

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

JACQUELINE REITER DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA SEXUAL SOFRIDA POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES E
COOCORRÊNCIAS: estudo do perfil e coeficientes de incidência em uma década (2001-
2010)**

**FEIRA DE SANTANA
2013**

JACQUELINE REITER DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA SEXUAL SOFRIDA POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES E
COOCORRÊNCIAS: estudo do perfil e coeficientes de incidência em uma década (2001-
2010)**

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

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira
Costa

FEIRA DE SANTANA

2013

Ficha catalográfica elaborada por
Uariton Boaventura – CRB 5/1587

O482v Oliveira, Jacqueline Reiter de
Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e coocorrências:
estudo do perfil e coeficientes de incidência em uma década (2001-2010) /
Jacqueline Reiter de Oliveira. – Feira de Santana, 2014.
160 f.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de
Feira de Santana, - Feira de Santana, 2014.
Orientação: Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa.

1. Violência sexual – Criança e adolescente. 2. Violência sexual –
Coocorrência. I. Costa, Maria Conceição Oliveira. II. Título. III.
Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDD 613.0424
CDU 613.99

JACQUELINE REITER DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA SEXUAL SOFRIDA POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES E
COOCORRÊNCIAS: estudo do perfil e coeficientes de incidência em uma década (2001-
2010)**

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

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Conceição
Oliveira Costa

Feira de Santana-BA, 25 de março de 2013.

Banca examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof.^o Dr. Fernando Carvalho
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^o Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por ter sido o meu Mantenedor e Provedor em toda essa longa jornada; por Sua presença constante em todos os momentos de alegria e angústia, amparando-me nas dificuldades e crises, mostrando-me o melhor caminho. Supriu todas as minhas necessidades.

Ao meu esposo, companheiro, que não mediu esforços para estar ao meu lado em todos os momentos, orando por mim, sendo paciente, dando-me forças, curtindo detalhe por detalhe - os “bons” e os “ruins”. Sem o seu apoio não conseguiria ter chegado até aqui.

Aos meus filhos amados Arthur e Kelly que, com carinho, apoiaram-me nesses longos dois anos e me deram forças, por meio de palavras, bilhetinhos lindos de incentivo, abraços. Sem a compreensão de vocês tudo seria muito mais difícil.

Aos meus pais, que mesmo de longe, não pararam de orar e torcer por mim.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa pela sabedoria, competência, dedicação, exemplo de garra, determinação e coragem, que além de tudo isso ainda tinha tempo de incentivar e dar conselhos importantes para a vida.

À Dayse, Bianca, Ana Gabriela e Eva Passos, amigas que me carregaram no colo e compartilharam das minhas alegrias e tristezas. Aos demais colegas da turma, pelos momentos de crescimento mútuo e muita diversão. Aos amigos e irmãos na fé que oraram incessantemente por mais essa conquista em minha vida. Aos companheiros de trabalho do Hospital Cleriston Andrade.

A toda equipe do NNEPA, que fez a diferença nessa trajetória, em especial, às coletadoras e digitadoras dos dados e à professora Magali, que empenharam para que esse momento se tornasse possível.

À equipe de conselheiros tutelares e profissionais do CREAS de Feira de Santana pela contribuição e disponibilidade em nos atender.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pelos momentos únicos de aprendizagem e aos funcionários que estavam sempre dispostos a nos ajudar. Não poderia deixar de agradecer também à CAPS pelo apoio financeiro concedido durante o período do mestrado.

Lua nova demais

(Elisa Lucinda, 1995)

*Dorme tensa a pequena sozinha como que suspensa no céu.
Vira mulher sem saber, sem brinco, sem pulseira, sem anel,
sem espelho, sem conselho, laço de cabelo, bambolê.
Sem mãe perto, sem pai certo, sem cama certa, sem coberta,
vira mulher com medo, vira mulher sempre cedo.*

*Menina de enredo triste, dedo em riste,
contra o que não sabe, quanto ao que ninguém lhe disse.
A malandragem, a molequice se misturam aos peitinhos novos
furando a roupa de garoto que lhe dão
dentro da qual menstruará sempre com a mesma calcinha,
sem absorvente, sem escova de dente, sem pano quente, sem OB.
Tudo é nojo, medo, misturação de “cadês.”*

*E a cólica, a dor de cabeça, é sempre a mesma merda,
a mesma dor, de não ter colo, parque,
pracinha, penteadeira, pátria.
Ela, lua pequenininha, não tem batom, planeta, caneta,
diário, hemisfério.
Sem entender seu mistério, ela luta até dormir.
Mas é menina ainda; chupa o dedo e tem medo
de ser estuprada pelos bêbados mendigos do Aterro.
Tem medo de ser machucada, medo.
Depois menstrua e muda de medo - o de ser engravidada,
emprenhada, na noite do mesmo Aterro.
Tem medo do pai desse filho ser preso, tem medo, medo.
Ela que nunca pode ser ela direito,
ela que nem ensaiou o jeito com a boneca
vai ter que ser mãe depressa na calçada.
Ter filho sem pensar, ter filho por azar, ser mãe e vítima
Ter filho pra doer, pra bater, pra abandonar.*

*Se dorme? Dorme nada, é o corpo que se larga, que se rende
ao cansaço da fome, da miséria, da mágoa deslavada.
Dorme de boca fechada, olhos abertos, vagina trancada.
Ser ela assim na rua é estar sempre por ser atropelada
pelo pau sem dono dos outros meninos-homens sofridos,
do louco varrido, pela polícia mascarada.*

*Fosse ela cuidada, tivesse abrigo onde dormir, caminho onde ir,
roupa lavada, escola, manicure, máquina de costura, bordado,
pintura, teatro, abraço, casaco de lã,
podia borralheira, acordar um dia cidadã.*

*Sonha quem cante pra ela: “Se essa Lua, Se essa Lua fosse minha...”
Sonha em ser amada, ter Natal, filhos felizes, marido, vestido,
pagode sábado no quintal.
Sonha e acorda mal porque menina na rua, é muito nova
é lua pequena demais, é ser só cratera, só buracos,
sem pele, desprotegida, destratada pela vida crua
É estar sozinha, cheia de perguntas sem respostas
sempre exposta, pobre lua.
É ser menina-mulher com frio, mas sempre nua.*

RESUMO

Objetivos: Estudar o perfil da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e respectivas coocorrências e as curvas de incidência ao longo de um decênio (2001 a 2010) a partir das notificações efetuadas nas Instâncias de Referências para denúncia, na Rede de Prevenção, Atendimento e Defesa de Feira de Santana/BA/Brasil. **Método:** Estudo epidemiológico do tipo série de casos, com base em dados secundários, produzidos a partir das notificações de violência sexual (coocorrência) sofrida por crianças e adolescentes (0 a 18 anos) efetuadas nos Conselhos Tutelares I e II e CREAS de Feira de Santana/BA. Na análise utilizou-se *Linkage* entre bancos, para evitar duplicidade de dados que foram organizados e processados eletronicamente no *Statistical Package for the Sciences* (SPSS), versão 9.0 for Windows. Foram calculadas as medidas de frequências simples e relativas; estimado as incidências da violência sexual e coocorrências pelo cálculo dos Coeficientes de Incidência, no período, ano a ano e por fim, foi elaborado curvas de incidência, ano a ano. **Resultados:** Foram estudados 1418 casos, sendo 21,7% associados com outras formas de violência (coocorrência); estupro e incesto foram os tipos mais frequentes (30%); com maioria feminina (80%), na adolescência (12-15 anos) (64%), ressaltando 66% de meninos vitimizados até 11 anos (66%). Os agressores eram conhecidos (37,9%) e familiares (37%); 13,1% na faixa de 13 a 20 anos; 23,6% das denúncias foram pelo “Disque 100”. Os coeficientes de incidências da violência sexual e coocorrências aumentaram, em ambos os sexos, mais expressivo no feminino, no início do decênio (2002 – 135,6 casos) e no final (2008 – 209,7 casos). Para faixa etária, os coeficientes mostraram a mesma tendência, em 2002 (49,8 casos, na infância e 110,1, na adolescência); em 2008 (79,8 casos, na infância e 161,7, na adolescência); em 2009 (81,6 casos, na infância e 152,2, na adolescência). Os coeficientes das coocorrências aumentaram a partir da metade do decênio: violência psicológica, em 2005 (9,1 casos) e 2008 (10,5 casos); negligência, em 2008 (9,0 casos) e 2009 (9,5 casos); e violência física, em 2008 (6,5 casos) e 2009 (7,0 casos). **Conclusões:** o aumento dos coeficientes de incidência sexual com ou sem coocorrência perpetrada em crianças e adolescentes no decênio, no município estudado, destaca a importância da atuação da comunidade, no controle social das denúncias por meio do “Disque 100”, assim como o importante papel dos Conselhos Tutelares e demais instâncias da “Rede” de atendimento, face à identificação e notificação dos casos de violência sexual e suas coocorrências, assim como nos encaminhamentos. Esses resultados sugerem mudanças positivas, quanto ao processo de sensibilização popular e participação das Instâncias, ao mesmo tempo em que instiga a necessidade de multiplicar esforços, no sentido de fortalecimento institucional, na qualidade do atendimento, diante dos casos, assim como, na qualidade do sistema de registro de dados.

Palavras chave: violência sexual – criança e adolescente; violência sexual – coocorrência.

ABSTRACT

Objectives: To study the profile of sexual violence suffered by children and adolescents and their co-occurrences and the incidence curves over a decade (2001 to 2010) from the notifications made in instances References to the complaint, the Network for the Prevention, Care and Defense of Feira de Santana / BA / Brazil. **Methods:** Epidemiological study of case series, based on secondary data, produced from the reports of sexual violence (co-occurrence) suffered by children and adolescents (0-18 years) made the Guardianship Councils I and II and the Fair CREAS Santana / BA. In *Linkage* analysis was used between banks, to avoid duplication of data that has been organized and processed electronically in *Statistical Package for the Sciences* (SPSS), version 9.0 for Windows. We calculated measures of absolute and relative frequencies, estimated incidences of sexual violence and co-occurrences by calculating the coefficients Incidence in the period, year by year and finally was drafted incidence curves, year after year. **Results:** A total of 1418 cases, with 21.7% associated with other forms of violence (co-occurrence); rape and incest were the most frequent (30%), with a female majority (80%), adolescence (12-15 years) (64%), highlighting 66% of victimized children under 11 years (66%). The attackers were known (37, 9%) and family (37%), 13.1% in the range of 13 to 20 years, 23.6% of the complaints were for "Dial 100." The coefficients of incidences of sexual violence and co-occurrences increased in both sexes, stronger in females at the beginning of the decade (2002 to 135.6 cases) and late (2008 to 209.7 cases). For ages, the coefficients showed the same trend in 2002 (49.8 cases, and 110.1 in childhood, adolescence), in 2008 (79.8 cases, and 161.7 in childhood, adolescence); in 2009 (81.6 cases, and 152.2 in childhood, adolescence). The coefficients of co-occurrences increased from the middle of the decade: psychological, in 2005 (9.1 cases) and 2008 (10.5 cases); neglect in 2008 (9.0 cases) and 2009 (9.5 cases), and physical violence in 2008 (6.5 cases) and 2009 (7.0 cases). **Conclusions:** The increase of incidence sex with or without co-occurrence perpetrated on children and adolescents in the decade, the city studied, highlights the importance of community action, social control complaints via the "Dial 100" as well as the important role of the Guardianship Councils and other instances of "Network" service, given the identification and reporting of cases of sexual violence and their co-occurrences, as well as referrals. These results suggest positive changes, as the process of awareness and popular participation of instances at the same time that instigates the need to redouble efforts towards institutional strengthening, quality of care, given the cases, as well as the quality of data logging system.

