



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Oliveira Costa, Maria Conceição; Cabral de Carvalho, Rosely; Santa Bárbara, Josele de F. R.; Santos,
Carlos Antonio S. T.; Gomes, Waldelene de A.; Lima de Sousa, Heloísa

O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares:
vítimas, agressores e manifestações de violência

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 5, setembro-outubro, 2007, pp. 1129-1141

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012509>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência

The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence

Maria Conceição Oliveira Costa ¹

Rosely Cabral de Carvalho ¹

Josele de F. R. Santa Bárbara ¹

Carlos Antonio S. T. Santos ¹

Waldelene de A. Gomes ¹

Heloísa Lima de Sousa ¹

Abstract *Objective: To estimate the prevalence of violence against children and adolescents through the records of Child Protection Councils, associating this violence with the age of the victims and their links with the aggressor. Method: Data were collected from the records and the prevalence rates were calculated through the Prevalence Ratio (PR), together with the associations among variables, with a critical level of 5%. Results: Out of 1,293 records of violence, 1,011 (78.1%), originated in the home. The most frequent types of violence were: neglect (727), failure to provide basic care (304) and abandonment (259); physical violence (455), beatings (392) between 2 and 13 years old; psychological violence (374) through threats (219); sexual violence (68) through abuse (58), mainly among adolescents. Denunciations were mainly (398) anonymous (30.8%); the aggressors through neglect were the parents; through physical violence, the stepmother and "other aggressors"; through sexual violence, the stepfather and "other relatives / aggressors"; psychological violence was prevalent among all aggressor categories. Conclusions: The findings indicate the need to extend the Anti-Violence Hot-line facilities, training Council Members in terms of keeping proper records, and implementing policies designed to prevent violence against children and adolescents.*

Key words *Violence, Childhood, Adolescence, Child Protection Councils*

Resumo *Objetivo: estimar a prevalência das formas de violência contra crianças e adolescentes, registradas nos Conselhos Tutelares, e a associação dessas violências por faixas etárias das vítimas e vínculo com agressores, em 2003-2004. Método: foram coletados dados dos prontuários e calculadas as prevalências e associação entre variáveis, através da razão de prevalência (RP), com nível crítico de 5%. Resultados: totalizaram 1.293 registros de violência, sendo 1.011 (78,1%) originados no domicílio. As violências mais frequentes foram a negligência (727), por omissão de cuidados básicos (304) e abandono (259); a violência física (455), por espancamento (392), nas faixas de 2 a 13 anos; a violência psicológica (374), por ameaças (219); a violência sexual (68), por abuso (58), principalmente entre adolescentes. A principal forma de denúncia foi anônima, 398 (30,8%); os agressores para negligência foram os pais; para violência física, a madrasta e "outros agressores"; para violência sexual, o padrasto, "outros familiares/ agressores"; a violência psicológica foi prevalente entre todas categorias de agressores. Conclusões: Os resultados apontam para a necessidade de divulgação do "Disque Denúncia"; a formação de conselheiros, quanto ao registro adequado, assim como a implementação de políticas de prevenção da violência contra crianças e adolescentes.*

Palavras-chave *Violência, Infância, Adolescência, Conselhos Tutelares*

¹ Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência, UEFS. BR 116, Km 3, Campus Universitário, Módulo VI, Departamento de Saúde. Feira de Santana BA. costamco@hotmail.com

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas, nos diferentes momentos históricos e sociais, em acordo com aspectos culturais^{1,2,3}. As expressões do fenômeno da violência integram uma rede que envolve a violência estrutural (oriunda do sistema social), assim como a violência interpessoal (doméstica, trabalho, amigos), atravessando camadas sociais, podendo transformar vítimas em agressores.

Pesquisas realizadas em diferentes países, com registros das Instituições de Atendimento às crianças vitimizadas por violência, assim como com dados primários, obtidos dos profissionais que atendiam as crianças e famílias, mostraram aumento da incidência das diferentes formas de violência, a partir da década de 90, sendo os índices dos Estados Unidos mais elevados, em relação ao Canadá e Austrália^{4,5}. No Canadá, estudo realizado em três grandes províncias (Ontário, Québec e Alberta), com dados primários de uma amostragem em 51 instituições de atendimento às crianças vitimizadas, totalizando 7.672 investigações, apontou 25% de abuso físico, como forma primária de violência e em 23% do total de casos; 10% de violência sexual comprovada e 46% de negligência constatada entre todas as investigações (desde a falta de supervisão familiar, exposição indevida da criança aos riscos ambientais, incluindo violência sexual)⁵.

No Brasil, a violência estrutural, responsável pela desigualdade social⁶, contribui com o desenvolvimento da violência interpessoal, nos diferentes segmentos sociais, em especial na dinâmica e no modelo familiar. Estudos apontam que a violência doméstica faz parte de um contexto socioeconômico e cultural, que pode influenciar o comportamento agressivo dos familiares, os quais tendem a repetir as condições de exploração e abandono de que são vítimas, contribuindo assim para a perpetuação da violência contra crianças e adolescentes, num ciclo vicioso⁷.

No que diz respeito à violência interpessoal, no nosso país, há cerca de três décadas, vem sendo estudada a violência doméstica (intradomiliar), cometida pela família ou responsáveis, tanto pela magnitude, como pelas repercussões do problema⁸. A violência intrafamiliar representa um importante fator de impedimento para o adequado desenvolvimento e integração social de crianças e adolescentes, em consequência dos traumas físicos e psicológicos, durante a trajetória de vida, sendo, freqüentemente, justificada

pelos agressores como formas de educar e corrigir transgressões de comportamento^{9,10}.

Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, a violência doméstica representa um problema de saúde pública e deve ser avaliada e notificada¹⁰.

Nesse contexto, o conjunto de leis e instrumentos legais que garantem a essa população seus direitos e interesses necessitam ser mobilizados pelos diferentes segmentos, grupos sociais e profissionais, com vistas a viabilizar a prática desses direitos, frente à sociedade e à família. Cabe destacar o papel do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – lei 8.069, 1990), cujo principal desafio é a legalização e reorganização das práticas de atendimento e proteção à infância e adolescência, nos aspectos jurídicos, atenção biopsicossocial, direitos fundamentais, tornando obrigatória a denúncia de quaisquer formas de arbitrariedade e violência, consideradas violação dos direitos fundamentais¹¹.

No Brasil, o fenômeno da violência tem mobilizado as diferentes áreas do conhecimento, no estabelecimento de parcerias que buscam agilizar diferentes estratégias de prevenção e intervenção, no enfrentamento do problema¹². Essa prática visa assegurar o cumprimento de princípios legalmente assegurados no ECA, quanto às políticas e programas voltados à violência social e interpessoal contra crianças e adolescentes^{2,9}.

