da vigilância pública sobre a infância, amamentação dos abandonados e dos maltratados (FALEIROS; FALEIROS, 2006; PAIVA *et al.*, 2012)

Em 1940, foi promulgado o Código Penal Brasileiro, sendo decretada a inimputabilidade (incapacidade que tem o sujeito em responder por sua conduta delituosa) criminal do menor de dezoito, já para os menores de dezesseis anos, atribuiu-se a possibilidade de liberdade sob custódia da família ou tutores, os quais seriam responsabilizados pela sua regeneração (ESPÍNDULA; SANTOS, 2004).

Só a partir dos anos de 1960, houve mudança no modelo de orientação na assistência à infância abandonada. Começava a fase do Estado do Bem-Estar, com a criação em 1964 da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), seguida da instalação, em vários estados, das Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM) estas possuíam o objetivo de atendimento institucional dos menores carentes, em situação irregular, abandonados e delinquentes (FREITAS, 2003).

Após um longo período de ditadura militar no país, a sociedade civil inicia a luta por melhores condições de vida para todas as crianças e adolescentes. Nesse movimento se destacam entidades como Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), a Pastoral do Menor, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), os Movimentos Eclesiais de Base, a Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e em destaque a Comissão Nacional Criança e Constituinte (HEYWOOD, 2004).

Durante a Modernidade, a partir dos ideais da Revolução Francesa, mudam os conceitos de espera por direitos divinos para obrigações a serem cumpridas pelo Estado. Pensamentos fundamentados em Direitos Humanos nasceram após a II Guerra Mundial, quando houve dizimação de milhares de civis indefesos. Dirigentes da ONU elaboram um pacto que denominaram de Declaração Universal dos Direitos Humanos. Tal documento possui 30 artigos que garantem o direito à vida, à liberdade, à dignidade, à proteção e à segurança (BRASIL, 2001).

A partir das discussões de direitos humanos, em 1990, a Assembleia Geral da ONU, aprova a Convenção dos Direitos da Criança e define que crianças são pessoas menores de dezoito anos de idade, excluindo aquelas que por algum motivo atingem a maioridade mais cedo (UNICEF, 1990).

Essas mobilizações mundiais acabam por incutir na ditadura brasileira processos de democratização. O Brasil acaba incorporando instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, ancorados na Doutrina de Proteção Integral culminando, em 1988, com a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), que se torna um marco para política de proteção à criança e ao adolescente, passando estes a serem titulares do direito à existência digna, saúde, educação, lazer, trabalho e amparo jurídico (ZUMA, 2004).

Com a introdução na nova Carta Magna e amplo processo de crítica dos antigos modelos assistenciais e repressivos que promoviam políticas à infância e a juventude pobre ou em conflito (ALVAREZ *et al.*, 2009), deixa-se aberta a contenda para que em 1990 fosse sancionada a Lei Federal nº 8.069, que criava o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

que traz a doutrina da proteção integral de crianças até 12 anos e adolescentes de até 18 anos. Constituindo-se como importante instrumento legal na garantia da cidadania, promoção de direitos, possibilidade de protagonismo social e dignidade de prioridade de atenção e de cuidados (SCHENKER; MINAYO, 2005). Em seu artigo 5º o ECA determina que: “*nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais*” (BRASIL, 1990, p. 5).

Sob o olhar do ECA, crianças e adolescentes passam a ser definidas como cidadãos em condição peculiar de fase de desenvolvimento, e deixam de ser obrigação exclusiva da família passando a ser de responsabilidade coletiva, participativa, complexa, articulada. O Estado e a sociedade passam a serem igualmente responsáveis por seus direitos (VERONESE; COSTA, 2006). Complementando este panorama, pela primeira vez na História, de grande responsabilização pelo Estado sobre os direitos da infância é aprovado em 1993 a Lei Orgânica da Assistência Social (FREITAS, 2003).

O ECA tratando da garantia dos direitos, das formas de negligência, de violência, de exploração, da inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, é bem específico em relação à prevenção e à busca e punição do culpado (DEL PRIORE, 2002; SANTOS, 2004). Há ainda restrição à medida de internação, aplicando-a como último recurso, restrito aos casos de cometimento de ato infracional. Mesmo seguindo a inimputabilidade penal ou a culpabilidade diminuída o ECA obedece os sistemas biológico, psicológico e biopsicológico como critérios. Além dessas medidas socioeducativas, o ECA prevê adoção de medidas protetivas, aplicáveis sempre que houver risco pessoal ou social e também na hipótese de direitos e garantias fundamentais serem violados (BRASIL, 1990). Porém, o ECA não fornece subsídio em relação ao tratamento e ao acompanhamento de curto, médio e longo prazo para as vítimas (PAIVA *et al.*, 2012).

O ECA cria importantes instrumentos que exigem a participação popular: os Conselhos de Direitos (CD) e os Conselhos Tutelares (CT).

Os Conselhos de Direitos são formados por representantes paritários do poder público e organizações da sociedade civil, com compromisso de gerenciar um Fundo de Direitos, determinar a aplicação dos recursos, descrever diagnósticos de situação sobre a infância e adolescência, mobilizar a opinião pública e contribuir na elaboração do orçamento público e monitoramento de ações (CEDECA, 2010).

Os Conselhos Tutelares são instrumentos autônomos, não jurisdicionais, e encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente,

promovendo mediação entre a sociedade e o Estado. Suas atribuições perpassam desde atender e aconselhar crianças, adolescentes, pais ou responsáveis, aplicar medidas de proteção, protetivas e socioeducativas, promover a execução de suas decisões, encaminhar dados e fatos ao Ministério Público, promover o cumprimento das medidas protetivas aplicadas pela justiça a adolescentes infratores, representar contra a violação dos direitos, e requisitar certidões de nascimento (BRASIL, 1990).

Outra atribuição, principal, é o processo de notificação e condução das denúncia de maus tratos. Cabe ao CT receber a notificação, oriunda do setor de educação, saúde, anônima, órgãos de disque-denúncia e outros meios, analisar a procedência de cada caso e tomar as medidas cabíveis, de acordo com a situação. Em geral, os pais ou responsáveis são chamados para esclarecimentos e, juntamente com os conselheiros, são traçadas estratégias para solução do problema em questão, sempre em favor da vítima. Em se tratando de situações mais graves ou quando é detectada a iminência de risco à vida, o caso é encaminhado à autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando necessário, é realizada a abertura de processo policial (BAZON, 2004).

Em 2004, um novo avanço ocorre quando a violência doméstica foi incluída no Código Penal Brasileiro. Esta Lei define juridicamente o crime de violência doméstica e prevê a pena para o autor da violência. Todas as agressões cometidas antes enquadradas como lesão corporal, são agora um crime específico, com pena de detenção de seis meses a um ano (BRASIL, 2004; ZUMA, 2004).

Um dos novos desafios deste modelo de garantia dos direitos da infância e juventude do ECA é redução da idade da responsabilidade penal, pois tem sido alvo de duras críticas por seu suposto caráter excessivamente liberal e por sua responsabilidade na impunidade de adolescentes infratores. Meios de comunicação tem colaborado para essa deslegitimação ao dar destaque a atos de violência cometidos por (ou atribuídos a) crianças e jovens. Consequentemente, corre-se o risco de um retrocesso das políticas nesse setor, com o retorno a um tratamento apenas punitivo da questão (ALVAREZ *et al.*, 2009).

3.4 Violência envolvendo Crianças e adolescentes: do conceito à tipologia

A violência, sendo múltipla, é um fenômeno resultante das relações, da comunicação e da vida social. Suas manifestações provocam forte carga emocional em quem a comete, a sofre e a presencia. É uma dinâmica que só pode ser descrita e contextualizada na

realidade social. Sendo assim, a violência seria uma forma de comunicação e de relação interpessoal (MINAYO, 2006).

Compreendê-la com intencionalidade é avançar em seu conceito, pois nem todos os casos em que a vítima sofre agressão, terá ferimentos. Algumas marcas da violência nunca serão nítidas e visíveis (AZEVEDO; GUERRA, 2001). Podem ser, ainda, denominadas por diversos sinônimos como maus-tratos, abuso, agressão e violência, termos esses que se inter-relacionam e confundem-se por vezes na dinâmica de produção mundial, mas não deixam de caracteriza-la como manifestação das relações interpessoais (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

A partir desse conceito de violência, a OMS no primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) lançou um modelo ecológico de explicação da violência onde enfatiza sentidos dinâmicos e multifatoriais na produção da violência:

[...] não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um passo importante na abordagem da saúde pública para evitar a violência (KRUG *et al.*, 2002, p.12).

Neste mesmo relatório há divisão da violência em três grandes categorias: violência dirigida contra si mesmo ou auto-infligida, a violência coletiva e a violência interpessoal. A violência auto-infligida é promovida por comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) e os auto-abusos (agressões contra si e automutilações). As violências coletivas são as que ocorrem em contextos macrossociais como os atentados terroristas, guerras, aniquilamento de determinados povos, ataques econômicos, dentre outras. As violências interpessoais podem ser classificadas como intrafamiliar e comunitária. A violência intrafamiliar ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da família. Este tipo de violência inclui violência contra as crianças, as mulheres, os homens e os idosos. Já a violência comunitária ocorre no ambiente social em geral, entre pessoas conhecidas e desconhecidas, incluindo as violência juvenil, violências físicas, estupro, violências sexuais e violência institucional, como aquela que acontece em escolas e instituições de saúde (MINAYO, 2006; KRUG, 2002).

Seguindo uma lógica mundial, o Ministério da Saúde do Brasil lança a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) onde assume a violência enquanto ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros. Neste é apontado

que as violências podem ser expressas através da agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

Dentre os grupos afetados ocorrem relações de poder e dominação que estão compreendidas nas atitudes violentas nos casos da violência envolvendo crianças e adolescentes. Por vezes a violência é executada pelos próprios pais ou responsáveis e exercida de formas variadas (GOMES *et al*, 2002), sendo o lócus privilegiado a família.

A Violência envolvendo crianças e adolescentes é considerada todo ato de violência perpetrado contra criança ou adolescente, cujo agressor seja um familiar, parente consanguíneo/afim da vítima, responsável ou convivente contínuo ou esporádico, gozando da confiança da família (SAFFIOTI, 2001; FERREIRA, 2002). É algo que pode passar invisível, silente e impune para qualquer observador externo.

Na definição proposta por Minayo (2002), a violência contra crianças constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e ou psicológico à vítima. De um lado, implica numa transgressão no poder, dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa “coisificação” da infância, isto é, numa negação do direito de que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

Para referir-se às diferentes modalidades de violência contra criança e adolescente, a OMS, em 1996, designa-as como violência de natureza física, sexual, psicológica e privação ou negligência. Entretanto, para as naturezas de violência da OMS no Brasil caracteriza-as como tipologia (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO, 2006). Dessa forma, trata-se dos tipos de violência envolvendo crianças e adolescentes: Violência Física, Violência Psicológica, Violência Sexual e Negligência (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A Violência Física é o uso da força física de forma intencional ou não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo, manifesto ou não, de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes, ameaçando desta forma a saúde e o desenvolvimento (SOUZA; MELLO JORGE, 2004; MACMILLAN, 2012). No âmbito familiar, essa violência se manifesta pelo abuso de poder e da força pela superioridade ou autoridade que uma pessoa exerce sobre outra que dela depende ou que a ela esteja vinculada por laços afetivos, de parentesco ou de trabalho, dentre outros (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Esta violência estende-se desde formas mais brandas, como tapas e empurrões, até formas mais graves, como socos, mordidas, chutes, estrangulamento e lesões por arma de fogo. Os sinais corporais, as doenças associadas e o número de eventos (único ou processo

crônico) irão caracterizar a gravidade da lesão física. É possível encontrar lesões, hematomas, queimaduras, fraturas e/ou contusões inexplicáveis, traumatismos cranianos e envenenamentos. Estes sinais de abuso podem ser detectados quando há contradições entre a versão da criança e da mãe/pai/responsável, ou cicatrizes, marcas de queimaduras ou mordedura (GONDIM; MUNOZ; PETRI, 2011). Mais recentemente o castigo repetido, não severo, passou a ser considerado manifestação de violência física (BRASIL, 2002).

É calada devido ao medo, ao terror, a submissão, o espanto e o sofrimento psíquico, constituindo-se ao mesmo tempo em violência psicológica. É acobertada pela negação e mentiras, e quando chegam aos serviços de saúde na maioria das vezes são justificadas como marcas de acidentes (FALEIROS; FALEIROS, 2008). Quando detectada, por ser uma violação dos direitos humanos universais e dos direitos peculiares à pessoa em desenvolvimento, assegurados na CRFB, no ECA e na Normativa Internacional, deve ser punida como crimes de lesões corporais dolosas e culposas de acordo com o Código Penal.

A Violência Psicológica consiste em falar, praticar ou ordenar algo a criança e/ou adolescente, de modo sistemático que possa causar danos a sua autoestima e/ou estrutura emocional em formação (BRASIL, 2002). Inclui toda forma de arbitrariedade, hostilidade, rejeição, depreciação, discriminação, isolamento, desrespeito ou punição exagerada praticada por pais, familiares, responsáveis ou pessoas próximas. É comum a utilização de agressões verbais ou gestuais insultos, ridicularização, desprezo, crítica ou ameaça de abandono ou morte, bem como comportamentos éticos inadequados ou acima das capacidades como a exploração econômica ou sexual (DESLANDES, 1994; SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

É uma relação de poder desigual entre pessoas dotadas de autoridade e crianças e adolescentes dominados. Mesmo sendo muito frequente sua prática, ainda permanece sendo a menos identificada como violência, pelo alto grau de tolerância da nossa sociedade frente a esse tipo de violência. As pouquíssimas denúncias e a desresponsabilização dos pais, parentes, professores, policiais, profissionais da saúde e da assistência, entre outros, promovem humilhação diariamente as crianças e adolescentes (FALEIROS; FALEIROS, 2008)

Diferentemente da violência física, a violência psicológica não deixa traços imediatamente visíveis no corpo, mas destrói a autoimagem do violentado e se manifesta no comportamento da criança ou do adolescente. Assim, provoca traumas psicológicos pois ao afetar o psiquismo, suas atitudes e emoções as impedem de possuir um desenvolvimento normal. Acabam diminuindo a autoconfiança e autoestima. Ficando tendenciosas a depressão e ansiedade, podendo levá-las ao suicídio, quando as agressões se tornam insuportáveis

A Negligência é a omissão, recusa ou deserção dos pais ou de outros responsáveis, pela criança ou adolescente, em prover cuidados e necessidades básicas, como alimentação, moradia, higiene e proteção, para o seu desenvolvimento, temporário ou permanentemente, apesar de informado e ter condições (ABRÁPIA, 2001; SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

Alguns comportamentos negligentes são: falta de cuidados necessários com a saúde (crianças com baixo peso, falta de puericultura, não acompanhamento vacinal); não frequência regular à escola; descuido da higiene; o abandono (forma extrema); crianças não registradas; não reconhecimento da paternidade; crianças que são entregues a outrem para cuidados sem regularizar; crianças e adolescentes que assumem responsabilidades de adultos (o cuidado consigo e com demais irmãos pequenos, assumir tarefas domésticas, contribuir com a renda familiar e/ou se sustentar através da mendicância, do trabalho infantil, ou da prostituição); meninos e meninas de rua, sem controle ou proteção e expostos à violência familiar ou comunitária (BRASIL, 2002).

Por desconhecimento e preconceito, a negligência é vista como responsabilidade do familiar, especialmente das mães. Entretanto é importante salientar que no art. 4º do ECA:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, art. 4º)

Importante salientar que a negligência é o primeiro estágio e o fio da meada de inúmeras violências que serão praticadas futuramente por crianças e adolescentes. Porque sendo protegidos, cuidados, e respeitados, dificilmente estarão expostos ou serão promotores de alguma forma de violência, já que

as consequências e sequelas físicas, psicológicas e sociais da negligência sofrida na infância e na adolescência são extremamente graves, pois se configuram como ausência ou vazio de afeto, de reconhecimento, de valorização, de socialização, de direitos (filiação, convivência familiar, nacionalidade, cidadania) e de pleno desenvolvimento (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

A Violência Sexual é todo ato ou jogo sexual, relação hétero ou homossexual, com ou sem contato sexual, tendo como finalidade estimular sexualmente ou obter satisfação sexual, cujo agressor é um familiar (pai ou parente) ou um responsável ou pessoa próxima (convivente) ou desconhecido da criança ou do adolescente, e se encontra em estágio de desenvolvimento mais adiantado que a vítima (DESLANDES, 1994; WHO, 1999; SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

Estimulo dar-se por práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Podendo se apresentar por meio de carícias e

manipulação dos órgãos genitais, masturbação, voyeurismo, estupro, penetração oral, anal ou genital com pênis ou objetos de forma forçada, uso de linguagem eróticas, exploração sexual, exposição obrigatória a material pornográfico (BRASIL, 2002).

De todas as formas de abuso, o abuso sexual é a mais difícil de aceitar. A partir de estudos estatísticos, parece que um em cada três meninas e um em cada quatro meninos serão abusados sexualmente antes de completar 18 anos de idade. Em mais de 90% o agressor vai ser do sexo masculino e mais de 80% dos casos o abusador é uma pessoa conhecida da criança (FINKELHOR, 1994; KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999).

Um estudo realizado para tentar medir a prevalência de Abuso sexual em crianças em todo o mundo descobriu que quase 13% dos adultos relatam terem sido vítimas de abuso sexual na infância, uma taxa 30 vezes maior do que é oficialmente lançado (MACMILLAN, 2012). Sinais de abuso sexual em crianças e adolescentes são o choro fácil sem motivo, mudanças bruscas no comportamento escolar, evasão, agressivo ou destrutivo, depressão crônica, conhecimento e comportamento sexual inadequado para a idade, irritação, dor ou lesão na área genital e medo do contato físico (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

As crianças não inventam histórias sobre seu próprio abuso sexual, então na medida em que a criança é encorajada a falar, deve-se acreditar. As crianças custarão a comunicar o que está acontecendo e a maioria dos casos é mantida em segredo por mais de um ano (FURNISS, 1993).

É perceptível a identificação de complicações nas crianças que foram abusadas e elas precisam de ajuda psicológica para evitar a repetição do padrão de abuso de outros. Alguns fatores podem ser observados como baixa autoestima, necessidade de controle sobre o ambiente e os sentimentos de inferioridade, hiperatividade ou retraimento, agressividade (ciclo de violência), fobia, reações de medo, vergonha, culpa, depressão, ansiedade, transtornos afetivos (dificuldades de relacionamento, distorção da imagem corporal), enurese e/ou encoprese, amadurecimento sexual precoce, masturbação compulsiva, tentativa de suicídio, dentre outros (HABIGZANG *et al.*, 2006)

3.5 Como Fortaleza vem protegendo suas crianças e adolescentes

3.5.1 Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

Em 1990 é criado o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), conforme a CRFB e o ECA. Tem o objetivo de garantir a efetivação dos direitos da criança e do adolescente. Trata-se de um órgão colegiado, paritário, autônomo, de caráter permanente, deliberativo e controlador das políticas públicas para crianças e adolescentes em todos os níveis. Compõe-se de 11 representantes titulares da esfera governamental municipal e em igual número de representantes titulares da sociedade civil organizada, assim com o mesmo número de suplentes. A escolha dos representantes das organizações da sociedade civil, para um mandato de dois anos ratificado pelo chefe do poder executivo, é formalizada por meio de um fórum (CEDECA, 2010).

Enquanto na esfera governamental é constituída por 1 membro da Câmara Municipal, escolhido pelos vereadores, e 10 membros escolhidos pelo chefe de poder executivo, representando os seguintes órgãos: (02) representantes da Secretaria de Educação, (01) da Fundação da Criança e da Família Cidadã – FUNCI, (01) da Secretaria Municipal de Saúde – SMS e (01) de cada Secretaria Executiva Regional (SER).

Atualmente, o Município de Fortaleza possui seis Conselhos Tutelares, sendo uma em cada SER. Cada Conselho possui cinco membros, eleitos pelo voto direto da população para um mandato de três anos com direito a uma recondução. Dentro de sua rede de proteção executa diversas ações interinstitucionais, a fim de atender crianças e adolescentes que sofrem violências ou estão em situação de risco.

Em agosto de 2012, a Câmara Municipal de Fortaleza, através da Lei nº 9917, tornou obrigatória a notificação, pelos estabelecimentos de saúde, dos casos de violência contra a mulher, a criança, o adolescente e o idoso.

3.5.2 A Secretaria de Direitos Humanos

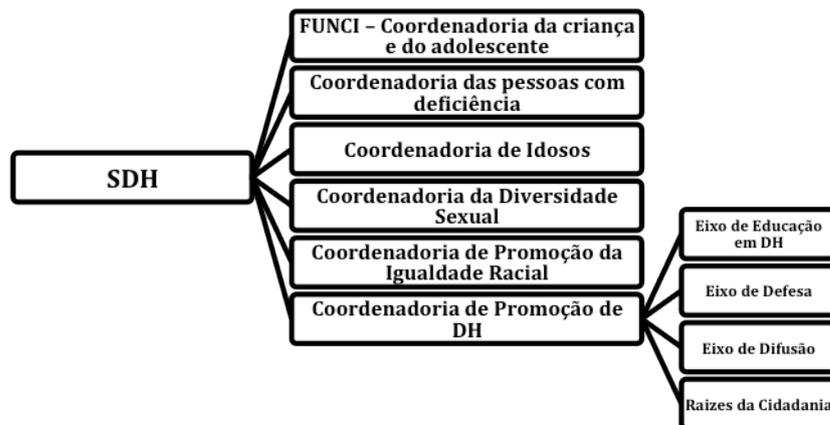
No início do ano de 2010, é criada a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República que trata da articulação e implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos humanos que vai desencadear em diversos estados suas respectivas criações nas gestões municipais.

A partir de uma perspectiva de consolidar a política nacional integrada com os Direitos Humanos, surge em Fortaleza, a Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza (SDH). Ao criá-la, foi atribuída competências a fim de estabelecer normas gerais que efetivassem as ações de proteção à infância e à adolescência, aos idosos, às pessoas com deficiência, à garantia da diversidade sexual e da igualdade racial. Além disso, vincula a SDH o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes (COMDICA), os Conselhos Tutelares (CT), o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o Conselho Municipal do Idoso. Tem se organizando de acordo com seu organograma (Figura 01).

Ao visualizar tal organograma percebe-se que diversas ações importantes são desenvolvidas porém limita-se somente as voltadas a proteção das crianças e adolescentes.

A Coordenadoria da criança e do adolescente (FUNCI) tem como objetivo promover e garantir os direitos humanos de crianças e adolescentes a partir de atividades que se desenvolvem em unidades de projetos espalhadas pelas seis SER do município (ANEXO A).

Figura 01 – Organograma da Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza, Ceará



Fonte: SDH/Fortaleza - CE. 2012

Foi criada em 1993 como Fundação da Cidade. Em 1999, passou a ser denominada Fundação da Criança e da Família Cidadã. Optou-se em não suprimir a sigla “FUNCI” em virtude de sua referência, instituída ao longo da história, com a sociedade e, sobretudo, para a sociedade civil organizada e a população atendida.

A FUNCI obedece um organograma (ANEXO B) onde ordena seus projetos de modo a trabalhar prioritariamente na proteção das crianças e dos adolescentes. Descreve-se a seguir alguns dos serviços próprios da gestão, de acordo com Fortaleza (2010):

- ✓ Rede de Direitos é que articula a rede de proteção social destinada à garantia de direitos de crianças e adolescentes da cidade de Fortaleza e o fortalecimento do

Sistema de Garantia de Direitos.

- ✓ A Supervisão dos Conselhos Tutelares tem como função fortalecer os Conselhos Tutelares por meio do desenvolvimento de ações de acompanhamento e controle das demandas administrativas, execução orçamentária, projetos de captação de recursos, articulações com a rede de retaguarda, discussões políticas e assessoria em geral.
- ✓ Supervisão Especial de Políticas de Enfrentamento ao Trabalho Infantil (ETI) implementa atuação na prevenção, sensibilização e mobilização para o enfrentamento ao trabalho infantil e proteção ao trabalhador adolescente
- ✓ O Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPSI) possui como proposta oferecer atendimentos psicológicos clínicos, individuais e grupais, bem como realizar ações de acompanhamento psicossocial com crianças e adolescentes atendidos. Intenta valorização do sujeito, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e a ampliação de práticas de cidadania.

O organograma institucional, além da formatação própria de gestão e serviços, ainda apresenta sete programas: programa se garanta, programa ponte de encontro, programa rede aquarela, programa famílias defensoras, programa disque direitos criança e adolescente, programa adolescente cidadão e programa crescer com arte e cidadania, de acordo com Fortaleza (2010):

- ✓ O Programa Se Garanta gerencia os projetos que atuam com as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto do município de Fortaleza.
- ✓ O Programa Ponte de Encontro é voltado para ações diretas com crianças e adolescentes em situação de rua e abrigo, divide-se em três eixos: Educação Social de Rua, Casa de Passagem e Acolhimento institucional.
- ✓ O Programa Rede Aquarela abrange a articulação das ações de enfrentamento à violência sexual em Fortaleza
- ✓ O Programa Famílias defensoras direciona ações que visam fortalecer a rede de atendimento às famílias de origens das crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados e são atendidas pela FUNCI, além do gerenciamento das bolsas disponibilizadas às famílias.
- ✓ Programa Disque Direitos Criança e Adolescente (DDCA) é um serviço público que objetiva garantir à sociedade um tele-atendimento municipal de demandas e, também um espaço de denúncias relativas aos direitos humanos de crianças e adolescentes.
- ✓ O Programa Adolescente Cidadão é um programa de transferência de renda que trabalha com projetos de profissionalização para adolescentes e jovens de 16 a 21 anos de idade em situação de vulnerabilidade social, estabelecendo como

prioridade aqueles(as) que estejam em situação de rua, exploração sexual ou cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto. Trabalha com os seguintes projetos: Projeto Adolescente Cidadão, Projeto Cozinha Criativa, Projeto Bromélia dentre outros.

- ✓ Prestação de Serviços à Comunidade promove o atendimento e acompanhamento aos adolescentes através de uma equipe especializada que identifica as habilidades dos adolescentes, articula, monitora e avalia os locais de cumprimento da medida acompanhando os profissionais de referência, dentre outros.
- ✓ Liberdade Assistida Municipalizada (LAM) ocorre atendimento e acompanhamento de adolescentes regime de Liberdade Assistida, por meio dos cinco núcleos, com equipe técnica voltada para o atendimento formal da medida e encaminhamentos para a rede de retaguarda, a fim de possibilitar o acesso à escolarização, profissionalização, saúde, lazer e demais direitos aos adolescentes.
- ✓ Abordagem de Rua/Casa de Passagem: realiza abordagem às crianças e adolescentes na rua para posterior encaminhamento, com casa de passagem em regime de plantão 24 horas.
- ✓ Acolhimento institucional (Casa dos Meninos/Casa das Meninas/Abrigos Conveniados): Há o acolhimento de caráter provisório destinado a adolescentes de ambos os sexos de modo a promover a garantia do direito de convivência familiar e comunitária e articular a qualidade de vida com foco na inserção sócio-produtiva e nas relações solidárias.
- ✓ O Espaço Aquarela é um abrigo especializado para adolescentes vítimas de tráfico para fins sexuais e exploração sexual e atendimento psicossocial a vítimas de violência sexual e suas famílias.
- ✓ A Rede Aquarela DCECA possui uma equipe que faz o acolhimento, acompanhamento e encaminhamento no atendimento das crianças, adolescentes e famílias junto a DCECA.
- ✓ Depoimento Especial é uma sala junto à 12ª Vara Criminal para a escuta qualificada de crianças e adolescentes utilizando a metodologia do Depoimento sem danos.
- ✓ Disseminação PAIR é uma equipe de disseminação da metodologia do PAIR, com foco nos territórios referenciados pela Pesquisa, “Sete sentimentos capitais da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes”, com maior recorrência de casos de exploração. A equipe já implementou ações nos Bairros da Serrinha e Jangurussu e está em fase de disseminação na Barra do Ceará.
- ✓ O Programa Família Cidadã desenvolve ações de acompanhamento direto no sentido de contribuir para a ressignificação dos vínculos afetivos, familiares e comunitários, compondo outras formas de valorar as relações entre os membros da família.