Keywords: sexual violence – child and adolescent; sexual violence – co-occurrence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Rodovia Estadual
ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
BA	Rodovia Estadual
BR	Rodovia Federal
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CECRIA	Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes, fundado em 1993
CEDECA	Centros de Defesa da Criança e do Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRAMI	Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DAI	Delegacia Especializada da Infância e Adolescência
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACRI/IP/USP	Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministério
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
PESTRAF	Pesquisa sobre o Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual e Comercio no Brasil
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNVS	Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes
SEDH	Secretaria Nacional de Direitos Humanos
SESP	Secretaria de estado da Segurança Pública
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SIBE	The Battered Baby Syndrome
SINAN	Sistema Informações de Agravos de Notificação
SNPDCA	Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SPSS	Statistical Package for the Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	Agência Americana de Desenvolvimento
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
WHA	World Health Assembly

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1	Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes.	21
Figura 2	Modelo Ecológico e Ecológico de Bronfenbrenner (1979) para compreensão da violência.	46
Figura 3	Quadro operativo do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.	61
Figura 4	Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência em Feira de Santana.	78
Figura 5	Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência nos níveis da atenção à saúde.	79
Figura 6	Variáveis estudadas.	82
Quadro 1	Fatores de Risco e Fatores de Proteção relacionados à violência.	48
Quadro 2	Seis eixos estratégicos do plano nacional de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.	61
Quadro 3	Rede de defesa, responsabilização e atendimento a vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências/Feira de Santana/BA.	69
Quadro 4	Área de atendimento dos Conselhos I e II.	72
Quadro 5	Divisão Territorial para Atendimento à Criança Adolescente, Idoso e Família: Psicossocial, Jurídico em casos de violência doméstica.	76
Quadro 6	Variáveis do Estudo.	81
Tabela 1	População residente em Feira de Santana segundo faixa etária e sexo. Feira de Santana 2010.	65
Tabela 2	Nascidos vivos em Feira de Santana em 2010 por residência e por idade da mãe.	66
Tabela 3	Óbitos por todas as causas em menor de ano, em Feira de Santana em 2010.	66
Tabela 4	Óbitos infanto-juvenis por todas as causas, em Feira de Santana em 2010.	66
Tabela 5	Total de óbitos por todas as causas em Feira de Santana em 2010.	66

Tabela 6	Óbitos por causas externas.	66
Tabela 7	Óbitos infanto-juvenis por causas externas em Feira de Santana em 2010	67
Tabela 8	População residente em Feira de Santana segundo ano e faixa etária	138
Tabela 9	Números de casos de violência sexual sem ou com ocorrência, por ano, e seus respectivos coeficientes de incidência.	139
Tabela 10	População residente em Feira de Santana segundo ano, faixa etária (Infância) e sexo.	139
Tabela 11	População residente em Feira de Santana segundo ano, faixa etária (Adolescência) e sexo.	140
Tabela 12	Número de casos de violência sexual por faixa etária (Infância/Adolescência) em meninos e meninas	140
Tabela 13	Coefficiente de Incidência da violência sexual por 100.000 segundo faixa etária (Infância/Adolescência) e sexo.	141
Tabela 14	Distribuição dos casos de violência sexual com coocorrência contra crianças e adolescentes.	141
Tabela 15	Distribuição da violência sexual com e sem ocorrência com sexo da vítima no ano de 2008 segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	142
Tabela 16	Distribuição da violência sexual com e sem ocorrência com sexo da vítima no ano de 2009 segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	142
Tabela 17	Distribuição de outros tipos de violência sexual contra crianças e adolescentes.	143
Tabela 18	Distribuição dos outros locais de ocorrência da violência sexual contra crianças e adolescentes segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	143
Tabela 19	Distribuição dos outros denunciadores da violência sexual contra crianças e adolescentes segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	144
Tabela 20	Distribuição de outras medidas adotadas pelas instâncias segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	145
Tabela 21	Distribuição dos outros encaminhamentos institucionais da denúncia da violência sexual contra crianças e adolescentes	145

Tabela 22	Procedência das vítimas de violência sexual com e sem ocorrência com sexo da vítima no ano de 2008.	146
Tabela 23	Distribuição do tipo de violência sexual com sexo da vítima	146
Tabela 24	Distribuição dos casos de violência contra crianças e adolescentes por sexo e idade.	147
Tabela 25	Distribuição da escolaridade das vítimas com sexo.	147
Tabela 26	Distribuição de outros responsáveis pelas vítimas de violência contra crianças e adolescentes segundo faixa etária das vítimas.	148
Tabela 27	Distribuição de outros vínculos do agressor com a vítima.	149
Tabela 28	Distribuição do agressor com tipo de violência e sexo da vítima.	150
Tabela 29	Distribuição do vínculo do agressor com prática de violência sexual sem ou com coocorrência.	151
Tabela 30	Idade do agressor de violência contra crianças e adolescentes.	151
Tabela 31	Distribuição de agressores de 5 a 10 anos e tipo de violência acometida contra outras crianças e adolescentes.	152
Tabela 32	Tipo de violência sexual praticada pelo agressor com 16 anos.	152
Tabela 33	Distribuição da idade do agressor com o sexo do agressor segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	153
Gráfico 1	Coeficientes de incidência da violência sexual (com e sem coocorrência); sexual sozinha; e sexual com coocorrência contra crianças e adolescentes por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	154
Gráfico 2	Coeficiente de incidência da violência sexual contra crianças e adolescentes com os diferentes tipos de coocorrências por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	154
Gráfico 3	Coeficiente de incidência da violência sexual (com e sem coocorrência) contra crianças e adolescentes, por sexo , por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	155
Gráfico 4	Coeficiente de incidência da violência sexual (sem coocorrência) contra crianças e adolescentes, por sexo , por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	155

Gráfico 5	Coeficiente de incidência da violência sexual (com coocorrência) contra crianças e adolescentes, por sexo , por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	156
Gráfico 6	Coeficiente de incidência da violência sexual (com e sem coocorrência) contra crianças e adolescentes, por faixa etária , por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	156
Gráfico 7	Coeficiente de incidência da violência sexual (sem coocorrência) contra crianças e adolescentes, por faixa etária , por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	157
Gráfico 8	Coeficiente de incidência da violência sexual (com coocorrência) contra crianças e adolescentes, por faixa etária , por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	157
Gráfico 9	Coeficiente de incidência da violência sexual separados em crianças e adolescentes por sexo por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	158
Figura I Artigo	Coeficientes de incidência por 100.000 da violência sexual em crianças e adolescentes e outras violências (coocorrências) em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	95
Figura II Artigo	Figura II - Coeficiente de incidência por 100.000 da violência sexual em crianças e adolescentes (com ou sem coocorrência), segundo sexo das vítimas, em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	96
Figura III Artigo	Coeficiente de incidência da violência sexual em crianças e adolescentes (com ou sem coocorrência), segundo faixa etária e sexo das vítimas, em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.	97
Tabela 1 Artigo	Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	91
Tabela 2 Artigo	Perfil das vítimas de violência sexual e dos agressores segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.	93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 Conceito e classificação dos tipos de violência contra crianças e adolescentes	20
3.1.1 Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes.....	24
3.1.2 Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e coocorrências.....	31
3.2 Contextualização da violência contra crianças e adolescentes	32
3.2.1 Indicadores epidemiológicos e impactos da violência contra crianças e adolescentes ...	39
3.2.2 Fatores relacionados com a violência contra crianças e adolescentes.....	45
3.2.3 Consequências da violência contra crianças e adolescentes.....	50
3.3 Políticas voltadas para a violência contra crianças e adolescentes	53
3.4 A violência contra crianças e adolescentes em Feira de Santana/Bahia	64
4 METODOLOGIA	80
4.1 Tipo de Estudo.....	80
4.2 Instâncias de coleta de dados.....	80
4.3 População.....	80
4.4 Período.....	80
4.5 Processo de coleta de dados.....	80
4.6 Variáveis.....	81
4.7 Tratamento e análise dos dados	81
4.8 Procedimentos Éticos	83
5 RESULTADOS	84
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	129
ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

Nos diversos contextos mundiais, desde tempos remotos, a violência esteve manifestada por meio da convivência humana com as perenes disputas de poder, cultuada pelos povos como um método de conquista e manutenção da supremacia (ARAÚJO, 2005; BRASIL, 2005a). Na sociedade contemporânea, esse fenômeno faz parte integrante do cotidiano, sendo assunto de pauta dos mais diversificados meios de comunicação e difusão da informação, assombrando a consciência humana e ameaçando a liberdade e a integridade física, moral e social do homem, cuja recorrência dos fatos gera profundo sentimento de insegurança (VIEIRA et al., 2009).

Há algumas décadas, instâncias internacionais voltadas à defesa dos direitos humanos têm empenhado esforços para envolver diferentes nações na busca de soluções para problemas políticos, econômicos, sociais e culturais que geram e perpetuam o ciclo da violência, violação dos direitos fundamentais, seguridade, saúde e bem estar, em nível individual e coletivo, especialmente nas regiões mais empobrecidas e vulneráveis (BRASIL, 2007).

A violência integra problemáticas comuns aos diferentes setores, produz enfermidades e provoca a morte, atingindo todas as faixas etárias e camadas sociais, contribuindo para anos potenciais de vida perdidos, demandando respostas urgentes dos diversificados sistemas (MINAYO, 2005). Nesse contexto, vale destacar a violência doméstica, parcialmente conhecida, cujas ocorrências são mantidas em sigilo, mesmo nos casos de falecimento, faz parte de um ciclo vicioso que envolve o ambiente mais amplo e a convivência social, disseminando o medo que retroalimenta o processo de violação (DOMENACH, 1981; AGUDELO, 1990).