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência das diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes (vítimas) registradas nos Conselhos Tutelares e a associação dessas violências por faixas etárias das vítimas e vínculo com agressor, no município de Feira de Santana, Bahia.

Método

Estudo de corte transversal com dados secundários dos registros de ocorrência das vítimas de violência (crianças e adolescentes) nos Conselhos Tutelares I e II de Feira de Santana, Bahia, no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2004. Foram utilizados os prontuários de atendimento das vítimas pelos conselheiros tutelares, sendo coletados dados: 1. das violências: local da ocorrência; tipos de violências (negligência familiar, violência psicológica, violência física e violência sexual); 2. das vítimas: faixa etária, sexo, grupo étnico; 3. dos agressores e vínculo com a vítima; 4. encaminhamentos realizados. A faixa

etária das crianças e adolescentes foi subdividida, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP: 0–1 ano (lactentes), 2–5 anos (pré-escolar), 6–9 anos (escolar), 10–14 anos (adolescência precoce), 15–16 anos (adolescência intermediária) e 17–19 anos completos (adolescência tardia)¹³.

Os resultados foram processados no programa SPSS 9.0 for Windows, obtendo-se o número de casos percentuais e prevalências entre as diferentes formas de violência, segundo as faixas etárias das vítimas e o vínculo com o agressor; tipo de agressor por faixa etária da vítima; assim como os encaminhamentos institucionais. Mediante as análises bivariadas, estimaram-se as razões de prevalência (RP), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) entre as formas de violência, de acordo com a faixa etária das vítimas e vínculo com o agressor. Adotou-se o nível de significância de 5% para os testes estatísticos.

Para a coleta de dados, foi solicitada das instituições permissão documental, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como autorização, através de Alvará do Juizado da Infância e Adolescência do Município. Este projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa – CEP/UEFS, sob protocolo de nº 04/2005 (CAAE 0006.0.059.000-05), conforme resolução 196/96.

Resultados

De acordo com os registros dos Conselhos Tutelares (Gráfico 1), no período 2003 e 2004, foram denunciados 1.293 casos de violência contra crianças e adolescentes, dos quais 583 foram do sexo masculino e 573 do feminino, destacando-se a perda de 137 casos, por falta de registro das variáveis sexo ou faixa etária. A divisão por faixa etária apontou que, em ambos os sexos, as faixas mais cometidas foram aquelas que compreendiam dos 2 aos 13 anos, com maior proporção entre 2 a 9 anos. Os dados de etnia apontaram falta de registro em 977 prontuários, o que impossibilitou a análise desta variável. A unanimidade das ocorrências se passaram no domicílio, 1.011 (78%); 98 (7,6%) nas ruas; 32 (2,5%) nas escolas; 36 (2,8%) em alguma das instâncias (saúde, abrigos, ONG, programas), com destaque para 107 casos com ausência de registro desta variável (Gráfico 1). A maioria das denúncias foram anônimas, 398 (30,8%); assim como pela mãe, 277 (21,2%); pai, 192 (14,9%) e parentes, 110 (8,5) (dados não apresentados no gráfico).

Entre as violências denunciadas (Tabela 1), a

negligência apresentou o maior número de casos (727), seguida pelas violências física (455), psicológica (374) e sexual (68). A distribuição das diferentes formas de violências por faixa etária das vítimas mostrou que a forma mais freqüente de negligência foi a omissão de cuidados (304), com prevalência de 60,2% em crianças na faixa de até um ano; em torno de 40% nas outras faixas com idade até os 13 anos e entre 20% a 30%, de 14 a 19 anos. O abandono (259), segunda principal negligência denunciada, mostrou o aumento da prevalência com a maior faixa etária, variando de 27 a 34%, nas faixas menores de 10 anos, e de 36% a 50%, nas faixas acima de 10 anos de idade.

No total de casos de violência física por faixa etária da vítima (Tabela 1), a maioria absoluta foi por espancamento (392), com prevalência entre 78% a 94%, distribuídos entre todas as faixas etárias, incluindo crianças de até um ano de idade e as outras faixas da infância. Foram denunciados onze casos de supressão alimentar, sendo quatro na faixa até um ano de idade; as outras violências físicas denunciadas (52) foram queimaduras, fraturas, afogamento, ferimento de arma branca, envenenamento e outras.

Entre os casos de violência psicológica registrados, por faixa etária da vítima (374) (Tabela 1), a maior prevalência foi de “amedrontamento”, (219) 58,6%, variando de 50% a 65%, nas faixas menores de 17 anos e cerca de 40% no grupo de 17 a 19 anos; destacando-se os casos de humilhação pública ou privada (52), com maior prevalência na faixa de 17 a 19 anos (31,6%). A ameaça de morte (28) foi registrada nas faixas menores de um ano até os 16 anos; as outras formas de violência psicológica denunciadas foram ameaça de abandono, discriminação racial, mendicância, impedimento de acesso ao outro genitor, outras.

A violência sexual totalizou 68 casos (Tabela 1), sendo 58 de abuso e 10 de exploração sexual. O abuso ocorreu em todas as faixas etárias, com 20 casos na faixa de 10 a 13 anos, 12 casos de 14 a 16 anos e 9 casos de 6 a 9 anos. A exploração sexual registrada totalizou 10 casos, sendo 8 na faixa adolescente de 14 a 16 anos.

No que diz respeito aos agressores, segundo as diferentes formas de violências (Tabela 2), foi verificado que a mãe foi o agressor que contribuiu com a maior prevalência para a negligência (60,7%) (violência mais freqüentemente denunciada); o pai contribuiu com 37,6%; o padrasto com 24,3% e outros familiares com 25,7%. A violência física foi mais prevalente entre “outros agressores” (41,9%); a madrasta contribuiu com