3.5.3 Centro de defesa da criança e do adolescente (CEDECA)

O CEDECA Ceará nasceu em 1994, a partir da mobilização de entidades da sociedade civil cearense, das agências de cooperação, dos profissionais e dos movimentos sociais de defesa dos direitos da infância e juventude em Fortaleza. Desde sua origem, reivindica-se como entidade de defesa de direitos humanos de crianças e adolescentes, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Constituição Federal e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (CEDECA, 2010)

O CEDECA Ceará incorpora-se à concepção do Sistema de Garantia de Direitos, procurando sintonizar sua ação, sobretudo, nos eixos de Defesa e de Controle Social. Objetivando uma sociedade que conjugue o desenvolvimento sustentável, a democracia real e a efetivação integral e universal dos direitos humanos (FORTALEZA, 2010)

Neste sentido, atua em temas como: defesa do direito à educação de qualidade, enfrentamento à violência sexual, combate à violência policial, fortalecimento de fóruns de direitos da criança, divulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, monitoramento da mídia, fiscalização e participação na elaboração dos orçamentos públicos e direitos do adolescente em conflito com a lei.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de estudo do tipo seccional e analítico. Os estudos seccionais pretendem dar a ideia de um corte no fluxo histórico, evidenciando, naquele momento, as características e as correlações do fenômeno estudado. Assim, fator e efeito são detectados simultaneamente e somente a análise dos dados permite identificar os grupos de interesse (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003). É um bom método para detectar frequências de doenças e de exposições, bem como identificar, na população, os grupos que foram afetados (PEREIRA, 1997). Os estudos analíticos são utilizados para examinar a existência de associação entre tais condições relacionada à saúde ou doença, e a exposição (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Local do Estudo

Fortaleza é uma cidade com 2.452.185 habitantes. Destes 777.835 habitantes são crianças e adolescentes, onde 50,2% (390.492) são homens e 49,8% (387.343), mulheres. Permanece na 5ª posição nacional no que se refere à população, precedida por São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Brasília (IBGE, 2011). É uma das cidades mais desiguais do planeta ocupando o 2º lugar no ranking, junto com Belo Horizonte, das 20 mais desiguais do mundo (ONU, 2010). Sua taxa de crescimento médio da população é estimada em 2,17% ao ano. Sua densidade demográfica é de 6.841,54 pessoas/Km² (IBGE, 2011).

Apresenta incidência de pobreza em 43,7% da população. Mais de 60% das crianças de 0 a 6 anos vivem em famílias com renda per capita de até meio salário mínimo. Possui alto percentual de homicídios em crianças e adolescentes observado após subir do 21º para a 6º ranking nacional, quando elevou de 13,4 sua taxa de homicídios no ano 2000 para 41,1 em 2010 (WAISELFISZ, 2010).

Esta capital está distribuída em seis SERs (ANEXO A). O estudo realizou-se nos seis Conselhos Tutelares de Fortaleza (ANEXO C), distribuídos conforme ANEXO C.

4.3 População e amostragem

Estudo com base em dados secundários a partir dos processos de notificação e denúncias que envolvem crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência, com base

no ano de 2011. Neste ano, ocorreram 3.926 processos (dado fornecido em Junho de 2012 pela Coordenação dos Conselhos Tutelares de Fortaleza).

Tomou-se uma amostra aleatória simples a partir dos 3.926 processos, sendo erro aceitável de 3%, intervalo de confiança de 95% e variabilidade máxima (50%), resultando em valor amostral de 840 a serem coletados. A escolha dos processos obedeceu distribuição de 140 por Conselho Tutelar a fim de deixar a coleta próxima da realidade dos territórios e bairros de Fortaleza.

Adotou-se no estudo a classificação de criança e adolescente do ECA onde crianças são pessoas até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

4.4 Procedimentos

Durante visita ao prédio da SDH, oportunizou-se discussão com conselheiros tutelares sobre conteúdo da pesquisa, objetivos, duração da coleta e métodos a serem estudados. O Formulário de coleta de dados (APÊNDICE A) foi organizado de acordo com a lógica de construção da documentação institucional, instrumento preenchimento diário dos conselheiros, e foram incluídas variáveis encontradas na literatura, principalmente no estudo de Bazon (2008).

Após apresentação do projeto ao colegiado do COMDICA, recebeu-se o Termo de Fiel Depositário (ANEXO D), bem como Anuência (ANEXO E) para realização da coleta de dados nos seis Conselhos Tutelares de Fortaleza.

4.5 Construção do Formulário e Variáveis

De modo a promover um tratamento no Formulário realizou-se um estudo piloto com 30 formulários a fim de verificar possíveis falhas e confirmar se as variáveis incluídas seriam suficientes ao cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Após o estudo piloto algumas variáveis foram removidas (com quem e onde mora; abandono na violência psicológica; idade, escolaridade, renda, ocupação, grau de instrução do pai, mãe ou responsável; relação de parentesco do responsável) por não estarem incluídas nas averiguações ou informações dos processos de notificação e denúncias dos CT de Fortaleza. Algumas variáveis foram incluídas por constarem nos processos (exibicionismo na violência sexual; situação/exposição de risco na violência psicológica; serviço de saúde e

trabalho na violência institucional; violência na internet; violência homossexual; violência no trânsito; tentativa de suicídio; roubos/ furtos; matrícula irregular na escola; mais de uma criança por processo; situação concluída;).

O formulário está subdividido em: características da violência; tipologia da violência; vítima e agressor; crianças e adolescentes; características da família; relacionado (vítima ou agressor); medidas de proteção, medidas pertinentes aos pais ou responsáveis, outras medidas; e andamento da notificação.

4.5.1 Características da Violência

- Conselho Tutelar – distribuição nos conselhos tutelares;
- Data da denúncia;
- Violência Doméstica - Considera-se “todo ato de violência perpetrado contra criança ou adolescente, cujo agressor era familiar, parente consanguíneo/afim da vítima, responsável ou convivente contínuo ou esporádico, gozando da confiança da família” (CARVALHO, 2010, p. 57);
- Denunciante – Mostra a origem da notificação. Este informante acredita que a situação que a criança e o adolescente vive merece ser denunciada. Pode ser um responsável (como pai, mãe ou outro familiar) ou alguém de seu convívio (como um vizinho ou outra pessoa da comunidade); Há ainda as instituições (escola/professores), bem como a própria vítima;
- Local da ocorrência – neste campo aborda-se os locais que a violência ocorreu, como o domicílio, a vizinhança, uma habitação coletiva, um local de prática de esporte, um bar ou similar, uma via pública, uma escola, no trabalho;
- Denúncia Anônima – O anonimato é tido como estratégia para estimular à denúncia, já que há dificuldade e resistência de envolvimento com o caso (COSTA *et al.*, 2007).
- Caso novo ou recorrente da violência – Intuito de mostrar se essa violência que as crianças e os adolescentes estão sofrendo trata-se da primeira denúncia ou ocorrência; E quando tratadas como recorrente quantas vezes e há quanto tempo vem sofrendo esse processo;
- Presenciou alguma violência anterior - Mostrar se essas crianças e

adolescentes já presenciaram processo anterior de violência

- Violência de repetição da notificação – Evidencia processos violentos que se perpetuam durante a vida das crianças e dos adolescentes sem relação com essa denuncia realizada no Conselho Tutelar

4.5.2 Tipologia da violência

A tipologia adotada é baseada na classificação de Dahlberg e Krug (2006): física, sexual, psicológica e negligência.

- Violência Sexual – classifica-se os tipos de violência sexual: atentado violento ao pudor, exploração sexual, abuso sexual, prostituição, assédio sexual, estupro, exibicionismo;
- Negligência – classifica-se os tipos de negligência: convivência familiar prejudicada, omissão, abandono, negligência de alimentos, de higiene, de moradia ou de proteção;
- Violência física – classifica-se os tipos de violência física: agressão, queimaduras, fraturas/contusões, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) , envenenamento, espancamento;
- Violência psicológica – classifica-se os tipos de violência psicológica: ameaças, torturas, punição exagerada, trabalho infantil, cárcere privado, situação/exposição de risco;

Utilizou-se também outros tipos de classificação de violência que surgiram nas diversas literaturas estudadas: violência institucional (na escola, agremiação, centro comunitário, religião); violência verbal; violência patrimonial; violência autoprovocada; violência internet; violência homossexual; violência no transito; tentativa de suicídio; mendicância; roubos/furtos; e matricula irregular na escola.

4.5.3 Vítima e Agressor

- Vítima e Agressor – Nesta categoria descreve-se quem são os promotores e os agressores, desde os pais, mães, crianças, adolescentes, vizinhos, pessoas da comunidade, bem como instituições;

4.5.4 Crianças e Adolescentes

- Idade – mostrar a frequência a partir dos grupos etários de 0 a 11 anos, e 12 a 18 anos;
- Sexo – masculino e feminino
- Estado civil – maior parte por serem crianças não apresentarão estado civil porém aos adolescentes veremos quais encontram-se solteiros, casados, união consensual, outras;
- Escolaridade – somente para crianças de cinco anos e mais;
- Grau de instrução – Utilizou-se comparação da escolaridade com esta variável a fim de identificarmos possíveis repetições. O grau de instrução será distribuído em: Não Completaram Ensino Fundamental; Ensino Fundamental Completo; Ensino Médio Incompleto; e Ensino Médio completo;
- Cursando – Se está inscrito e frequenta a escola
- Trabalha
- Presença de doença crônica
- Pessoa com necessidades especiais
- Uso de substâncias químicas/drogas (a maconha, o crack, a cola, a cocaína, o álcool, o cigarro)
- Mais de uma criança ou um adolescente por processo

4.5.5 Características da Família

- Renda familiar – renda da família em Reais(R\$)
- Situação de risco na família – evidenciar problemas sociais como alcoolistas, uso de substâncias químicas, desemprego, detenção dentre outros;
- Antecedente de violência na família – a ocorrência de algum processo de violência entre familiares ou com familiares;
- Situação social dos Pais – como encontra-se os pais da vítima: casados, divorciados, presos, falecidos, dentre outras

4.5.6 Relacionado (agressor ou vítima)

- Idade – em anos completos;
- Sexo– masculino ou feminino;
- Relação com a vítima – se o agressor foi o pai, a mãe, o vizinho, um outro familiar, uma pessoa da comunidade, a madrasta, o padrasto;
- Escolaridade – em anos de estudo;
- Grau de instrução– distribuído em Não Completaram Ensino Fundamental, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio completo e Ensino Superior;
- Ocupação - segundo a Classificação Brasileira de Ocupações;
- Renda–Reais(R\$);
- Uso de substancias químicas/drogas (a maconha, o crack, a cola, a cocaína, o álcool, o cigarro);
- Uso de substancia química durante a agressão;
- História passada de agressão ou abuso do agressor

4.5.7 Encaminhamentos e medidas adotadas

- Dividiu-se em Medidas de Proteção, Medidas pertinentes aos pais ou responsáveis e Outras medidas
- Medida de Intervenção constam as que foram encaminhadas as outras instancias e que receberam retorno para o CT

4.6 Coleta de dados

A coleta deu-se de fevereiro e março de 2013 e a escolha dos processos ocorreu de modo aleatória. A cada processo analisado descartou-se dois processos. Estabeleceu-se que nos processos que houvesse mais de uma criança ou adolescente, o selecionado seria o que fosse mais velho seguido daquele com mais entradas.

Adotou-se como critério de inclusão os processos de denúncias averiguadas, já que vários outros processos são arquivados sem investigação, sem a devida verificação ou conclusão, e, ainda, sem orientações dos conselheiros para a criança e o adolescente. Em processos onde foram identificados diversas notificações utilizou-se todas as reincidências na coleta de dados.

Excluiu-se os processos de crianças e adolescentes não residentes na cidade de Fortaleza e os que não houvessem registros de sexo ou idade.

A substituição dos processos sorteados deu-se pelo processo subsequente quando necessitasse ser excluído pelos critérios adotados ou por não se enquadrar nos objetivos do estudo.

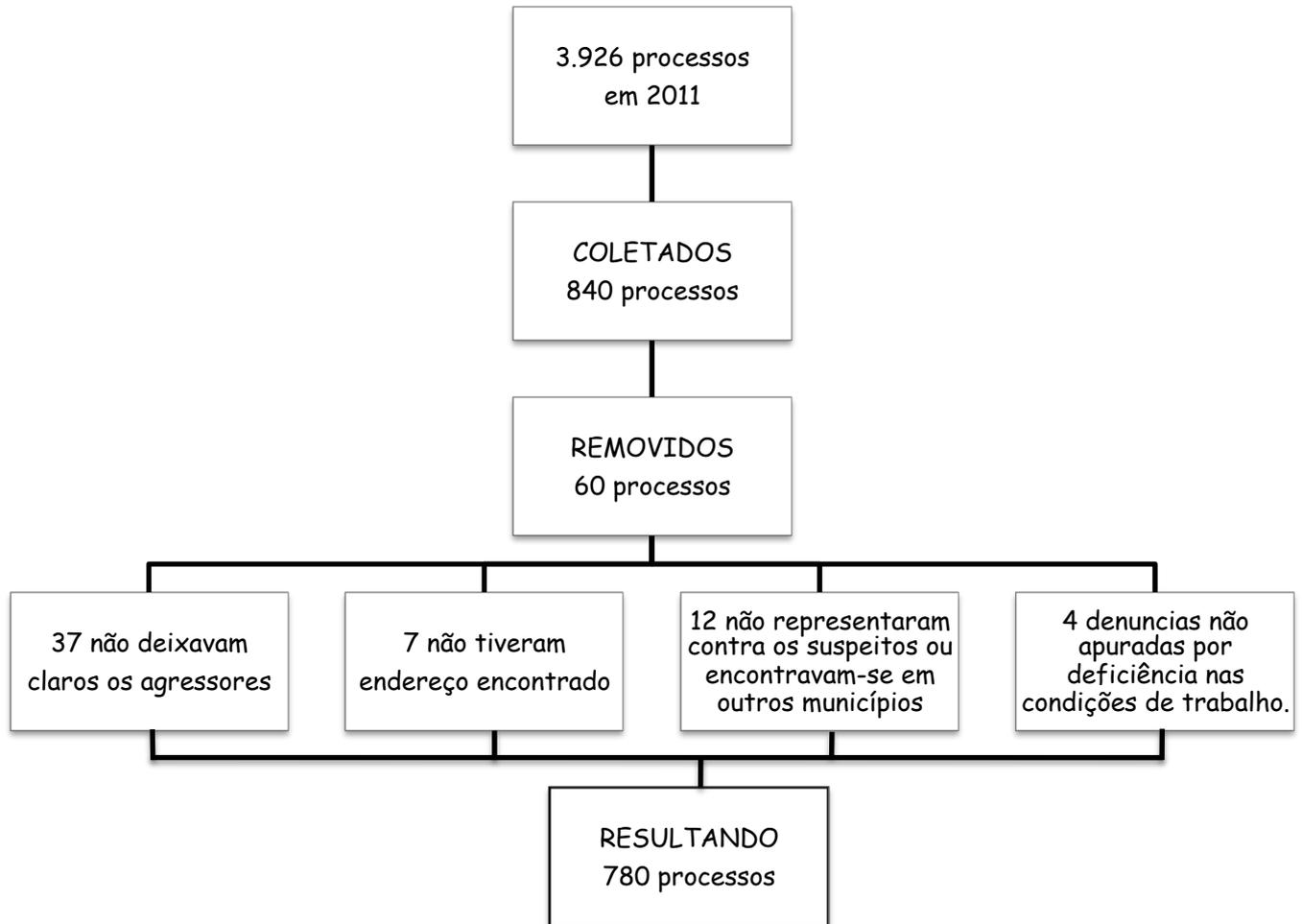
Da amostra calculada, 840 foram realizados. Porém, foram retirados da pesquisa num total de 60 processos. Dos 60 processos: 37 não evidenciavam a autoria da agressão, 7 por não tinham endereço encontrado, 12 acusados não representando contra os suspeitos ou encontravam-se em outros municípios e 4 não foram apurados por deficiência nas condições de trabalho, contabilizando ao final 780 processos, que pode ser observado na FIGURA 02.

Durante a coleta excluiu-se: processos relacionados a recadastramento do Bolsa Família e encaminhamento ao HabitaFor por falta de condições de moradia quando não descreviam a situação vivenciada; a mudança de tutela ou guarda quando não havia envolvimento da criança e somente por conflito entre pais; processos que não relacionavam nenhum tipo de sofrimento, violência e/ou negligências; processos que solicitavam segunda via da declaração de nascido vivo; processos sobre teste de DNA; Evasão escolar sem motivos de violência; e Casos encaminhados a procuradoria da educação quando em suas historias não havia justificativa relativa ao estudo.

Após a coleta, variáveis foram retiradas e outras incluídas:

- A variável “Outras violências psicológicas” removeu-se por não haver nenhum processo que pudessem ser incluído
- A variável “situação/ exposição de risco” no campo da violência psicológica foi criada. Nesta foram incluídos os sujeitos que sofriam exposição direta a gestos obscenos, atos libidinosos, orgias ou ao uso de substâncias químicas ou eram incentivados ao consumo, presenciavam qualquer tipo e conviviam com o tráfico de drogas. Além disso indivíduos que frequentemente são expostos a assassinatos realizados por parentes ou vizinhos no domicílio ou Peri-domicílio.

Figura 02 – Descrição da Coleta de dados



- À variável “negligência por omissão” foi incluída todos os sujeitos que possuíam a falta de cuidados de saúde necessários, como acompanhamento vacinal, cuidados durante doenças diagnosticadas ou de conhecimento popular como diarreia, gripes, resfriados, pneumonia, etc.
- Em “Outras violências físicas” foram incluídas como acorrentados, amarrado, castigos de joelho, empurrão, tentativa de enforcamento, mordidas, chutes, murros, bem como uso de madeira, fios, corda, chinela e cinto.
- À variável união estável inclui-se casados e amasiados, bem como divorciados por meio de separação legal ou não oficial.

- Termo madrasta e padrasto também está incluso as relações homoafetivas com parceiros.
- A coleta da agressão promovida nas escolas, nos serviços de saúde, por médico, professores e diretores de escola foram incluídas como agressão por Serviço Público
- Na variável "Violência Verbal" incluiu-se todos os casos que induziram ao uso de palavras de baixo calão
- Como em diversos processos havia sempre mais de uma criança ou adolescente incluiu-se a variável “mais de uma criança por processo”

4.7 Análise Estatística

Os dados foram digitados no Microsoft Excel 2011. Aos dados foram aplicadas análise univariada e bivariada através do EPIINFO 7. Foi realizado uma análise inicial para identificação de erros de codificação, inconsistências e a presença de categorias ausentes ou em pequenos números, fazendo correções quando necessário. Algumas variáveis foram agregadas e recodificadas com o intuito de facilitar a análise e o novo banco de dados, após modificações, foi utilizado para análise.

Realizou-se análise descritiva das variáveis com o intuito de fazer uma exploração da amostra estudada, apresentando seus valores absolutos e em percentuais.

Na Análise univariada, realizou-se a exploração dos dados, permitindo-se conhecer o perfil epidemiológico da população estudada. As variáveis foram apresentadas através de tabelas contendo as prevalências.

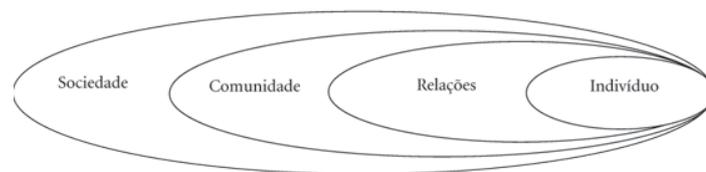
Para a Análise Bivariada foi utilizada as variáveis categóricas para realização das associações. A associação (não ajustada) entre as variáveis de desfecho e exposição foi através do p valor menor do que 5% ($p < 0,05$) dos expostos e não expostos e descrito o seu intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Não foram usadas variáveis contínuas neste estudo.

Para o estudo utilizou-se a Razão de prevalência (RP), Razão de Chances(OR) e o qui-quadrado na tentativa de explicar os potenciais fatores de risco e proteção entre as variáveis exposição e desfechos (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Utilizamos como base para a realização das associações, a construção do modelo teórico das variáveis dependentes e independentes. Empregou-se o modelo ecológico da

violência (KRUG *et al.*, 2002) que enfatiza sentidos dinâmicos e multifatoriais de uma interação de diversos fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais (FIGURA 05). A partir, deste conceito consegue-se conectar os fatores relacionados à violência evidenciando importante meio de prevenção de violência no campo da Saúde Pública.

Figura 03 – Modelo ecológico para compreender a violência



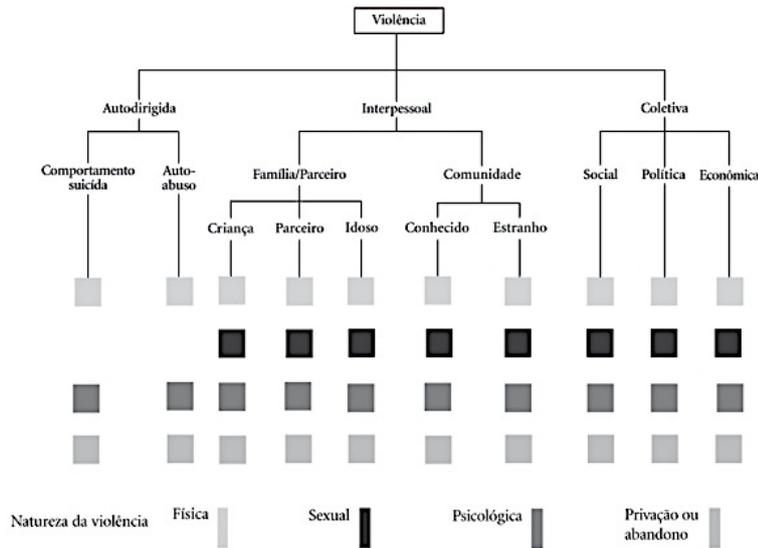
FONTE: OMS, 2002

Neste relatório há divisão da violência em três grandes categorias: violência dirigida contra si mesmo ou auto-infligida, a violência coletiva e a violência interpessoal (FIGURA 06). A violência auto-infligida é promovida por comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) e os auto-abusos (agressões contra si e automutilações). As violências coletivas são as macrosociais como os atentados terroristas, guerras, aniquilamento de povos, ataques econômicos, dentre outras. As violências interpessoais podem ser classificadas como intrafamiliar e comunitária (KRUG *et al.*, 2002).

A violência intrafamiliar ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da família. Este tipo de violência inclui violência contra as crianças, as mulheres, os homens e os idosos. Já a violência comunitária ocorre no ambiente social, entre pessoas conhecidas e desconhecidas, incluindo as violência juvenil, violências físicas, estupros, violências sexuais e violência institucional, como em escolas e instituições de saúde (KRUG *et al.*, 2002).

Relacionou-se às tipologias os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) que incluem os traços de iniquidades em saúde (sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias) vivenciadas por grupos e indivíduos, principalmente aqueles de estratos mais desprivilegiados (BRASIL, 2006). Os DSS incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade (CARVALHO; BUSS, 2008). Utilizou-se as condições de vida, de trabalho, de membros familiares, dos serviços de saúde e da educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias como determinantes relacionados com as tipologias de violência.

Figura 04 – Tipologias e Naturezas da violência



FONTE: OMS, 2002

Figura 05 – Modelo Dahlgren e Whitehead acerca dos Determinantes Sociais em Saúde



Fonte: Brasil, 2006.

Dessa forma, utilizou-se como variáveis dependentes as tipologias de violência, adotadas por Dahlberg e Krug (2006), além de crianças vítimas e promotoras da violência.

E como as variáveis independentes, utilizou-se as variáveis: sexo, idade, relação com a vítima, denunciante, local da ocorrência, denúncia anônima, tipologias de violência, mendicância, realizou roubos/ furtos, matrícula na escola irregular, vítima, agressor, caso novo, reincidência, presenciou algumas violência anterior, violência repetição, cursando,

trabalha, doença crônica, necessidades especiais, uso de substâncias químicas, tipo de droga, renda, situação de risco na família, antecedente de violência na família, situação social dos pais, escolaridade, grau de instrução, profissão, uso de substancia química durante, história passada de agressão, história passada de abuso, mais de uma criança, situação solucionada.

Quadro 01 – Variáveis utilizadas na Análise Bivariada

Variáveis dependentes (efeitos)	Variáveis independentes (causais)
Violência Física	Sexo, Relação com a vítima, Denunciante, Local da ocorrência, Denúncia Anônima, Mendicância, realizou roubos/ Furtos, matricula na escola irregular, vitima, agressor, caso novo, Reincidência, Presenciou alguma violência anterior, Violência Repetição, Cursando, Trabalha, Doença crônica, Portador de necessidades especiais, Uso de substâncias químicas, Tipo de droga, Renda, Situação de risco na família, Antecedente de violência na família, Situação social dos Pais, Escolaridade, Grau de instrução, Profissão, Uso de substancia química durante, história passada de agressão, história passada de abuso, Mais de uma criança por processo.
Violência Sexual	
Violência Psicológica	
Negligência	

Para a regressão logística, baseou-se em todas as variáveis selecionadas com fatores que poderiam estar associados à violência envolvendo crianças e adolescentes. As variáveis categóricas que fossem possíveis de determinar fator explicativo ou associado baseados na literatura, bem como a partir das análises univariadas cuja significância inferior ou igual 0,20 foram consideradas candidatas a análise multivariada. Permaneceram no modelo final a condição de significância inferior ou igual a 0,05.

No quadro 01 encontra-se os desfechos acompanhados das variáveis independentes que tiveram significância inferior ou igual 0,20 e foram incluídas para realização dos modelos de regressão logística.

Aplicou-se a Regressão Logística no modo “forward stepwise” com os desfechos e as variáveis independentes a fim de criar modelos explicativos da violência por tipologia. Posteriormente, análise e interpretação da razão de chance de influência das variáveis independentes sobre a dependente realizou-se a discussão dos modelos.

Para verificar se os modelos de regressão logística estimados foram realmente eficazes realizou-se: o teste de Hosmer-Lemeshow que comparou as frequências observadas

das esperadas; O teste Cox & Snell indica qual a porcentagem das variações ocorridas no log da razão de chances são explicados pelo conjunto das variáveis independentes; e o R2 ajustado de Nagelkerke que indica a proporção da variação da variável resposta explicada pelo modelo; os valores desta medida variam entre 0 e 1, escolhendo-se o modelo com valores mais próximos de 1 (BUSSAB; MORETTIN, 2010). Após a verificação destes ajustes foi possível demonstrar a capacidade de predição de cada modelo.