Em nível mundial, a violência contra crianças e adolescentes vem sendo divulgada desde a década de 60, do século XX, quando a pediatria americana passou a investigar a chamada “síndrome do bebê espancado – SIBE” (*the battered baby syndrome*) denominando-a como um sério problema para o crescimento e desenvolvimento infantil (KEMPE et al., 1962; DESLANDES, 1994; MINAYO; SOUZA, 1999; RUNYAN et al., 2009). Nas agendas da Saúde Pública, o fenômeno encontrou espaço no final dos anos 80, quando mortes ocorridas por causas violentas foram notificadas pelos meios de comunicação, aumentando a passos alarmantes na região das Américas e em diferentes contextos mundiais, tanto em países desenvolvidos, como naqueles em desenvolvimento, como o Brasil (MINAYO; ASSIS, 1994; LIMA; XIMENES, 1998; FREITAS et al., 2000; GOMES et al., 2002; MENDONÇA; ALVES; FILHO, 2002; REICHENHEIM; MORAES, 2003; MARTINS, 2008).

No Brasil, face à violência social e interpessoal, as leis direcionadas aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes têm como base os princípios assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, quanto ao cumprimento das políticas e programas de prevenção (BEZERRA, 2004). O conjunto de leis e instrumentos legais que garantem a essa população seus direitos e interesses devem ser mobilizados pelos diferentes segmentos, grupos sociais e profissionais, com vistas a viabilizar a prática desses direitos, para com a sociedade e família. Cabe ressaltar que a harmonia social e familiar são atributos imprescindíveis ao pleno desenvolvimento e aquisição de habilidades, na infância e adolescência.

No que diz respeito à violência sexual contra crianças e adolescentes, pesquisas mostram que a grandeza do fenômeno diverge, em virtude da dependência dos aspectos relacionados à dinâmica da revelação da violência pela vítima ou da denúncia feita por outros, pois depende do envolvimento de familiar e conhecido da vítima e a efetivação da notificação feita pelas Instâncias de referência (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; HARVEY; GARCIA-MORENO; BUTCHART, 2007; ALMEIDA; PENSO; COSTA, 2009; FINKELHOR; ORMROD; CHAFFIN, 2009). Nas últimas décadas, a violação sexual tem provocado mobilização mundial, em favor da proteção, em cumprimento aos direitos fundamentais (COSTA; BRIGAS, 2007). Importante ressaltar os avanços em pesquisas nesta área como resultado dos intercâmbios interinstitucionais entre Universidades e Sistemas de Atendimento e de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes/SGDCA.

As dificuldades relacionadas à revelação, denúncia e investigação, contribuem com a impunidade e os baixos coeficientes mostrados nas estatísticas oficiais, subestimando a real magnitude do fenômeno (TROCMÉ et al., 2003; ISPCAN, 2006; FINKELHOR; HAMMER; SEDLAK, 2008; HÉBERT et al., 2009). Em nível mundial, diversos países não possuem mecanismos eficientes que investiguem os casos, faça cumprir a lei e responsabilize os envolvidos. No Brasil têm sido observados avanços nos Sistemas de Registro da Violência, nas fontes de informação, com investimentos na estruturação, em nível nacional, regional e municipal, das instâncias de referência para denúncias (Conselhos Tutelares e Delegacias Especializadas); divulgação do Sistema Nacional de “Disque Denúncia/Disque 100”; assim como nas Instâncias de Atendimento, como o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências – VIVA/MS, mas ainda há muito a se fazer (MASCARENHAS et al., 2010; SOUZA, 2012).

Em Feira de Santana, o processo de implementação das ações de fortalecimento da Rede de Instâncias dos SGDCA foi efetivado a partir de 2003, através da integração entre coordenação nacional (Secretaria Nacional de Direitos Humanos) e municipal (PAIR), com apoio da Organização Internacional do Trabalho – OIT e a participação da Universidade - UEFS,

representada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Feira de Santana (NNEPA/UEFS), na condição de parceria interinstitucional com essa Rede (BRASIL, 2002c; COSTA et al., 2010).

A motivação pessoal para a realização desse trabalho surgiu após participar como auxiliar de pesquisa no NNEPA/UEFS, onde me confrontei com a temática da “Violência”, colaborando com projetos relacionados à linha de pesquisa “Riscos e Vulnerabilidades”, desenvolvida pela equipe do Núcleo. Esse tema me proporcionou vislumbres em seus diversos aspectos, incentivando-me a estudar e aprofundar, na perspectiva de compreender a magnitude dos indicadores da violência contra crianças e adolescentes, observados em pesquisas realizadas em nível mundial, nos diferentes contextos, inclusive em Feira de Santana. Sinto-me motivada a contribuir, como profissional de saúde e cidadã, na perspectiva de direcionar medidas de controle e efetivas ações de prevenção e atendimento, possibilitando que crianças e adolescentes completem seu processo de desenvolvimento de forma digna, segura e saudável.

Neste projeto, em específico, pergunta-se: qual a incidência da violência sexual com ou sem coocorrência, ao longo do período 2001- 2010, registrados em Instâncias de Referências no Sistema de Garantia de Direitos (Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência Especializado da Assistência Social/CREAS) em Feira de Santana, antes e após a implementação do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR)? Para esse estudo foi considerada a coocorrência o evento que a criança ou adolescente tenha sido vítima de dois ou mais tipos de violência na mesma ocorrência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar o perfil da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e respectivas coocorrências e as curvas de incidência ao longo de um decênio (2001 a 2010) a partir das notificações efetuadas nas Instâncias de Referências para denúncia, na Rede de Prevenção, Atendimento e Defesa de Feira de Santana/BA/Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever características da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e coocorrências considerando os perfis das denúncias, das crianças e adolescentes vitimizados, agressores, denunciantes, local de ocorrência e encaminhamentos segundo registros dos Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência Especializado da Assistência Social/CREAS, no período.

- Calcular os coeficientes de incidência da violência sexual contra crianças e adolescentes e coocorrências ano a ano, por sexo e faixa etária de vítimas.

- Construir curvas de incidências da violência sexual e coocorrência, a partir dos coeficientes encontrados ao longo da década (2001 a 2010).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Conceito e classificação dos tipos de violência contra crianças e adolescentes

A violência possui várias formas pelas quais se expressa, adaptando-se às especificidades culturais e às possibilidades de cada momento histórico. Os diversos tipos de violência costumam se expressar associadamente amalgamando uma rede onde se interligam as várias violências resultantes do sistema social com aquelas praticadas no nível das relações interpessoais. Uma parcela significativa desse saber origina-se dos documentos históricos, que são fontes primárias desse conhecimento (ASSIS, 1994).

O conhecimento que se tem hoje a respeito da violência ainda está em processo de construção, em função da complexidade do tema. Novas formas de violência surgem ou ameaçam a vida trazendo mudanças nas representações do fenômeno. Não se pode mais abordar a violência como se havia feito em tempos atrás. O mundo transformou-se consideravelmente e isso justifica explorar a ideia da chegada de um novo paradigma da violência que caracterizaria o mundo contemporâneo (WIEVIORKA, 2006). Não se deve negar que a violência envolve sujeitos ou atores e relações desiguais entre eles; a relação de poder centra-se mais sobre um, ou mais sobre outros, e em todo caso, essa disputa de poder ou uso de poder se transforma, em certos casos, em fragmentação, caos, decomposição, etc. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório sobre violência, a define como sendo:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002 p.5; BRASIL, 2010).

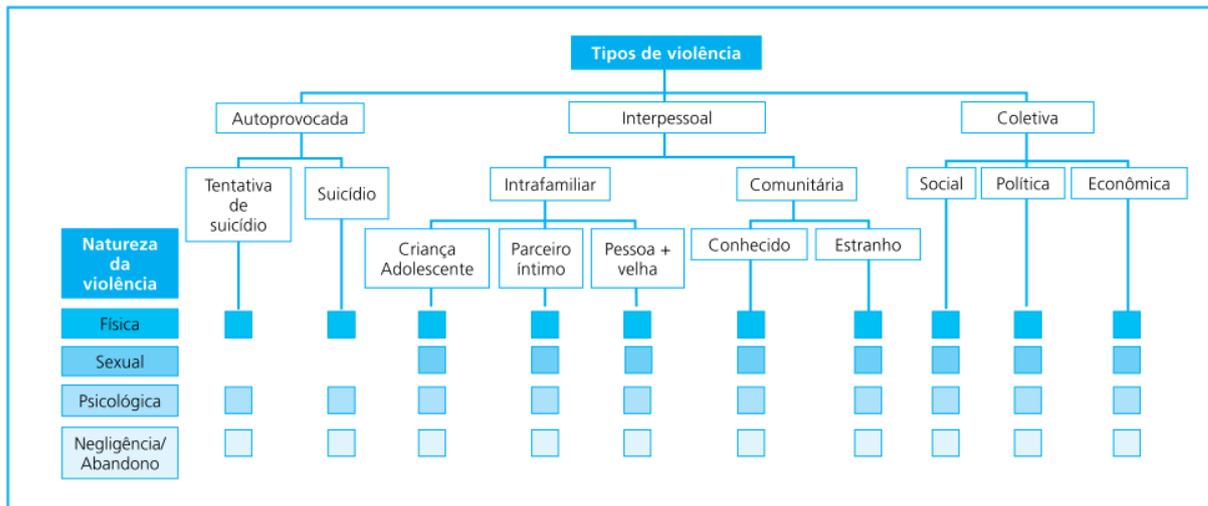
Para a violência que acomete crianças e adolescentes, o MS define: Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

Consegue-se hoje, apresentar uma classificação bastante geral da violência: a **violência estrutural** derivada da desigualdade na distribuição da riqueza social, incidindo sobre a condição de vida das crianças, é o tipo que mais frequentemente afeta as crianças brasileiras, se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão dos grupos, classes, nações

e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte; a **violência de resistência ou cultural**, que são as diferentes formas de respostas dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural; e a **violência da delinquência** que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecidas; se refere à execução de ações criminosas numa sociedade (MINAYO, 1994; CAVALCANTI, 1999; MINAYO, 2002; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008).

Na tentativa de situar o problema da violência contra crianças e adolescentes no campo da Saúde, várias conceituações vêm sendo apresentadas. Nesse estudo será utilizado o modelo proposto pela OMS. Essa proposta classifica a violência em três grandes categorias divididas em tipos de violências mais específicos segundo a violência praticada contra si mesmo (**violência autoprovocada** ou auto infligida como comportamento suicida e auto abuso); por indivíduos ou grupos (**violência interpessoal** – cometida intrafamiliar e comunitária/extrafamiliar – entre pessoas sem laços de parentesco); e por organizações maiores praticadas por estados, grupos armados, militares e grupos terroristas (**violência coletiva** – social, política e econômica). Santoro Jr (1994), cita como exemplos de violência intrafamiliar contra criança e o adolescente a violência física, química, emocional, sexual e a negligência e como exemplos de violência extrafamiliar aquela cometida na escola, por exemplo, a violência física, psicológica, excesso de trabalhos, etc.).