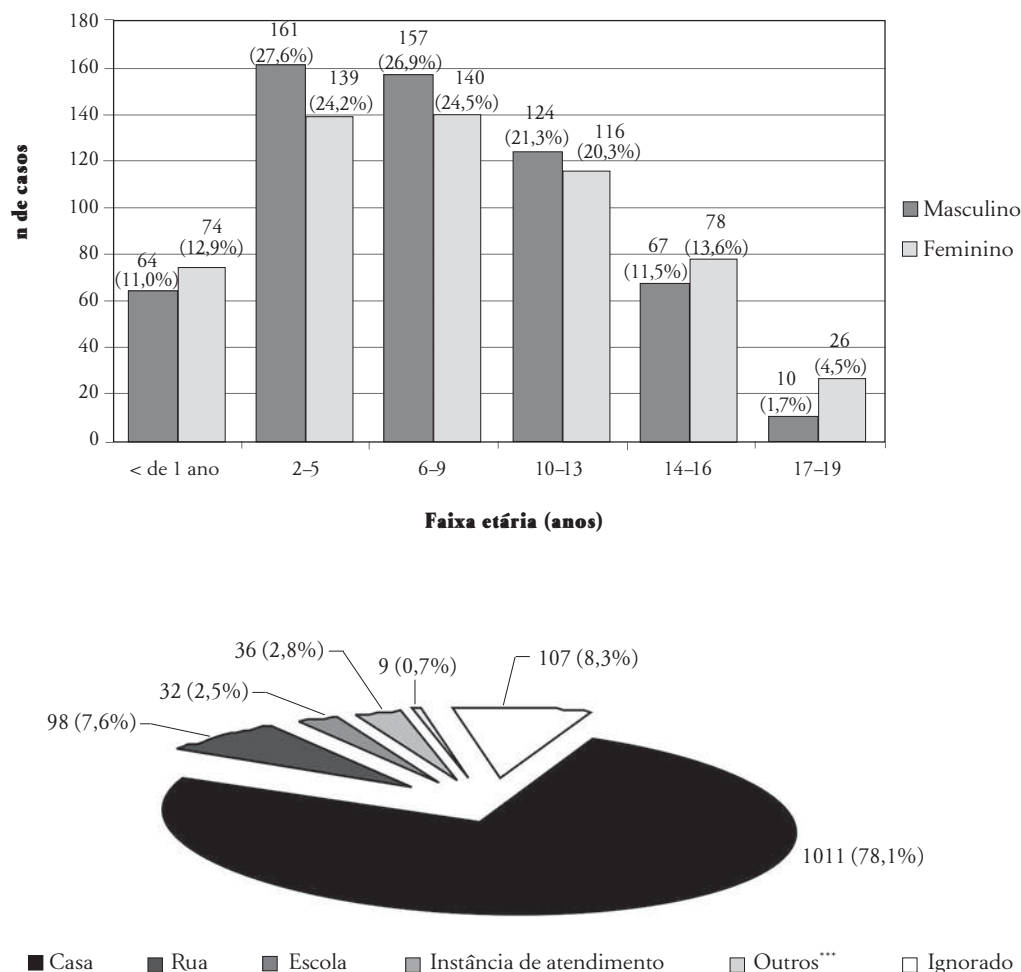
38,9%; o padrasto com 32,1% e a mãe com 28,5%. A violência psicológica foi prevalente em torno de 20% a 25% entre todos os agressores citados (mãe, pai, padrasto, madrasta, “outros familiares”, “outros agressores”). O abuso sexual registrado mostrou prevalência de 14,6% no grupo “outros agressores”; 12,8%, entre padrastos e 11,0% no grupo “outros familiares” que, quando somados ao grupo padrasto, totalizaram 23,8% de violência sexual originada na família (doméstica). Ressaltam-se os casos de violência sem registro do agressor, que atingem 28,9% nos casos

de negligência e 29,0% da violência sexual (abuso e exploração).

Ainda em acordo com os resultados da Tabela 2, que apontam o tipo de agressor, segundo a faixa etária das vítimas, verificou-se que, em todas as faixas, os agressores mais prevalentes foram a mãe e o pai, sendo a mãe o principal agressor das crianças com até um ano de idade (60%), daquelas de 2 a 5 anos (acima de 50%), assim como das faixas compreendidas entre 6 a 16 anos (40%).

Na análise da Razão de Prevalência (RP) entre o tipo de agressor por faixa etária da vítima

Gráfico 1. Distribuição dos casos registrados de violência, segundo faixa etária e sexo* das vítimas e local de ocorrência**. Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana, Bahia, 2003 – 2004.



*Falta de registro de sexo e faixa etária em 137 casos.

** 1.607 respostas múltiplas.

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

(Tabela 3), os resultados não mostraram significância estatística ($p < 0,05$), muito embora comparando as vítimas da faixa etária de 17 a 19 anos às outras faixas, a mãe apresentou-se como o principal agressor, cerca de duas vezes mais, nas crianças em idades mais precoces (menores de 1 a 5 anos). Do mesmo modo, comparado à faixa de até um ano, o padrasto mostrou-se o principal agressor, cerca de quatro vezes mais, em todas as faixas etárias das vítimas (2 a 19 anos); seguido pela madrasta. Os “outros familiares” apresentaram-se duas vezes mais agressores para a faixa da adolescência.

O cálculo da RP entre os diferentes tipos de violência, de acordo com o agressor (Tabela 4), não apontou resultados estatisticamente significantes ($p < 0,05$); entretanto, no que diz respeito à violência sexual, observou-se que, quando comparados ao agressor “mãe”, o padrasto e os “outros familiares” apresentam risco catorze vezes

maior de serem os agressores, resultados que devem ser observados com cautela, tendo em vista a baixa ocorrência de casos na faixa de referência.

Quanto às formas de encaminhamentos (Tabela 5), foram totalizados 1.525 procedimentos: 720 casos notificados; 425 realizadas sindicâncias; 165 aconselhamentos; 154 advertências; 8 audiências; 18 acompanhamentos e 35 outros procedimentos, como contacto com a escola, secretário de saúde, prefeitura. A maioria dos casos de violência sexual (abuso e exploração) foram apenas notificados e realizada sindicância. No que diz respeito aos encaminhamentos institucionais, para as diferentes “Instâncias de Atendimento da Rede”, de acordo com o tipo de violência denunciada, no período 2003–2004, foram encaminhados 487 casos, entre os quais em 216 (44,3%) não constavam informações referentes a essas variáveis, o que impossibilitou a análise desses procedimentos.

Tabela 1. Prevalência das diferentes formas de violência* (negligência familiar, violência física, psicológica e sexual) contra crianças e adolescentes, segundo a faixa etária das vítimas. Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana, Bahia, 2003–2004.

Tipo de violência	Faixa etária (anos)															
	< de 1		2-5		6-9		10-13		14-16		17-19		Ignorado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negligência familiar																
Abandono	28	27,2	55	30,9	60	34,7	47	36,4	40	50,7	5	38,5	24	46,1	259	35,6
Omissão de cuidados ¹	62	60,2	77	43,3	69	39,9	56	43,5	16	20,2	4	30,8	20	38,5	304	41,9
Outro tipo ²	13	12,6	46	25,8	44	25,4	26	20,1	23	29,1	4	30,7	8	15,4	164	22,5
Violência física																
Espancamento	25	78,1	98	83,1	98	90,8	80	83,4	50	94,3	18	90,0	23	82,1	392	86,2
Supressão alimentar	4	12,5	1	0,8	2	1,8	3	3,1	–	–	1	5,0	–	–	11	2,4
Outro tipo ³	3	9,4	19	16,1	8	7,4	13	13,5	3	5,7	1	5,0	5	17,9	52	11,4
Violência psicológica																
Ameaça de morte	1	4,0	4	3,9	6	6,4	5	7,3	9	19,6	–	–	3	15,0	28	7,5
Humilhação pública/privada	1	4,0	114	10,8	15	15,9	9	13,3	7	15,2	6	31,6	3	15,0	52	13,9
Amedrontamento	13	52,0	67	65,7	62	66,0	37	54,4	26	56,5	8	42,1	6	30,0	219	58,6
Outro tipo ⁴	10	40,0	20	19,6	11	11,7	17	25,0	4	8,7	5	26,3	8	40,0	75	20,0
Violência sexual																
Abuso sexual ⁵	1	100	6	100	9	100	20	95,3	12	60,0	5	83,3	5	100	58	85,3
Exploração sexual ⁶	–	–	–	–	–	–	1	4,7	8	40,0	1	16,7	–	–	10	14,7

* Respostas múltiplas.