Para o cálculo do Risco Atribuível, utilizou-se descrito em 1953 por Morton Levin, onde descreveu a carga de câncer de pulmão devida ao tabagismo – portanto, passível de prevenção.

O Risco atribuível proporcional, também chamado de fração etiológica, consegue informar a proporção de doença entre os expostos que poderia ter sido prevenida se a exposição fosse eliminada. Nesse caso dependerá do risco relativo (RR) de morte ou doença devido ao fator de risco específico (exposição) e da prevalência da exposição de interesse na população de interesse (P) do fator de risco na população inteira (MEDRONHO, 2009). Calculou-se o RAP a partir de sua fórmula:

Figura 06 – Fórmula do Risco Atribuível

$$RAP = \frac{RR - 1}{RR} \times \frac{P(RR)}{P(RR - 1) + 1} \quad \boxed{RAP = \frac{P(RR - 1)}{P(RR - 1) + 1}}$$

Utilizou-se o RAP expresso em porcentagem, calculando com a fórmula a seguir:

Figura 07– Fórmula do Risco Atribuível Proporcional

$$RAP\% = \frac{P(RR - 1)}{P(RR - 1) + 1} \times 100$$

Calculou-se RAP a fim de saber quanto de cada tipologia de violência foi ocasionado pelos fatores risco e quanto da mesma poderia ter sido prevenida se determinados fatores fossem eliminados.

4.8 Aspectos éticos

O estudo apenas foi iniciado após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob Parecer 191.519 (ANEXO F)

Seguindo a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), buscou-se eliminar o risco de divulgação das identidades dos sujeitos da pesquisa (crianças e adolescentes) à pessoas externas. Dessa forma, excluiu-se as variáveis: nome, nome da mãe e nome do pai assegurando o tratamento dos dados com confiabilidade de arquivamento.

Cabe ressaltar que os consolidados não apresentam elementos que permitam a identificação de qualquer sujeito, agredido ou agressor; endereço, escola ou local de trabalho de nenhum dos envolvidos já que os dados coletados foram utilizados exclusivamente para os fins de produção de conhecimento científico. E ainda, garante-se a preservação dos serviços/instituições para os quais foram enviadas as notificações recebidas à tomada de providências.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram divididos nas seguintes categorias: Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico das crianças e adolescentes envolvidos em violências; Caracterização das famílias de crianças e adolescentes envolvidos em violências; Caracterização dos agressores e vítimas da violência que envolve crianças e adolescentes; Caracterização dos encaminhamentos e das ações adotadas; Prevalência das tipologias das violências envolvendo crianças e adolescentes; Associações bivariadas de tipologias de violência; Modelos explicativos da violência doméstica envolvendo crianças e adolescentes; e, Risco atribuível proporcional.

5.1 Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico das crianças e adolescentes envolvidos em violências

As denúncias de violências em crianças e adolescentes vítimas (Tabela 01) foram realizadas em 29% (211) por pessoas da comunidade, 22,7% (165) pela mãe e 14,6%(106) pelo pai. Em 34,7% (252) realizou-se por denuncia anônima. No que concerne ao local de ocorrência, 63,5% (461) deu-se no domicílio e 14,9% (108) na vizinhança. 72,3% (525) ocorreu por violência doméstica sendo 68% (494) de casos novos e 31,5% (229) de casos reincidentes. Em 11,6% (84) ocorreram duas reincidências e 7,4% (54), três reincidências. O

De acordo com as características (Tabela 02), tem-se que 62,9% (457) crianças e 37,0% (269) adolescentes, destes 54,7% (397) do sexo feminino. Mais de uma criança ou adolescente aparecem no mesmo processo em 18,9% (137). Mesmo não sendo informado qual o grau de escolaridade foi evidenciado que 51,2% (372) estão frequentando a escola. Em 7,6% (55) das crianças e adolescentes exercem alguma forma de trabalho remunerado. Em 11% (80) estes possuem algum tipo de doença crônica. Tratando-se de portar necessidade especial apareceram 5,9% (43). Quanto ao uso de substâncias químicas, 98 são usuários (12,56% - N=780). Deste usuários é preocupante por se tratar de 5,1% (37) usuários de crack, seguido de 4,3% (31) usuários de maconha e 4,1% (30) álcool. Em relação a vitimização anterior, 60,1% (436) relataram violência anterior. As violências de repetição ocorreram em 73,0% (530). Em relação a resolução, as averiguações com resultados em alguma medida de intervenção ocorreu em 94,2% (684) dos processos.

Tabela 01 – Contexto da violência com crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência, Fortaleza, 2011.

Variável	Categoria	Sofrem Violência (N=726)	%	Promovem Violência (N=102)	%	Total (N=780)	%
Denunciante	Pessoa da comunidade	211	29,0	12	11,8	197	25,3
	Mãe	165	22,7	45	44,1	190	24,4
	Pai	106	14,6	6	5,9	111	14,2
	Outros familiares	92	12,7	12	11,8	97	12,4
	Outras Instituições	79	10,9	6	5,9	81	10,4
	Vizinho	68	9,4	5	4,9	72	9,2
	Escola/Professor	5	0,7	1	1,0	27	3,5
	Própria Vítima	5	0,6	0	0,0	5	0,6
Denúncia Anônima	Sim	252	34,7	17	16,7	259	33,2
	Não	474	65,3	85	83,3	521	66,8
Local da Ocorrência	Domicílio	461	63,5	39	38,2	489	62,7
	Vizinhança	108	14,9	15	14,7	117	15,0
	Via Pública	53	7,3	15	14,7	59	7,6
	Escola	43	5,9	30	29,4	53	6,8
	Bar ou similar	12	1,7	0	0,0	12	1,5
	Habitação Coletiva	10	1,4	0	0,0	10	1,3
	Trabalho	5	0,7	1	1,0	5	0,6
	Outro	33	4,5	2	2,0	35	4,5
Violência Doméstica	Sim	525	72,3	50	49,0	560	71,8
	Não	201	27,7	52	51	220	28,2
Espécie de caso	Casos novos	494	68,0	69	67,6	532	68,2
	Casos reincidentes	229	31,5	31	30,4	248	31,8
Reincidência (N=248)	1	18	2,5	0	0,0	18	7,3
	2	84	11,6	17	16,7	93	37,5
	3	54	7,4	8	7,8	60	24,2
	4	17	2,3	1	1,0	18	7,3
	5	14	1,9	2	2,0	16	6,4
	6	12	1,7	2	2,0	13	5,2
	7	1	0,1	0	0,0	1	0,4
	8	5	0,7	0	0,0	5	2,0
	10	24	3,3	1	1,0	24	9,7

Já para crianças e adolescentes promotores (Tabela 01), as denúncias foram realizadas em 44,1% (45) pela mãe, 11,8% (12) por pessoas da comunidade, e 11,8% (12) por outros familiares. Em 16,7% (17) realizou-se por denuncia anônima. No que concerne ao local de ocorrência, 38,2% (39) deu-se no domicílio e 29,4% (30) na escola. 49,0% (50) ocorreu por violência doméstica sendo 67,6% (69) de casos novos e 30,4% (31) de casos reincidentes. Em 16,7% (17) ocorreram duas reincidências e em 7,8% (8), três reincidências.

Tabela 02 – Características das crianças e adolescentes vítimas e promotores de violência, Fortaleza, 2011.

Variável	Categoria	Sofrem Violência (N=726)	%	Promovem Violência (N=102)	%	Total (N=780)	%
Idade	Crianças (0 a 11 anos)	457	62,9	26	25,7	463	59,4
	Adolescentes (12 a 18 anos)	269	37,0	76	74,4	317	40,6
Sexo criança/adolescente	Masculino	329	45,3	54	52,9	360	46,2
	Feminino	397	54,7	48	47,1	420	53,8
Envolvendo mais de uma criança/adolescente	Sim	137	18,9	6	5,9	141	18,1
	Não	589	81,1	96	94,1	639	81,9
Frequentando a escola	Sim	372	51,2	60	58,8	398	51,0
	Não	353	48,6	42	41,2	381	48,9
	Não informado	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Trabalha	Sim	55	7,6	9	8,8	60	7,7
	Não	671	92,4	93	91,2	720	92,3
Apresentam doenças crônicas	Sim	80	11,0	5	4,9	82	10,5
	Não	646	89,0	97	95,1	698	89,5
Apresentam necessidades especiais	Sim	43	5,9	4	3,9	44	5,6
	Não	683	94,1	98	96,1	736	94,4
Uso de substâncias químicas N= 98 (12,56%)	Crack	37	5,1	14	13,7	50	51,0
	Maconha	31	4,3	22	21,6	49	50,0
	Álcool	30	4,1	12	11,8	39	39,8
	Cigarro	11	1,5	2	2,0	13	13,3
	Cola	7	1,0	2	2,0	8	8,2
	Cocaína	2	0,3	1	1,0	3	3,1
	Outras	3	0,4	30	29,4	3	3,1
Vítima de violência anterior	Sim	436	60,1	67	65,7	477	61,2
	Não	287	39,5	33	32,4	298	38,2
	Não informado	3	0,4	2	2,0	5	0,6
Sofreu uma violência de repetição	Sim	530	73,0	98	96,1	573	73,5
	Não	194	26,7	4	3,9	204	26,1
	Não informado	2	0,3	0	0,0	3	0,4
Medida de Intervenção a Denúncia	Sim	684	94,2	98	96,1	736	94,4
	Não	40	5,5	4	3,9	44	5,6

De acordo com as características (Tabela 02), tem-se que 25,7% (26) crianças e 74,4% (76) adolescentes, destes 52,9% (54) do sexo masculino. Mais de uma criança ou adolescente aparecem no mesmo processo em 5,9% (6). Mesmo não sendo informado qual o grau de escolaridade foi evidenciado que 58,8% (60) estão frequentando a escola. Em 8,8% (9) das crianças e adolescentes exercem alguma forma de trabalho remunerado. Em 4,9% (5) estes possuem algum tipo de doença crônica. Tratando-se de portar necessidade especial apareceram 3,9% (4). Quanto ao uso de substâncias químicas, 98 são usuários (12,56% -

N=780). Deste usuários é preocupante por se tratar de 29,4% (30) usuários de outras drogas, 21,6% (22) de usuários de maconha, seguido de 13,7% (14) usuários de crack, e 11,8% (12) álcool. Em relação a vitimização anterior, 65,7% (67) relataram violência anterior. As violências de repetição ocorreram em 96,1% (98). Em relação a resolução, as averiguações com resultados em alguma medida de intervenção ocorreu em 96,1% (98) dos processos.

5.2 Caracterização das famílias de crianças e adolescentes envolvidos em violências

Ao caracterizar a família das crianças e adolescentes vítimas de violência (Tabela 03) percebe-se que em relação as situações de risco vivenciadas 32,1% (233) não referem nenhum tipo de risco na família. Em 18,5% (134) das famílias há risco por uso de substâncias químicas e em 18,3% (133) por uso de álcool. A matrícula irregular na escola esteve presente em somente 10,9% (79). Em 7,9% (57) apresentaram desemprego na família, 4,8% (35) sofrem mendicância ou moram na rua, 1,5% (11) praticaram furtos e roubos e 2,2% (16) detenção. Em 50,1% (364) dos casos há antecedentes de violência na família. De acordo com a dinâmica familiar 40,8% (296) apresentam pais divorciados, 39,4 (286) pais casados, 15,7% (114) usuários de droga, 12,8% (93) falecidos e 1,9% (14) pai ou mãe presos.

Tabela 03 – Característica das famílias de crianças e adolescentes envolvidos em violência, Fortaleza, 2011.

Variável	Categoria	Sofrem Violência (N=726)	%	Promovem Violência (N=102)	%	Total (N=780)	%
Situações de Risco encontradas na Família	Nenhuma	233	32,1	26	25,5	527	67,6
	Drogas	134	18,5	19	18,6	149	19,1
	Álcool	133	18,3	12	11,8	144	18,5
	Matricula Irregular	79	10,9	10	9,8	86	11,0
	Desemprego	57	7,9	8	7,8	64	8,2
	Mendicância/Morar na Rua	35	4,8	9	8,8	43	5,5
	Roubos e Furtos	11	1,5	11	10,8	22	2,8
	Detenção	16	2,2	1	1,0	17	2,2
Antecedente de violência familiar	Sim	364	50,1	43	42,2	388	49,7
	Não	362	49,9	59	57,8	392	50,3
Dinâmica Familiar	Pais divorciados	296	40,8	21	20,6	312	40,0
	Pais casados	286	39,4	58	56,9	307	39,4
	Pais usuários de droga	114	15,7	13	12,7	124	15,9
	Pais falecidos	93	12,8	18	17,6	108	13,8
	Pai ou mãe presos	14	1,9	2	2,0	16	2,1

Em relação as famílias das crianças e adolescentes promotores de violência (Tabela 03) percebe-se que em relação as situações de risco vivenciadas 25,5% (26) não referem nenhum tipo de risco na família. Em 18,6% (19) das famílias há risco por uso de substâncias químicas e em 11,8% (12) por uso de álcool. A matrícula irregular na escola esteve presente em somente 9,8% (10). Em 7,8% (8) apresentaram desemprego na família, 8,8% (9) sofrem mendicância ou moram na rua, 10,8% (11) praticaram furtos e roubos e 1,0% (1) detenção. Em 42,2% (43) dos casos há antecedentes de violência na família. De acordo com a dinâmica familiar, 20,6% (21) apresentam pais divorciados, 56,9 (58) pais casados, 12,7% (13) usuários de droga, 17,6% (18) falecidos e 2,0% (2) pais ou mães presos.

5.3 Caracterização dos agressores e vítimas da violência

Em relação as crianças e adolescentes vítimas de violência, tem-se 62,9% (457) crianças vítimas e 37,0% (269) adolescentes vítimas (Tabela 04). Os agressores foram: 34,3% (249) representados pelas mães, 15,3% (111) representados pelos pais, 10,2% (74) por outros familiares, 9,5% (74) casos por outros familiares, 7,3% (53) casos por padrastos, 5,8% (42) casos pelo Serviço Público e 5,6% (41) casos por vizinhos. Sobre o perfil do relacionado (tabela 05), o sexo predominante 49,9% (362) é o feminino.

Tabela 04 –Vítimas e Agressores de violência nos processos do CT, Fortaleza, 2011.

Variável	Categorias	Sofrem Violência (N=726)		Promovem Violência (N=102)		Total (N=780)	
			%		%		%
Vítimas	Criança	457	62,9	20	19,6	457	58,6
	Adolescente	269	37,0	27	26,5	269	34,5
	Mae	-	-	21	20,6	21	2,7
	Professor	-	-	10	9,8	10	1,3
	Avó	-	-	9	8,8	9	1,2
	Pai	-	-	8	7,8	8	1,0
	Vizinho	-	-	4	3,9	4	0,5
	Desconhecido	-	-	2	2,0	2	0,3
Agressores	Mãe	249	34,3	-	-	249	31,9
	Pai	111	15,3	-	-	111	14,2
	Adolescente	33	4,5	82	80,4	82	10,5
	Outro Familiar	74	10,2	-	-	74	9,5
	Padrasto	53	7,3	-	-	53	6,8
	Serviço Publico	42	5,8	-	-	42	5,4
	Vizinho	41	5,6	-	-	41	5,3
	Traficantes	32	4,4	-	-	32	4,1
	Desconhecido	26	3,6	-	-	26	3,3
	Mae e Pai	22	3,0	-	-	22	2,8
	Criança	15	2,1	20	19,6	20	2,6
	Madrasta	17	2,3	-	-	17	2,2
	Companheiro/ Marido/Namorado	11	1,5	-	-	11	1,4

Quanto a agressores com histórico de agressão anterior, em 58,4% (424) o agressor tem histórico de agressão anterior enquanto 49,4%(359) não possuem histórico de sofrer abuso anterior.

Em relação as crianças e adolescentes promotoras de violência (Tabela 04), a maioria delas 80,4% (82) foram adolescentes agressores, seguidos das 19,6% (20) de crianças agressoras. As vítimas que sofreram suas agressões referem-se a 26,5% (27) de adolescentes, 20,6% (21) mães, 19,6% (20) casos de crianças e 9,8% (10) casos com professores. Sobre o perfil do relacionado (tabela 05), o sexo predominante 51,0% (52) é o feminino. Quanto a agressores com histórico de agressão anterior, em 43,1% (44) o agressor tem histórico de agressão anterior enquanto 58,8%(60) não possuem histórico de sofrer abuso anterior.

Tabela 05 – Característica do relacionado que promove ou sofre violência, Fortaleza, 2011.

Variável	Categoria	Sofrem Violência (N=726)	%	Promovem Violência (N=102)	%	Total (N=780)	%
Sexo	Feminino	362	49,9	52	51,0	399	51,1
	Masculino	341	47,0	47	46,1	355	45,5
	Masculino e Feminino	21	2,9	3	2,9	24	3,1
	Não informado	2	0,3	0	0,0	2	0,3
História de agressão anterior	Sim	424	58,4	44	43,1	442	56,7
	Não	298	41,0	58	56,9	334	42,8
	Não informado	4	0,6	0	0,0	4	0,5
História de sofrer abuso anterior	Sim	362	49,9	42	41,2	381	48,9
	Não	359	49,4	60	58,8	394	50,5
	Não informado	5	0,7	0	0,0	5	0,6

5.4 Caracterização dos encaminhamentos e das ações adotadas

Apresenta-se os encaminhamentos e ações adotadas no enfrentamento das violências que envolvem as crianças e adolescente tanto quando são vítimas ou promotores da violência.

Sobre crianças e adolescentes vítimas, as medidas protetivas em evidência (Tabela 06): 75,3% (547) dos casos houve orientação, apoio e acanhamentos temporários foram utilizados. Outras medidas protetivas utilizadas são a requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico em 28,7% (208), o encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade com 13,6% (99) e abrigamento em entidades com 11,6% (84). Em relação as Medidas Pertinentes aos pais (Tabelas 06), a advertência foi utilizada em

75,1% (545), o encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico utilizado em 13,9% (101) e a obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar 14,0% (102). Tratando-se das outras medidas, 21,9% (159) dos casos foram encaminhados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 19,0% (138) encaminhados à Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DCECA) para diligências, 13,1% (95) encaminhadas a outra delegacia/promotoria, e 7,4% (54) encaminhados ao Projeto Justiça Já – Juizado Infância e Juventude.

Ao abordar crianças e adolescentes promotores de violência, as medidas protetivas em evidência (Tabela 06): 61,8% (63) dos casos houve orientação, apoio e acanhamentos temporários foram utilizados, bem como 61,8% (63) da requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, o encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade com 7,8% (8) e abrigo em entidades com 14,7% (15). Em relação as Medidas Pertinentes aos pais (Tabelas 06), a advertência foi utilizada em 64,7% (66), o encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico utilizado em 19,6% (20) e a obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar 25,5% (26). Tratando-se das outras medidas, 23,5% (24) dos casos foram encaminhados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 16,7% (17) encaminhados à Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DCECA) para diligências, e 10,8% (11) encaminhadas a outra delegacia/promotoria.

Na Tabela 07 apresenta-se associações entre as medidas protetivas e as tipologias de violência.

Para violência sexual as medidas que apresentaram relação estatística foram: o encaminhamento aos pais ou responsável mediante termo de responsabilidade ($p=0,013$); a requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico ($p=0,003$); o encaminhamento da criança/adolescente para NEEVCA ($p=0,003$); o encaminhamento para DCECA ($p=0,000$); o encaminhamento para o CREAS ($p=0,000$); o encaminhamento ao Projeto Justiça Já – Juizado Infância e Juventude ($p=0,002$); o encaminhamento a qualquer outra delegacia/promotoria ($p=0,017$); e Instauração de inquérito policial ($p=0,000$).

Tabela 06 – Frequência das Medidas adotadas pelos Conselhos Tutelares, Fortaleza, 2011.

Variável	Categoria	Sofrem Violência (N=726)	%	Promovem Violência (N=102)	%	Total (N=780)	%
Medidas Protetivas	Orientação, apoio e acompanhamento temporários	547	75,3	63	61,8	574	73,6
	Tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico (hospitalar ou ambulatorial)	208	28,7	63	61,8	249	31,9
	Encaminhamento aos pais ou responsável, por termo de responsabilidade	99	13,6	8	7,8	106	13,6
	Abrigo em entidade	84	11,6	15	14,7	94	12,1
	Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio	50	6,9	13	12,7	61	7,8
	Matricula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino	29	4,0	9	8,8	36	4,6
	Inclusão em programa oficial de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra	4	0,6	2	2,0	6	0,8
	Colocação em família substituta	5	0,7	0	0,0	5	0,6
	Medidas Pertinentes aos pais	Advertência	545	75,1	66	64,7	575
Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico		101	13,9	20	19,6	112	14,4
Obrigação de matricular o filho e acompanhar a frequência e aproveitamento		102	14,0	26	25,5	112	14,4
Inclusão em programa oficial de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra		52	7,2	4	3,9	56	7,2
Perda de guarda		55	7,6	2	2,0	56	7,2
Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado		44	6,1	4	3,9	47	6,0
Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família		12	1,7	2	2,0	14	1,8
Encaminhamento a cursos ou programas de orientação		10	1,4	3	2,9	13	1,7
Destituição da tutela		6	0,8	0	0,0	6	0,8
Outras Medidas	Denúncia encaminhada ao CREAS	159	21,9	24	23,5	171	21,9
	Denúncia encaminhada para DCECA para diligências	138	19,0	17	16,7	144	18,5
	Denúncia encaminhada a outra delegacia/promotoria	95	13,1	11	10,8	100	12,8
	Denúncia encaminhada ao Projeto Justiça Já – Juizado Infância e Juventude	54	7,4	1	1,0	54	6,9
	Instauração de inquérito policial	32	4,4	5	4,9	34	4,4
	Encaminhada a criança/adolescente para NEEVCA	17	2,3	3	2,9	17	2,2
	Denúncia encaminhada à SMAS	8	1,1	0	0,0	8	1,0
	Responsáveis não representaram contra suspeitos	4	0,6	0	0,0	4	0,5
	Em novas diligências	2	0,3	0	0,0	2	0,3

DCECA: Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente; NEEVCA: Núcleo Estadual de Articulação e Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; SMAS: Secretaria Municipal de Ação Social

Tabela 07 – Medidas adotadas pelos Conselhos Tutelares de acordo com as Tipologias de violência, Fortaleza, 2011*

Variáveis		Violência sexual		Negligência		Violência física		Violência psicológica	
		N	p (X ²)	N	p (X ²)	N	p (X ²)	N	p (X ²)
Medidas Protetivas	Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade	11	,013**	84	,000**	41	0,205	75	0,525
	Orientação, apoio e acompanhamento temporários	108	,595	350	,000**	269	,022**	387	,438
	Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico (hospitalar ou ambulatorial)	63	,003**	122	,002**	115	,482	179	,118
	Abrigo em entidade	14	,255	51	,578	36	,207	80	,000**
	Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família	1	,247	9	,575	2	,022**	8	,376
	Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra	6	,093	43	,002**	31	,086	42	,249
	Medidas Pertinentes aos pais	Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico	19	,511	71	,135	57	,133	86
Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado		5	,123	30	,324	17	,244	24	,010**
Advertência		104	,175	348	,001**	262	,256	384	,194
Perda de guarda		11	,935	44	,001**	29	,246	46	,019**
Outras Medidas	Encaminhada a criança/adolescente para NEEVCA	8	,003**	7	,185	8	,821	12	,822
	Denúncia encaminhada para DCECA para diligências	92	,000**	57	,000**	54	,067	97	,838
	Denúncia encaminhada ao CREAS	56	,000**	89	,145	79	,584	124	,159
	Denúncia encaminhada ao Projeto Justiça Já – Juizado Infância e Juventude	19	,002**	33	,519	20	,262	31	,081
	Denúncia encaminhada a outra delegacia/promotoria	28	,017**	61	,378	45	,890	67	,805
	Instauração de inquérito policial	18	,000**	14	,058	15	,977	22	,666

* N utilizado por tipologia 780

** valores estatisticamente significantes (P<0,05)

NEEVCA (Núcleo Estadual de Articulação e Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente);

DCECA (Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente);

Para crianças que sofreram negligência, as medidas que se apresentaram estatisticamente significantes foram: Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade (p=0,000); Orientação, apoio e acompanhamento temporários (p=0,000); Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico (p=0,002); Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra (p=0,002); Advertência (p=0,001); e Perda de guarda (p=0,001).

Para a violência física, as medidas que se mostram estatisticamente significante são a orientação, apoio e acompanhamento temporários ($p=0,022$), bem como o encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família ($p=0,022$).

Para a violência psicológica as medidas que demonstram estatística significativa são o abrigo em entidade ($p=0,000$), o encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico ($p=0,033$), obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado ($p=0,010$), e perda de guarda ($p=0,019$).

5.5 Prevalência das tipologias das violências envolvendo crianças e adolescentes

Na Tabela 08 apresenta-se o consolidado das prevalências das tipologias de violência. Dividiu-se a apresentação dos resultados através de duas categorias: crianças e adolescentes vítimas; e crianças e adolescentes promotores.

Crianças e adolescentes vítimas de violência

Para crianças e adolescentes vítimas a maior prevalência evidenciada foi de violência psicológica com 66,5% (483), seguida de negligência com 60,1% (436), da violência física 43,1% (313), e da violência sexual que apresentou-se com 20,1% (146).

Outras categorias de violência calculadas, a prevalência de violência institucional 12,5% (91), de lesão autoprovocadas foi de 6,2% (45), a de violência patrimonial 0,6% (4), a de tráfico de seres humanos foi de 1,2% (9), a de violência via internet de 0,8% (6). A prevalência de tentativa de suicídio foi de 0,3% (2) e violência no trânsito 0,3% (2).

Distribuiu-se as tipologias estudadas de acordo com características próprias de cada, o que se descreve a seguir:

Por violência sexual, tem-se 146 casos (20,1%), sendo desses, 8,8% (64) por abuso sexual, 5,0% (36) por exploração sexual, 4,0% (29) por atentado violento ao pudor, 3,6% (26) casos por violência homossexual, 3,0% (22) por estupro, 2,8% (20) por assédio sexual, 1,9% (14) por prostituição, e 0,3% (2) casos por exibicionismo.

Em relação à negligência, tem-se 436 casos (60,1%), desses, 37,9% (275) por omissão, 21,8% (158) por abandono, 20,0% (145) por negligência de proteção, 18,3% (133) por convivência prejudicada, 18,3% (133) por negligência alimentar, 14,6% (106) casos por negligência higiene, 3,6% (26) casos por outras negligências, e 2,8% (20) por negligência de moradia.

Tabela 08 – Prevalência das tipologias de violências envolvendo crianças e adolescentes, Fortaleza, 2011.