Quanto à natureza dos atos violentos contra crianças e adolescentes, foram destacadas quatro categorias durante o Simpósio da Academia Americana de Pediatria, realizado em 1941, são elas: **natureza física, sexual, psicológica** e envolvendo privação ou **negligência** conforme o Quadro 1. Esses quatro tipos de atos violentos podem ocorrer em cada uma das grandes categorias, exceto a violência auto infligida (CAVALCANTI 1999; SCHERER; SCHERER, 2000; KRUG et al., 2002).

Figura 1 Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes

Fonte: KRUG et al., 2002

O MS ainda estabelece as várias manifestações de violência para cada um desses grupos.

A **violência física** é caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, podendo provocar inclusive a morte. Pode ser praticada de forma “direta” por meio de tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, estrangulamento, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, arrastar, arrancar a roupa, danos à integridade corporal; e de forma “indireta” por meio de instrumentos como queimaduras, cortes e lesões por armas ou objetos (BRASIL, 2002a; SANTORO JR, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; ARAÚJO, 2005; MARTINS, 2008; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008; WILLIANS et al. 2009; BRASIL, 2010; COSTA, 2012).

A **violência sexual** é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ser categorizada em “abuso” (estupro, incesto, sedução, assédio sexual) ou “exploração sexual” (pornografia, prostituição, tráfico para fins sexuais). É predominantemente doméstica, especialmente na infância. Os principais perpetradores são os companheiros das mães, e em seguida, os pais biológicos, avós, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outras que mantêm com a criança uma relação de

dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas (BRASIL, 2002a; SANTORO JR, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; ARAÚJO, 2005; MARTINS, 2008; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008; WILLIANS et al., 2009; BRASIL, 2010; COSTA, 2012).

Violência psicológica é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se por meio de agressão verbal, ameaças, intimidação e insultos com a finalidade de rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper, produzir expectativas irreais ou extremadas exigências. Pode ser manifestada também pela utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. Ainda existem outras formas de violência psicológicas muito comuns dentro de casa, entre elas: testemunho da violência que refere-se a situações violentas que a criança ou o adolescente toma conhecimento ou presença em casa, na escola, na comunidade ou na rua. Os danos são ainda mais graves quando a própria vida da criança ou do adolescente está ameaçada ou quando ela vê situações violentas contra uma pessoa querida (violência entre os pais, por exemplo); síndrome da alienação parenteral, termo que diz respeito às sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite o ex-cônjuge (BRASIL, 2002a; SANTORO JR, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; ARAÚJO, 2005; MARTINS, 2008; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008; WILLIANS et al., 2009; BRASIL, 2010; COSTA, 2012).

A **negligência/abandono** caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional, moral, espiritual e social de crianças e adolescentes. Inclui o não provimento de cuidados como alimentação e higiene e não provimento de um lar, tirar a criança de casa à força, abandonar em lugares desconhecidos, cárcere privado (amarrar a criança). Inclui também a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola (BRASIL, 2002a; SANTORO JR, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; ARAÚJO, 2005; MARTINS, 2008; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008; WILLIANS et al., 2009; BRASIL, 2010; COSTA, 2012).

Ainda existe a classificação dos tipos de violência cometidos contra crianças e adolescentes relacionada com a Classificação Internacional de Doenças, a CID-10^a versão (1995) e seguida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)/Ministério da Saúde incluindo a **Síndrome do Bebê Sacudido** (causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco provocando choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado

levando a micro hemorragias, por rupturas de artérias e veias, até hemorragias maciças e rompimento de fibras do tecido nervoso); **Síndrome da Criança Espancada** e a **Síndrome de Munchausen por procuração** que é a indução de sintomas na criança que é trazida para cuidados médicos, cujos sintomas e sinais são provocados ou inventados por seus pais ou responsáveis. É considerada uma forma de violência física por exigir dos profissionais da área da saúde a execução de uma série de exames e investigações extremamente penosos para a criança. Esses responsáveis chegam a falsificar o material colhido para exames, induzindo o médico a tratamentos desnecessários ou investigações cada vez mais complexas e agressivas (BRASIL, 2002a; SANTORO JR, 2002; BRASIL, 2004b; SOUZA; MELLO-JORGE, 2004; ARAÚJO, 2005; MARTINS, 2008; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008; WILLIANS et al., 2009; BRASIL, 2010).

Importante ressaltar que, em se tratando de criança e adolescente, dificilmente ocorre somente um tipo de violência. Normalmente associam-se dois ou mais tipos de agressão no mesmo caso, que será chamado nesse estudo de ocorrência e coocorrência, mas dificilmente notificados (ASSIS, 1994; SCHERER; SCHERER, 2000; MINAYO, 2002; WILLIANS et al., 2009).

3.1.1 Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes

Os abusos sexuais contra crianças e adolescentes somente passaram a ser assunto de estudos e pesquisa a partir de 1960 apesar de serem perpetrados desde a antiguidade (ADED et al., 2006). Falar do abuso era considerado pornografia, exagero, indecência, assunto constrangedor e de delicada abordagem, cercada de pudores e tabus sociais, contribuindo com a perpetuação do chamado “muro do silêncio” que dificulta o conhecimento da real magnitude desse problema (ABRAPIA, 2002; FELIZARDO; ZURCHER; MELO, 2004; CRUZ, 2005).

Os conceitos e definições também surgiram na década de 60 e vem se aperfeiçoando, tornando-se mais didáticos e mais operacionais, apesar de alguns autores mencionarem a dificuldade em se classificar a violência sexual devido às diferentes nomenclaturas, rotulações e normalização da sexualidade, dificultando seu uso por outros pesquisadores (INOUE, 2008).

Faleiros e Campos (2000) discutem que é possível compreender os conceitos de violência sexual, abuso sexual e maus tratos e afirmam que não são sinônimos e são epistemologicamente distintos. As autoras defendem que violência é a categoria explicativa da vitimização sexual, que se refere ao processo e à natureza da relação de poder estabelecida no abuso sexual. O abuso seria a situação de uso excessivo; de ultrapassagem de limites dos

direitos humano legais; de abuso de poder; de uma deturpação dos papéis e regra sociais e familiares; de quebra de tabus, em que o adulto aproveita-se do nível de desenvolvimento da vítima que ainda é incapaz de compreender a situação e, portanto, de dar ou não o seu consentimento. Já os maus tratos seria a descrição empírica do abuso sexual, referindo-se a que é praticado pelo agressor e sofrido pela vítima, ou seja, os atos e consequências do abuso.

A **violência sexual** para Paiva e Figueiredo (2008) consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento mais adiantado que a criança ou o adolescente e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Trata-se de uma relação cujo objetivo é satisfazer unilateralmente o abusador. De acordo com a definição do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes (PNVS) violência sexual é uma violação de direitos, que se subdivide em abuso sexual e a exploração sexual.

O **abuso sexual** é a utilização do corpo de uma criança ou adolescente, por um adulto ou adolescente mais velho, para a prática de qualquer ato de natureza sexual, coagindo a vítima física, emocional ou psicologicamente. Geralmente é praticado por uma pessoa que a criança ou adolescente confia, caracterizando-se pela relação de poder entre o abusador e a vítima, como alguém da família, professor, policial. Compreende desde os atos libidinosos até a conjunção carnal (LEAL, 1999; PAIVA; FIGUEIREDO, 2011). A conjunção carnal é a ação típica do antigo estupro, ocorre com a penetração completa do pênis (na cavidade oral, vaginal ou anal), ou não, com ou sem orgasmo e ejaculação, independente de ruptura ou não do hímen (GUIMARÃES, 2011). Por sua vez, o ato libidinoso, diverso da conjunção carnal, que antes tipificava o atentado violento ao pudor, é definido como:

[...] ato voluptuoso, lascivo, que tem por finalidade satisfazer o prazer sexual, consumando-se por várias formas, como o coito anal, o tribadismo ou safismo (ato sexual lésbico aplaudido pela poetisa Safo), o coito *inter femora* (entre as pernas), o sexo oral, como a *fellatio in ore e a irrumatio in ore*, a introdução de dedo ou objeto na vagina ou no ânus, a palpação lasciva violenta nas partes pudendas, inclusive seios, o beijo voluptuoso com longa e intensa carga de libido, a masturbação e inúmeras outras maneiras libidinosas que a imaginação do casto não consegue apreender, mas não escapam ao devasso (RAMOS, 2009, p.3).

Em relação à contextualização do fenômeno, o abuso sexual pode ser classificado em intrafamiliar, extrafamiliar e institucional. O **abuso sexual intrafamiliar**, que é o mais

frequente, envolve a atividade sexual entre uma criança ou adolescente e um membro imediato da família (pai, padrasto, irmão) ou próximo (tio, avô, tia), ou com parentes que a criança considera membros da família. Essa forma de abuso é uma manifestação de disfunção familiar e costuma ser crônica, recidivante e sem violência. É também chamado de **incesto** caracterizado pela relação sexual e/ou amorosa entre pessoas de mesmo sangue, principalmente naqueles casos em que o matrimônio é proibido por lei ou qualquer relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente com o qual o adulto tenha algum laço familiar, direto ou não mesmo numa relação de responsabilidade. O incesto pode ser visto tanto com uma psicopatologia quanto como uma questão de diferença cultural de concepções de infância e família. A confiança e a inocência da criança, contra a autoridade de o poder de um adulto, fazem do incesto um crime previsto em lei (ABRÁPIA, 2002; BRASIL, 2004b; WILLIAMS et al., 2009; BRASIL, 2010). O **abuso sexual extrafamiliar** ou não incestuoso é qualquer forma de prática sexual envolvendo uma criança ou adolescente e alguém que não faça parte da família. Na maioria dos casos, o agressor é conhecido e tem acesso à criança (ex. vizinho, religioso, professor, babá, amigo da família). Esses casos habitualmente chegam ao sistema de saúde via Serviços de Emergência, onde a família procura rapidamente o atendimento, relatando o abuso (BRASIL, 2004b). O **abuso sexual institucional** ocorre em instituições, cuja função é cuidar da criança ou adolescente no momento em que esta está afastada da família. Pode ser praticada por uma criança maior ou pelos próprios cuidadores ou funcionários (BRASIL, 2004b).