¹ Negação de atendimento de saúde; criança sem registro de nascimento; mendicância; criança sozinha em casa; supressão alimentar; evasão escolar/hospitalar; desnutrição; negação de paternidade.

² Expulsão (32), impedimento de acesso a documento da criança; cárcere privado; criança/adolescente preso no domicílio; impedimento de acesso ao genitor/familiares.

³ Queimadura (12), fratura (5), tortura física (6), corte, afogamento, beliscões, empurrão, envenenamento, ferimento por arma branca, entre outros.

⁴ Exposição indevida (63), ameaça de abandono, mendicância, discriminação racial, impedimento de acesso ao genitor/genitora.

⁵ Sedução, incesto, estupro, pedofilia.

⁶ Prostituição.

Tabela 2. Prevalência do vínculo do agressor¹, segundo o tipo de violência e faixa etária das vítimas, de acordo com os registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana. Bahia, 2003–2004.

	Vínculo do agressor (a)															
	Mãe		Pai		Padrasto		Madrasta		Outros familiares ²		Outros agressores ³		Sem registro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de violência																
Negligência familiar	481	60,7	257	37,6	19	24,3	6	16,6	28	25,7	8	6,2	11	28,9	810	43,4
Violência física	195	28,5	124	15,6	25	32,1	14	38,9	22	20,2	55	41,9	6	15,8	441	23,6
Violência psicológica	138	20,3	131	16,6	16	20,5	10	27,8	28	25,7	34	25,9	5	13,2	362	19,4
Abuso sexual ⁴	6	0,9	7	0,9	10	12,9	–	–	12	11,0	19	14,6	8	21,1	62	3,3
Exploração sexual	1	0,1	4	0,5	–	–	1	2,8	–	–	8	6,1	3	7,9	17	0,9
Outras formas ⁵	86	12,6	45	5,7	8	10,2	5	13,9	19	17,4	7	5,3	5	13,1	175	9,4
Faixa etária (anos)																
< de 1 ano	91	60,0	50	32,9	1	0,7	1	0,7	6	3,1	1	0,7	2	1,3	152	11,5
2–5 anos	198	55,2	112	31,2	10	2,8	5	1,4	23	6,4	4	1,1	7	1,1	359	26,4
6–9 anos	163	47,6	102	30,0	14	4,1	11	3,2	15	4,4	29	8,5	7	2,0	341	25,1
10–13 anos	127	44,6	82	28,8	12	4,2	5	1,8	18	6,3	36	12,6	5	1,7	285	21,0
14–16 anos	55	31,6	55	31,6	6	3,5	1	0,6	20	11,5	30	17,2	7	4,0	174	12,8
17–19 anos	12	27,3	9	20,5	3	6,8	2	4,5	6	13,6	8	18,2	4	9,0	44	3,2

¹ Respostas múltiplas.² Irmãos, tios, avós, parentes.³ Criança/adolescente; aliciador; amante do genitor(a); amigo(a); comerciante; companheiro; comunidade; funcionários do orfanato; professor (a); responsável; entre outros.⁴ Abuso e exploração sexual.⁵ Maus-tratos, trabalho infantil, violência estrutural.**Tabela 3.** Prevalência (Prev), Razão de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (I.C. 95%) da faixa etária da vítima, crianças ou adolescentes, segundo o tipo de agressor*. Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana. Bahia, 2003–2004.

Faixa etária (anos)		Mãe			Pai			Padrasto		
n	Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%	
< de 1	152	60,0	2,20	[1,33–3,62]	32,9	1,61	[0,86–3,01]	0,7	1,00	–
2–5	359	55,2	2,02	[1,24–3,31]	31,2	1,53	[0,84–2,79]	2,8	4,23	[0,55–32,79]
6–9	341	47,8	1,75	[1,07–2,88]	30,0	1,46	[0,80–2,68]	4,1	6,24	[0,83–47,03]
10–13	285	44,6	1,63	[0,99–2,69]	28,8	1,41	[0,76–2,59]	4,2	6,4	[0,84–48,75]
14–16	174	31,6	1,16	[0,68–1,97]	31,6	1,55	[0,83–2,88]	3,5	5,24	[0,64–43,05]
17–19	44	27,3	1,00	–	20,5	1,00	–	6,8	10,4	[1,11–97,17]

Faixa etária (anos)		Madrasta			Outros familiares ¹			Outros agressores ²		
n	Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%	
< de 1	152	0,7	1,00	–	3,1	1,00	–	0,7	1,00	–
2–5	359	1,4	2,12	[0,25–17,97]	6,4	1,62	[0,67–3,91]	1,11	1,69	[0,19–152,0]
6–9	341	3,2	4,90	[0,64–37,64]	4,4	1,11	[0,44–2,82]	8,5	12,9	[1,78–94,03]
10–13	285	1,8	2,67	[0,31–22,62]	6,3	1,60	[0,65–3,95]	12,6	19,2	[2,66–138,68]
14–16	174	0,6	0,87	[0,06–1,385]	11,5	2,91	[1,20–7,06]	17,2	26,2	[3,62–189,89]
17–19	44	4,5	6,91	[0,64–74,42]	13,6	3,46	[1,17–10,18]	18,2	27,6	[3,55–215,02]

* Respostas múltiplas.

¹ Irmãos, tios, avós, parentes.² Criança/adolescente; aliciador; amante do genitor(a); amigo(a); comerciante; companheiro; comunidade; funcionários do orfanato; professor (a); responsável; entre outros.

Tabela 4. Prevalência e Razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança (I.C. 95%), dos tipos de violência*, segundo vínculo do agressor com a vítima (crianças ou adolescentes). Registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana. Bahia, 2003–2004.