Variável	Categoria	Sofrem Violência (N=726)		Promovem Violência (N=102)		Total (N=780)	
			%		%		%
Violência Sexual		146	20,1	17	16,7	150	19,2
	Abuso Sexual	64	8,8	5	4,9	64	42,6
	Exploração Sexual	36	5,0	1	1,0	36	24,0
	Atentado Violento ao Pudor	29	4,0	5	4,9	30	20,0
	Violência Homossexual	26	3,6	6	5,9	26	17,3
	Estupro	22	3,0	5	4,9	22	14,7
	Assédio Sexual	20	2,8	5	4,9	20	13,3
	Prostituição	14	1,9	4	3,9	18	12,0
	Exibicionismo	2	0,3	0	0,0	2	1,3
Negligência		436	60,1	15	14,7	444	56,9
	Omissão	275	37,9	12	11,8	281	63,3
	Abandono	158	21,8	4	3,9	161	36,3
	Negligência de Proteção	145	20,0	6	5,9	146	32,9
	Convivência Prejudicada	133	18,3	9	8,8	141	31,8
	Negligência Alimentar	133	18,3	3	2,9	134	30,2
	Negligência Higiene	106	14,6	3	2,9	107	24,1
	Negligência Moradia	20	2,8	2	2,0	20	4,5
	Outras negligências	26	3,6	1	1,0	26	5,9
Violência Física		313	43,1	57	55,9	346	44,3
	Agressão	294	40,5	54	52,9	326	94,2
	Espancamento	44	6,1	8	7,8	46	13,3
	Queimadura	23	3,2	2	2,0	25	7,2
	Fraturas/Contusões	8	1,1	4	3,9	10	2,9
	TCE	4	0,6	3	2,9	5	1,4
	Envenenamento	1	0,1	0	0,0	1	0,3
	Outras	13	1,8	2	2,0	13	3,8
Violência Psicológica		483	66,5	83	81,4	531	68,1
	Verbal	310	42,7	71	69,6	353	66,5
	Ameaças	271	37,3	65	63,7	315	59,3
	Exposto a Situação de Risco	135	18,6	11	10,8	140	26,4
	Punição Exagerada	64	8,8	4	3,9	64	12,0
	Cárcere Privado	52	7,2	6	5,9	53	9,9
	Trabalho Infantil	52	7,2	1	1,0	52	9,8
	Tortura	22	3,0	4	3,9	23	4,3
Violência Institucional		91	12,5	19	18,6	97	12,4
	Escola	40	5,5	18	17,6	46	47,42
	Serviço de Saúde	35	4,8	1	1,0	35	36,08
	Trabalho	9	1,2	1	1,0	9	9,27
	Comunitária	5	0,7	0	0,0	5	5,15
	Religião	4	0,6	0	0,0	4	4,12
	Agremiação	2	0,3	0	0,0	2	2,06
Lesão Autoprovocada		45	6,2	20	19,6	62	7,95
Violência Patrimonial		4	0,6	16	15,7	20	2,56
Trafico de Seres Humanos		9	1,2	1	1,0	9	1,15
Violência via Internet		6	0,8	2	2,0	6	0,77
Tentativa de Suicídio		2	0,3	4	3,9	5	0,64
Violência Transito		2	0,3	2	2,0	3	0,38

Na violência física apresenta-se 313 casos (43,1%), sendo 40,5% (294) por agressão, 6,1% (44) por espancamento, 3,2% (23) por queimadura, 1,1% (8) por fraturas/contusões, 0,6% (4) por TCE, apenas 1 por envenenamento (0,1%) e 13 casos por outros tipos de violência física (1,8%).

Nas violências psicológicas, com 483 notificações (66,5%), desses casos, sendo 42,7% (310) de forma verbal, 37,3% (271) por ameaças, 18,6% (135) por expor a situação de risco, 8,8% (64) por punição exagerada, 7,2% (52) por cárcere privado, 7,2% (52) por trabalho infantil e 3% (22) por tortura.

Por violência institucional, foram notificados 91 casos (12,5%), desses, 5,5% (40) foram na escola, 4,8% (35) foram no sistema de saúde, 1,2% (9) foi no trabalho, 0,7% (5) foi comunitária, 0,6% (4) por religião, e 0,3% (2) casos por agremiação.

Crianças e adolescentes promotores de violência

Para crianças e adolescentes promotoras de violência a maior prevalência evidenciada foi de violência psicológica com 81,4% (83), seguida de violência física 55,9% (57), da violência sexual 16,7% (17), e da negligência, que apresentou-se com 14,7% (15).

Outras categorias de violência calculadas, a prevalência de violência institucional 18,6% (19), de lesão autoprovocadas foi de 19,6% (20), a de violência patrimonial 15,7% (16), a de tráfico de seres humanos foi de 1,0% (1), a de violência via internet de 2,0% (2). A prevalência de tentativa de suicídio foi de 3,9% (4) e violência no trânsito 2%.

Distribuiu-se as tipologias estudadas de acordo com características próprias de cada, o que se descreve a seguir:

Por violência sexual, foi notificado 17 casos (16,7%), sendo desses, 4,9% (5) por abuso sexual, 1,0% (1) por exploração sexual, 4,9% (5) por atentado violento ao pudor, 5,9% (6) casos por violência homossexual, 4,9% (5) por estupro, 4,9% (5) por assédio sexual e 3,9% (4) por prostituição.

Em relação à negligência, foi notificado 15 casos (14,7%), desses, 11,8% (12) por omissão, 3,9% (4) por abandono, 5,9% (6) por negligência de proteção, 8,8% (9) por convivência prejudicada, 2,9% (3) por negligência alimentar, 2,9% (3) casos por negligência higiene, 1,0% (1) casos por outras negligências, e 2,0% (2) por negligência de moradia.

Por violência física foram notificados 57 casos (55,9%), sendo 52,9% (54) por agressão, 7,8% (8) por espancamento, 2,0% (2) por queimadura, 3,9% (4) por fraturas/contusões, 2,9% (3) por TCE, e 2 casos por outros tipos de violência física (2,0%).

Nas violências psicológicas, com 83 notificações (81,4%), desses casos, sendo 69,6% (71) de forma verbal, 63,7% (65) por ameaças, 10,8% (11) por expor a situação de risco, 3,9% (4) por punição exagerada, 5,9% (6) por cárcere privado, 1,0% (1) por trabalho infantil, e 3,9% (4) por tortura.

Por violência institucional, foram notificados 19 casos (18,6%), desses, 17,6% (18) foram na escola, 1,0% (1) foram no sistema de saúde e 1,0% (1) foi no trabalho.

5.6 Associações bivariadas de tipologias de violência

Apresenta-se a seguir as tabelas provenientes da análise bivariada a partir dos desfechos apresentados no quadro 01.

Apresenta-se apenas a estatística significativa do Razão de chances (OR), Razão de Prevalência (RP), qui-quadrado (X^2) e seu respectivo valor de p (p menor que 5%).

Para construção das bivariadas foram estabelecidas quatro categorias: crianças e adolescentes vítimas de violência (N=726); crianças e adolescentes não vítimas de violência (N=54); crianças e adolescentes promotores de violência (N= 102); crianças e adolescentes não promotores de violência (N = 678). Dessa forma evidencia-se que as tabelas bivariadas possuem totais diferenciados da amostra completa do estudo (N=780).

Na Tabela 09, encontra-se fatores de risco entre crianças e adolescentes vítimas e sofrer negligência: sofrer mendicância/morador de rua (OR=4,21: 1,61-10,99); sofrer violências de repetição (OR=2,2: 1,58-3,07); Situação na família de desemprego (OR=1,95: 1,06-3,59); Pais divorciados (OR=2,1: 1,53-2,87); Uso de substâncias químicas (OR=3,47: 2,11-5,73); História passada de agressão (OR=1,56 : 1,15-2,11); história passada de abuso (OR=1,73: 1,28-2,34).

Tabela 09 - Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e Sofrer negligencia

Variável	Sofreu Negligência				OR	IC 95%		RP	IC 95%		X2	P-valor X2
	Crianças vítimas					(LI – LS)			(LI – LS)			
	N	%	N	%								
Mendicância /Morador de Rua												
Sim	30	85,71	5	14,29	4,21	1,61	10,99	1,46	1,26	1,69	10,09	0,001
Não	406	58,76	285	41,24	-	-	-	-	-	-	-	-
Violência Repetição												
Sim	345	65,09	185	34,91	2,2	1,58	3,07	1,42	1,2	1,67	21,84	0
Não	89	45,88	105	54,12	-	-	-	-	-	-	-	-
Doença crônica												
Sim	58	72,5	22	27,5	1,87	1,12	3,13	1,24	1,07	1,44	5,8	0,016
Não	378	58,51	268	41,49	-	-	-	-	-	-	-	-
Álcool												
Sim	95	71,43	38	28,57	1,85	1,23	2,78	1,24	1,09	1,41	8,78	0,003
Não	341	57,5	252	42,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Drogas												
Sim	105	78,36	29	21,64	2,85	1,84	4,44	1,4	1,25	1,57	22,95	0
Não	331	55,91	261	44,09	-	-	-	-	-	-	-	-
Desemprego												
Sim	42	73,68	15	26,32	1,95	1,06	3,59	1,25	1,06	1,48	4,79	0,029
Não	394	58,89	275	41,11	-	-	-	-	-	-	-	-
Antecedente de violência na família												
Sim	257	70,6	107	29,4	2,46	1,81	3,33	1,43	1,26	1,62	33,87	0
Não	179	49,45	183	50,55	-	-	-	-	-	-	-	-
Situação social dos Pais												
Não	292	67,44	141	32,56	2,16	1,59	2,94	1,38	1,2	1,58	24,54	0
Sim	140	48,95	146	51,05	-	-	-	-	-	-	-	-
Divorciados												
Sim	208	70,27	88	29,73	2,1	1,53	2,87	1,33	1,18	1,49	21,77	0
Não	224	52,96	199	47,04	-	-	-	-	-	-	-	-
Usuários de drogas												
Sim	93	81,58	21	18,42	3,47	2,11	5,73	1,46	1,3	1,63	26,1	0
Não	339	56,03	266	43,97	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de substâncias químicas												
Sim	181	68,56	83	31,44	1,76	1,28	2,42	1,24	1,1	1,39	12,29	0
Não	255	55,31	206	44,69	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de substancia química durante												
Sim	181	68,82	82	31,18	1,79	1,3	2,46	1,25	1,11	1,4	12,98	0
Não	255	55,19	207	44,81	-	-	-	-	-	-	-	-
história passada de agressão												
Sim	273	64,39	151	35,61	1,56	1,15	2,11	1,2	1,06	1,36	8,34	0,004
Não	160	53,69	138	46,31	-	-	-	-	-	-	-	-
história passada de abuso												
Sim	241	66,57	121	33,43	1,73	1,28	2,34	1,24	1,1	1,4	12,88	0
Não	192	53,48	167	46,52	-	-	-	-	-	-	-	-
Mais de uma criança por processo												
Sim	100	72,99	37	27,01	2,04	1,35	3,07	1,28	1,13	1,45	11,78	0,001
Não	336	57,05	253	42,95	-	-	-	-	-	-	-	-

Há associação (Tabela 10) entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover negligência quando estes encaram situação de exposição a risco (OR=6,75 : 1,74-26,21); Trabalhar é fator de risco (OR=5,96: 1,39-25,62); Sexo Feminino é fator risco para promover negligencia (OR=6,04: 1,26-28,86).

Tabela 10 – Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover negligência

Variável CRIANÇA AGRESSORA	Promoveu Negligência				OR	IC 95% (LI – LS)	RP	IC 95% (LI – LS)	X2	P-valor X2		
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Situação/ Exposição ao Risco												
Sim	5	45,45	6	54,55	6,75	1,74	26,21	4,14	1,73	9,90	9,29	0,00
Não	10	10,99	81	89,01	-	-	-	-	-	-	-	
Trabalha												
Sim	4	44,44	5	55,56	5,96	1,39	25,62	3,76	1,50	9,40	6,96	0,01
Não	11	11,83	82	88,17	-	-	-	-	-	-	-	
Sexo Agressor												
Feminino	11	21,15	41	78,85	6,04	1,26	28,87	4,97	1,16	21,28	6,18	0,01
Masculino	2	4,26	45	95,74	-	-	-	-	-	-	-	

Em relação as associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e sofrer violência doméstica (Tabela 11): sofrer agressão é fator de risco para sofrer violência domestica (OR=2,42: 1,09-1,58); sofrer ameaças (OR=4,32: 1,79-10,43); sofrer violência verbal (OR=3,34: 1,35-8,28); presenciar violências anteriores (OR=2,79: 1,17-6,66) e de repetição (OR=3,69: 1,55-8,76).

Tabela 11 – Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e sofrer violência doméstica

VARIÁVEL CRIANÇA AGRESSORA	Sofreu violência domestica				OR	IC 95% (LI – LS)	RP	IC 95% (LI – LS)	X2	P- VALOR X2		
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Agressão												
Sim	32	59,26	22	40,74	2,42	1,09	5,38	1,58	1,03	2,42	4,81	0,03
Não	18	37,50	30	62,50	-	-	-	-	-	-	-	
Ameaças												
Sim	40	61,54	25	38,46	4,32	1,79	10,43	2,28	1,30	4,00	11,24	0,00
Não	10	27,03	27	72,97	-	-	-	-	-	-	-	
Violência Verbal												
Sim	41	57,75	30	42,25	3,34	1,35	8,28	1,99	1,11	3,57	7,12	0,01
Não	9	29,03	22	70,97	-	-	-	-	-	-	-	
Presenciou algumas violência anterior												
Sim	39	58,21	28	41,79	2,79	1,17	6,66	1,75	1,03	2,95	5,47	0,02
Não	11	33,33	22	66,67	-	-	-	-	-	-	-	
Violência Repetição												
Sim	39	60,94	25	39,06	3,69	1,55	8,76	2,05	1,20	3,49	9,13	0,00
Não	11	29,73	26	70,27	-	-	-	-	-	-	-	
Divorciados												
Sim	15	71,43	6	28,57	3,29	1,16	9,33	1,65	1,14	2,39	5,31	0,02
Não	35	43,21	46	56,79	-	-	-	-	-	-	-	

Na Tabela 12 encontrou-se fatores de risco entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência doméstica : ter convivência familiar prejudicada (OR=3,92: 2,19-6,99); sofrer omissão (OR=2,12: 1,48-3,03); Sofrer abandono (OR=3,03: 1,85-4,95); sofrer negligencia de higiene (OR=3,11: 1,70-5,70) e de alimentos (OR=3,07: 1,79-5,26); sofrer agressão (OR=2,37: 1,66-3,39), espancamento (OR=2,54: 1,06-6,09), cárcere privado

(OR=2,60: 1,15-5,86) e violência verbal (OR=1,49: 1,06-2,08), Vitima ser criança (OR=2,73: 1,96-3,82); Sexo agressor feminino risco elevado (OR=2,26: 1,61-3,17); uso de álcool (OR=2,80: 1,58-4,93).

Tabela 12 – Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência doméstica

Variável	Sofreu violência doméstica				OR	IC 95% (LI – LS)	RP	IC 95% (LI – LS)	X2	P-X2		
	Sim		Não									
criança vitima	N	%	N	%								
Convivência familiar												
prejudicada												
Sim	119	89,47	14	10,53	3,92	2,19	6,99	1,31	1,21	1,42	23,95	0,00
Não	406	68,47	187	31,53	-	-	-	-	-	-	-	-
Omissão												
Sim	223	81,09	52	18,91	2,12	1,48	3,03	1,21	1,11	1,32	17,03	0,00
Não	302	66,96	149	33,04	-	-	-	-	-	-	-	-
Abandono												
Sim	137	86,71	21	13,29	3,03	1,85	4,95	1,27	1,17	1,38	20,90	0,00
Não	388	68,31	180	31,69	-	-	-	-	-	-	-	-
Neg. Alimentos												
Sim	116	87,22	17	12,78	3,07	1,79	5,26	1,26	1,16	1,38	18,07	0,00
Não	409	68,97	184	31,03	-	-	-	-	-	-	-	-
Neg. Higiene												
Sim	93	87,74	13	12,26	3,11	1,70	5,70	1,26	1,15	1,38	14,74	0,00
Não	432	69,68	188	30,32	-	-	-	-	-	-	-	-
Agressão												
Sim	241	81,97	53	18,03	2,37	1,66	3,39	1,25	1,14	1,36	23,02	0,00
Não	284	65,74	148	34,26	-	-	-	-	-	-	-	-
Espancamento												
Sim	38	86,36	6	13,64	2,54	1,06	6,09	1,21	1,07	1,37	4,62	0,03
Não	487	71,41	195	28,59	-	-	-	-	-	-	-	-
Cárcere privado												
Sim	45	86,54	7	13,46	2,60	1,15	5,86	1,22	1,08	1,37	5,66	0,02
Não	480	71,22	194	28,78	-	-	-	-	-	-	-	-
Violência Verbal												
Sim	238	76,77	72	23,23	1,49	1,06	2,08	1,11	1,02	1,22	5,38	0,02
Não	287	68,99	129	31,01	-	-	-	-	-	-	-	-
Vitima												
Criança	365	80,04	91	19,96	2,73	1,96	3,82	1,35	1,21	1,50	35,82	0,00
Adolescente	160	59,48	109	40,52	-	-	-	-	-	-	-	-
Cursando												
Sim	297	79,84	75	20,16	2,20	1,57	3,07	1,24	1,13	1,36	21,81	0,00
Não	227	64,31	126	35,69	-	-	-	-	-	-	-	-
Antecedente de violência na família												
Sim	280	76,92	84	23,08	1,59	1,15	2,21	1,14	1,04	1,24	7,75	0,01
Não	245	67,68	117	32,32	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo Agressor												
Feminino	289	79,83	73	20,17	2,26	1,61	3,17	1,25	1,14	1,38	22,84	0,00
Masculino	217	63,64	124	36,36	-	-	-	-	-	-	-	-
álcool												
Sim	145	77,13	43	22,87	2,80	1,58	4,93	1,41	1,13	1,76	13,06	0,00
Não	41	54,67	34	45,33	-	-	-	-	-	-	-	-

Em relação as associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e sofrer violência sexual (Tabela 13): Exposição a situação de risco (OR=5,49: 1,45-20,81); Presenciar violência homossexual (OR=12,77: 2,12-76,88); Sexo feminino fator de risco para sofrer violência sexual (OR=4,64: 1,40-15,43).

Tabela 13 – Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e sofrer violência sexual

Variável Criança agressora	Sofreu violência Sexual				RC	IC 95% (LI – LS)	RP	IC 95% (LI – LS)	Qui-quadrado	P-valor Qui-quadrado		
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Situação/ Exposição ao Risco												
Sim	5	45,45	6	54,55	5,49	1,45	20,81	3,45	1,50	7,94	7,36	0,01
Não	12	13,19	79	86,81	-	-	-	-	-	-		
Violência Homossexual												
Sim	4	66,67	2	33,33	12,77	2,12	76,88	4,92	2,31	10,51	11,48	0,00
Não	13	13,54	83	86,46	-	-	-	-	-	-		
Sexo												
Feminino	13	27,08	35	72,92	4,64	1,40	15,43	3,66	1,28	10,46	7,08	0,01
Masculino	4	7,41	50	92,59	-	-	-	-	-	-		

Em relação as associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência sexual (Tabela 14): violência homossexual (OR=15,19: 5,98-38,58); Vitima Adolescente (OR=2,25: 1,56-3,25) e do sexo feminino (OR=2,99: 1,99-4,49) fatores de risco para sofrerem violência sexual; presenciar violência anterior (OR=1,48: 1,01-2,18);

Tabela 14 – Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência sexual

Variável CRIANÇA VITIMA	Sofreu violência sexual				OR	IC 95% (LI – LS)	RP	IC 95% (LI – LS)	X ²	P- valor X ²		
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Violência Homossexual												
Sim	20	76,92	6	23,08	15,19	5,98	38,58	4,27	3,28	5,56	54,17	0,00
Não	126	18,00	574	82,00	-	-	-	-	-	-		
Vitima Adolescente												
Sim	77	28,62	192	71,38	2,25	1,56	3,25	1,89	1,42	2,52	19,15	0,00
Criança	69	15,13	387	84,87	-	-	-	-	-	-		
Presenciou algumas violência anterior												
Sim	98	22,48	338	77,52	1,48	1,01	2,18	1,37	1,00	1,88	4,02	0,05
Não	47	16,38	240	83,62	-	-	-	-	-	-		
Sexo												
Feminino	109	27,46	288	72,54	2,99	1,99	4,49	2,44	1,73	3,44	29,42	0,00
Masculino	37	11,25	292	88,75	-	-	-	-	-	-		
álcool												
Sim	12	40,00	18	60,00	4,00	1,29	12,40	2,80	1,18	6,62	6,17	0,01
Não	6	14,29	36	85,71	-	-	-	-	-	-		
Sexo Agressor												
Masculino	111	32,55	230	67,45	4,81	3,15	7,35	2,51	1,75	3,39	59,21	0,00
Feminino	33	9,12	329	90,88	-	-	-	-	-	-		

Na Tabela 15 encontrou-se fatores de risco entre crianças e adolescentes promotores de violência e promover violência física : perfil agressor que sofre violência domestica tem mais risco de promover violência física (OR=2,26: 1,02-5,04); Sofrer violência verbal é fator de risco em desencadear violência física (OR=2,74:1,15-6,54).

Tabela 15 – Associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover violência física

VARIÁVEL CRIANÇA AGRESSORA	Promover violência física				RC	IC 95% (LI – LS)			RP	IC 95% (LI – LS)		Qui- quadrado	P-valor Qui- quadrado	
	Sim		Não			N	%	N		%	N			%
	N	%	N	%										
Violência doméstica														
Sim	33	66,00	17	34,00	2,26	1,02	5,04	1,43	1,00	2,04	4,07	0,04		
Não	24	46,15	28	53,85	-	-	-	-	-	-	-	-		
Violência Verbal														
Sim	45	63,38	26	36,62	2,74	1,15	6,54	1,64	1,02	2,64	5,33	0,02		
Não	12	38,71	19	61,29	-	-	-	-	-	-	-	-		

Apresenta-se a Tabela 16 com associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência física : ameaças (OR=3,15: 2,30-4,30); punição exagerada (OR=3,48: 1,99-6,09); Cárcere privado (OR=2,24: 1,25-3,99); violência verbal (OR=4,88: 3,55-6,70); Violência repetição (OR=1,72: 1,22-2,42).

Tabela 16 – Associações entre crianças e adolescentes vítima de violência e sofrer violência física

Variável Criança vítima	Sofreu violência física				OR	IC 95% (LI – LS)		RP	IC 95% (LI – LS)			
	Sim		Não			N	%		N	%	N	%
	N	%	N	%								
Ameaças												
Sim	164	60,52	107	39,48	3,15	2,30	4,30	1,85	1,57	2,18		
Não	149	32,75	306	67,25	-	-	-	-	-	-		
Punição exagerada												
Sim	45	70,31	19	29,69	3,48	1,99	6,09	1,74	1,44	2,09		
Não	268	40,48	394	59,52	-	-	-	-	-	-		
Cárcere privado												
Sim	32	61,54	20	38,46	2,24	1,25	3,99	1,48	1,17	1,86		
Não	281	41,69	393	58,31	-	-	-	-	-	-		
Violência Verbal												
Sim	200	64,52	110	35,48	4,88	3,55	6,70	2,38	1,99	2,84		
Não	113	27,16	303	72,84	-	-	-	-	-	-		
Violência Repetição												
Sim	246	46,42	284	53,58	1,72	1,22	2,42	1,39	1,11	1,72		
Não	65	33,51	129	66,49	-	-	-	-	-	-		

Para a Tabela 17 demonstra-se associações entre crianças e adolescentes promotora de violência e promover violência psicológica: violência domestica (OR=3,32: 1,09-10,05); violência verbal (OR=7,82: 2,61-23,49); Agressor adolescente (OR=4,30: 1,44-12,89); presenciar violência anterior (OR=4,29: 1,48-12,45).

Tabela 18 – Associações entre crianças e adolescentes vítimas de violência e sofrer violência psicológica (conclusão).

Variável criança vítima	Sofreu violência psicológica		OR	IC 95% (LI – LS)	RP	IC 95% (LI – LS)	X2	P-valor X2				
	Sim	Não										
	N	%	N	%								
Antecedente de violência na família												
Sim	260	71,43	104	28,57	1,56	1,14	2,13	1,16	1,04	1,29	7,87	0,01
Não	223	61,60	139	38,40	-	-	-	-	-	-	-	-
Usuários de drogas												
Sim	88	77,19	26	22,81	1,88	1,18	3,00	1,20	1,07	1,35	7,14	0,01
Não	389	64,30	216	35,70	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de substâncias químicas												
Sim	205	77,65	59	22,35	2,31	1,64	3,26	1,29	1,17	1,43	23,24	0,00
Não	277	60,09	184	39,91	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de substancia química durante												
Sim	207	78,71	56	21,29	2,51	1,77	3,56	1,32	1,20	1,46	27,68	0,00
Não	275	59,52	187	40,48	-	-	-	-	-	-	-	-
história passada de agressão												
Sim	315	74,29	109	25,71	2,33	1,70	3,19	1,34	1,19	1,51	28,12	0,00
Não	165	55,37	133	44,63	-	-	-	-	-	-	-	-
história passada de abuso												
Sim	270	74,59	92	25,41	2,11	1,54	2,89	1,28	1,15	1,42	21,66	0,00
Não	209	58,22	150	41,78	-	-	-	-	-	-	-	-
Mais de uma criança por processo												
Sim	102	74,45	35	25,55	1,59	1,05	2,42	1,15	1,03	1,29	4,76	0,03
Não	381	64,69	208	35,31	-	-	-	-	-	-	-	-

5.7 Modelos explicativos da violência doméstica envolvendo crianças e adolescentes

Calculou-se o modelo de regressão logística para cada uma das tipologias tanto as que foram promovidas quanto as que foram sofridas pelas crianças e adolescentes, o que se pode observar no Quadro 02. Porém somente dois modelos de regressão logística (sofrer violência doméstica e promover violência doméstica) obtiveram boa predição, boa avaliação nos Testes de Hosmer e Lemeshow e R quadrado de Nagelkerke, e ainda, que possuem aplicabilidade.

5.7.1 Modelo para crianças e adolescentes sofrerem violência doméstica

No Modelo para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica foram incluídas variáveis independentes de acordo com o Quadro 02.

Selecionou-se 726 crianças e adolescentes sofreram violência doméstica, porém em 15 casos haviam inconsistência de dados sendo portanto removidos. Utilizou-se o método forward stepwise (Wald) em 711 para inclusão no modelo foi evidenciado por 15 etapas resultando no modelo da tabela 24.