O abuso sexual intra e/ou extrafamiliar pode se expressar de diversas formas: **abuso sexual sem contato físico** como o **assédio sexual**, caracterizado por propostas de relações sexuais, baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor da agressão; **abuso sexual verbal**, definido por conversas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente ou a chocá-los; **telefonemas obscenos** é também uma modalidade de abuso sexual verbal, a maioria deles é feita por adultos, especialmente do sexo masculino, podem gerar muita ansiedade na criança, no adolescente e na família; **exibicionismo**, ato de mostrar os órgãos genitais ou se masturbar diante da criança ou do adolescente ou no campo de visão deles – a experiência pode ser assustadora para algumas crianças e adolescentes; **voyeurismo**, ato de observar fixamente atos ou órgãos sexuais de outra pessoa quando elas não desejam serem vistas e obter satisfação com essa prática – a experiência pode perturbar e assustar a criança e o adolescente; existem **outros tipos de abuso** como mostrar para crianças fotos ou vídeos pornográficos e fotografar crianças nuas ou em posições sedutoras com objetivos sexuais. Ainda existe a forma de **abuso sexual com contato físico** que são atos físico-genitais que incluem carícias nos órgãos genitais,

tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal, tipificados em estupro (ABRAPIA, 2002; BRASIL 2002a; BRASIL 2002b; BRASIL, 2004b).

Importante ressaltar ainda, o uso do termo “parafilia” que significa o exercício de práticas sexuais socialmente não aceitas e recriminadas pela sociedade e pela legislação, que impõe penas de prisão, entre outras. Dentro das “parafilias” encontra-se a pedofilia que significa a preferência por práticas sexuais com crianças. A prática de atos sexuais entre crianças, ou entre crianças e adolescentes, pode ser normal, fazendo parte de jogos eróticos de autoconhecimento e de conhecimento do corpo do outro. Será considerado normal quando a diferença de idade entre eles for menor do que cinco anos. Se a idade for superior a cinco anos, poderá deixar de ser um jogo, uma brincadeira, e poderá ser um exercício de prazer e dominação que atende apenas aos interesses de um dos envolvidos (CRUZ, 2005).

A **pedofilia** é considerada pela medicina como uma disfunção sexual. Para outros a pedofilia é uma psicopatologia, perversão sexual com caráter compulsivo. O pedófilo é chamado de agressor sexual preferencial. Socialmente, a pedofilia é definida pela atração erótica por crianças. Essa atração pode ser elaborada no terreno da fantasia ou se materializar em atos sexuais com meninos e meninas. Nesse aspecto, existem muitos pedófilos que não cometem violência sexual, satisfazem-se sexualmente com fotos de revistas ou imagens despreziosamente de crianças, mas que geram neles intenso desejo sexual. Atuam na fantasia e, muitas vezes não têm coragem de pôr em prática o seu real desejo. Não se pode dizer, portanto, que todo pedófilo seja um agressor sexual e o inverso também não é verdadeiro. Há, contudo, posições contrárias a essa visão. Grupos internacionais de pedófilos não concordam com as bases morais e legais que proíbem relações sexuais entre adultos e crianças ou adolescentes. Defendem que o relacionamento sexual entre adultos e crianças e adolescentes é uma opção sexual e um direito. Alegam que suas atividades baseiam-se em sentimentos naturais e inofensivos (BRASIL, 2004b).

A **exploração sexual**, por sua vez, caracteriza-se pela utilização sexual de crianças e adolescentes com a intenção do lucro, seja financeiro ou de qualquer outra espécie. Na exploração sexual comercial existe uma importante relação comercial envolvendo três protagonistas: a criança (sempre uma vítima), seu abusador e um intermediário – o aliciador (ABRAPIA, 2002). Segundo Ribeiro e Dias (2009) “a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes constitui uma forma de coerção e violência que resulta num tipo de trabalho forçado e uma forma camuflada de escravidão”. Essa forma de violência é compreendida por meio de quatro modalidades incorporadas nas agendas internacionais relativas à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes: prostituição, pornografia, turismo sexual e tráfico

para fins comerciais, segundo a classificação proposta em 1999 pelo Instituto Interamericano Del Niño / Organização dos Estados Americanos - OEA (LIBÓRIO, 2003; BRASIL, 2004b; PAIVA; FIGUEIREDO, 2011).

A **prostituição infantil** é definida pela ABRAPIA (2002) como sendo a utilização ou a participação de crianças ou adolescentes em atos sexuais com adultos ou outros menores, em que não necessariamente está presente a utilização da força física, mas pode estar presente outro tipo de força como a coação. No relatório “A exploração Sexual Comercial de Meninos, Meninas e Adolescentes na América Latina e Caribe”, destaca que “a palavra prostituição oculta a natureza do comportamento sexualmente abusado, desviando o enfoque e dando uma ideia de consentimento informado, o que coloca as crianças e os adolescentes em situação de infratores em lugar de vítimas” (LEAL, 1999). Nesse caso as crianças e adolescentes estão submetidos às condições de vulnerabilidade e risco social, podendo causar danos bio-psico-sociais aos explorados que são pessoas em processo de desenvolvimento, implica deterioração física e psicológica da pessoa, afeta sua individualidade, sua satisfação sexual e sua integridade moral (LEAL, 1999). Sendo assim, a terminologia prostituição infantil é considerada inadequada, tendo em vista que crianças e adolescentes não se prostituem, porque não são ativos nessa situação, estão em situação de exploração, elas são vítimas de um sistema de exploração comercial de sua sexualidade. Mas o termo prostituição infantil continua sendo utilizado apenas para facilitar o entendimento (ABRAPIA, 2002; PAIVA; RIBEIRO; DIAS, 2009; FIGUEIREDO, 2011).

A **pornografia** é uma forma de abuso sexual da criança ou do adolescente cujo objetivo é a obtenção de lucro financeiro. Crianças ou adolescentes de 3 a 17 anos são utilizados no papel de atores ou modelos em vídeos, fotografias, gravações ou filmes obscenos, simulando ou executando atos sexuais com adultos, outras crianças e até animais (ABRAPIA, 2002).

O **Turismo sexual** é definido pela Organização do Trabalho como viagens organizadas internamente no setor turístico ou fora dele, mas que usa as estruturas e redes do setor com o objetivo primário para a efetivação da relação comercial sexual de turistas com os residentes nos destinos. Determinando, assim, consequências sociais e culturais da atividade, especialmente quando exploram diferentes gêneros, idades, situações econômicas e sociais nas destinações visitadas (CARVALHO, 2003).

Todos esses conceitos estão embasados no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

É sabido que a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma prática que cresce assustadoramente no Brasil o que tem gerado grande preocupação e anseios na população em geral. Em decorrência dessas preocupações, foi criada em 2003 a Comissão Parlamentar Mista

de Inquérito do Congresso Nacional, por requerimento da Deputada Federal Maria do Rosário (Partido dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul), a qual foi designada relatora, com a finalidade de investigar a situação de violência e as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil. Nessa ocasião os investigadores se depararam com redes nacionais e internacionais de pedofilia e se deram conta de como estavam sendo desrespeitados os direitos das crianças e adolescentes em nosso País. Logo no início das investigações, constatou-se a inadequação da legislação brasileira à realidade, o que impulsionou a elaboração do Projeto de Lei n.º 253/04, com a finalidade de adaptar o Código Penal Brasileiro às novas realidades sociais, dando origem à Lei n.º 12.015, de 07 de agosto de 2009 que passou a vigorar em 10 de agosto do mesmo ano (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2009a; GUIMARÃES, 2011).

A nova lei altera o Código Penal inovando questões relativas aos crimes contra a dignidade sexual, o lenocínio (prática criminosa que consiste em explorar, estimular ou facilitar a prostituição sob qualquer forma ou aspecto, havendo ou não mediação direta ou intuito de lucro) e o tráfico de pessoa para o fim de prostituição ou outra forma de exploração sexual expressos no Título VI, atualmente com o nome de “Dos crimes contra a dignidade sexual” (BRASIL, 2009a).

Grande parte das modificações realizadas na Lei dedicou-se a oferecer maior proteção àqueles que não atingiram a maioridade. A mudança deu nova redação a vários artigos como no Art. 213 (Estupro); Art. 215 (Violação sexual mediante fraude); Art. 216-A (Assédio sexual); Art. 217-A (Estupro de vulnerável); Art. 218 (Corrupção de menores); Art. 218-A (Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente); Art. 218-B (Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável); Art. 227 (Mediação para servir a lascívia de outrem); Art. 228 (Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual); Art. 229 (Casa de prostituição); Art. 230 (Rufianismo – tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça); Art. 231 (Tráfico internacional de pessoas para fim de exploração sexual); Art. 231-A (Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual); Art. 233 (Ato obsceno); Art. 234 (Escrito ou objeto obsceno). Em contrapartida, houve tipos penais que se encontravam nas anteriores previsões legais que não foram modificados e outros, revogados pela Lei n.º 12.015, de 07/08/2009 entre eles os pretéritos artigos 214 (Atentado violento ao pudor); Art. 216 (Atentado ao pudor mediante fraude); Arts. 223, 224, 232 (formas qualificadas e da Presunção de Violência) (BRASIL, 2009a).

Agora, define-se **estupro** (Art. 213) pela conduta de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se

pratique outro ato libidinoso” com a mesma pena de outrora (reclusão de 6 a 10 anos). Diferentemente do que se via no passado, o delito de estupro passou a conter a conduta de constranger alguém à prática de atos libidinosos diversos da conjunção carnal; não sendo mais a mulher o único sujeito passivo do crime de estupro e nem o homem o único sujeito ativo (BRASIL, 2009a; GUIMARÃES, 2011).

Outra mudança significativa foi o fim do Art. 224, **Presunção de Violência** em razão da idade e o surgimento da vítima vulnerável tipificada no Art. 217-A, que dentre seus sujeitos passivos contempla a vítima menor de 14 anos de idade (BRASIL, 2009a).

O termo vulnerável vem do latim, *vulnerabilis*, que significa lesão, corte ou ferida exposta, sem cicatrização, com risco de infecção; o que demonstra a fragilidade ou incapacidade de alguém diante de circunstâncias especiais (GRAÇA; REIS, 2012). Para o legislador penal, a vulnerabilidade ocorre em três situações distintas: quando se tratar de vítima de estupro com menos de 14 anos; quem por deformidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato e quem por qualquer outra causa não pode oferecer resistência. Nesse sentido, entende-se que os mesmos são incapazes de compreender e avaliar as consequências dos atos sexuais, não sendo o consentimento deles considerado válido, uma vez que lhes faltam maturidade fisiológica e capacidade psicoética para ter alcance do ato violador dos bons costumes. Com a alteração promovida pela Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009, a conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso contra menor de 14 anos deixou de ser uma simples modalidade de tipo comum de estupro para assumir um tipo penal autônomo dos crimes sexuais contra vulnerável com a finalidade de proteger o menor e combater as condutas de pedófilos.

Outras mudanças importantes foram feitas, mas que não serão apresentadas nesse estudo.