Vínculo do agressor (a)	n	Violência física			Violência psicológica			Negligência familiar		
		Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%
Mãe	683	28,6	1,00	–	20,2	1,00	–	60,7	4,05	[2,98–5,50]
Pai	792	15,7	0,55	[0,45–0,67]	16,5	0,82	[0,66–1,02]	37,6	2,51	[1,83–3,44]
Padrasto	78	32,1	1,12	[0,80–1,58]	20,5	1,02	[0,64–1,61]	24,4	1,62	[0,99–2,66]
Madrasta	36	38,9	1,36	[0,89–2,09]	27,8	1,37	[0,80–2,38]	16,7	1,11	[0,50–2,45]
Outros ¹	240	32,1	1,12	[0,90–1,40]	25,8	1,28	[0,99–1,66]	15,0	1,00	–
Sem registro	38	15,8	0,55	[0,26–1,16]	13,2	0,65	[0,28–1,49]	29,0	1,93	[1,08–3,45]

Vínculo do agressor (a)	n	Abuso sexual ²			Exploração sexual			Outras formas ³		
		Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%	Prev%	RP	IC95%
Mãe	683	0,9	1,00	–	0,2	1,00	–	5,7	1,00	–
Pai	792	0,9	1,01	[0,34–2,98]	0,5	3,45	[0,39–30,8]	12,6	2,22	[1,57–3,13]
Padrasto	78	12,8	14,59	[5,45–39,07]	–	–	–	10,3	1,81	[0,88–3,69]
Madrasta	36	–	–	–	2,8	18,97	[1,21–297,2]	13,9	2,44	[1,03–5,79]
Outros ¹	240	12,9	14,70	[6,21–34,81]	3,3	22,77	[2,86–181,1]	10,8	1,91	[1,20–3,02]
Sem registro	38	21,1	23,96	[8,76–65,59]	7,9	53,92	[5,74–506,2]	13,2	2,32	[0,98–5,50]

* Respostas múltiplas.

¹ Irmãos, tios, avós, parentes, adolescente; aliciador; amante do genitor(a); amigo(a); comerciante; companheiro; funcionários do orfanato; professor (a); responsável; entre outros.² Sedução, incesto, estupro, pedofilia.³ Maus-tratos, trabalho infantil.**Tabela 5.** Prevalência dos encaminhamentos¹ institucionais² realizados, segundo o tipo de violência contra crianças e adolescentes, de acordo com registros dos Conselhos Tutelares (I e II), Feira de Santana. Bahia, 2003–2004.

	Tipo de violência												Total	
	Violência física		Violência psicológica		Negligência familiar		Violência sexual		Exploração sexual		Outras formas ³			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instituições ou instâncias														
Conselho tutelar	4	3,5	10	14,8	35	16,3	1	2,3	1	16,7	8	22,2	59	12,1
Centro de Referência	6	5,1	9	13,2	3	1,4	19	43,1	2	33,3	–	–	39	8,0
Sentinela	23	19,6	5	7,4	8	3,7	9	20,4	–	–	2	5,5	47	9,7
Delegacia IML/DPT	14	11,9	6	8,8	30	14,0	4	9,1	–	–	6	16,7	60	12,3
Juizado/ M. Público	4	3,5	2	2,9	5	2,3	1	2,3	–	–	1	2,8	13	2,7
Serviços de saúde	6	5,1	4	5,9	23	10,7	2	4,6	–	–	2	5,6	37	7,6
Abrigos	–	–	3	4,4	10	4,6	1	2,3	1	–	–	–	15	3,1
SEDES	1	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0,2
ONGs	59	50,4	29	42,6	101	47,0	7	15,9	3	50,0	17	47,2	216	44,3
Sem registro														
Formas de encaminhamento														
Acompanhamento	5	1,2	4	1,3	7	1,1	–	–	–	–	2	1,4	18	1,2
Aconselhamento	44	10,8	34	10,8	63	10,2	1	3,4	–	–	23	15,4	165	10,8
Advertência	50	12,2	28	8,9	62	10,0	4	13,8	–	–	10	6,7	154	10,1
Audiência	2	0,5	3	0,9	3	0,5	–	–	–	–	–	–	8	0,5
Notificação	192	47,1	155	49,2	290	47,0	16	55,2	4	57,1	63	42,3	720	47,2
Sindicância	112	27,5	76	24,1	178	28,9	8	27,6	1	14,3	50	33,5	425	27,9
Outros ⁴	3	0,7	15	4,8	14	2,3	–	–	2	28,6	1	0,7	35	2,3

¹ Respostas computadas.² Respostas múltiplas.³ Trabalho infantil, maus-tratos.⁴ Escola, família, solicitação de registro de nascimento, anúncio no rádio, contato com o prefeito e Secretaria Municipal de Saúde.

Discussão

O Conselho Tutelar (CT) é um órgão público municipal, de caráter autônomo e permanente, cuja principal função é fiscalizar e fazer cumprir os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), realizando atendimento e encaminhamento dos casos de violência denunciados. Os Conselheiros (cidadãos/profissionais da comunidade) exercem mandato de três anos e são responsáveis pelos comunicados dos casos suspeitos ou confirmados de violências, determinando as medidas de proteção necessárias, solicitando serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, encaminhando as vítimas e famílias ao Ministério Público¹⁴. No município de Feira de Santana, com população geral de 527.625 habitantes, sendo 94.737 na faixa de 0 a 9 anos e 108.116 na faixa de 10 a 19 anos, totalizando 202.853 habitantes¹⁵, conta-se apenas com os serviços de dois Conselhos Tutelares.

De acordo com os resultados da presente pesquisa (registros dos CT I e II, no período 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2004) e tendo como base o total das ocorrências (1.293 casos), foi verificado uma média de 24 denúncias/mês, para o Conselho I, e de 29 casos/mês, para o Conselho II, correspondendo a 297 e 349 ocorrências/ano, respectivamente, sendo que 78% dos casos ocorreram nos domicílios. Os baixos índices de denúncias, verificados no presente estudo, acordam com achados de outras pesquisas que apontam a presença de subnotificação nos registros de violência doméstica contra crianças e adolescentes que, majoritariamente, costuma ser praticada pelos pais e familiares^{12, 1}.

Cabe assinalar que, a situação de subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, que costuma estar associada a fatores internos da dinâmica familiar, costuma ser agravada por fatores externos, de responsabilidade social e que podem ser viabilizados por decisões político-administrativas. Entre as estratégias de enfrentamento dessa violência, destacam-se a sensibilização da população em geral, quanto à importância do “Disque Denúncia” e do seu funcionamento, em tempo integral e em caráter sigiloso; bem como a sensibilização das autoridades para reavaliação do funcionamento burocrático dos Conselhos nos municípios. Em Feira de Santana, os Conselhos Tutelares funcionam em horário administrativo (8:00 às 18:00 h), deixando de atender em prontidão, no período noturno, madrugada, finais de semana e feriados. Re-

sultados de diferentes estudos apontam a necessidade de mudanças político-administrativas a nível municipal, quanto aos recursos necessários para viabilizar o adequado funcionamento dos Conselhos e atenção à população em horário integral¹¹. A viabilização dessas medidas possibilita maior participação popular no enfrentamento e na prevenção das diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, a qual representa um grave problema de saúde pública, no nosso meio.