QUADRO 02 – R quadrado de Nagelkerke e Teste de Hosmer e Lemeshow dos modelos explicativos de regressão logística

Ação e Tipologia	Variáveis Independentes*	THL	R ²
Sofrer violência doméstica	Denunciante; denuncia anônima; matricula irregular; o agressor; vítima de caso novo; violência anterior; violência repetição; cursando; Trabalha; necessidades especiais; USQ por cca ou relacionado; Sem situação de risco familiar; situação de álcool familiar; pais falecidos ou divorciados; sexo agressor;	0,727	0,525**
Promover violência doméstica	Denunciante; denuncia anônima; convivência familiar prejudicada; agressão; queimaduras; ameaças; cárcere privado; situação/ exposição ao risco; escola; agressor; vítima caso novo; violência repetição; uso de substâncias químicas; antecedente de violência na família; divorciados ou usuários de drogas; sexo agressor; relação de parentesco com a vítima; USQ; história passada de abuso;	0,855	0,633**
Sofrer violência psicológica	Denunciante; denuncia anônima; vítima; agressor; vítima caso novo; residência; presenciou algumas violência anterior; violência repetição; sexo; cursando; trabalha; doença crônica; portador de necessidades especiais; USQ; situação de risco na família; antecedente de violência na família; situação social dos pais; pais falecidos; sexo agressor; relação de parentesco com a vítima; USQ; uso de substancia química durante; história passada de agressão; história passada de abuso; situação solucionada; mais de uma criança por processo	0,564	0,216
Promotor violência psicológica	Denunciante; denuncia anônima; convivência familiar prejudicada; omissão; abandono; vítima; usuários de drogas; USQ; história passada de agressão; história passada de abuso; situação solucionada; mais de uma CCA	1,000	0,263
Sofrer violência física	Denunciante; local da ocorrência; denuncia anônima; vítima; agressor; vítima caso novo; residência; presenciou algumas violência anterior; violência repetição; cursando; trabalha; doença crônica; USQ;	0,438	0,097
Promover violência física	Denunciante; ameaças; punição exagerada; cárcere privado; situação/ exposição ao risco; lesão autoprovocada; vítima; violência repetição; trabalha; cigarro; pais divorciados ou presos; sexo agressor; relação de parentesco com a vítima; drogas pelo relacionado (maconha, álcool, cigarro); situação solucionada; mais de uma criança por processo	1,000	0,186
Sofrer violência sexual	Denunciante; local da ocorrência; denuncia anônima; vítima; Agressor; vítima caso novo; residência; cursando; trabalha; doença crônica; USQ pela CCA; situação de risco na família; antecedente de violência na família; Pais divorciados, presos ou usuários de drogas; sexo agressor; relação com a vítima; USQ pelo relacionado; história passada de agressão;	0,282	0,376
Promover violência sexual	Denunciante; local da ocorrência; vítima; vítima caso novo; Sexo; cursando; trabalha; doença crônica; portador de necessidades especiais; cola; cocaína; relação de parentesco com a vítima; uso de álcool pelo relacionado;	0,944	0,428
Sofrer negligencia	Denunciante; local da ocorrência; denuncia anônima; agressor; vítima caso novo; reincidência; violência repetição; cursando; trabalha; doença crônica; USQ; cola; álcool; Drogas; desemprego; detenção; antecedente de violência na família; situação social dos pais; usuários de drogas; sexo agressor; relação de parentesco com a vítima; USQ relacionado; uso de substancia química durante; história passada de agressão; história passada de;	0,899	0,395
Promover negligencia	Denunciante; local da ocorrência; denuncia anônima; vítima; presenciou violência anterior; trabalha; doença crônica; USQ(maconha, cocaína ou cigarro); situação de risco na família; Drogas; sexo agressor; relação de parentesco com a vítima; Drogas pelo relacionado(maconha ou crack); uso de substancia química durante; história passada de abuso;	1,000	0,150

R²: R quadrado Nagelkerke; THL: Teste de Hosmer e Lemeshow; CCA: crianças e adolescentes; USQ: Uso de substancia química; * Variáveis que na análise bivariada possuem p < 0,20 e que possibilitaram o calculo do modelo de acordo com a variável desfecho descrita como ação e tipologia; ** Modelos de regressão que obtiveram R² maior que 50%.

Tabela 19 - Modelo final para situações de risco de crianças e adolescentes serem vítimas de violência doméstica (N = 711)

Variáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	IC 95%	
Agressor			120,45	12	0,00			
Mãe agressora	-2,88	0,63	20,73	1	0,00	0,05	0,02	0,19
Pai agressor	-3,12	0,68	21,03	1	0,00	0,04	0,01	0,17
Mãe e Pai agressores	-3,53	0,96	13,49	1	0,00	0,03	0,00	0,19
Outro familiar agressor	-2,79	0,68	16,75	1	0,00	0,06	0,02	0,23
Padrasto agressor	-3,01	0,79	14,35	1	0,00	0,05	0,01	0,23
Vizinho agressor	-1,80	0,69	6,83	1	0,01	0,16	0,04	0,64
Presenciou algumas violência anterior	-0,65	0,23	7,69	1	0,01	0,52	0,33	0,83
Criança/Adolescente frequentando escola	-0,73	0,24	9,43	1	0,00	0,48	0,29	0,76
Criança/Adolescente trabalhando	1,17	0,40	8,57	1	0,00	3,23	1,47	7,07
Criança/Adolescente usuários de droga	1,20	0,38	9,70	1	0,00	3,34	1,56	7,13
Situação familiar dos pais divorciados	-0,45	0,26	3,00	1	0,08	0,63	0,38	1,06
Constante	1,68	0,62	7,29	1	0,01	5,39		

S.E.: erro padrão; Wald: valor do teste “Wald”; df: os graus de liberdade atrelados ao teste; Sig.: a significância estatística; Exp(B): a probabilidade atrelada a cada variável; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

No bloco inicial foi previsto uma porcentagem global no modelo de 72%, sendo a constante incluída no modelo e o valor de corte de 0,50. Após realização do modelo obteve porcentagem global de 86%, revelando dessa forma boa predição do modelo. Observando a Tabela 25 percebe-se estatística de ajustamento de Hosmer-Lemeshow foi χ^2 significativo em 0,72 entre as probabilidades preditas e observadas, indicando um bom ajuste do modelo. Confirma-se, ainda, ser bom modelo devido ao R2 de Nagelkerke apresentar-se 0,52.

O teste Cox & Snell indica que cerca de 36% das variações ocorridas no log da razão de chances são explicados pelo conjunto das variáveis independentes. O Nagelkerke conclui que o modelo é capaz de explicar cerca de 52 % das variações registradas na variável dependente.

As outras variáveis testadas inicialmente foram descartadas na regressão logística por não explicarem da mesma forma quanto as escolhidas.

Tabela 20- Avaliação do Modelo para situações de crianças e adolescentes serem vítimas de violência doméstica

Probabilidade de log -2	R quadrado		Teste de Hosmer e Lemeshow		
	Cox & Snell	Nagelkerke	χ^2	df	Sig.
513,13	0,36	0,52	5,28	8	0,72

χ^2 : qui-quadrado; df: os graus de liberdade atrelados ao teste; Sig.: a significância estatística.

Dessa forma pode-se evidenciar a relação que crianças e adolescentes em sofrerem violência doméstica a partir das variáveis que permaneceram como explicadoras: ser mãe e/ou pai agressor; Padrasto agressor; Vizinho agressor; Presenciar violência anterior; Criança/Adolescente frequentando escola; Criança/Adolescente trabalhando; Criança/Adolescente usuários de droga; e Situação familiar dos pais divorciados.

5.7.2 Modelo para crianças e adolescentes promoverem violência doméstica

No Modelo para crianças e adolescentes promoverem violência doméstica foram incluídas variáveis independentes de acordo com o Quadro 02.

Selecionou-se ao total 102 crianças e adolescentes que promoveram algum tipo de violência doméstica. Utilizou-se o método forward stepwise (Wald) para inclusão no modelo foi evidenciado por 8 etapas resultando no modelo da tabela 26.

No bloco inicial foi previsto uma porcentagem global no modelo de 51%, sendo a constante incluída no modelo e o valor de corte de 0,50. Após realização do modelo obteve porcentagem global de 85%. Observando a Tabela 27 percebe-se estatística de ajustamento de Hosmer-Lemeshow foi χ^2 significativa em 0,85 entre as probabilidades preditas e observadas, indicando um bom ajuste do modelo. Confirma-se ainda o bom modelo devido ao R2 de Nagelkerke apresentar-se 0,63.

Tabela 21 - Modelo final para situações de crianças e adolescentes promoverem violência doméstica (N = 102)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	IC 95%	
Sofrer ameaças	-1,90	0,68	7,64	1	0,00	0,15	0,04	0,57
Situação dos Pais usuários de drogas	2,95	1,09	7,28	1	0,00	19,05	2,24	161,89
Vítima Pai	-0,07	1,69	0,00	1	0,96	0,93	0,03	25,34
Vítima Mãe	-1,96	1,52	1,66	1	0,19	0,14	0,00	2,76
Vítima Vizinho	-0,13	1,57	0,00	1	0,932	0,87	0,04	18,95
Vítima Outro familiar	-2,98	1,66	3,24	1	0,00	0,05	0,00	1,30
Vítima Pessoa da comunidade	22,06	509,61	0,00	1	0,99	16399,46	0,00	
Vítima Padrasto	-20,10	40192,97	0,00	1	1,00	0,00	0,00	
Constant	0,80	1,34	0,35	1	0,55	2,23		

S.E.: erro padrão; Wald: valor do teste "Wald"; df: os graus de liberdade atrelados ao teste; Sig.: a significância estatística; Exp(B): a probabilidade atrelada a cada variável; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

O teste Cox & Snell indica que cerca de 47,4% das variações ocorridas no log da razão de chances são explicados pelo conjunto das variáveis independentes. O Nagelkerke conclui que o modelo é capaz de explicar cerca de 63,3% das variações registradas na variável dependente.

Tabela 22 - Avaliação do Modelo para situações de crianças e adolescentes promoverem violência doméstica

Probabilidade de log -2	R quadrado Cox & Snell	R quadrado Nagelkerke	Teste de Hosmer e Lemeshow		
			χ^2	df	Sig.
75,743	0,474	0,633	3,314	7	0,855

χ^2 : qui-quadrado; df: os graus de liberdade atrelados ao teste; Sig.: a significância estatística.

As outras variáveis testadas inicialmente foram descartadas na regressão logística por não explicarem da mesma forma quanto as escolhidas, demonstrando que a situação de promover violência doméstica não se explica por uma única variável.

As variáveis que permaneceram como explicadoras foram: Sofrer ameaças; Situação dos Pais usuários de drogas; Vítima Pai; Vítima Mãe; Vítima Vizinho; Vítima Outro familiar; Vítima Pessoa da comunidade; Vítima Padrasto.

5.8 Risco Atribuível Proporcional

Ao calcular o Risco Atribuível Proporcional (RAP) deseja-se demonstrar a proporção de cada violência que poderia ter sido prevenida se a exposição fosse eliminada. Nesse caso expressa-se a porcentagem de violência prevenida ou que não ocorrerá na ausência dos fatores risco.

Antecedentes de violência na família se pudessem ser removidos reduziriam em aproximadamente 30 % os casos de negligência. A remoção de CCA do convívio do trabalho reduziria em 36,05 % Violência Psicológica e 37,80 % Violência Sexual.

Diminuição de 21,94% das violências psicológicas ocorreria se os agressores não houvesse sofrido algum abuso na vida. Caso estes não houvesse promovido agressão anterior previne-se a violência psicológica em 25,47% e a violência sexual em 21,97%. Evidencia-se que não presenciar violência anterior seria um indicador preventivo de todas as tipologias (39,44% para a negligencia, 27,14% para violência sexual, 31,85% para a violência física e 21,88% para a violência psicológica).

Tabela 23 - Risco Atribuível Proporcional por Tipologias

	Violência Psicológica		Violência Física		Violência Sexual		Negligência	
	N	RAP	N	RAP	N	RAP	N	RAP
Antecedente de violência na família	-	-	-	-	80	26,78	257	29,96
CCA Trabalhar / Trabalho infantil	52	36,05	-	-	17	37,8	-	-
História passada de promover agressão	315	25,47	-	-	93	21,97	-	-
História passada de sofrer abuso	270	21,94	-	-	75	7,23	-	-
Local da ocorrência - domicílio	-	-	232	65,09	61	35,79	313	22,48
Mais de uma criança por processo	-	-	-	-	-	-	100	21,84
Pais divorciados	-	-	-	-	67	20,62	208	24,64
Pais presos	-	-	-	-	-	-	13	35,99
Pais Usuários de drogas	-	-	-	-	-	-	93	31,31
Permanecer em cárcere privado	52	36,05	32	32,25	-	-	-	-
Presenciar alguma violência anterior	317	21,88	214	31,85	98	27,14	264	39,44
Ser uma vítima criança	-	-	-	-	-	-	308	37,87
Sofrer ameaças	270	53,01	164	45,89	-	-	-	-
Sofrer punição exagerada	64	36,7	45	42,42	-	-	-	-
Sofrer Tortura	22	34,51	18	48,78	6	27,08	-	-
Sofrer uma situação/ Exposição de Risco	132	39,25	38	39,51	25	32,71	110	32,3
Uso de substâncias químicas pela CCA	54	23,24	-	-	19	25,27	31	28,64
Cola	-	-	-	-	4	62,3	-	-
Álcool	-	-	-	-	12	64,28	-	-
Uso de substâncias químicas pelo relacionado	205	22,61	-	-	-	-	-	-
Álcool	-	-	-	-	41	38,86	-	-
Cocaína	-	-	-	-	6	38,27	-	-
Agressor usar substancia química durante	207	24,37	-	-	-	-	-	-
Violência de Reincidência e Repetição	379	26,47	214	27,81	108	35,79	345	34,90
Violência Institucional no Serviço Público	-	-	-	-	-	-	26	27,77
Violência Internet	-	-	-	-	5	76,53	-	-
Violência Verbal	285	48,22	200	57,9	102	42,11	-	-

(-) RAP com valor inferior a 20% foi suprimido da tabela, bem como seu respectivo N;

CCA: Criança e Adolescente;

Valores do RAP são mostrados em porcentagem.

Quando remove-se o ambiente domiciliar como local da ocorrência, pode-se prevenir violência física em 65,09% e a negligencia em 22,48%, porém a violência que possui fundo domiciliar através da internet quando removidas como fator de exposição reduziria a violência domiciliar em 76,53 %.

Não sofrer cárcere privado, ameaças e punição exagerada reduziria em mais de 35% a violência psicológica e física. Consegue-se reduzir 34,51% da violência psicológica, 48,78% da violência física, e 27,08% da violência sexual se remove-se a possibilidade de sofrer alguma tortura.

Situação em que os pais divorciados ou presos fossem removidas preveniria respectivamente 24,64% e 35,99% a negligência.

Quanto ao uso das drogas ilícitas, percebe-se que tanto a remoção do uso pelas crianças, quanto dos pais ou dos agressores tem grande impacto na perspectiva de prevenção das tipologias. Se pais não usassem qualquer tipo de droga poderia reduzir em 31,31 % os índices de negligência. Quando relaciona-se com as crianças percebe-se que o não uso de substâncias químicas pelas CCA reduziria em 23,24% a violência psicológica, 25,27% a violência sexual e em 28,64% a negligência. Quando especifica-se as drogas de uso pelas CCA percebe-se que a extinção do uso do álcool e do uso de cola reduziriam, respectivamente, 64,28% e 62,30% os casos de violência sexual. Quando estreita-se isso para o agressor percebe-se que o não uso de substâncias químicas por estes preveniria em 22,61% o sofrimento de violências psicológicas, prevenção de aproximadamente 38 % as violências sexuais casos os agressores não usassem álcool ou cocaína. O não uso de substância química durante qualquer agressão teria redução em 24,37% de promover uma violência psicológica.

Percebe-se ainda que CCA que não fossem expostos a situações de risco poderiam ter redução em média de 35% das quatro tipologias. A remoção da reincidência e repetição das agressões podem prevenir em média 31,41 % das quatro tipologias estudadas. Quando remove-se a violência verbal da CCA há redução de 48,22% da violência psicológica, 57,90% da violência física e 42,11% violência sexual.

6 DISCUSSÃO

Violência doméstica envolvendo vítimas e promotores

Revela-se alta prevalência de violência doméstica, 72,3% em vítimas e 49,0% de atores. Embora esta violência não contribua muito para os indicadores de mortalidade, estes números mostram um problema expressivo e que acarreta consequências sérias e duradouras para os indivíduos, as famílias e a sociedade (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A prevalência de violência doméstica encontrada assemelha-se ao estudo realizado em Curitiba mostrando prevalência também elevada de 88,4% (FRANZIN, 2012). Essas prevalências encontram-se acima dos dados apresentados pela Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA para 27 municípios brasileiros nos anos de 2006 e 2007, quando foram observados em média 54,0% (BRASIL, 2009). Esses dados são relevantes e preocupantes, uma vez que evidenciam injúrias que ocorrem sendo realizadas por pessoas que deveriam proteger a criança e/ou adolescente.

A ocorrência de violência no domicílio mostrou-se em 63,5% para vítimas e 38,2% para atores. Estudo realizado em Feira de Santana, estado da Bahia, mostra posicionamento similar, ao descrever que de 1.293 registros de violência envolvendo crianças e adolescentes (0-19 anos) obtiveram 78,1% de ocorrência de origem domiciliar (COSTA *et al.*, 2007). Importante ressaltar que outros locais afetam e impactam a violência doméstica, demonstrou-se reflexo na violência doméstica a ocorrência na vizinhança de 14,9 em vítimas e 14,7% em atores.

Dessa forma, nem os domicílios e nem a vizinhança tem se mostrado como local de proteção das crianças e adolescentes, já que além da violência sofrida os violentados tendem a conviver com a negligência, seja pelo medo das vítimas, das consequências da revelação ou convivência dos adultos para manutenção dos relacionamentos familiares (ASSIS *et al.*, 2009; MARTINS; MELLO JORGE, 2009).

Denúncias anônimas ocorreram em 34,7% em vítimas e 16,7% dos atores. Essa vergonha de denunciar e esse estigma também agem impedindo a divulgação da violência doméstica nas famílias. O notificante é o elemento que torna pública a violência contra a criança ou o adolescente, e pode ser considerado um ator importante à rede de proteção. Importante ressaltar que o caráter da maioria corresponder a denúncias não anônimas diverge de alguns estudos (ANDRADE *et al.*, 2011) e corrobora na perspectiva da participação social

que surge como forma de reação às manifestações de violência, como o descumprimento dos direitos humanos e o enfraquecimento da manutenção da ordem pública (BRITO *et al.*, 2005).

A maior proporção das denúncias foi realizada por familiares 50,0% nas vítimas e 60% nos atores. É compreensível que pessoas que estão mais próximas e que possibilitam maior cuidado e atenção sejam as pessoas que cumprem o papel de proteção (BUCKLEY; HOLT; WHELAN, 2007).

Porém a situação solucionada pode ser questionada quanto ao seu fim, já que após estar “solucionada” o agressor e a pessoa que sofre agressão voltam a conviver no mesmo ambiente mesmo com as resoluções dos órgãos competentes. Isto pode acarretar consequências sérias nas agressões subseqüentes, pois uma vez que o agressor já está ciente que tais órgãos já conhecem o histórico podem promover agressões maiores. Assim, os riscos acabam sendo cada vez maiores, principalmente, para mulheres e crianças, que mesmo após a denúncia e apuração voltam a conviver ou permanecem em contato com o autor (HESTER *et al.*, 2006; BOURASSA *et al.*, 2008).

Quanto ao acometimento da violência, em vítimas de violências, a maioria ocorreu contra crianças (62,9%) e maior prevalência no sexo feminino (54,7%). Já para atores da violência foram adolescentes (74,4%) e maior prevalência no sexo masculino (52,9%). Diversos estudos trazem perfis que se assemelham aos que foram vítimas porém não foi encontrado nenhum que discutisse os atores da violência (HUMPHREYS; THIARA, 2003; BRITO *et al.*, 2005; CARVALHO *et al.*, 2009; ERIKSSON, 2009; BAZON, 2008; LUNA; FERREIRA; VIERA, 2010; GONDIN; MUNOZ; PETRI, 2011).

Apesar do contexto familiar possuir os elementos que mais se enquadram de forma protetora contra efeitos nocivos da violência, o mesmo contexto está sendo a maior fonte do agravamento do problema em nossa sociedade (CARDIA, 2004). Corroborando com os achados, autores trazem que partem do próprio seio familiar as maiores porcentagens de violências envolvendo crianças e adolescentes, identificando a mãe como principal agressora nas vítimas e denunciadora nos atores (WEBER *et al.*, 2004) seguida do pai (WEISELSFZ, 2012). Esses achados são similares a estudos nacionais que colocam os pais como principais responsáveis pela violência doméstica envolvendo crianças e adolescentes (BRITO *et al.*, 2005; CARVALHO *et al.*, 2008; ZANOTI-JERONYMO *et al.*, 2009). É necessário evidenciar a presença de mais de um agressor, como a mãe e o pai, em alguns casos (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Existem condições predisponentes para a violência envolvendo crianças e adolescentes, como a situação de desemprego, pobreza, valores culturais que justificam

condutas violentas, conflitos conjugais, problemas psicológicos e afetivos, alcoolismo e falta de serviços básicos, como creches e escolas (DESLANDES, 1994; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; QUEIROZ, 2010). Nosso achados legitimam tais predisponentes sociais pois os resultados são nítidos de situações familiares com desemprego, usos de substâncias químicas e outras drogas, roubos, processos de detenção e mendicância.

É percebido neste estudo que as áreas que apresentam grande vulnerabilidade social declaradas também são as que possuem maiores números de casos de violências. Estas altas taxas de violências foram encontradas, não só por apresentam maiores índices de violência como devido ao grande percentual de população vulnerável vivendo em condições ainda mais desfavoráveis. É evidente demonstrar que estudos onde famílias de baixa renda e mães solteiras com filhos encontram-se mais ainda expostos à violência doméstica, independente do nível ou esfera da sociedade (CARDIA, 2004; MELTZER *et al.*, 2009; POVEY *et al.*, 2009; STANLEY; MILLERT; RICHARDSON FOSTER, 2012).

Prevalência das tipologias de violências envolvendo crianças e adolescentes

Observou-se que a violência psicológica corresponde à maioria dos casos obtendo percentual de 66,5% nas vítimas e 81,4% nos atores. Esta alta prevalência de violência psicológica foi observada divergindo de estudos realizados nacionais e internacionais (MARTINS; MELLO JORGE, 2009; CARVALHO, 2010; WEISELFISZ, 2012; FRANZIN; FRANZIN; MOYSES, 2012). Todavia, outro estudo encontrou mais de 90% de casos deste tipo de violência (MOURA; REICHENHEIM, 2005). Este quantitativo diverge com estudo que pesquisando uma população encontrou 34,5% do total de casos de violência psicológica (BRITO *et al.*, 2005). O percentual de violência psicológica encontrado representa um avanço na identificação deste tipo de violência, uma vez que alguns estudos constataam a dificuldade da identificação e notificação da violência psicológica, uma vez que ela não deixa vestígios no corpo, sendo, portanto mais difícil de ser percebida (BAPTISTA *et al.*, 2008).

Para a violência psicológica as medidas que demonstram estatística significativa são o abrigo em entidade ($p=0,000$), o encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico ($p=0,033$), obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado ($p=0,010$), e perda de guarda ($p=0,019$). Essas medidas tomadas parecem ter caráter mais punitivo, pois removem as crianças e adolescentes do ambiente que estão vivenciando tal agressão, como a retirada para um abrigo. Como trata-se de uma violência que

interfere no crescimento psicológico há necessidade deste acompanhamento especializado tanto em psicologia ou psiquiatria, o que é evidenciado com estatística significativa.

Sobre Negligência, teve-se 60,1% nas vítimas e 14,7% nos atores, concordando com os estudos que trabalham com vítimas de negligência que apresentam grandes percentuais de notificação (TERRA; SANTOS, 2006; COSTA *et al.*, 2007; DHHS, 2008; MARTINS; MELLO JORGE, 2009; FRANZIN; FRANZIN; MOYSÉS, 2012). Estudo realizado, no período de 2000 a 2007, mostra a negligência como a violência mais frequentemente notificada, o que demonstra que a cultura camuflada do abandono infantil no país (LACRI, 2007) sendo expressivo dados de violência leves mais evidente do que dados encontrados. Deve-se estar ciente que punições leve são caracterizadas como porta aberta para quadros de violência mais graves (DONOSO; RICAS, 2009).

Para crianças que sofreram negligência, as medidas que se apresentaram estatisticamente significantes demonstram que se apresentaram e: Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade ($p=0,000$); Orientação, apoio e acompanhamento temporários ($p=0,000$); Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico ($p=0,002$); Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra ($p=0,002$); Advertência ($p=0,001$); e Perda de guarda ($p=0,001$).

Apoio é percebido quando medidas adotadas oferecem acompanhamento e apoio aos familiares que promoveram tais violações. Nessas medidas a significância de advertência e perda da guarda evidencia uma permanência da violação causando o afastamento da criança e do adolescente do lar que permanece em violência caso após inclusão da família nos programas de apoio não haja diminuição da violação.

Violência Física constituiu-se de 43,1% nas vítimas e 55,9% nos atores. Apesar de não constituir a principal causa de violência, como em diversos estudos (MOURA; REICHENHEIM, 2005; COSTA *et al.*, 2007; FRANZIN; FRANZIN; MOYSÉS, 2012; WEISELSFZ, 2012), ainda corresponde a valor expressivo, que pode ser justificado por sua alta aceitação social, como medida punitiva às crianças devido às transgressões de normas de convivência vigentes (BRITO *et al.*, 2005). Estes dados corroboram para refletir sobre o expressivo número de pais que consideram a violência física como uma medida disciplinadora e educativa. Assim, realizam a reprodução dos hábitos que foram vítimas em sua infância e adolescência. Dessa forma, os pais acreditam que estão adotando as melhores condutas educativas, quando na verdade estão treinando a prática violenta, repassando de forma habitual e promovendo danos aos filhos (FALEIROS;FALEIROS, 2008).

Para a violência física, as medidas que se mostram estatisticamente significante são a orientação, apoio e acompanhamento temporários ($p=0,022$), bem como o encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família ($p=0,022$). Essas medidas corroboram para uma diminuição da possibilidade de nova agressão física. Quando a família é acompanhada, orientada e apoiada por um programa de proteção há diminuição da vulnerabilidade social que vive, diminuindo, portanto, a possibilidade de novos episódios de agressão.

A respeito da violência sexual, constituiu-se 20,1% das vítimas e 16,7% dos atores. Ao comparar tais valores com demais estudos percebe-se que o quantitativo encontrado possui percentual dos padrões (BRASIL, 2009; VASCONCELOS *et al.*, 2012; WEISELSFZ, 2012).

Dentre as classificações de violência sexual, o abuso sexual foi o maior valor expressivo, em 8,8% das vítimas e 4,9% dos atores (JEAN LABBÉ, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2012), seguida da exploração sexual (CIUFFO *et al.*, 2008). Este fenômeno não é uma situação isolada, mas uma realidade frequente, em muitas partes do mundo. Assim não aflige somente os países menos desenvolvidos (ABRAPIA, 2001). Tanto as vítimas de exploração sexual como de abuso sexual constituem-se prioritariamente do sexo feminino (ROSARIO, 2003). Relação de risco encontrada com agressoras do sexo feminino possuem 4,64 vezes mais chances de sofrer violência sexual do que os agressores do sexo masculino ($OR=4,64: 1,40-15,43$).

Estudo realizado na McMaster University em Ontario no Canadá, mostrou que as taxas relatadas de abuso sexual diminuíram por razões desconhecidas; esse declínio pode refletir uma redução real no abuso sexual, talvez devido ao sucesso de programas de prevenção, mas também poderia ser atribuído à crescente relutância das vítimas a denunciar abusos (MACMILLAN, 2012). Relata-se que casos de violência sexual não são denunciados devido ao sentimento de culpa, de vergonha ou de tolerância da vítima (HABIGZANG *et al.*, 2006).