A Organização Mundial de Saúde – OMS indica algumas categorias de crianças e adolescentes mais vulneráveis às diferentes formas de violência, como: crianças com deficiências, órfãs, indígenas, de minorias étnicas e outros grupos marginalizados, como as crianças que vivem ou trabalham nas ruas, crianças em instituições de detenção e que vivem nas comunidades em que a desigualdade, o desemprego e a pobreza são altamente concentrados (PINHEIRO, 2006). Harvey, Garcia-Moreno e Butchart (2007) acrescentam como características da violência sexual as desigualdades de gênero; pobreza; relacionamentos doentios marcados pelo desequilíbrio do poder; abuso de álcool e drogas; e ter presenciado ou ser vítima de violência sexual quando criança (HABIGZANG et al. 2005).

Importante ressaltar que, em se tratando de criança e adolescente, dificilmente ocorre somente um tipo de violência. Normalmente associam-se dois ou mais tipos de agressão no mesmo caso, que será chamado nesse estudo de ocorrência e coocorrências (ASSIS, 1994; SCHERER; SCHERER, 2000; MINAYO, 2002; MARTINS, 2008).

3.1.2 Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e coocorrências

Estima-se que, em nível mundial, 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos, com idade até 18 anos, tiveram relações sexuais sem consentimento ou outras formas de violência sexual envolvendo contato físico (PINHEIRO, 2006). No contexto dessa violação, o perfil do agressor tem sido estudado em decorrência de novas e graves evidências. Pesquisas apontam que a atração sexual por crianças e adolescentes pode começar precocemente, podendo estar relacionada à maturidade emocional e sexual, fatores ambientais, sociais e problemas psicológicos, resultantes de abuso sexual, em fases precoces do desenvolvimento (POORTINGA; LEMMEN; MAJESKE, 2007; FINKELHOR; HAMMER; SEDLAK, 2008; FINKELHOR; ORMROD; CHAFFIN, 2009; MARTINS; MELLO-JORGE, 2009). O aumento das taxas de violação sexual cometida por adolescentes e jovens (mais de 20%) tem provocado o debate mundial e incentivado pesquisas nessa área (AYLWIN et al., 2000; GAGNON; TOURIGNY; LEVESQUE, 2008). A complexidade do problema representa um desafio para as políticas públicas, na implementação das estratégias de proteção e seguridade pessoal e social das novas gerações.

A violência sexual não acontece isoladamente, vem sempre acompanhada da violência psicológica podendo ocorrer concomitantemente com a violência física e/ou negligência (nos casos de omissão da denúncia) comprometendo a integridade da criança ou adolescente nos diversos aspectos físicos, cognitivos e relacionais (ARCOS; UARAC; MOLINA, 2003; BRITO et al, 2005)

A violência sexual com coocorrência com violência física se dá, em geral, quando o agressor é desconhecido da vítima, pois a criança sempre tenderá a rejeitar o seu agressor e não colaborará com seus propósitos. Então o agressor amarra a criança com cordas, barbante, arame, esparadrapo, fita isolante, entre outras, com o intuito de imobilizá-la, depois pode dar tapas, beliscões, pancadas, cortes e assemelhados até que ela ceda ao abuso sexual completo. Esse agressor não tem preocupações em deixar marcas que possam evidenciar o abuso, uma vez que não pretende mais aparecer para aquela vítima, e muito raramente comete abusos seriados com

a mesma criança. Sempre procura novas vítimas, pois sabe que poderá ser reconhecido e denunciado pela vítima se aparecer de novo para ela (CRUZ, 2005).

A violência sexual com coocorrência com violência psicológica tem como agressor alguém que faz parte do ambiente familiar ou é conhecido da família, que tenha algum contato e conhecimento da vida, estrutura familiar da criança e de seus afetos. A criança tem alguma intimidade com esse agressor e não causará nenhuma desconfiança ou suspeita se for vista junto com ele, pois a família da vítima conhece e confia nessa pessoa. A vítima pode ser vista no colo do agressor, andando em sua companhia, entrando e saindo de sua casa ou de seu quarto, em geral, sem despertar maiores suspeitas. Esse agressor consegue ter também a confiança da criança. Mesmo porque em alguns casos a manipulação do corpo da criança pode ser uma coisa prazerosa e a criança não ver nada de errado nesse abuso, por falta de informações da família e da escola. Uma vez rompido a confiança entre vítima e agressor trazendo desarmonia na relação e o agressor não se sentindo mais satisfeito, ele pode ameaçar a criança, pois sabe exatamente como pressioná-la para ceder aos seus desejos. Ameaça fazer algum tipo de maldade com a sua mãe, pai, irmãos ou seu bichinho de estimação. A vítima, para proteger seu ente querido, continua cedendo aos desejos do agressor. Tem-se então, o fenômeno da continuidade do abuso psicológico após abuso sexual, o que ocorre muito frequentemente (CRUZ, 2005).

3.2 Contextualização da violência contra crianças e adolescentes

As concepções de infância e adolescência vêm sendo tratadas como fruto de construção histórica e sociocultural de uma sociedade, de acordo com o seu contexto e sistemas de classes, de idades, de status e de papel (SANTANA, 2008). Nessa perspectiva, criança e infância possuem raízes etimológicas distintas, mas todas originadas do latim, sendo que, o termo criança (*creantia* ou *criantia*) tem o significado de estar submetido às ações de natureza histórico-cultural, conforme o momento. O vocábulo infância (*infans*) quer dizer: aquele indivíduo com incapacidade de falar. Já a adolescência (*adolescentia*) significa adolecer e geralmente encontra-se vinculada ao acontecimento da puberdade ou processo de maturação sexual, com ênfase no fisiológico (FROTA, 2007; PIMENTEL; ARAÚJO, 2007).

Na atualidade, os diferentes segmentos sociais e jurídicos envolvidos em determinar limites de idade entre infância e a adolescência, principalmente para o término da adolescência, não são unânimes ao determinar esses limites.

De acordo a OMS (1965) considera-se criança a faixa etária até nove anos completos e adolescentes entre 10 anos e 19 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu

Art. 2, considera criança até doze anos incompletos e adolescentes dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A história social da infância tem como marco referencial a obra do historiador francês Philippe Àries (1981). Para ele não existia infância antes da modernidade, a criança não era diferenciada do adulto, pois ambos participavam dos mesmos lugares, principalmente na época medieval onde a criança passava a frequentar o universo dos adultos a partir dos 7 anos (ZANONI, 2005; SANTANA, 2008).

Como já foi comentada anteriormente, a violência contra crianças e adolescentes não é um fato recente. Eram submetidas a práticas cruéis, como também atrocidades (infanticídios, ficicídios), justificadas pelo uso/abuso da autoridade (pátiro poder), por razões de ordem social, religiosa, econômica, jurídica, entre outras, e aceita pelas diferentes sociedades sem qualquer tipo de sanção, uma vez que na relação estabelecida, o pai tinha poderes de vida ou morte sobre os filhos (SILVA, 2002 p. 27; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Exemplos são colhidos ao longo da história. No Oriente Antigo, o código de Hamurabi (1728/1686 a. C.), em seu art. 192 previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos, afastando-se dos pais adotivos (art. 193). Punição severa era creditada ao filho que batesse no pai ou na mãe como, por exemplo, a mão que usasse para agredir era decepada (art. 195) (DAY et al., 2003).

Condenar à morte crianças portadoras de deficiências, malformações, ou mesmo pertencerem ao sexo feminino (pois as meninas “não eram fortes para o trabalho árduo”), também era prática comum, pois se acreditava que essas, não seriam socialmente úteis, estando assim legalizada a sua eliminação. Além disso, a miséria, a falta de alimento era uma das principais causas de morte de crianças, estimulando o infanticídio (ARIÈS; DUBY, 1992; LOPES; TAVARES, 2000).

Nas civilizações antigas, motivos religiosos ou credices, também justificavam a prática da violência contra as crianças. Era praticada, em homenagem a algum deus, para que a tribo obtivesse alguma benesse. Esse sacrifício significava a morte ou deformidade, como por exemplo, entre os “maias” havia o hábito de se criar um estrabismo no neonato; as meninas chinesas, no início de século, tinham os seus pés amarrados, para que eles se mantivessem pequenos (LOPES; TAVARES, 2000).

As crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem de fome ou devoradas por animais com a desculpa de equilíbrio do sexo, medida econômica nos grandes flagelos ou por não aguentarem caminhadas longas (ARIÈS, 1981; ASSIS, 1994; SCHERER; SCHERER,

2000; PIRES; MIYAZAKI, 2005). Em Roma, a Lei da Tábua Quarta, entre os anos 303 e 304, permitia ao pai aceitar ou renegar o filho que nascesse disforme, condenando-lhe à morte (ARIÈS; DUBY, 1992; SCHERER; SCHERER, 2000; DAY et al., 2003; CARVALHO, 2010).

De acordo com aspectos culturais, a violência contra crianças e adolescentes também era justificada como processo educativo e de socialização, funcionando como uma “resposta imediata às desobediências e rebeldias”. Relatos sobre a vida de crianças e adolescentes de Hebron ilustram a presença da violência como disciplina. Uma de suas leis, no século XIII a.C., instruía os pais sobre como castigar filhos desobedientes, que não davam ouvidos às recomendações paternos. Quando os pais apresentassem dificuldade na realização dessa tarefa cabia aos anciões da cidade puni-los, expondo-os para que fossem apedrejados pelos homens até a morte (ASSIS, 1994; LIBÓRIO, 2003; MINAYO, 2004; ARAÚJO, 2005; FALEIROS, 2005; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Com o passar dos anos, esses comportamentos começaram a despertar na sociedade uma crescente conscientização do direito das crianças à vida. Nos anos de 315 a 329 d.C. criou-se na Itália, uma lei que propunha prender as mãos dos pais para afastá-los do infanticídio. Em 374 d.C. considerava-se o infanticídio um pecado capital, mas, porém fora da competência política. No ano de 830 d. C. uma mulher que matasse o seu recém-nascido ou tentasse abortar deveria ser excomungada, mas poderia ter intervenção do sacerdote para reduzir o castigo e impor penitência por um decênio. Apenas no início do século XII a Inglaterra promulga a primeira lei que considera a morte de crianças por nutrízes ou professores como igual ao homicídio de adulto (ASSIS, 1994).

No século XV a figura infantil era a representação do ingênuo, do inocente, do bom contrapondo a violência. A criança invade a pintura e a escultura como símbolo da beleza, inocência e de esperança de uma vida melhor. Em contrapartida, vê-se no século seguinte uma época de agressões e violências contra as crianças. Surgiram os colégios que abrigavam estudantes pobres e sem famílias, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus tratos e humilhações deliberadas (SCHERER; SCHERER, 2000).