No que diz respeito ao local de ocorrência, levantamentos realizados em diferentes municípios apontam a presença da violência doméstica, na maioria absoluta dos casos de violência registrados¹⁶. Em Feira de Santana, os registros dos CT (2003/2004) apontaram o domicílio como um local privilegiado (78%) para a ocorrência das diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, caracterizando um acontecimento do contexto familiar e de difícil identificação.

Na presente pesquisa, as faixas etárias mais acometidas foram de 2 a 5, 6 a 9 e 10-13 anos, muito embora tenha sido verificada prevalência significativa de negligência, violência física e psicológica entre os lactentes (menores de 1 ano), assim como da violência física e sexual entre os adolescentes. Considera-se que, durante toda a infância, o crescimento e desenvolvimento adequados dependem de diferentes fatores relacionados aos cuidados básicos e cujos prejuízos podem ser manifestados de diferentes formas, de acordo com a duração e intensidade do comprometimento^{12, 13}.

Quanto ao gênero, foi verificado equivalência entre as vítimas, sendo que, nas faixas mais tardias da adolescência, as meninas foram mais frequentemente violentadas, em relação aos meninos¹⁷. Estudos apontam que a violência de gênero recai sobre mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino em quase 80 % dos casos^{16, 17}. A realidade é que muitas adolescentes encontram-se expostas, sendo violentadas geralmente por pessoas conhecidas e da própria família, por permanecerem mais tempo em seus lares. Em estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá, as mulheres revelaram ter sido vítimas de algum tipo de violência no passado^{4, 5}.

Em relação ao grupo étnico, segundo resultados deste estudo, em 76,4% dos prontuários não constavam registros desta variável; entre os 23,6% que constavam, 11,6% estavam classificados como pardos; 5,6% negros; 6,4% brancos (dados não apresentados em tabelas). Estudiosos relatam que populações afro-descendentes e

brancas ocupam lugares divergentes na sociedade e trazem consigo também experiências desiguais, com desequilíbrio que proporciona aos negros/pardos diversas iniquidades sociais, com extremas desigualdades^{18,19}. Em Feira de Santana, a baixa qualidade de preenchimento dos boletins de ocorrência verificada nos Conselhos Tutelares, quanto ao grupo étnico, revela dificuldades na classificação das diferentes etnias (negra, parda, branca, outras). No Brasil, especificamente na Bahia, a miscigenação de afro-descendentes é significativa, o que dificulta esta prática, assim como aponta a necessidade de sensibilização e de formação técnica dos conselheiros para o registro de dados referentes ao grupo étnico¹⁸.

A principal forma de denúncia da violência contra crianças adolescentes foi anônima (30,8% do total dos registros), o que sugere alguma participação popular como possível resultado da mobilização da Rede de Atendimento, Defesa e Responsabilização do município, na divulgação e desmistificação do “Disque Denúncia”, através de campanhas. Compreende-se que o anonimato constitui uma importante estratégia de estímulo à denúncia, tendo em vista a dificuldade e resistência individual e em geral para se envolver com o caso, sendo necessário, portanto, o investimento na sensibilização da comunidade, através da mídia, assim como na capacitação continuada dos conselheiros e profissionais da Rede de Atendimento. No presente estudo, foi verificado que mãe, pai e parentes também denunciaram, muito embora os familiares tenham se apresentado como principais agressores.

Em Feira de Santana, os resultados confirmaram a pouca participação das escolas e dos serviços de saúde em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra estes grupos, concordando com pesquisas que apontam a baixa participação das instituições de saúde e da escola^{10, 20, 21}. A baixa notificação nas escolas e nos serviços de saúde pode ser consequência do despreparo dos profissionais em lidar com as situações de violência e os encaminhamentos, seja pelos aspectos culturais que consideram a violência contra crianças e adolescentes como um problema de nível familiar, como pela falta de conhecimento das leis (ECA), quanto pela obrigatoriedade de denúncias dos casos suspeitos¹¹.

No que diz respeito às manifestações da violência, em Feira de Santana, as maiores prevalências foram da negligência familiar, violência física e psicológica. Estes achados corroboram pesquisas que relatam altos índices dessas formas de violência, nas diferentes faixas etárias. Estudo

realizado no Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) da Universidade de São Paulo (USP), em 142 municípios do estado (1996 a 2001), verificou que 92,2% dos casos foram de violência doméstica, por negligência familiar, violência física e psicológica²². Ainda em São Paulo, estudo realizado pelos Centros Regionais de Atenção às crianças vítimas de violência (CRAMIS), nos municípios de Campinas, Botucatu, Itapira, Piracicaba, Bauru, São José do Rio Preto e Sorocaba, identificou prevalência relevante desses mesmos agravos¹⁶.

No presente estudo, a negligência familiar foi responsável pela maior parte das denúncias, sendo a omissão de cuidados básicos e o abandono as principais manifestações, tendo sido verificado que, tanto crianças como adolescentes (0 a 19 anos) foram vitimizados pela negligência. Segundo a OMS, a negligência familiar acontece quando os pais ou responsáveis falham na provisão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social adequados¹². A negligência pode se manifestar pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, devido à condição socioeconômica desfavorável da família; pelos atos omissivos infligidos pelos agressores, assim como pelo abandono da criança, desde a mais tenra idade. Estudos apontam que, nos Estados Unidos, cerca de 45% das agressões contra crianças constituem-se em negligência familiar²³.

O abandono é considerado o tipo mais grave de negligência familiar; conseqüentemente, constitui um importante problema social²⁴. Crianças e adolescentes são vulneráveis para enfrentar sozinho as exigências do ambiente, tendo em vista a imaturidade inerente ao desenvolvimento biopsicossocial, apesar de toda a resiliência de que são capazes, em diferentes e freqüentes circunstâncias²⁵. Em Feira de Santana, o abandono, segunda principal causa de negligência familiar registrada, foi observado em todas as faixas etárias, com prevalência acima de 30% nas faixas da infância e em torno de 50% na faixa de 14 a 16 anos.

Quanto à violência física, estudos apontam ser a forma mais visível do fenômeno, caracterizado pelo dano físico e comumente enfatizado pelos pais como um método de educar^{8, 20, 26}. Na infância, as crianças iniciam a busca da autonomia, tornando-se curiosas, inquietas, audaciosas, com intensa atividade motora e aquisições cognitivas, necessitando, portanto, de realizar experimentações, exigências inerentes e fundamentais ao pleno desenvolvimento¹³. A violência física é utilizada como forma de tentar conter estas atitudes consideradas normais¹⁰.