Para violência sexual as medidas que apresentaram relação estatística foram: o encaminhamento aos pais ou responsável mediante termo de responsabilidade ($p=0,013$); a requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico ($p=0,003$); o encaminhamento da criança/adolescente para NEEVCA ($p=0,003$); o encaminhamento para DCECA ($p=0,000$); o encaminhamento para o CREAS ($p=0,000$); o encaminhamento ao Projeto Justiça Já – Juizado Infância e Juventude ($p=0,002$); o encaminhamento a qualquer outra delegacia/promotoria ($p=0,017$); e Instauração de inquérito policial ($p=0,000$). Percebe-se que

após confirmação da denúncia os serviços de proteção a vítima como as delegacias e os serviços de assistência são realmente acionados e cumprem seu papel. Não é possível evidenciar a real resolução dos casos, porém acredita-se que após essas medidas que foram executadas possam ter reduzido a possibilidade de sofrimento dessas vítimas.

Em relação a violência institucional evidenciou-se 12,5% nas vítimas e 18,6% nos atores. Foram provocados pela escola em 5,5% das vítimas e 17,6% dos atores. O local da violência foi a escola em 5,9% das vítimas e 29,4% dos atores. A permanência na escola foi evidenciada em 51,2% das vítimas e 58,8% dos atores. Demonstra-se que a permanência das crianças e dos adolescentes vítimas na escola [OR: 0,478 (0,298-0,765)] é fator protetor para sofrer violência doméstica. Autores a evidenciam como um fator fundamental na potencialização de resiliência de adolescentes (SCHENKER; MINAYO, 2005).

A escola constitui um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente. Assim, deve-se enfatizar a mística e a identificação que a educação promove no comportamento dos que a frequentam (KANDEL *et al.*, 1978). Isto possibilita dizer que os profissionais que atuam no seu interior devem ter um olhar mais atento aos sinais de risco. Pois consegue-se unir, em seu interior, uma contexto de pares que formam forte instrumento a fim de promover autoestima e autodesenvolvimento (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Este estudo mostra que 3,5% das denúncias foram realizadas pela escola ou pelo professor. Os profissionais devem estar cientes de quão poderosa é sua percepção e resposta em relação à violência doméstica. Todos os fatos vivenciados na escola e no domicílio podem apresentar resposta de impotência ou resolução no caso de exposição à esta violência. Os recursos locais de proteção devem ser informados para intervenções legais, tão logo se conheça o risco ou a natureza já em execução (STANLEY; MILLERT; RICHARDSON FOSTER, 2012).

Ciclo da violência envolvendo crianças e adolescentes

Elevada significância das situações de risco são vivenciadas por crianças e adolescentes. As crianças e adolescente que convivem com os efeitos, de ser vítima e de promover as violências, mostram-se nem sempre sensíveis. Evidencia-se que crianças e adolescentes quando expostas a estes acontecimentos, principalmente em áreas mais violentas, acabam sendo prejudicadas em seu desenvolvimento escolar e aumentam a probabilidade de se tornarem elas mesmas agentes de violência (CARDIA, 2004).

Ao construírem esse sentimento vicioso da violência, sentir na pele e promovê-la, acabam se tornando agentes do silêncio, uma vez que não conseguem distinguir quando estão sofrendo e quando estão promovendo esta violência. Este silêncio geralmente é exigido pelo agressor, pela família e, acaba sendo interiorizado pela vítima, como forma de se coagir e manter o *status quo* do ciclo de violência.

Os agredidos, 62,9% de crianças vítimas e 37% de adolescentes vítimas, tornam-se duplamente vulnerável, pois a palavra de ordem a ser cumprida é o silêncio. Há cumplicidade dos parentes não agressores que se omitem de proteger à vítima ou denunciar o agressor (ARAÚJO, 2002). O pacto de silêncio é assumido por cúmplices que mesmo reconhecendo o violentador, tornam-se abusadores passivos, negam os violentados e negligenciam a proteção integral (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Mesmo quando as denúncias são feitas, a vítima acaba tornando-se duplamente agredida. Além do agressor, o sistema promove revitimização ao averiguar a veracidade destas denúncias, provocando no agredido reviver com tamanha intensidade os sentimentos de aflição, ansiedade, medo, fúria e vergonha do abuso sofrido (TRINDADE, 2004).

Não denunciar e omitir passam a complementar os fatores que pesam e dificultam solucionar o conflito moral que assola e envergonha a sociedade (ARAÚJO, 2002), pois a maior pena não seria somente a punição do culpado, mas buscar solucionar todo o processo de sofrimento da vítima (TRINDADE, 2004; SHAVERS, 2013). Enquanto realiza-se esta busca pelos responsáveis e culpados, as vítimas encontram-se em situações de apreensão (TRINDADE, 2004) e raramente conseguem uma saída.

A saída deste ciclo de violência precede reflexão e consiste na desnaturalização da banalização e, ativamente, no estranhamento do estado que vivenciam. É nesse momento que a violência sofrida por crianças e adolescente encontra uma saída. Acostumados a serem violentadas, buscam de algum modo resistir às disposições estruturais mas acabam submetidos pela sociedade. Neste confronto interno, buscam não só modificar os hábitos vivenciados, mas também diversificar a ação e o fato. Neste momento acabam empregando da mesma forma o hábito sofrido, evidenciando que 65,7% dos promotores de violência já vem em sofrimento de violência constante. Transformando-se em uma cadeia que derivando da ação padecida transformam-se na mesma espécie de objeto sofrido (BOURDIEU, 2003).

É nessa solidificação dos papéis, crianças e adolescentes promovendo as violências que sofreram, que dista a possibilidade de um espaço de reflexão sobre o processo que tornou o ato possível e, ainda, que se evite a reincidência. O autor do ato precisa ser responsabilizado e responder pelo agravo promovido. Às vítimas receber cuidado e proteção.

Porém deve-se oferecer aos dois, e a outros diretamente envolvidos a possibilidade de cuidados de saúde que lidem eficazmente com as prováveis consequências da vitimização ou traumas (ZUMA, 2004).

Corroborando com estes achados, uma corte prospectiva realizada nos Estados Unidos com dados documentais de casos de crianças que sofreram violência física, violência sexual e negligência entre os anos de 1967 e 1971 foi realizada em 2000 a 2002 (média de idade 39,5 anos) para obter dados da história de vitimização e traumas durante a vida, principalmente durante a infância. Foram encontrados nos indivíduos que sofreram violência e negligência uma diversidade de experiências traumáticas e foi evidenciado um risco aumentado de revitimização durante a vida. Ser vítima de violência durante a infância aumenta o risco de promover violência sexual ou física, ser perseguido ou sequestrado, e suicidar-se (WIDOMA *et al.*, 2013). Confirmando assim, as proporções elevadas de violências de repetição (31,5% em vítimas e 30,4% de promotores), bem como do risco de promover violência doméstica ($p=0,003$) e sexual ($p=0,001$) a quem sofreu negligência.

Acredita-se que há necessidade de intervir precocemente em crianças bem como com suas famílias a fim de evitar exposições subsequentes e a complicação por traumas e experiências de revitimização. Constata-se que quanto mais jovem o violentado mais constrangimento e maior permanência da violência (CURITIBA, 2008; BUCKLEY; HOLT; WHELAN, 2007; STANLEY; MILLERT; RICHARDSON FOSTER, 2012). Comprovando nossos achados onde as crianças sofrem mais violência (62,9%) e os adolescentes promovem mais violência (80,4%). Dentre estes adolescentes que promoveram alguma violência, em 67,5% já havia sido vítima de violência anteriormente.

Outro estudo realizado nos Estados Unidos, em Detroit, revelou que crianças e adolescentes expostos à violência apresentam alterações na saúde física, social, emocional e mental. Esta população se auto-reporta em risco tanto de traumas relacionados em suas vidas quanto a aplicação de outras violências. Pequeno grupo terão de receber intervenção cuidados de saúde adequados para ajudá-los a se curar de tais eventos (SHAVERS, 2013). Achados de antecedentes de violência familiar, 50,1% para os que foram vítimas e 42,2% para os promotores, evidenciam que estar em ambiente onde presenciaram violência, necessitarão de intervenções de cuidados.

Em algumas instituições essas crianças encontrarão uma atenção mais especializada. Encaminhamentos para tratamento médico, de psicologia e psiquiatria foram realizados em 28,7% das vítimas e em 61,8% dos que promoveram violência, demonstrando estatisticamente significantes com violência sexual ($p=0,003$) e negligência ($p=0,002$). Nosso

sistema de saúde consegue garantir que após a exposição ao evento consiga de algum modo, principalmente em violências que combinem agravo físico ou dano grave, uma assistência em serviços de atenção primária ou terciária. Porém a prevenção à exposição ainda não se consegue trabalhar de maneira integral dentro do Serviço de saúde.

Nos Estados Unidos muitas organizações baseadas na comunidade prestam serviços psico-sócio-emocionais e de saúde mental, dessa forma promovem acompanhamento suficiente de serviços multidisciplinares com serviços para atender as diversas necessidades das vítimas jovens de violência e trauma, porém mesmo com um acompanhamento que combine diversos segmentos ou profissões, ainda, tem-se uma população vulnerável de vítimas traumatizadas (SHAVERS, 2013) uma vez que não se conseguiu prevenir a violência.

Reportando, ainda, a permanência no ciclo da violência, crianças e adolescentes que encontram-se em situação regular na escola, 51,2% para vítimas e 58,8% para autores, possuem menor risco de desenvolver complicações e traumas bem como reduzem a continuidade do ciclo de violência. Corroborando com a pesquisa, outros estudos mostram segura contribuição da família em manter seus filhos na escola (MOURA; REICHENHEIM, 2005; SOUSA; SANTANA, 2009). Dessa forma, havendo co-responsabilização pelo setor educacional, professores, diretores e coordenadores, possibilita-se destes profissionais com olhar mais atento do educador perceber sinais de risco de violência contribuindo para o processo de identificação, prevenção e promoção.

Neste estudo foi evidenciado que crianças e adolescentes possuíam reincidência nas notificações em 31,5% em vítimas e 30,4 em autores. Estes podem emergir de processos jurídicos, inúmeras vezes vem conduzidos pelas mãos da psicologia, da medicina legal, ou através das denúncias de pessoas da comunidade ou das próprias vítimas. Esta violência deixa sequelas emocionais e orgânicas quando não é identificada nem tratada e suas consequências influenciam comportamentos e escolhas para o resto da vida, e dessa forma, se perpetuam por gerações seguidas, motivando o ciclo vicioso da violência (BRASIL, 2010).

Crianças e adolescentes após sofrer processos violentos possuem uma distância irreparável entre suas personalidades e suas condutas. Estudos que abordam descrição dos sentimentos de crianças e adolescentes que sofreram violência na visão dos pais descrevem o nervosismo, a depressão e sintomas de ansiedade, e referem problemas de insônia associados com a exposição a violência doméstica (STANLEY; MILLERT; RICHARDSON FOSTER, 2012). Esses efeitos são indiretamente evidenciados no estudo uma vez que se tem o domicílio (63,5% para vítimas e 38,2% para autores) como principal local de ocorrência e recorrência da violência. A presença de violência dentro da casa, na família ou no bairro

agrava muito e reflete maiores efeitos da violência. Esses efeitos variam conforme o local e a faixa etária que se dá a exposição, quanto mais próximo, como o bairro ou a família, os efeitos tendem a ser mais intensos (CARDIA, 2004; ROSAS; CIONEK, 2006).

Observa-se que menos de 1% das denúncias foram realizadas pela própria vítima. As crianças e o adolescente não denunciam serem vítima de violência, por vários motivos relacionados com a dependência destes violentados. A falta de confiabilidade nas redes assistenciais que após o atendimento não conseguem dar resposta e não oferecem atendimento integral que constitua a remoção deste do ciclo de violência (ROSAS; CIONEK, 2006).

Percebe-se que este ciclo de silêncio e não denuncia deve ser interrompido. A experiência brasileira tem demonstrado que as denúncias na maioria dos sistemas de informações permanecem voltadas para violências mais graves que possuem lesões visíveis e as letais. As letais resumem a ponta do iceberg já que é concreto o número de violências cotidianas (WAISELFISZ, 2010, 2011).

Crianças e adolescentes promotores de violência

Evidenciar crianças promovendo violência sexual pode sugerir que estes foram vítimas deste tipo de violência quando ainda criança e contribui para o surgimento de novos agressores (RIBEIRO, 2004). Eles passam de abusado para abusador demonstrando um quadro de terror particular, silenciosa e devastadora, promotor de desequilíbrio social (VASCONCELOS *et al.*, 2012). O que demonstra a necessidade de ajuda, sobretudo multiprofissional. Relação estatisticamente significativa com as vítima de violência homossexual (OR=12,77: 2,12-76,88), Situação exposição de risco (OR=5,49: 1,45-20,81), bem como uso de álcool pelo vitimado (OR=4,00: 1,29-12,40).

Família: fator de risco ou proteção?

A família deve estar responsabilizada pela socialização da criança e do adolescente. Essa responsabilidade vem sendo compartilhada com a escola, que tem sofrido grande pressão por responsabilizar-se pela educação e socialização. Os pais tem fugido das responsabilidades que lhes são inerentes (FREITAS, 2003).

A identificação destes valores e responsabilidades poderia ser priorizada a fim de rever os relacionamentos e as formas de educar. A busca de modificar estas relações

familiares traria preservação das relações, garantiria o crescimento e desenvolvimento de nossas crianças e adolescentes e, principalmente, controlaria as violências intrafamiliares.

A dinâmica familiar é o espaço de mudanças já perceptíveis no convívio e no confronto entre gênero e gerações (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2009). Este estudo demonstra que é alta a prevalência de antecedentes de violência dentro do seio familiar o que pode demonstrar grande preocupação com o fortalecimento destes vínculos afetivos entre as crianças ou os adolescentes e sua família (CAVALCANTE; COSTA SILVA; MAGALHAES, 2010). Compreender esta dinâmica da familiar, onde diversas crenças e valores coabitam o mesmo cenário, visa não só mostrar a interação cultural dentro do domicílio e da vizinhança, mas também evidenciar o determinismo e o molde de comportamentos (BRASIL, 2001; KRUG *et al.*, 2002; ZUMA, 2004).

Estudo realizado na Holanda abordando o método "Feel the Vibe", método criado em 2011 baseado na auto-sustentação na Internet para crianças, adolescentes e adultos jovens expostos à violência familiar. Busca impedir a chamada transmissão intergeracional ou transgeracional que aborda que uma entre cada três podem se tornar vítima ou agressor na vida adulta. Obedecendo a teoria aprendizagem social de Bandura que reflete sobre que as crianças aprendem novos comportamentos observando e imitando outras pessoas, denominadas como modelos. Se a criança é exposta a violência, ela aprenderá que a violência possui significado aceitável e efetivo como forma de resolver conflitos com parceiros (BANDURA, 1977; KARIN *et al.* 2013).

Quando demonstra-se as medidas direcionadas às famílias que foram aplicadas pelos conselheiros tutelares pode-se perceber que a orientação, apoio e acompanhamento apresentou-se em 75,3% nas vítimas e 73,6% nos atores e possui significância estatística com negligência ($p= 0,000$) e violência física ($p=0,022$). Esse acompanhamento visa provocar a discussão dos problemas vivenciados na vida familiar e buscar soluções para que as crianças e adolescentes possam permanecer após a violação de seus direitos sob a responsabilidade e o cuidado de seus pais e/ou responsáveis (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006). Trabalhos sobre o tema em questão apontam que este acompanhamento baseia-se em reuniões, entrevistas, visitas domiciliares e institucionais, grupos de pais, oficinas temáticas e encontros mensais (SIQUEIRA; DELL' AGLIO, 2006; AZOR; VECTORES, 2008; VASCONCELOS; YUNES; GARCIA, 2009).

A perda da guarda apresentou relação significativa com a negligência ($p=0,001$) e violência psicológica ($p=0,019$). Essa condição mostra-se minimamente satisfatória. Mesmo que consiga incluir as crianças e adolescentes em outro seio familiar, estas não serão

imediatamente recuperadas e poderão sofrer déficits do desenvolvimento e ainda, não conseguirem desenvolver a resiliência de modo fácil com o novo seio (VASCONCELOS; YUNES; GARCIA, 2009).

O estudo evidenciou que a remoção dos antecedentes de violência familiar reduziria a negligência em quase 30%. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, para o adolescente (SCHENKER; MINAYO, 2005). Infelizmente problemas enfrentados na adolescência possuem contexto de realização muito mais ampliado, pois foram plantados na infância.

Esses problemas da infância e da adolescência podem ser explicitados em diversas formas e círculos viciosos. Um deles é o papel da mãe dentro da cadeia. Ressalta-se o papel dicotômico que a mãe exerce neste ciclo de violência, pois ao mesmo tempo que se apresenta com a figura materna, presente de cuidado e proteção, denunciando em 24,36% dos casos, permanece em outra fase deste ciclo que é a mãe como agressora em 34,74% de todos os tipos de violências. É importante observar, que mesmo parecendo haver maior violência por parte das mães, os homens são os perpetradores mais comuns de lesões mais graves, que ameaçam a vida, causam fraturas e outros ferimentos fatais (ZUMA, 2004).

Mostra-se que 18,9% nas vítimas e 5,9% nos atores há presença de mais de uma criança sendo violentada por local da ocorrência e que este fator comporta-se estatisticamente significativa para sofrer negligência, ($p=0,01$), violência doméstica ($p=0,01$) e violência psicológica ($p=0,03$). Autores corroboram com os achados evidenciando que em lares superlotados os riscos de sofrer violência é aumentado. Este ambiente familiar instável possui mudança frequente da composição dos membros que entram e saem, e dessa forma, desencadeiam casos de negligência (KRUG *et al.*, 2002; ZUMA, 2004).

Estudo de intervenção social com crianças suecas com respeito às suas experiências de violência doméstica demonstra que há riscos de retribuição associados com a denúncia de crianças que permanecem em contato regular com seu pai abusivo.

Em função da multiplicidade de problemas que afetam a convivência familiar, é fundamental que mostre-se que achados persistem na perspectiva de manutenção da conjuntura familiar dentro do ciclo de violência. Situações de risco presenciadas como uso de violências por arma branca, assaltos e mortes mesmo uma vez enquadradas como fator promotor de violência mesmo que removidos, constituem determinantes das violências. O desemprego, a detenção, a mendicância, roubos e furtos, divórcio e falecimentos mostram tais determinantes encontrados no estudo (HOFFMANN; CERBONE, 2002; SCHENKER;

MINAYO, 2005; ERIKSSON, 2009; STANLEY; MILLERT; RICHARDSON FOSTER, 2012).

Papel do Setor Saúde

O envolvimento de todos os profissionais deve ser usualmente estimulado, independente do nível de prevenção, para conhecer e interromper o circuito percorrido pelas pessoas envolvidas em situação de violência. Ao conhecer o circuito previne-se o risco da revitimização, já que por desconhecimento as vítimas podem deixar de executar quaisquer procedimentos ou providências (SHRADER; SAGOT, 1998; ZUMA, 2004).

Compreende-se a importância dos profissionais de saúde em reconhecer possíveis situações de violência. Todo profissional de saúde compartilha momentos especiais de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias como na recepção, na sala de vacinas, durante os curativos, nos grupos de educação em saúde, na consulta médica, odontológica, de enfermagem e/ou psicológica, durante a visita domiciliar, dentre outros (BRASIL, 2011). É importante que durante esses momentos haja orientações e encaminhamentos das vítimas às unidades de referência para que se consiga prevenir as ocorrências de novos casos de violência (HOLANDA; HOLANDA; SOUZA, 2013).

Frente a todos esses fatores os profissionais lidam com as dificuldades apresentadas e são solicitados a buscar solucionar e manejar as situação das vítimas de violência. Não escolhem tecnologias específicas para a abordagem de problemas complexos que fuja à lógica biologicista da atenção em saúde que foram lecionados (HOLANDA; HOLANDA; SOUZA, 2013). Buscam portanto superar o modelo de trabalho na área da violência contra criança e o adolescente já proposto por meio da intervenção profissional de modo interdisciplinar (social, psicológica, jurídica), onde ação torna-se mais eficaz quando promovida pela articulação de diferentes atores e áreas que compõem o trabalho de atenção integral e intersetorial a esse fenômeno, atuando de modo coordenado, na perspectiva de rede (MINAYO; SOUZA, 1998; SILVA; FERRIANI; SILVA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família constitui-se em um espaço privilegiado do Sistema Único de Saúde (SUS) para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de pessoas em situação de violência. Dessa forma, busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades (SCHENKER; MINAYO, 2005), tentando atrelar instintivamente a dinâmica familiar a atenção promovida pelo setor saúde de forma a unir a assistência de saúde biologicista com a lógica de promoção de saúde.

A Estratégia Saúde da Família visa ações prioritárias de prevenção da violência na família e na comunidade como atuação da atenção básica de saúde (HOLANDA; HOLANDA; SOUZA, 2013). Vem conseguindo estratégias de atendimento e apoio realizadas em diferentes níveis: na família (em sua dinâmica interna de papéis e funções), no seu meio social (em organizações e instituições que estão no seu entorno e oferecem recursos sociais diversos) e nas repartições criadas para promoção do cuidado em saúde (HAMMERSCHMIDT, SANTOS, 2009; BRASIL, 2011).

O estudo revela 5,9% de vítimas e 3,9% de agressores que possuem deficiências/necessidades especiais. Demais estudos realizados no mundo demonstram que a prevalência de estudos que abordam violência nestas populações encontra-se abaixo dos padrões (UNICEF, 2013).

Trabalho em rede

Ao enfrentamento da violência é fundamental o trabalho em rede, incluindo setores de saúde, educação, jurídico, segurança, bem-estar social, dentre outros, de forma articulada e responsável. Esta prática tem sido exigência, pois visa mobilizar todos os setores que já trabalham isoladamente, de forma a mobiliza-los em torno dos principais fatores de vulnerabilidade social que podem comprometer a qualidade de vida, as perspectivas futuras e a integridade das crianças e adolescentes (NJAINÉ *et al.*, 2006; COSTA; BIGRAS, 2007; LETTIERE; NAKANO, 2011).

Evidencia-se, portanto, que sendo todos os setores significantes e protetores da violência, a articulação de forma intersetorial mostraria coesão social e combate à violência. Como as instituições são construídas por pessoas, seria a mobilização popular que despertará os valores que estimulam a cidadania e o cultivo da paz entre os indivíduos (MONTEIRO *et al.*, 2009; AMARO *et al.*; SANTOS *et al.*, 2010). Pode-se mostrar que o trabalho será efetivo quando extrapola-se o setor saúde. Nesse sentido, o trabalho em rede tem se mostrado uma ação imprescindível no enfrentamento à violência (COSTA; BIRGAS, 2007).

O agravo da violência com uso de substâncias químicas

O uso de substâncias químicas é uma questão complexa que perpassa inúmeros subsistemas da vida individual e social. As representações sociais que levam à adesão ou à condenação dependem do contexto sociocultural, principalmente quando trata-se de crianças e

adolescentes. Diversos riscos são vivenciados tendo a possibilidade de por diversos fatores retornarem ao ciclo de violência. Este lado negativo de obter prazer com o uso é o risco que correm de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento; o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais; a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida: o adulto jovem (SCHENKER; MINAYO, 2005)

Tanto no convívio individual, quanto nas redes de relações deve haver privilegio do papel familiar na prevenção e na promoção da resiliência, porque ela é a o principal responsável pela socialização dos indivíduos. Quanto melhor a interação com os pais menos possibilidade de uso de substâncias químicas. Corroborando com os achados, estudos trazem padrões de relação familiar (casamentos, divórcios, falecimento e detenções) relacionando-os com os comportamentos violentos (KODJO; KLEIN, 2002). Este estudo evidencia que quanto maiores os riscos familiares, aos pais, aos agressores e aos próprios violentadores piores serão problemas e violências sofridas.

A história nos agressores de abuso anterior (49,9% em agressores de vítimas e 41,2% em agressores dos atores) e agressão anterior (58,4% das vítimas e 43,1% dos atores) são alguns dos fatores que contribuem para a manifestação da violência (BRASIL, 2010; TAQUETTE, 2007). Estudo realizado no México evidenciou que o antecedente de violência, uso de álcool e/ou outras drogas em algum membro da família, são fatores observados consistentemente em três dimensões exploradas (ALVARADO-ZALDIVAR *et al.*, 2002). Corroborando com estes dados o não uso de substâncias químicas (álcool, cola e cocaína) tanto pelas vítimas preveniria a negligência em 28,64% , a violência psicológica em 23,24% e a violência sexual em 25,27%. Já o não uso de substância química durante a agressão pelo agressor preveniria a violência psicológica em 24,37%.

Sabe-se que a problemática do crack vem tornando-se mundial (DINIZ, 2013). É validada com este estudo quando 5,1% das vítimas e 13,7% dos atores são usuários. Crianças e adolescentes que usam substâncias químicas representam 12,56% e estes tem 3,34 mais chances de serem vítimas de violência doméstica. Sendo assim, crianças e adolescentes que vivem em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso abusivo de álcool ou outras substâncias químicas há reprodução e influência do contexto vivido por meio da reprodução das características individuais.

Encaminhamentos e as ações adotadas

Algumas medidas tomadas a partir das denúncias visam proteger a criança e o adolescente que sofreu violência, mas também pretendem formar personalidades resilientes frente às violências.

Quando se institui o envio para acompanhamento em psicologia ou psiquiatria pensa-se em desenvolver expectativas claras relativas ao comportamento para estes desenvolvam suas habilidades resilientes. Mostram-se estatisticamente significativos nas para violência sexual ($p=0,003$) e negligência ($p=0,002$). Ao serem encaminhados para orientação, apoio e acompanhamento temporário tenciona-se monitorar e supervisionar a fim de que diminuam os riscos efetivos de novas agressões. Outras medidas utilizadas são o termo de responsabilidade geralmente acontece para que haja repasse de responsabilidade com aquela criança ou adolescentes, orientações às crianças e aos adolescentes. O envolvimento de crianças e adolescentes em programas de alfabetização de jovens e adultos, cursos supletivos e projetos de aceleração do ensino e aprendizagem, cursos e programas, bem como a matrícula e frequência obrigatória na escola reforça a consistência de atividades que favorecem a socialização, o desenvolvimento de oportunidades e habilidades acadêmicas e sociais dos jovens. Quando são encaminhados aos pais e responsáveis, mediante termo de responsabilidade ou em família substituta visa-se o envolvimento familiar e o retorno deste para promover seu autodesenvolvimento e resiliência (WANDERLEY; BLANES, 2001).

A perda da guarda obteve relação estática significativa para a negligência ($p=0,001$) e para violência psicológica ($p=0,019$). Este processo dá-se após processo judicial e intenta remover a criança e adolescente de um ambiente hostil onde as tentativas de melhorar as condições de vida ou redução dos danos não houve soluções (CAVALCANTE; COSTA SILVA; MAGALHAES, 2010). Após confirmada a existência do crime e a veracidade for constatada, os casos são encaminhados ao Ministério Público (FORTALEZA, 2010) onde após julgamento há determinação de qual família ou instituição a criança e adolescente serão encaminhados.

Ao mostrar os elementos que demonstram vínculo forte com os pais, compromisso com a escola, envolvimento regular com atividades de grupos e crença nas expectativas gerais, normas e valores da sociedade (HAWKINS; CATALANO; MILLER, 1992), demonstram a importância e eficácia das medidas aplicadas e corroboram com este estudo.