No período que antecedeu ao século XVIII, surge a utilização dos castigos, da punição física, dos espancamentos por meio de chicotes, ferros e paus às crianças. Justificavam os pensadores da época que os pais deveriam cuidar para que seus filhos não recebessem más influências. Assim, a família “auxiliava” o Estado, produzindo filhos obedientes, futuros cidadãos, submissos a toda e qualquer ideologia vigente, por conseguinte, a qualquer autoridade (DAY et al., 2003; NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVIERA, 2008; CARVALHO, 2010).

Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade (POSTMAN, 2002 apud DAY et al., 2003).

A partir do século XVIII, estabeleceu-se uma imagem diferente e própria da criança, representada anteriormente por características peculiares do adulto. Essa mudança, no campo social, estava ligada ao sistema de produção capitalista, que elegeu a criança como força de trabalho, por meio da exploração da mão de obra infantil (PIMENTEL; ARAÚJO, 2007). No período da Revolução Industrial, as crianças trabalhavam 16 horas diárias nas fábricas, sofrendo as mais brutais explorações e costumavam a serem presas as correntes a fim de se evitar que fugissem. Surgiram então, os primeiros trabalhos sociais em defesa da criança após perceberem que os índices de crescimento demográfico sofreram queda acentuada. Passou-se a perceber a importância da criança como meio de garantir o equilíbrio da população e da mão de obra futura (CARVALHO, 2010). Em 1841 é editada uma das primeiras leis sobre a limitação do tempo de trabalho nas fábricas, voltada à proteção da criança, “marcando a primeira guinada de um direito liberal rumo a um direito social” (DAY et al., 2003).

Somente no século XIX, a criança passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial. É nesse período que passa a ocupar a posição central dentro da família em que se estabelecem relações de sentimento entre o casal e seus filhos (ARIÈS; DUBY, 1992).

Em 1860, foi publicada a primeira nota em revista médica, em Paris, pelo professor Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina acerca de lesão cerebral decorrente de espancamento de crianças, estabelecendo talvez, o primeiro conceito de criança maltratada. Nessa época, a criança que sofreu abusos praticados pelos pais se viu protegida pela Sociedade Protetora de Animais, já que não havia instrumentos judiciais para se proteger um ser humano menor. Apenas 14 anos após foi criada a primeira entidade de proteção à infância (GAVIN et al., 1997; DAY et al., 2003).

A preocupação com o abuso infantil iniciou nos Estados Unidos em 1874, com o caso de Mary Ellen Wilson, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na Guerra Civil, ficou sob os cuidados da madrasta e do marido que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam. Como, também, nos Estados Unidos não havia, na época, nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen também foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra Animais, com base no pressuposto que, como criança, fazia parte do reino animal (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

O século XX foi apontado, por alguns autores, como o “século da criança”. A mesma passa a ser notada, descrita, exaltada e aceita (com limitações) como fazendo parte da

humanidade. A família responsabiliza-se por tudo de mau que lhe pudesse acontecer. É nesse século que passam a ser exaltadas a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico da existência do homem. Entretanto, os maus tratos não deixaram de acontecer (SCHERER; SCHERER 2000; MARTINS, 2008).

Em 1924, a União Internacional do Fundo para a Salvação de Crianças estabeleceu por meio da Declaração de Genebra, a primeira tentativa de codificar os direitos elementares das crianças (CARVALHO, 2010).

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas reafirma o direito a cuidados e assistência especiais a esta parcela da sociedade. A evolução das legislações parte dos escombros da II Guerra Mundial, na Assembleia Geral da ONU, em 1959, no qual foram estabelecidas novas diretrizes de proteção dos direitos humanos aplicáveis à infância que contribuiu para o reconhecimento e legitimidade dos direitos da criança, mas foi muito pouco cumprida pelos países signatários, sendo ratificada e complementada na Convenção dos Direitos da Criança de 1989 (CARVALHO, 2010).

Até 1960 pensava-se que a violência contra crianças e adolescentes fosse rara, pois a disciplina física de crianças não era mais aceita; e se por ventura houvesse algum caso, acreditavam que seria entre famílias muito comprometidas (CARVALHO, 2010).

O grande avanço em relação à violência contra crianças e adolescentes ocorreu a partir de 1961, em Chicago, quando Henry Kempe descreveu a Síndrome da Criança Espancada. Para esse autor a síndrome ocorria em criança de baixa idade, com graves ferimentos em épocas diversas e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseado em aspectos clínicos e radiológicos (PIRES; MIYAZAKI, 2005). A partir de então, o maltrato a infância começou a ser aceito como objeto de investigação, passando a chamar a atenção dos profissionais da saúde e do público em geral para a necessidade de proteção à criança.

Nos anos 70, nos Estados Unidos foram aprovadas leis nas quais se requeria a designação de pessoas para notificar a violência doméstica contra crianças e adolescentes. Isso acabou provocando um melhor entendimento da extensão da violência contra crianças e adolescentes, em especial a violência sexual.

No período de 20 a 25 de maio de 1996, cento e sessenta especialistas do mundo inteiro, representantes de todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS), se reuniram, na 49ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, para estudar o fenômeno violência. Era necessário caracterizar as suas diferentes formas e tipos, definir sua magnitude e avaliar suas causas e as consequências para a saúde pública; avaliar os tipos de soluções e a eficácia destas

medidas e programas para prevenir a violência e abrandar seus efeitos, com particular atenção para as iniciativas baseadas nas comunidades; promover campanhas que atacassem o problema em nível nacional e internacional; assegurar a participação coordenada e ativa do pessoal técnico da OMS; e fortalecer a colaboração da OMS junto aos governos, autoridades locais e outras organizações do sistema das Nações Unidas, no planejamento, implementação e monitoramento de programas de prevenção e redução da violência. Desse movimento, surge o primeiro Relatório Mundial sobre violência e saúde oferecendo assim um panorama geral do fenômeno como um problema mundial de saúde pública. (KRUG et al., 2002). A violência, a partir desse encontro, é colocada como um dos cinco problemas principais a ser objeto de políticas específicas para a América Latina nos dez primeiros anos do século XXI (WHA, 1996).

No Brasil o fenômeno da violência infantil não foi diferente. A história da infância e da adolescência foi cercada por desigualdades socioeconômicas, barreiras culturais e pelas atitudes tradicionais do paternalismo e do assistencialismo que atravessaram os períodos do Brasil Colônia, Império e da República Velha (PRIORE, 1991), apesar de que, quando o colonizador aqui chegou, encontrou uma população nativa vivendo de modo absolutamente diferente do seu, e que não aplicava castigos físicos em suas crianças e nem abusava delas, mas estabelecia uma relação de acolhimento e proteção (SILVA, 2002). É relatado nas cartas de Cabral e em outras formas de registros, casos de violência. Conta-se que 10% dos tripulantes de seus navios eram meninos entre nove e quinze anos, recrutados ou alistados pelos próprios pais. Eram colocados nos navios como serviçais e sofriam toda a sorte de abusos e agressões, negligência, homicídios e outras formas de violências perpetradas por “rudes e violentos marujos”. Por ocasião dos naufrágios, comuns na época, eram deixadas de lado pelos adultos, entregues à fúria do mar. (BUENO, 2003; DAY et al., 2003). Foram os jesuítas que, em sua missão de civilizar e catequizar os gentios trouxeram os castigos físicos e psicológicos como meios de disciplina e educação para as crianças e adolescentes. Nas aldeias administradas pelos jesuítas, as crianças ou adolescentes que fugissem da escola eram colocadas em troncos e pelourinhos para serem castigadas (CHAMBOULEYRON, 1999). Então as primeiras famílias brasileiras iam se formando com configurações diferentes de acordo com a região em que viviam, mas tendo, em comum, características como o homem e pai ser o senhor absoluto a quem todos deviam cega obediência e a submissão e subordinação das mulheres, dos filhos e de quem mais convivesse com a família (SILVA, 2002). Além do mais, o Brasil tem com legado histórico a escravidão que demarcou o processo mais cruel da história, em que sacrificavam negros e índios para alimentar a riqueza e a dependência de uma terra invadida, submissa e

fadada à exploração de recursos naturais, geográficos, sociais e humanos. Essa condição atingiu de maneira brutal, seja ela descendente de escravo, separada da própria mãe que servia de ama de leite, ou aquela de origem indígena, retirada de sua comunidade para ser obrigada a incorporar os costumes do cristianismo, ambas tornam-se vítimas da exploração sexual e assassinato pelos emigrantes colonizadores (SANTANA, 2008). Assim, a base das relações familiares foi a rigorosa disciplina mantida com castigos físicos, muitas vezes cruéis, com a aprovação da Igreja. E essa forma de educar, de exercer poder, ultrapassou todos os modelos políticos brasileiros (SILVA, 2002).

No século XVIII, no Brasil, era comum a existência de crianças abandonadas nas ruas sendo comidas por cachorros e ratos. Isso levou a criação da Roda dos Expostos em Salvador em 1726 e no Rio de Janeiro em 1738, modelo trazido pelos portugueses durante o período colonial. Era assim chamada, devido ao cilindro de madeira localizado na entrada da instituição, onde a criança era abandonada por um adulto sem necessidade de identificação. O local não possuía condições estruturais, sociais e higiênicas, resultando em alta taxa de mortalidade infantil. As crianças permaneciam até a idade de sete anos completos, ficando depois sob a responsabilidade dos juízes. Essa antiga forma de institucionalização perdurou até 1948, quando médicos higienistas, horrorizados com os altíssimos níveis de mortalidade reinantes dentro das casas dos expostos, iniciaram um movimento para a extinção dessas instituições. A roda dos expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil (LEITE, 1991; MARCÍLIO, 1999; MARTINS, 2005).

Somente no final do século XIX e início de século XX é que, no Brasil, foi atribuída às crianças e aos adolescentes uma significativa importância em função do grande crescimento populacional dos brasileiros, principalmente na faixa etária de 0 a 19 anos (51%) e devido ao processo de modernização que acontecia na Europa em que os educadores elegeram a criança com elo fundamental de mudança social assim, o Brasil, inspirado nesse modelo, passa a exigir do Estado o cuidado e a assistência para crianças em situação de abandono e delinquência (SANTANA, 2008).