Os resultados desta pesquisa, onde foi verificado que a violência física acometeu todas as faixas etárias, sendo intensificada a partir dos dois anos, concordam com resultados de estudos realizados em diferentes instituições (Polícia, Justiça da Infância e da Juventude, Justiça Criminal) da cidade de São Paulo (1981), que apontam maior frequência de casos notificados na faixa dos 7 aos 13 anos²⁷.

Outro aspecto mostrado no presente estudo quanto à violência física vem a ser o acometimento significativo de crianças com idade até um ano, corroborando com estudos que descrevem a associação de achados clínicos discordantes das respectivas histórias acidentais expressas pelos pais, no atendimento em setores de urgências e emergências^{12,27}. Sabe-se que a “síndrome do bebê sacudido” e da “criança espancada” podem gerar consequências orgânicas graves, sendo que a primeira acomete menores de 6 meses, através de fortes sacudidas na criança, em decorrência da irritação com o choro ou presença de algum ato do qual o cuidador não tem domínio. A segunda refere-se a sofrimentos físicos infligidos à criança, que podem ter como consequência fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros¹⁴.

Na adolescência, a violência física costuma estar relacionada à necessidade de conter as mudanças de comportamento, características desta fase, que pode estar associada à baixa qualidade das relações familiares desde a infância, podendo gerar mútua relação de rejeição entre pais e filhos, além de sentimentos contraditórios, desejo de ser reconhecido pela família e desejo de rompimento^{23,26}.

Dentre os casos de violência física registrados em Feira de Santana, o lar aparece como local privilegiado para as diversas formas de violências físicas, muito embora se reconheça que crianças e adolescentes em situação de risco, que ficam ou trabalham nas ruas, assim como os institucionalizados sofrem frequentemente este tipo de violência, seja por outros adolescentes, adultos em geral e funcionários das instituições^{27,28}. Cabe ressaltar que punições físicas severas, como o espancamento, constituem um problema de abrangência mundial, atingindo crianças e adolescentes de diferentes culturas. O espancamento pode, a curto prazo, ser causa de óbito, assim como provocar incapacidade física ou mental. Da mesma forma, a longo prazo, tem sido apresentado como um fator para o desenvolvimento de comportamentos violentos, nos quais as vítimas se transformam em agressores, transmitindo a violência através

das gerações^{12,24}. Segundo a OMS, nos Estados Unidos, pesquisa realizada em 1995 apontou que os pais utilizavam diversas formas de punições corporais contra os seus filhos; na República da Coreia, 45% dos pais questionados confirmaram alguma forma de espancamento¹². Estudo realizado na cidade de Recife, entre 2.112 crianças/adolescentes (7 a 14 anos) entrevistados, constatou que cerca de 50% relataram que foram disciplinados através de castigos corporais^{27,28}.

Entre as manifestações do fenômeno, a violência psicológica é a forma mais sutil, tendo em vista ser carregada de subjetividade e diferentes expressões, portanto, de difícil registro. Em geral, é exercida de forma crônica, podendo cursar com sérios prejuízos para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, comprometendo a saúde emocional das vítimas^{29,30}. Esta violência é uma das formas mais difíceis de ser identificada, por não produzir evidências imediatas; conseqüentemente, costuma ser pouco notificada, fazendo parte do cortejo das outras formas de violência^{14,31}. Em Feira de Santana, a violência psicológica foi registrada em todas as faixas etárias, principalmente nas faixas de 0 a 16 anos.

Segundo estudiosos, de modo geral, todas as formas de violência psicológica convergem ao abuso emocional, caracterizado por ameaças verbais com conteúdo violento ou emocional, provocando reações de medo, frustração e temor da integridade física^{30,31}. No Rio de Janeiro, em 1991, pesquisa realizada com estudantes de escolas públicas e particulares do município de Duque de Caxias demonstrou que mais de 50% sofreram agressões verbais, através de insultos, pelos seus pais³².

No que diz respeito à violência sexual, do tipo abuso, nesta pesquisa foram registrados casos em todas as faixas etárias (0 a 19 anos), aumentando a frequência com o aumento da idade, principalmente entre 6 e 16 anos. Estudo realizado em escolas de Porto Alegre (RS) mostrou maior prevalência dessa violência entre os adolescentes, concordando com os resultados de Feira de Santana³³. Segundo estudiosos, a maior parte das vítimas de violência sexual não registra a queixa, por constrangimento e receio de humilhação, somados ao medo da falta de compreensão ou interpretação equivocada de familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Sabe-se que a real prevalência dos crimes sexuais ainda é pouco conhecida e acredita-se que o índice de subnotificação seja muito alto. Apesar do tímido percentual de denúncias de violência do tipo abuso ou exploração sexual observado em Feira de Santana, sabe-

se que a agressão sexual é um crime cada vez mais prevalente, acometendo milhares de pessoas em todo o mundo^{12, 34}.

Ainda em relação aos achados desta pesquisa, cabe destacar o baixo índice de registro de casos de exploração sexual, sendo a totalidade na fase da adolescência. Feira de Santana é considerado município de risco para a exploração sexual de crianças e adolescentes, por estar localizado em um expressivo entroncamento rodoviário de interlocução entre as regiões norte-nordeste com o sudeste do país (cinco rodovias, estaduais e federais). Em atendimento a esta demanda, em 2003, foi implantado no município a comissão municipal do “Programa de Ações Integradas e Referenciais” (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, contando com a participação de instâncias de atendimento, direitos e responsabilização, sob a coordenação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Secretarias de Desenvolvimento Social, tendo como parceiros os Conselhos Tutelares, Centro do Programa Sentinela e diferentes segmentos sociais (saúde, educação, justiça, trabalho, ação social, universidades, ONGs e outros)^{35, 36}.

Quanto à caracterização dos agressores, de acordo com faixa etária da vítima e tipo de violência praticada, os resultados do presente estudo apontaram que os pais lideraram a prevalência de negligência, em todas as faixas etárias.

Pesquisa realizada com adolescentes infratores institucionalizados e irmãos não infratores, no Rio de Janeiro e Recife, verificou que a mãe foi a principal agressora dos adolescentes pesquisados, o que pode ser explicado pela maior permanência da genitora no lar e pelo fato desta ser a principal responsável pela educação dos seus filhos, num contexto de adversidade socioeconômica (desemprego, falta de assistência social, saúde e outras) e ou pessoal (relacionamentos em conflito)¹⁶. O pai aparece como figura punitiva, sendo que a agressão deste se diferenciava da materna, pela maior intensidade³². A mãe também foi referida como a agressora mais frequente, em estudo realizado em vários municípios de São Paulo, nos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIS)¹⁶.