Dentre as medidas, inclui-se, ainda, encaminhamentos direcionados a diferentes níveis de complexidade e especificidades de vários setores. Foi encontrada significância estatística com encaminhamentos ao CREAS, ao DCECA, ao CAPS, ao NEEVCA, a escolas, ao setor saúde, dentre outros. De cada setor envolvido, pode-se incluir objetivos pertinentes ao objetivo fim que é finalizar o ciclo da violência sofrida pelas crianças e adolescentes.

O Abrigamento em entidade apresentou 11,6% nas vítimas e 14,7% nos atores e demonstrou relação com a violência psicológica ($p=0,000$). É necessário diminuir a permanência e exposição das crianças e dos adolescentes na instituição de abrigo (AZOR; VECTORE, 2008). O sofrimento psicológico sofrido na maioria das vezes promove complicações nas motivações pessoais e familiares (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006). Todavia, se a convivência torna-se danosa opta-se por colocar em uma família substituta, por meio de tutela, guarda ou adoção (MOREIRA, 2011).

Após o abrigamento deve-se pensar que o processo de reinserção familiar pode perdurar e ser efetivo por meio de orientação, estímulo e apoio da família (CAVALCANTE; COSTA SILVA; MAGALHAES, 2010; CARVALHO, 2010).

Os chamados programas de transferência de renda (onde se inclui o Programa Bolsa Família, por exemplo), quando articulados a outros instrumentos de políticas públicas, visam preparar as famílias para a autogestão levando à autonomia econômica e política, e incentivar o desenvolvimento social das famílias com intuito de combater à pobreza e às desigualdades sociais. Outro aspecto a ser considerado parte do princípio de que os processos de reintegração familiar, quando deslanchados e concluídos, trazem consigo as marcas dos valores ético-políticos, das crenças sócio-morais, dos princípios teórico-filosóficos presentes na formação pessoal e profissional da equipe técnica que acompanhou sua trajetória de desenvolvimento (CAVALCANTE; COSTA SILVA; MAGALHAES, 2010).

Risco atribuível Proporcional

Percebe-se ainda que se crianças e adolescentes que não fossem expostos a situações de risco poderiam ter redução em média de 35% das quatro tipologias. Devendo-se ao fato de que exposições a situações de risco, drogas e vícios podem desencadear a vontade e o desejo por provar tais vícios e desejos.

A remoção da reincidência e repetição das agressões podem prevenir em média 31,41 % das quatro tipologias estudadas. Consegue-se essa prevenção ao adotar as medidas

protetivas pactuadas pelo ECA e, assim, vislumbrar a queda da cadeia de violência resultando em diminuição no número de reincidências futuras agressões e violências.

Quando remove-se a violência verbal há redução de 48,22% da violência psicológica, 57,90% da violência física e 42,11% violência sexual. Percebe-se que a violência verbal acaba por acarretar diversos danos em planos distintos e em diminuí-la muito das demais poderiam ser prevenidas (HAWKINS; CATALANO; MILLER, 1992)

Estes achados mostram que a convivência com ambos os pais é fator protetivo para não sofrer processos violentos. A redução da negligência e da violência sexual apresenta redução de mais de 20% quando remove-se a exposição aos fatores pais divorciados, presos ou usuários de substâncias químicas. Corroborando com estes achados, pesquisas feitas na Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos evidenciam crianças que ao se desenvolverem em famílias somente com um dos pais apresentam exposição maior a violência, dentro e fora de casa (MORRISON; BIEHL, 2000; OMS, 2002; GRÜDTNER, 2007).

7 CONCLUSÕES

Evidencia-se que a violência envolvendo as crianças e adolescentes mostra-se como um grave problema que possui raízes sociais e culturais. Esta violência deve ser enfrentada como uma questão de cidadania, de direitos humanos e sociais. Aponta-se o alerta da articulação intersetorial entre os atores que promovem assistência aos violentados e promotores da violência, bem como uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar nesta atenção. Somente de modo coordenado, na perspectiva de rede e viabilização de acordo mútuo de responsabilização pela prevenção de novos agravos e implementação de políticas públicas na área da infância e adolescência, poder-se-á potencializar um diálogo interinstitucional entre o ECA e a área da saúde.

A Saúde pública tem o grande desafio de abordar e incorporar o modelo preconizado pelo ECA que vem se demonstrando eficaz e adequado, já que possui experiências de efetividade e eficácia em sua aplicação prática. Necessita-se superar as falhas que existem no modelo de saúde-adoecimento relacionado as violências. Que mesmo graves, mas não são falhas da legislação. Caso houvesse implementação das políticas e leis já existentes haveria redução de novos agravos, uma melhora da promoção da saúde, recuperação dos já afetados e reabilitação.

Os resultados encontrados sugerem uma alta prevalência de violência psicológica e violência doméstica, tanto promovida quanto sofrida. A dinâmica familiar tem sido responsável por processos violentos e de adoecimento, e as que vivenciam tais processos em maior número desencadeiam na reprodução, aumento e permanência no ciclo de violência.

Quanto as tipologias tem-se: a violência sexual tendo uma maior confirmação das denúncias e a maior parte das medidas adotadas visam reduzir o sofrimento; para a negligência ocorre grande acompanhamento e apoio aos familiares sendo incluídos em programas de apoio para haver diminuição da violação, mesmo havendo número expressivo de advertências e famílias que perdem a guarda; há busca de diminuir nova agressão física aumentando o apoio familiar, orientação e apoio e dessa forma diminuir vulnerabilidade social e novos episódios; e a violência psicológica mesmo possuindo acompanhamento especializado e remoção do local da agressão possui um caráter mais punitivo.

Associações entre as tipologias de violência e determinantes apontam fatores explicadores para crianças e adolescentes promover violência doméstica (sofrer ameaças; situação dos pais usuários de drogas; vítima pai; vítima mãe; vítima vizinho; vítima outro familiar; vítima pessoa da comunidade; vítima padrasto), bem como sofrer violência

doméstica (ser mãe e/ou pai agressor; padrasto agressor; vizinho agressor; presenciar violência anterior; criança/adolescente frequentando escola; criança/adolescente trabalhando; criança/adolescente usuários de droga; situação familiar dos pais divorciados).

Os resultados encontrados apontam características na estratificação de vítimas e promotores de violência como crianças do sexo feminino mais violentadas e adolescentes do sexo masculino mais promotores de violência. As medidas adotadas após a investigação da violência possuem significativo impacto, uma vez que buscam a proteção e reabilitação. Identificou-se ainda um risco muito elevado de sofrer e promover violência devido a convivência e uso de substâncias químicas (crianças e adolescente, agressores e familiares).

Esta pesquisa apresenta limitações por se tratar de dados secundários restringindo o estudo às variáveis constantes nas fichas e prontuários dos Conselhos Tutelares. Dessa forma, não se pode utilizar algumas variáveis como: renda, escolaridade da criança e do adolescente, anos de estudo, profissão do agressor, escolaridade do agressor, e idade do agressor. Tem-se consciência das repercussões a longo prazo deste estudo, não diminuindo sua importância, já que não se pode reduzir o número de notificações, o número de violências e os danos já causados diariamente às crianças e adolescentes.

Diante dos resultados colhidos recomenda-se: compreender, rediscutir e praticar o trabalho em rede em crianças e adolescentes vítimas de violência, na lógica intersetorial no dia-a-dia das instituições, de forma que ela se torne práxis diária, garantindo os direitos das crianças e dos adolescentes; articular os Conselhos Tutelares e o setor saúde para trabalhem intersetorialmente; apoiar a Rede de atenção a criança e o adolescente vítima e promotora de violência, para que a Saúde Pública possa ter respaldo jurídico e policial ao notificar os casos de violência; Operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas inúmeras Políticas Públicas existentes, principalmente o cumprimento do ECA; divulgar a atuação das redes de atenção e promoção da saúde da criança e do adolescente,

Sugere-se a realização de futuros estudos como: longitudinais que identifiquem fatores associados a violência e permitam planejar estratégias à prevenção; de coorte que avaliem a efetividade e impacto dos encaminhamentos da política de proteção a crianças e adolescentes; e qualitativos que busquem evidenciar a percepção e as dores de quem sofre a violência. Da mesma forma, que há grande necessidade de compreender crianças e adolescentes enquanto promotores da violência.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.
- ALVARADO-ZALDÍVAR, Gloria et al. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. **Salud Publica Mex**, v. 40, n. 6, 1998.
- ALVAREZ, M. C. *et al.* Adolescentes em conflito com a lei: pastas e prontuários do “Complexo do Tatuapé”(São Paulo/SP, 1990–2006). **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, n. 1, 2009.
- AMARO MCP, ANDRADE SM, GARANHANI ML. A violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina, Paraná, Brasil. **Saúde Soc.**; v. 19, n. 2, p. 302-9, 2010.
- ANDRADE, E. M. et al. Visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Rev Saúde Soc.** v. 20, n. 1, p. 147-55, 2011.
- ARAÚJO MF. Violência e abuso sexual na família. **Psicol. Estud**, v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002.
- ARIÉS P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
- ASSIS, S. G. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.
- 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. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 163-198, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção - guia de orientação para educadores**. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 2001.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Iglu, 2001.
- AZÔR, A. M. G. C. C. et al. Abrigar/desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 25, n. 1, p. 77-89, 2008.
- BANDURA, A. **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977
- BAPTISTA, R.S. *et al.* Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificados em um Programa Sentinela. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 602-8, 2008.
- BARBOSA, I. L. **Estratégia saúde da família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza**. 2010. Dissertação

(Mestrado em saúde coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

BAZON, M. R. **Relatório de pesquisa**: o panorama dos maus-tratos domésticos em Ribeirão Preto. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

_____. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 323-32, 2008.

BOURASSA, C.; LAVERGNE, C.; DAMANT, D.; LESSARY, G.; TURCOTTE, P. Child welfare workers' practice in cases involving domestic violence. **Child Abuse Review**, v. 17, n. 3, p. 174– 90. 2008.

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2003, p 64

BRASIL. **Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. **Lei nº 12.015**, de 07 de agosto de 2009. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em 23/03/2013

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde –**DATASUS**. 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência**. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 154p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Colloquium Vitae, jul/dez 2012 4(2): 00-00

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; UNICEF; Observatório de Favelas; Laboratório de Análise da Violência. **Índices de homicídios na adolescência (IHA)**: análise preliminar dos homicídios em 267 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes. Relatório. Brasília, 2009.

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

- BUCKLEY, H. HOLT, S. WHELAN, S. Listen to me! Children's experiences of domestic violence. **Child Abuse Review**, v. 16, p. 296-310, 2007.
- BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- BUSSAB, W. O; MORETTIN, P. A. Estatística Básica. 6ª ed., São Paulo:2010
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. Testes não-paramétricos. **Bioestatística: princípios e Aplicações**. p. 165-184. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CAMARGO, C. L.; ALVES, E. S.; QUIRINO, M. D. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, dez. 2005.
- CARDIA, Nancy. Exposição à violência: seus efeitos sobre valores e crenças em relação a violência, polícia e direitos humanos. **Violences et contrôle de la violence au Brésil, en Afrique et à Goa**, p. 299, 2004.
- CARVALHO, Q.C.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L; SILVA, M.J; BRAGA, V.A.B; GALVÃO, M.T.G. Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. **Rev Rene**, v. 9, n. 2, p. 157-64, 2008.
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 4. p. 141-166.
- CARVALHO, A.C.R. BARROS, S.G. ALVES, A.C. GURGEL, C.A. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 539-46., 2008
- CARVALHO, H.M.B. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010
- CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; COSTA SILVA, Simone Souza da; MAGALHAES, Celina Maria Colino. Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 10, n. 4, dez. 2010
- CEARÁ. **Não-violência**: um desafio constante: guia para implantação das Comissões de Maus-tratos contra criança e adolescente. Secretaria da Saúde do Estado (CE). Coordenadoria de Políticas de Saúde. , Fortaleza, 2003.
- CENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CEDECA. **Relatório de monitoramento da política para a infância e adolescência no município de Fortaleza**. Fortaleza. 2010.
- CERQUEIRA, D. R. C. *et. al.* **Análise dos custos e consequências da violência no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007.
- CIUFFO, L. C. *et al.* The nurse face childhood sexual abuse diagnosis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 7, n.1, p. , Mar 2008.

- COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.
- COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 12, n. 5, p. 1101-9. 2007.
- COUTO, Márcia Thereza; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, v. 40, p. 112-120, 2006.
- CRUZ NETO, O. *et al.* **Estudo sobre as condições de vida e atendimento a crianças e adolescentes do Rio de Janeiro**. Análise comparativa: Angra dos Reis, Paraty, Barra Mansa, Resende e Rio Claro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- CUNHA, M. H. R. D.; SANTANA, C. D. S. **Políticas para a infância no Brasil**. 2007.
- CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência**. 3ed. Curitiba: 2008.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, supl., p. 1163-78, 2006.
- DAY, Vivian Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 25, n. Supl 1, p. 9-21, 2003.
- DE MAUSE, D. E. L. **A história da infância**. 1975.
- DEL PRIORE, M. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2002. p.444
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS/US). Administration for children and families, Administration on children, Youth and Families, Children's Bureau (2008). Child maltreatment 2006. Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System US. Washington, DC: Government Printing Office; 2008.
- DESLANDES, S. F. Atenção à criança e adolescente vítima de violência doméstica. Análise de um serviço. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, 177-187, 1994.
- DINIZ, D. V. **Prática profissional em relação as crianças e adolescente em situação de risco no Município de Cerro Azul-Vale do Ribeira**. 2013.
- DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli; RICAS, Janete. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, fev. 2009
- ERIKSSON, M. Girls and boys as victims: social workers' approaches to children exposed to violence. **Child Abuse Review**, v. 18, p. 428-45, 2009
- ESPÍNDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. **Psicol Est.**, v. 9, n. 3, p. 357-367, 2004.

FALEIROS V.P., FALEIROS E.S. (org.) **Formação de Educadores**: subsídios para atuar no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Brasília: MEC/SECAD; 2006.

_____. **Escola Que Protege**: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. 2ª ed. 2008.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes – Nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. p. 19-44.

FERRIANI, Maria das Graças. ROQUE, Eliana Mendes de Souza Teixeira. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na Comarca de Jardinópolis-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, jun. 2002.

FINKELHOR, D. The international epidemiology of child sexual abuse. [Child Abuse Negl.](#), v. 18, n. 5, p. 409-17, 1994.

FONSECA, A.C.L. **Direitos da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Editora Atlas, p. 3-4. 2011.

FORTALEZA. **Cadernos metodológicos**: Disque Direitos Criança e Adolescente. Fortaleza: SDH, 2010. 48p.

_____. **Plano de Ação da Coordenadoria da Criança e do Adolescente (2010-2012)**. Fortaleza: SDH, 2010.

_____. **Projeto Político Pedagógico**: Programa Crescer com Arte e Cidadania. Fortaleza: SDH, 2010. 47p.

_____. **Projeto Político Pedagógico**: Programa Ponte de Encontro. Fortaleza: SDH, 2010. 16p.

_____. Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza. Coordenadoria da Criança e do Adolescente. **Guia de Atendimento: como garantir os direitos de crianças e adolescentes**. 2010.

_____. **Textos para compreensão do organograma da SDH**. Fortaleza: SDH, 2010. 23p.

FRANZIN, L. C. S. Violência doméstica: caracterização da mãe notificada em casos de negligência contra a criança e o adolescente. Tese (Doutorado em Odontologia) – PUC Paraná. 2012.

FRANZIN, L. C. S.; FRANZIN, F. M.; MOYSÉS, S. T. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Prevalência em cidade do Sul do Brasil. In: **Colloquium Vitae**. 2013. p. 79-84.

FREITAS, M.C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 5. ed., rev. e ampl São Paulo: Cortez, 2003. 334 p.

FREUD, S. **Por que a guerra?** Lisboa: Edições 70, 1997.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, Romeu et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura Why are children abused? A bibliographical review of the explanations. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 707-714, 2002.

GONDIM, R. M. F.; MUNOZ, D. R.; PETRI, V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. **An. Bras. Dermatol.** v. 86, n. 3, p. 527-536, 2011.

GRUDTNER, D. I.; CARRARO, T. E. Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras [tese]. **Texto & contexto enferm**, v. 16, n. 1, p. 182-183, 2007.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. Cortez Editora, 1998.

_____. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. 6. ed. São Paulo: Cortez. 2008.

_____. **Violência de pais contra filhos**: procuram-se vítimas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

HABIGZANG, Luísa F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.

_____. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol Reflex Crit**, v. 19, n. 3, p. 379-86, 2006.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTOS, S. S. C. Família: redes, laços e políticas públicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1203-1208, 2009.

HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F.; MILLER, J. Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, v. 112, n. 1, p. 64-105, 1992.

HESTER, M. Asking about domestic violence: implications for practice. In: **Domestic Violence and Child Protection Directions for Good Practice**. Jessica Kingsley, London. 2006, p. 97-109

HEYWOOD, C. **Uma história da infância**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HOBBS, Thomas. **Do Cidadão**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

HOFFMANN, John P.; CERBONE, Felicia G. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 66, n. 3, p. 255-264, 2002.

HOLANDA, V. R. D.; HOLANDA, E. R. D.; SOUZA, M. A. D. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, 2013.

HUMPHREYS, C.; THIARA, R. Domestic violence and mental health: 'I call it symptoms of abuse'. **British Journal of Social Work**, v. 33, p. 209-26, 2003.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. 2011

JEAN LABBÉ, M. D. **Les médecins de première ligne et l'enfant maltraité**. 2011.

KANDEL, Denise B.; KESSLER, Ronald C.; MARGULIES, Rebecca Z. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 7, n. 1, p. 13-40, 1978.

KARIN, A. W. L.; ROSMALEN-NOOIJENS, J. B.; PRINS, M.; VERGEER, S. H. L. F. W.; LAGRO-JANSSEN, A. L. M. "Young people, adult worries": RCT of an internet-based self-support method "Feel the ViBe" for children, adolescents and young adults exposed to family violence, a study protocol. **BMC Public Health**, v. 13, p. 226, 2013.

KODJO, C. M.; KLEIN, J. D. Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families, and communities. **Pediatric Clinics of North America**, v. 49, n. 2, p. 257-268, 2002.

KRISTENSEN, C. H.; OLIVEIRA, M. S.; FLORES, R. Z. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre: pode piorar? In: ASSOCIAÇÃO DE APOIO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE – AMENCAR. (Org.). **Violência doméstica**. São Leopoldo, 1999, p. 104-117.

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

LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CRIANÇA (LACRI). **Ponta do Iceberg 2007**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm#>> Acesso em: 27 fev. 2012.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Rev Latinoam Enferm**, v. 19, n. 6, p. 1421-8, 2011.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 4, out/dez, 2003.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MACEDO, A. C.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.; COSTA, M. C. N. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 35. n. 6, p. 515-522, 2001.

MACMILLAN, H. Maltraitance des enfants – Synthèse. In: TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; PETERS, R. D. V. **Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants**. Montréal, Québec: CEDJE, 2012.

MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 660-665, 2010.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidem Serv Saúde**, v. 18, n. 4, p. 315-334, 2009.

MEDRONHO, Roberto A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELLO JORGE, M.H.P. Violência como problema de saúde pública. **Ciênc Cult**, v. 54, n. 1, p. 52-53, 2002.

MELTZER, H.; DOOS, L.; VOSTANIS, P.; FORD, T.; GOODMAN, R. The mental health of children who witness domestic violence. **Child & Family Social Work**, v. 14, p. 491–501, 2009.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

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

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo de interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-31, fev, 1998.

MONTEIRO, E.M.L.M. et al. Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio. **Rev Rene**, v. 10, n. 3, p. 107-16, 2009.

MOREIRA, I. M. A busca pela breve e excepcional permanência de crianças e adolescentes em instituições. **V Jornada Internacional de Políticas públicas**, 2011.

MORRISON, A. R.; BIEHL, M. L. **A família ameaçada: violência doméstica na Américas**. Tradução de Gilson Baptista Soares. Rio de Janeiro: Editora de Fundação Getúlio Vargas, 2008, p. 2000.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, Michael E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124-33, 2005.

NJAINE, Kathie et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1313-22, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **O Estado das cidades do mundo 2010/2011: unindo o urbano dividido**. 2010. Online. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100408_cidadesdomundo_portugues.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Report of the consultation on child abuse prevention**. Genova: Organização Mundial de Saúde, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on child injury prevention**. 2008. Acesso em: 07 out. 2011. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf

PAIVA, A. B. F. *et al.* Violência infantil: uma reflexão bioética como norteadora de ações concretas que garantam o resguardo do direito e da integridade do menor. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 7, n. 1-4, p. 59-72, 2012.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 1997

PIRES, A. M. D.; JAMAL, E. M.; BRITO, A. M. M. B.; MENDONÇA, R. C. V. Maus tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município São José do Rio Preto. **Bol Epidemiol. Paul.**, ano 2, n. 24, 2005.

PLATÃO. **A República**. São Paulo: Martin Claret; 2001.

POLANCZYK, G. V.; ZAVASCHI, M. L.; BENETTI, S.; ZENKER, R.; GAMMERMAN, P. W. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n. 1, p. 08-14, 2003.

POSTMAN N. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

POVEY, D.; COLEMAN, K.; KAIZA, P.; ROE, S. Homicides, firearm offences and intimate violence. **England and Wales**, v. 2, p. 2007-8, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. 2004**. Disponível em:
<http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Complete_reprint.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

QUEIROZ, O. S. Determinantes sociais da gravidez na adolescência em um município de porte no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo. 2010. 83 Mestrado (Mestrado). **Mestrado em Saúde Pública**, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

REICHENHEIM, M. E.; DE SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; DE MELLO JORGE, M. H. P.; DA SILVA, C. M. F. P.; DE SOUZA MINAYO, M.C. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad Saúde Pública**. 2004;20(2):456-64.)

RIZZINI, I. RIZZINI, I. **A Institucionalização de crianças no Brasil**: Percurso histórico e desafios presentes. Rio de Janeiro: PUC. 2004

- ROSÁRIO, M. **Violência sexual contra meninos e meninas: abuso sexual intrafamiliar e exploração sexual comercial**. Brasília: Centro de Documentação e Informação. Coordenação de Publicações da Câmara dos Deputados; 2003
- ROSAS, F. K.; CIONEK, M. I. G. D. O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. **Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 1, p. 10-15, 2006
- ROUSSEAU, J. J. **O contrato social**. Porto Alegre: Editora Movimento, 1989
- RUSSELL WOOD, A. J. R. **Fidalgos e filantropos**. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília: UNB, 1981
- SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.
- SANTOS, A. G.; NERY, I. S.; RODRIGUES, D. C.; MELO, A. S. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher em Teresinha-PI. **Rev Rene**, v. 11, n. Especial, p. 109-16, 2010.
- SANTOS, B. R. **Métodos para a identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. 2 ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.
- SANTOS, V. A.; COSTA, L. F. A violência contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estud. Psicol.**, v. 28, n. 4, p. 529-537, 2011.
- SAURET, G. V.; CARNEIRO, R. M.; VALONGUEIRO, S.; VASCONCELOS, M. G. L. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 3, p. 265-273, 2011.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. D. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-17, 2005.
- SHAVERS, Clarissa Agee. Exposures to Violence and Trauma among Children and Adolescents in Our Global Society. **Psychology**, v. 4, n. 02, p. 133, 2013.
- SHRADER, Elizabeth; SAGOT, Monserrat. Ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. **Protocolo de investigación**. 1998.
- SILVA, Lygia Maria Pereira da; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre a prevenção do crime e do dano. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, dez, 2012.
- SIQUEIRA, Aline Cardoso; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 71-80, 2006.
- SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. S45-60, 1994.

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: a magnitude da mortalidade. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 23-8.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; SANTANA, Judith Sena da Silva. Assistance for the adolescent victim of violence: participation of local health managers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 547-555, 2009.

STANLEY, Nicky; MILLER, Pam; RICHARDSON FOSTER, Helen. Engaging with children's and parents' perspectives on domestic violence. **Child & Family Social Work**, v. 17, n. 2, p. 192-201, 2012.

TAQUETTE, Stella R. et al. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. **Propostas de intervenção para o setor saúde: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**, 2007.

TERRA, F. S.; SANTOS, L. E. S. A violência doméstica e a criança. **Rev Min Enferm**, v. 10, n. 3, p. 271-76, 2006.

TITÃS. **Jesus não tem dentes no país dos banguelas**. São Paulo: Warner Music, 1987.

TRINDADE J. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

UNICEF. **A Convenção sobre os direitos da criança**. 1990. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2011.

UNICEF. **Estado Mundial De La Infancia 2013**: Niñas y niños con discapacidad. 2013. Disponível em http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf. Acessado em 12 de junho de 2013.

UNICEF. **O impacto do racismo na infância**. Folder. Online. 2010. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_folderraci.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011**. Brasília, 2011.

VASCONCELOS, K. L. *et al.* Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 1, 2012.

VASCONCELOS, Q. A.; YUNES, Maria A. M.; GARCIA, N. M. Um estudo ecológico sobre as interações da família com o abrigo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 43, p. 221-229, 2009.

VERONESE, J. R. P.; COSTA, M. M. M. **Violência doméstica**: quando a vítima é criança ou adolescente – uma leitura interdisciplinar. Florianópolis: OAB/ SC, 2006.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2010**: anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari. 2010.

WAISELSFZ, J.J. **Mapa da Violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari. 2011.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore; BLANES, Denise. Monitorando a implantação de um programa social. In: MCRN Barreira & MCB de, Carvalho (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**, 2001, p. 169-89.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 227-37, 2004.

WIDOMA, C. S.; CZAJAA, S. J.; DUTTONB, M. A. Childhood victimization and lifetime revictimization. **Science direct**, v. 32, n. 8, p. 785-96, agosto, 2008.

ZANOTI-JERONYMO, D. V.; ZALESKI, M.; PINSKI, I.; CAETANO, R.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. **Cader Saúd Pública**, v. 25, n. 11, p. 1452-61, 2009.

ZUMA, C. E. **A violência no âmbito das famílias identificando práticas sociais de prevenção**. 2004. Monografia de Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais. Curso de Gestão de Iniciativas Sociais, UFRJ, Rio de Janeiro. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Pesquisa: **EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM FORTALEZA**

Formulário Nº _____ Data da Coleta ____/____/____ N° do Registro _____

BLOCOS	VARIÁVEIS	SI 99	CÓDIGO
VIOLÊNCIA	Conselho Tutelar : (1) I (2) II (3) III (4) IV (5) V (6) VI		CT
	Data da denuncia / /		Viol_datadenunc
	Violência doméstica (1) Sim (2) Não		Viol_domest
	Endereço		Endereço
	Bairro		Bairro
	Denunciante: (1) pai (2) mãe (3) vizinho (4) outro familiar (5) pessoa da comunidade (6) Professora (7) Corpo Gestor Colégio (6) outro		Viol_denuncian
	Local da ocorrência (1)Domicílio (2)Vizinhança (3) habitação coletiva (4) local prática de esporte (5)bar ou similar (6) via publica (7)Escola (8)Trabalho (9)Outro		Viol_local
	Denuncia Anônima (1) Sim (2) Não		Viol_den anon
TIPOLOGIAS	Violência sexual (1) Sim (2) Não		Viol sex
	atentado violento ao pudor (1) Sim (2) Não		Viol sex atent pud
	exploração sexual (1) Sim (2) Não		Viol sex explor
	abuso sexual (1) Sim (2) Não		Viol sex abuso
	prostituição (1) Sim (2) Não		Viol sex prostitui
	assédio sexual (1) Sim (2) Não		Viol_sex_assedsex
	estupro (1) Sim (2) Não		Viol sex estupro
	Exibicionismo (1) Sim (2) Não		
	Negligência (1) Sim (2) Não		Neglig
	convivência familiar prejudicada (1) Sim (2) Não		Neglig conv prej
	Omissão (1) Sim (2) Não		Neglig omiss
	Abandono (1) Sim (2) Não		Neglig abandon
	Neg. Alimentos (1) Sim (2) Não		Neglig aliment
	Neg. Higiene (1) Sim (2) Não		Neglig higiene
	Neg. Moradia (1) Sim (2) Não		Neglig moradi
	Neg. Proteção (1) Sim (2) Não		Neglig protecao
	Violência física (1) Sim (2) Não		Viol Fisic
	Agressão (1) Sim (2) Não		Viol Fisic agress
	Queimaduras (1) Sim (2) Não		Viol Fisic queim
	Fraturas/Contusões (1) Sim (2) Não		Viol Fisic fratur
	TCE (1) Sim (2) Não		Viol_Fisic_TCE
	Envenenamento (1) Sim (2) Não		Viol Fisic envenen
	Espancamento (1) Sim (2) Não		Viol Fisic espanca
	Violência psicológica(1) Sim (2) Não		Viol Psic
	Ameaças (1) Sim (2) Não		Viol Psic ameac
	Tortura (1) Sim (2) Não		Viol Psic tortur
	Punição exagerada (1) Sim (2) Não		Viol Psic pun exa
	trabalho infantil (1) Sim (2) Não		Viol Psic trab infã
	Cárcere privado (1) Sim (2) Não		Viol Psic carepriv
	Situação/ Exposição ao Risco (1) Sim (2) Não		
	Violência Institucional (1) Sim (1) Não		Viol Inst
	Escola (1) Sim (2) Não		Viol Inst escola
	Agremiação (1) Sim (2) Não		Viol Inst agremia
C. Comunitária (1) Sim (2) Não		Viol Inst comunit	
Religião (1) Sim (2) Não		Viol Inst relig	
Serviço de Saúde (1) Sim (2) Não		Viol Inst Servsaud	
Trabalho (1) Sim (2) Não		Viol Inst traba	
Lesão autoprovocada (1) Sim (2) Não		Viol lesao autopro	
Tráfico de Seres Humanos (1) Sim (2) Não		Viol traf serehum	

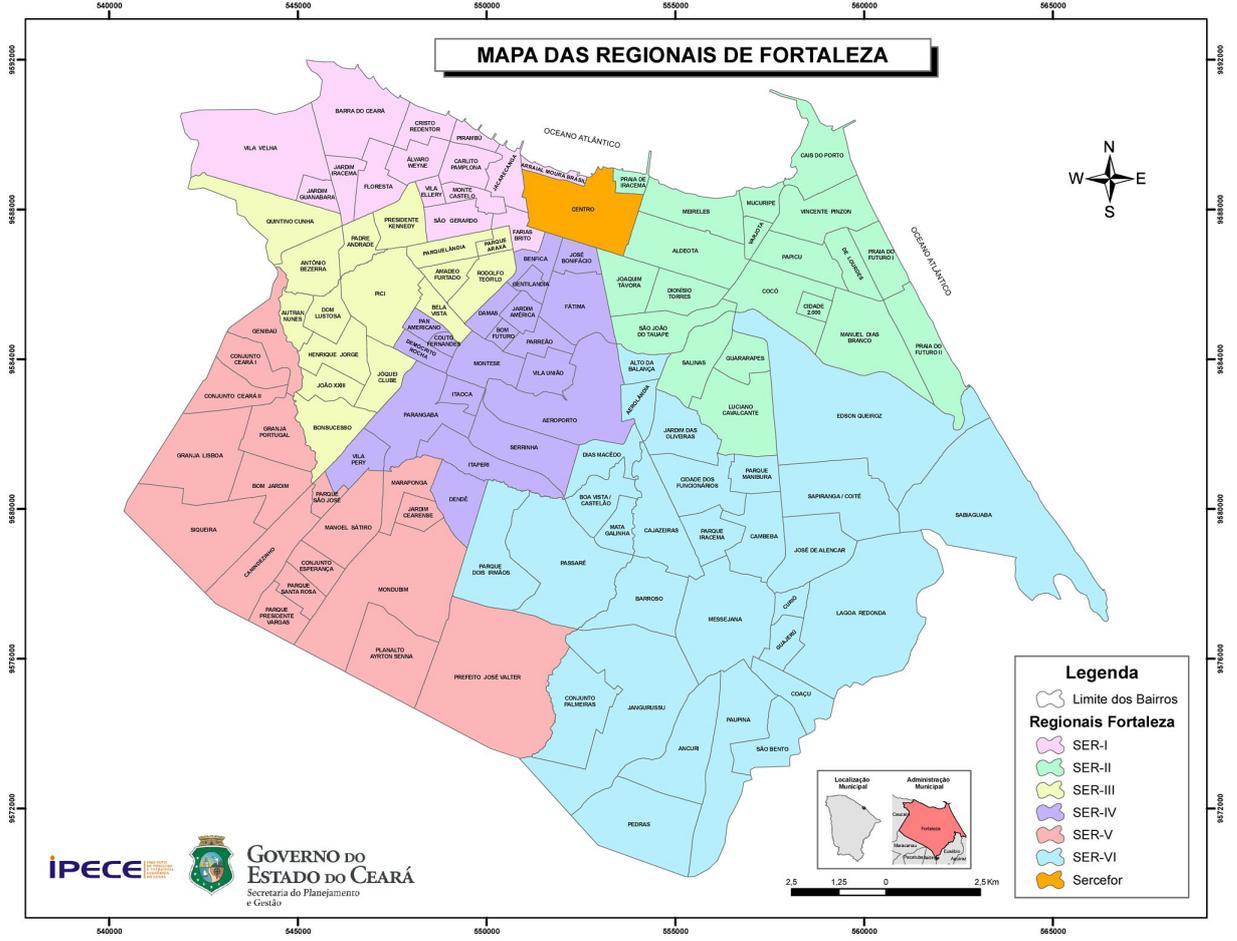
	Violência patrimonial(1) Sim (2) Não		Viol_patrim
	Violência Verbal (1) Sim (2) Não		Viol_verbal
	Violência Internet (1) Sim (2) Não		Viol_internet
	Violência Homossexual (1) Sim (2) Não		Viol_homosex
	Violência no Trânsito (1) Sim (2) Não		Viol_transito
	Tentativa de Suicídio (1) Sim (2) Não		
	Mendicância /Morador de Rua (1) Sim (2) Não		
	Roubos/ Furtos (1) Sim (2) Não		
	Matrícula na escola irregular (1) Sim (2) Não		Matricula irregular
VITIMA	Vítima (1) Pai (2) Criança (3) Escola (4) Adolescente (5) Professor (6) Avó (7) Mãe (8) Vizinho (9) Desconhecido		Vitima_
AGRESSOR	Agressor (1) Adolescente (2) Mãe (3) Criança (4) Pai (5) Mãe e Pai (6) Serviço Público (7)Outro Familiar (8) Traficantes (9)Padrasto (10) Madrasta (11) Vizinho (12) Companheiro/Marido/Namorado (13) Desconhecido		Agressor_
VIOLÊNCIA	Caso Novo (1) Sim (2) Não		Casonovo
	Reincidência (1) Sim (2) Não		reinciden
	Se sim, Quantas reincidências		Qtas_reinci
	Se sim, Há quanto tempo? _____ dias _____ meses _____ anos		Tempo_reinci
	Presenciou alguma violência anterior (1) Sim (2) Não		Vitim_viol_anter
	Violência Repetição (1) Sim (2) Não		Vitim_viol_repet
CRIANÇA E ADOLESCENTE	Idade(ano)		Vitim_idade
	Idade (meses)		
	Sexo: (1) masculino (2) feminino		Vitimsexo
	Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) união consensual (4) viúvo (5) separado		Vitim_estadocivil
	Escolaridade (anos de estudo)		Vitim_escolar
	Grau de instrução: (1)Não completaram ensino fundamental (2)Ensino Fundamental Completo (3)Ensino Médio Incompleto(4)Ensino Médio completo		Vitim_grauescol
	Cursando: (1) Sim (2) Não		Vitim_cursando
	Trabalha: (1) Sim (2) Não . Se sim, o que faz?		Vitim_trabalh
	Doença crônica: (1) Sim (2) Não		Vitim_doencron
	Portador de necessidades especiais: (1) Sim (2) Não		Vitim_neces espec
	Uso de substâncias químicas (1) Sim (2) Não		Vitim_usodrog
	Tipo de droga maconha (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		Vitim_tipodrog
	crack (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	cocaína (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	álcool (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	cigarro (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
Outra (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado			
FAMÍLIA	Renda familiar (R\$):		Renda_familia
	Situação de risco na família (1)Não (2) Álcool (3) Droga (4) Desemprego (5) Detenção		Situa_risc_fam
	Antecedente de violência na família (1) Sim (2) Não		Antec_viol_famil
	Situação social dos Pais (1) Casados (2)Divorciados(3) Presos(4)Usuários de drogas (5)Pais falecidos		Situac_pais
RELACIONADO (VITIMA OU AGRESSOR)	Sexo (1) masculino (2) feminino		AGsexo
	Idade (anos)		AG Idade
	Relação com a vítima (1) pai (2) mãe (3)vizinho (4) outro familiar (5) pessoa da comunidade (6) madrasta (7) padrasto (8) outro		AG_relac_vitima
	Escolaridade (anos)		AG_escolar
	Grau de instrução: (1)Não completaram ensino fundamental (2)Ensino Fundamental Completo (3)Ensino Médio Incompleto(4)Ensino Médio completo (5) Ensino Superior		AG_grauescol
	Profissão		AG_profiss

	Renda mensal(R\$)		AG_Rendmens
	Uso de substâncias químicas (1) Sim (2) Não (99) Não informado		AG_usodrog
	Tipo de droga maconha (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		AG_tipo_drog
	crack (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	cola (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	cocaína (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	álcool (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	cigarro (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	Outra (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		
	Uso de substancia química durante (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		AG_substquim
	história passada de agressão (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		AG_Hist_agress
	história passada de abuso. (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica (99) Não informado		AG_Hist_abuso
MEDIDAS DE PROTEÇÃO	1. Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade (1) Sim (2) Não		MedProt_01
	2. Orientação, apoio e acompanhamento temporários (1) Sim (2) Não		MedProt_02
	3. Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino (1) Sim (2) Não		MedProt_03
	4. Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio (1) Sim (2) Não		MedProt_04
	5. Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico (hospitalar ou ambulatorial) (1) Sim (2) Não		MedProt_05
	6 Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra (1) Sim (2) Não		MedProt_06
	7 Abrigo em entidade (1) Sim (2) Não		MedProt_07
	8 Colocação em família substituta (1) Sim (2) Não		MedProt_08
MEDIDAS PERTINENTES AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS	1. Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família (1) Sim (2) Não		MedPertPais_01
	2. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra (1) Sim (2) Não		MedPertPais_02
	3. Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico (1) Sim (2) Não		MedPertPais_03
	4. Encaminhamento a cursos ou programas de orientação (1) Sim (2) Não		MedPertPais_04
	5. Obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar (1) Sim (2) Não		MedPertPais_05
	6. Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado (1) Sim (2) Não		MedPertPais_06
	7. Advertência (1) Sim (2) Não		MedPertPais_07
	8. Perda de guarda (1) Sim (2) Não		MedPertPais_08
	9. Destituição da tutela (1) Sim (2) Não		MedPertPais_09
	10. Suspensão ou destituição do pátrio poder (1) Sim (2) Não		MedPertPais_10
OUTRAS MEDIDAS	1. Indiciado art. 136 do código penal (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_01
	2. Denúncia Infundada (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_02
	3. Em novas diligencias (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_03

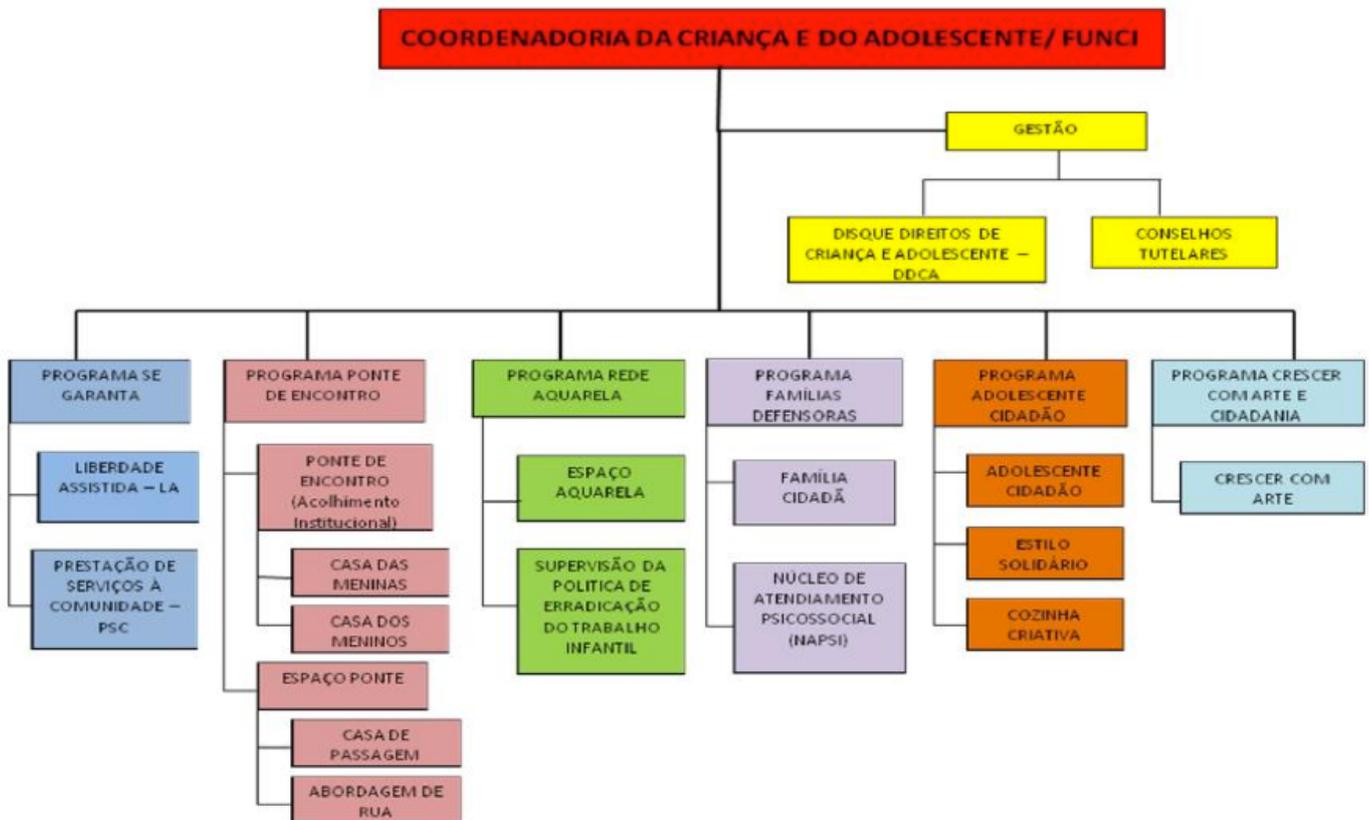
	4. Encaminhada a criança/adolescente para Núcleo Estadual de Articulação e Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente (NEEVCA) (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_04
	5. Denúncia encaminhada à Secretaria Municipal de Ação Social (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_05
	6. Denúncia encaminhada para Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DCECA) para diligências (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_06
	7. Denúncia encaminhada ao CREAS (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_07
	8. Denúncia encaminhada ao Projeto Justiça Já – Juizado Infância e Juventude (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_08
	9. Denúncia encaminhada a outra delegacia/promotoria (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_09
	10. Endereço inexistente/incompleto/mudança de endereço (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_10
	11. fatos não apurados por deficiência nas condições de trabalho (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_11
	12. Instauração de inquérito policial (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_12
	13. Instauração de termo circunstanciado de ocorrência (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_13
	14. Instaurado procedimento administrativo (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_14
	15. Responsáveis não representaram contra suspeitos (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_15
	16. Vítimas encontram-se em outro município (1) Sim (2) Não		Outrasmedid_16
ANDAMENTO DA NOTIFICAÇÃO	Mais de uma criança por processo (1) Sim (2) Não		Situacao_soluciona
	Situação solucionada (1) Sim (2) Não		Mais de um CC_A

ANEXOS

ANEXO A - MAPA DE FORTALEZA DISTRIBUÍDO PELAS REGIONAIS

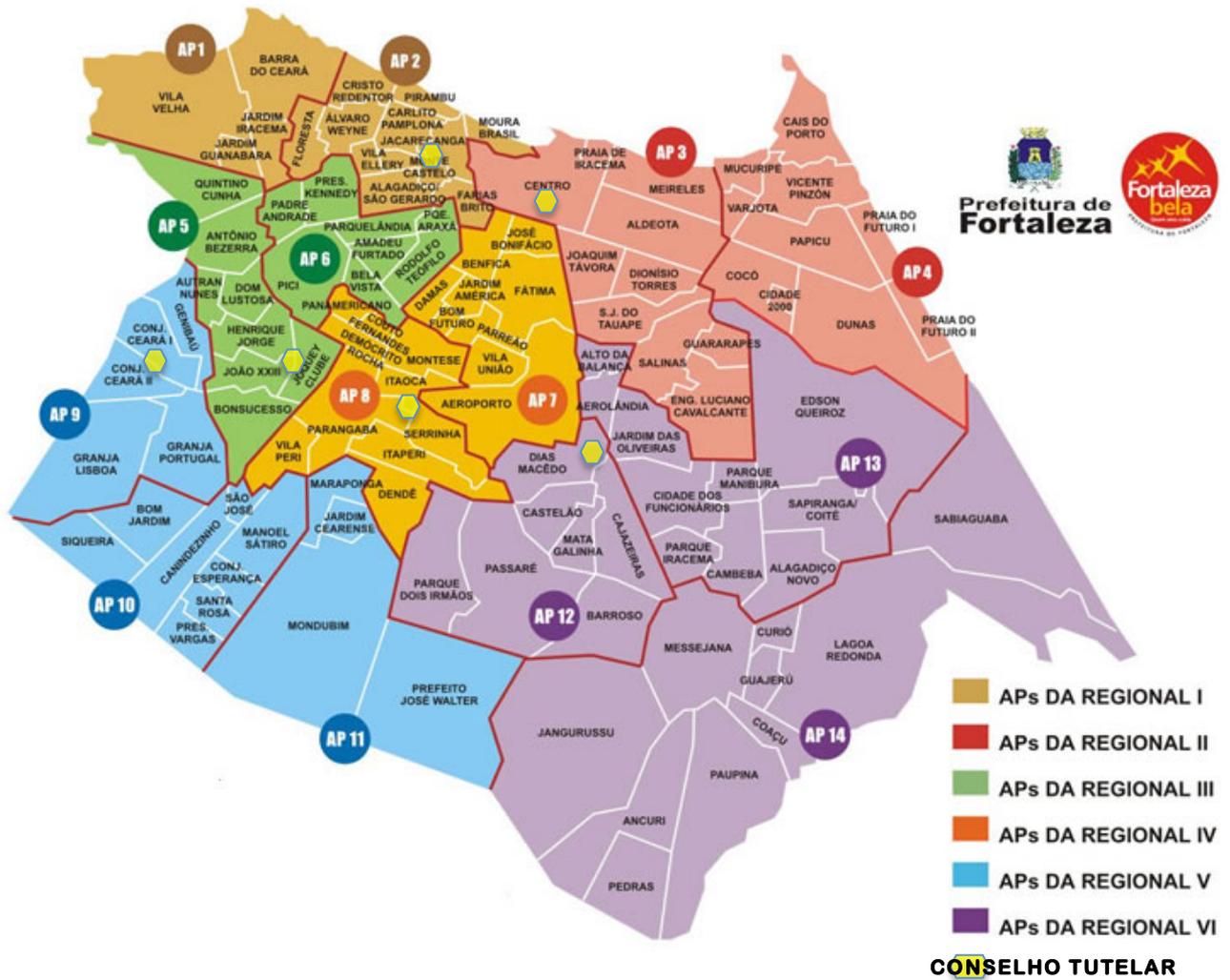


ANEXO B – ORGANOGRAMA DA COORDENADORIA-FUNCI



FONTE: SDH/ FORTALEZA-CE, 2012

ANEXO C – MAPA DOS CONSELHOS TUTELARES DISTRIBUÍDOS PELAS REGIONAIS DE FORTALEZA



Fonte: Mapa adaptado da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2011.

ANEXO D - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, MARIA NÚBIA PENA BATISTA ARRUDA, Presidente do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMDICA, fiel depositário dos processos de direitos violados das crianças e adolescentes nos 06 Conselhos Tutelares de Fortaleza e da base de dados desta instituição situada em Fortaleza (CE), declaro que **ADRIANO FERREIRA MARTINS**, Pesquisador da Universidade Federal do Ceará (UFC), está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **“EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM FORTALEZA”**, cujo objetivo geral é “Analisar a violência contra crianças e adolescentes nos registros dos Conselhos Tutelares no município de Fortaleza”. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os Termos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que:

- 1) Haverá garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo das vítimas.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 02 de outubro de 2012.

Maria Núbia Pena Batista Arruda
Presidente do COMDICA.

ANEXO E – ANUÊNCIA DO COMDICA



TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE FORTALEZA

Processo Nº 319/12

Título do projeto de pesquisa: EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM FORTALEZA.

Pesquisador responsável: ADRIANO FERREIRA MARTINS

Instituição proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC.

O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMDICA conforme atribuições declara ter analisado o mérito científico do projeto da pesquisa supracitada e emitido **PARECER FAVORÁVEL** à realização deste estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e complementos.

E faz saber ao pesquisador que este esteja ciente de suas responsabilidades, bem como de seu compromisso no resguardo das informações e seguir todos os protocolos de proteger o anonimato dos agentes, dos vitimados e agressores.

Fortaleza, 02 de outubro de 2012.

Maria Núbia Pena Batista Arruda
Presidente do COMDICA

ANEXO F – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM FORTALEZA

Pesquisador: Adriano Ferreira Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08978412.1.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 191.519

Data da Relatoria: 31/01/2013

Apresentação do Projeto:

A violência contra crianças e adolescentes tem perpassado a história da humanidade e vem sendo significativa e crescente por desrespeitar os direitos da criança e dos adolescentes dentro da sociedade contemporânea. Esses atos podem ser classificados em quatro modalidades: violência física, psicológica, sexual, e negligenciai ou abandono.

A real prevalência da violência contra criança e adolescentes ainda é pouco conhecida e acredita-se que o índice de subnotificação é muito alto. Dessa forma buscamos responder: Como se encontra distribuída a violência contra crianças e adolescentes nos registros dos Conselhos Tutelares no município de Fortaleza? Quem são crianças e adolescentes vítimas de violência? Quem são seus principais agressores? Qual é a prevalência da

violência contra criança e adolescentes? Quais os fatores de associação para estas violências? Quais os encaminhamentos, as ações adotadas e para que serviços são encaminhados?

Metodologia

Estudo transversal, onde será utilizado processo de amostragem aleatória por conglomerado (seis conglomerados representando os seis Conselhos Tutelares) e será dividido em quatro estratos, de acordo com a tipologia de violência (Sexual, Física, Psicológica e Negligencia). A população do

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



estudo será composta pelas crianças e adolescentes de Fortaleza atendidos nos seis Conselhos Tutelares de Fortaleza que foram vítimas de violência. A amostra foi calculada pela fórmula da amostragem aleatória simples, aplicando correção para população finita, com base no total de 3.926 notificações dos conselhos tutelares em 2011. O erro aceitável foi de 2% ($\alpha = 0,02$); intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$) e poder do estudo de 80%. Assumiu-se prevalência de 40% para violência física, 5% para violência psicológica, 25% para violência sexual e 30% para negligência (COSTA et al., 2007). A amostra totalizar-se-á 769 crianças e adolescentes, respeitando a proporcionalidade e representatividade destas nos conselhos tutelares bem como de acordo com os estratos. A este valor pretende-se acrescentar 10% para compensar possíveis perdas. A coleta ocorrerá por meio do preenchimento de um formulário específico da pesquisa. Será realizado estudo piloto com 30 formulários com intuito de testar, verificar possíveis falhas e confirmar se as variáveis utilizadas são suficientes ao objetivo da pesquisa.. Os dados pesquisados serão digitados no EPI-INFO 7 e os cálculos da análise univariada, bivariada e multivariada serão realizados através do STATA/SE 12. Todos os dados serão coletados mediante autorização prévia do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e COMDICA e anuência favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, seguindo a Resolução 196/96 CNS/MS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a violência contra crianças e adolescentes nos registros dos Conselhos Tutelares no município de Fortaleza.

Objetivo Secundário:

Definir perfil sócio-demográfico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de violência e de seus agressores Identificar a distribuição da violência contra crianças e adolescentes Identificar fatores de associação e protetivos para cada tipologia de violência Determinar a prevalência da violência contra criança e adolescentes nos registros dos Conselhos Tutelares de Fortaleza Identificar as notificações e denúncias de violência realizadas Descrever os encaminhamentos e as ações adotadas para estas violências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para eliminar o risco de que as informações relativas aos casos possam chegar ao conhecimento de pessoas externas ao projeto, serão excluídas da pesquisa as variáveis: nome, nome da mãe e nome do pai; assegurando o tratamento dos dados

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



com confiabilidade e arquivamento. Dessa forma, não haverá contato com os familiares dos casos (pessoas que sofreram ou causaram a agressão) selecionados pelo estudo. Cabe ressaltar que os consolidados não apresentam elementos que permitam a identificação de qualquer sujeito, agredido ou agressor; endereço, escola ou local de trabalho de nenhum dos envolvidos já que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para os fins de produção de conhecimento científico. Mesmo assim, garantimos a preservação das identidades dos sujeitos da pesquisa, bem como dos serviços/instituições para os quais foram enviadas as notificações recebidas para a tomada de providências. Na divulgação dos dados não serão expostos os nomes das instituições, mas sim o tipo de resolução oferecida.

Benefícios:

Visando contribuir para a construção de projetos, programas e políticas de promoção dos direitos e proteção social voltados para a criança e ao adolescente garantimos o retorno social por meio da apresentação dos resultados desta pesquisa na Rede de Proteção a Criança e o Adolescente de Fortaleza, para que possamos não apresentar dados mas dar início a políticas de proteção e cuidados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo trata de uma análise e identificação de variáveis relacionadas à violência e seus tipos entre crianças e adolescentes. Reporta temáticas como: 1 - violência doméstica e não doméstica; 2- criança e adolescente vítima ou agressor. Como variáveis independentes:

sexo, idade, agressor, tempo, local de moradia, encaminhamentos, atendimentos, notificador e encaminhamento, bem como outros. Estudo factível e importante a ser retratado pelo cenário epidemiológicos e social da criança e do adolescente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou ostermos de apresentação de um projeto de pesquisa e autorização do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - COMDICA

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br