No presente estudo, verificou-se que crianças e adolescentes mais jovens são agredidos de forma semelhante pelo pai e pela mãe, enquanto que os adolescentes em fase intermediária e tardia sofrem mais atos violentos pelo pai. No que diz respeito à negligência familiar, a mãe foi considerada o principal agressor, assim como os “outros agressores”, madrasta e padrasto foram os

principais agressores físicos. A violência sexual (abuso) cometida por padrasto e outros familiares totalizaram prevalência de 24%, enquanto outros agressores, 14,6%.

Neste estudo, não foi possível avaliar o grau de consciência do agressor, tendo em vista a falta deste importante dado nos registros. Estudos apontam que a ingestão de bebidas alcoólicas e a utilização de drogas potencializam os atos violentos contra crianças e adolescentes, principalmente no contexto familiar¹².

Em relação aos encaminhamentos dos casos denunciados nos Conselhos de Feira de Santana, observou-se que dos 1.525 casos que foram encaminhados, mais de 40% foram para notificação e mais de 25% para sindicância. Cabe destacar que a audiência foi registrada em pouquíssimos casos, assim como o acompanhamento e o alto índice de casos sem registro desta variável. Esses resultados apontam dificuldades quanto à adequação do atendimento na Rede, principalmente quanto ao acompanhamento das vítimas e famílias, apontando a necessidade de implementação e fortalecimento do Sistema de Referência e Contra-Referência das instâncias no município.

Neste contexto, vislumbra-se o fortalecimento e a integração da Rede de Atendimento com a Rede de Defesa e Responsabilização, com destaque para a divulgação do “Disque Denúncia”, assim como a necessidade de sensibilização e formação continuada de Conselheiros e profissionais da Rede, tendo em vista otimizar o atendimento a esta clientela e melhorar a resolutividade dos casos.

Conclusões

Segundo a violência denunciada nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana, o domicílio foi o local privilegiado para a ocorrência de todas as violências, inclusive a violência sexual, em todas as faixas etárias (caracterizando a violência doméstica), com exceção da exploração sexual.

Todas as faixas etárias da infância e adolescência foram acometidas, com maiores prevalências nas faixas compreendidas entre 2 e 13 anos, proporções equivalentes entre os sexos;

As formas de violência mais prevalentes foram a negligência, a violência física e a violência psicológica, sendo que a faixa de menores de um ano apresentou proporções consideráveis dessas três formas de violência;

Os tipos de negligência mais frequentemente

te registrados foram a omissão de cuidados básicos e o abandono; da violência física foi o espancamento; da violência psicológica, o amedrontamento e a humilhação e da violência sexual, o abuso de origem familiar;

A violência sexual foi registrada em todas as faixas etárias, com maior prevalência acima dos 10 anos e a exploração, a partir dos 14 anos;

A principal fonte de denúncia foi anônima, seguido da denúncia pela mãe; pelo pai ou familiares;

As maiores prevalências de negligência foram observadas entre a mãe e o pai; a violência psicológica e violência física entre a madrasta, o padrasto e outros familiares; a violência sexual, do tipo abuso entre o padrasto e outros familiares;

A ausência de registros sobre o nível de consciência do agressor, grupos étnicos e encaminhamentos institucionais comprometeram a avaliação dessas variáveis.

Colaboradores

MC Oliveira Costa e RC de Carvalho participaram da redação, análises e elaboração do artigo. JFR Santa Bárbara participou da elaboração dos resultados e coleta de dados. CAST Santos participou das análises estatísticas. WA Gomes foi responsável pela coleta de dados. HL de Sousa foi responsável pela formatação da bibliografia e tabelas.

Agradecimentos

Agradecemos à FAPESB, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Referências

1. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 23–47.
2. Minayo MCS. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 13–16.
3. Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes 2004. In: Lima CA *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 29–39.
4. Laverne C, Tourigny M. Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants: recension des écrits. **Criminologie** 2000; 33(1): 47–72.
5. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. **Child Abuse & Neglect** 2003; 27:1427–1439.

6. Cruz Neto O, Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Rev C S Col* 1999; 4:33-52.
7. Ferreira KMM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: Silva LMP *et al.* **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 19-39.
8. Azevedo MA. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizadora. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 125-135.
9. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizadora. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 95-111.
10. Silva LMP, Nascimento CAD, Silva IR, Guimarães KN *et al.* **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Bezerra SC. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 17-22.
12. World Health Organization. **Rapport mondial sur la violence et la santé**. Genebra: OMS; 2002.
13. Costa MCO, Souza RP. Abordagem da criança e do adolescente. In: Costa MCO, Souza RP, organizadores. **Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.76-91.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados da amostra do censo demográfico 2000. [acessado 2007 Jan 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
16. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(Supl 1):177-187.
17. Guimarães I. Violência de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.105-109.
18. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil, 2004, Brasília. In: **I Seminário Saúde da População Negra 2004**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 53-94.
19. Noronha CV. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais da região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 5 (4-5):268-277.
20. Silva MAS. Violência contra crianças - quebrando o pacto do silêncio. In: Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadores. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora; 2002. p. 73-80.
21. Cavalcanti MLT. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Rev C S Col* 1999; 4 (1):193-200.
22. Lavoratti C. O enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes do município de Ponta Grossa, Paraná. **Anais do I Seminário sobre Violência contra a Criança e o Adolescente**, 2002; Londrina. Londrina; Editora UEL; 2002. p. 223-231.
23. Assis SG, Souza ER. Criando Caim e Abel - pensando a prevenção da infração juvenil. *Rev C S Col* 1999; 4 (1):131-144.
24. Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal MF, organizadora. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 189-204.
25. Fortin L, Bigras M. La résilience des enfants: facteurs de risque, de protection et les modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques* 2000; 1:49-63.
26. Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 47-57.
27. Guerra VNA. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez; 2001.
28. Gomes R, Silva CMF, Njaine K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Rev C S Col* 1999; 4 (1):171-181.
29. Santana JSS, Souza SL. Violência em situação de rua. In: Costa MCO, Souza RP, organizadores. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 439-448.
30. Assis SG, Avanci JQ. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 59-67.
31. Benetti SPC. Maus tratos da criança: abordagem preventiva. In: Hutz CS *et al.* **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 131-150.
32. Assis SG. Crescendo em meio às dificuldades: o jovem e sua família. In: Assis SG. **Trazendo caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 41-64.
33. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S *et al.* Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37 (1):8-14.
34. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência Sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (2):456-464.
35. Brasil. Secretaria de Estado de Assistência Social e de Direitos Humanos. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da criança e do adolescente, Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional-POMAR/USAID. **Programas de ações integradas e referenciais de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro**. Brasília: Ministério da Justiça; 2000.
36. Brasil. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes - norma técnica**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2005.

Artigo apresentado em 22/02/2007

Aprovado em 20/03/2007

Versão final apresentada em 20/03/2007