O primeiro trabalho científico publicado no Brasil sobre o tema violência contra crianças e adolescentes foi a descrição de um caso de espancamento de uma criança em 1973 realizado por professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Em 1975 Dr. Armando Amoedo publica uma descrição de cinco casos de maus tratos documentados. O primeiro livro publicado no Brasil sobre o assunto foi em 1984 pela Dr^a Viviane Nogueira Azevedo Guerra com o título: “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas”. A partir de então, vários outros estudos foram publicados por pesquisadores que se

dedicaram não apenas a compreender a dinâmica e as características do fenômeno, bem como propor teorias explicativas e a criação de um programa de atendimento às vítimas e a seus familiares. Ainda na década de 80, na Universidade São Paulo, foi criado um Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) considerado um centro de referência nacional de pesquisa e de formação de especialistas multiplicadores do assunto violência doméstica contra crianças e adolescentes em todo o Brasil. Nessa mesma década, também em São Paulo, começaram os primeiros espaços para receber denúncias de casos de violência praticada por pais e responsáveis contra seus filhos de toda a comunidade fazendo encaminhamentos médicos e legais. Esses espaços se espalharam por Belo Horizonte, Recife, Goiânia com diferentes nomes (SOS Criança, Disque Criança). Outros serviços também foram criados com o objetivo de combater a violência contra crianças e adolescentes entre eles, o Serviço de Advocacia da Criança, Secretarias de Justiça e do Menor (SILVA, 2002).

Então, em 20 de novembro de 1989, é proclamado pela Convenção dos Direitos da Criança, que as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e cidadãos e que têm direitos fundamentais da pessoa humana (FALEIROS, 2005). A partir de então, muitos avanços foram registrados ao longo da história, tanto no aspecto social, médico, como jurídico, mas ainda as crianças vítimas de violência, no Brasil, ainda formam um grande contingente, no qual se encontra basicamente, “a infância pobre, vítima de violência social mais ampla; a infância explorada, vítima de violência no trabalho; a infância torturada, vítima da violência institucional; a infância fracassada, vítima da violência escolar; a infância vitimizada, vítima da violência doméstica”.

3.2.1 Indicadores epidemiológicos e impactos da violência contra crianças e adolescentes

Como já foi visto a violência adquiriu um caráter endêmico em vários países, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz no curto e no longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países, destacando os efeitos prejudiciais que gera no setor de serviços de saúde (MINAYO, 2005; MARTINS, 2008).

O impacto da violência pode ser visto de várias formas e em diversas partes do mundo pelo seu inquietante papel na morbimortalidade. A mortalidade é medida pelo Sistema de Informação em Mortalidade – SIM e a morbidade pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH (MARTINS, 2008). É importante lembrar que as mortes por violência estão incluídas na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) no grande grupo das Causas Externas e compreendem uma amplitude excessiva de eventos e processos como acidentes, suicídios,

homicídios, entre outras, ações que, se ignoram se foram acidentais ou intencionais não permitindo uma classificação muito precisa das causas. Por exemplo: a morte de uma criança de 0 a 4 anos, cuja causa registrada no atestado de óbito é “queda”. Nessa queda pode estar escondido um homicídio. Mas, é a partir desses dados é que se permite inferir hipóteses, conclusões, apontar tendências e a partir daí, propor ações na tentativa de amenizar o fenômeno violência (MINAYO, 1994).

A OMS revela em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais” por causas violentas ou causas externas. De acordo com este relatório crianças mais jovens estão mais expostas ao abuso físico (75% nas Filipinas e 47% nos Estados Unidos), enquanto que adolescentes, à violência sexual, calculando-se que cerca de 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens sofreram abuso sexual quando crianças (KRUG et al., 2002). O relatório também aponta que, na maioria dos países, meninas apresentam maior risco do que meninos para o infanticídio, abuso sexual, negligência física e nutricional, assim como para a prostituição forçada. Já os meninos apresentam maior risco de sofrer castigos físicos mais graves. No que se refere a crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos houve uma estimativa de 57 mil óbitos por homicídio para o ano de 2000 segundo dados provenientes dos atestados de óbitos ou dados relacionados à mortalidade. Para crianças, o risco de abuso fatal varia de acordo com o nível de renda de um país e a região do mundo. Para crianças abaixo de cinco anos de idade que vivem em países de renda elevada, o índice de homicídio é 2,2 para cada 100 mil meninos e 1,8 para cada 100 mil meninas. Já nos países de baixa ou média renda, os índices são duas a três vezes maiores – 6,1 para cada 100 mil meninos e 5,1 para cada 100 mil meninas. Os índices de homicídios mais altos para crianças abaixo de cinco anos de idade foram encontrados na região da África (17,9/100.000 meninos e 12,7/100.000 meninas) e os mais baixos na região da Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental (KRUG et al., 2002).

Quando se trata de morbidade por violência é ainda muito mais problemático dimensionar os números, pois, existe uma escassez de estudos e quando existe a pesquisa fundamentada em notificações dos sistemas de saúde ou policial, é importante lembrar que nem todas as vítimas recorrem aos serviços de notificações, o sigilo ainda permanece e as consequentes dificuldades para denunciá-las ainda é uma triste realidade (UNICEF, 2003). Assim também, “dimensionar a morbidade é insuficiente na prática, pois ao mesmo tempo ela contém e inibe, revela e mascara a compreensão do fenômeno” (MINAYO, 1994). Além disso, os traumas, físicos, psicológicos, morais e relacionais são muito mais amplos e complexos do que as notificações conseguem captar. Em se tratando de abuso não fatal, estatísticas do

Relatório Mundial sobre Violência e Saúde revelaram pouco sobre os padrões de abuso infantil devido a muitos países não terem nenhum sistema legal ou social com a responsabilidade específica de fazer registros de abuso infantil, muito menos de prestar contas a respeito, além de não existirem padronização das definições legais e culturais diferentes em relação ao abuso (KRUG et al., 2002). Nos Estados Unidos, estima-se que mais de 15% das violações sejam registradas e, nos casos de incesto, não ultrapassam 5% (DREZETT, 2003). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) aponta que menos de 10% dos casos praticados por familiares, pessoas conhecidas, amigos, namorados, entre outros, são notificados, nas Delegacias e Conselhos Tutelares (BRASIL, 2002e). Essa realidade tem mobilizado Políticas e Programas em nível nacional, com fortalecimento das Instâncias de Atendimento e Garantia de Direitos de crianças e adolescentes em situação de risco social (FIGUEIREDO et al., 2007; COSTA et al., 2010).

No documento preliminar do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes revela que no período de fevereiro a setembro de 2005, foram feitas pelo meio do Serviço Disque-Denúncia da Subsecretaria de Desenvolvimento Humano e Secretaria Geral da Presidência da República, 1942 denúncias de violência contra crianças de até 6 anos de idade (UNICEF, 2003).

O Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) realizou pesquisa em 70 municípios em 15 unidades de federação e constatou que em 2007 foram feitas 11.714 notificações, sendo que 46,3% dos casos foram de negligência (5.422), seguida de violência física, 25,1% (2.940), violência psicológica, 19,5% (2.285) e a violência sexual ocupou o quarto lugar, 9,0%, com 1.057 casos na violência contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade, com 11 óbitos (0,1%), entre todos os casos (LACRI, 2008).

Proporções diferenciadas dessa violência são observadas em determinados grupos etários, valendo ressaltar a alta proporção de vitimização dos meninos, na infância e das meninas, na adolescência, cuja diferença pode estar associada a múltiplos aspectos que interagem com as relações de gênero e de poder, entre o masculino e o feminino, evidenciados nos distintos ambientes sociais e culturais (PINHEIRO, 2006; FINKELHOR; HAMMER; SEDLAK, 2008; ALMEIDA, PENSO; COSTA, 2009; FINKELHOR; ORMROD; CHAFFIN, 2009; FINKELHOR; ORMROD; TURNER, 2009, HÉBERT et al. 2009).

Quanto à violência sexual as estimativas também variaram muito, pois dependem das definições utilizadas e da maneira com as informações são coletadas dificultando assim a obtenção de resultados precisos (KRUG et al., 2002).

Mello-Jorge (1980) relata que nos Estados Unidos, durante a realização do VIII Congresso Internacional de Pediatria, já em 1956, para cada morte atribuível a um acidente, ocorria 200 casos de lesões não mortais geradores de sequelas e incapacidades prematuras (MELLO-JORGE, 1980). Outra pesquisa realizada pela ABRAPIA 2002 indicou que a cada quatro segundos, uma criança é abusada sexualmente; que uma em cada três garotas, e um em cada quatro garotos são abusados sexualmente antes de completarem 18 anos de idade; que apenas um a cada quatro abusos contra meninas, e um a cada cem abusos contra meninos são denunciados (ABRAPIA, 2002). Dados da United Nations Children's Fund (UNICEF) mostraram que 3500 crianças menores de 15 anos morrem anualmente por maus-tratos (físico ou negligência). Em nível mundial, calcula-se um coeficiente de mortalidade por maus tratos de 2,2 por 100.000 crianças de sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino (UNICEF, 2003).

Pesquisa realizada também nos Estados Unidos, no período entre 2002 e 2003, sobre vitimização de crianças e adolescentes com idade de dois a dezessete anos concluíram que uma a cada doze crianças ou adolescentes foram vítimas de alguma forma de violência sexual; mais da metade das crianças e jovens haviam sofrido uma agressão física; mais de cada três testemunharam violência ou vivenciaram outra vitimização indireta; aproximadamente 20% das crianças e adolescentes sofreram bullying e 25%, algum tipo de assédio; as crianças entre seis e doze anos foram as principais vítimas de agressões físicas, bullying e assédio, enquanto os adolescentes mais vitimizados por lesões corporais, sequestros, agressões não sexuais contra órgãos genitais e violência no namoro. (FINKELHOR et al., 2005).

Em âmbito nacional, entre maio de 2003 e março de 2010 o Disque Direitos Humanos (Disque 100 – Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, 2010), realizou mais de dois milhões de atendimentos, além de receber e encaminhar mais de 120 mil denúncias de todo país. Das 211.107 vítimas com sexo informado registradas nas denúncias de violência sexual, negligência, violência física e psicológica, o percentual que mais diferiu entre as vítimas foi o índice de violência sexual. Especificamente sobre os registros de violência sexual, verificou-se que em todas as modalidades apresentadas (exploração sexual, tráfico de crianças e adolescentes, abuso sexual e pornografia) as vítimas de sexo feminino foram em maior número, obtendo o índice de 82% nas ocorrências de exploração sexual. Interessante notar que houve um aumento nas vítimas do sexo masculino nas situações de violência sexual e pornografia, mas ainda foram em menor porcentagem (30%) do que no sexo feminino (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Apesar da dificuldade em se obter estimativas precisas, o custo da violência se traduz

em bilhões de dólares gastos anualmente com assistência à saúde no mundo todo sem levar em consideração o custo humano em sofrimento e dor que não permite cálculos e que pode gerar danos sociais, econômicos, políticos e pessoais (CHALK; GIBBONS; SCARUPA, 2002; MENDONÇA; ALVES; FILHO, 2002; PIRES; MIYAZAKI, 2005; DAHLBERG; KRUG, 2007).

Em se tratando do ponto de vista social, os custos podem ser divididos em duas categorias: os custos diretos que estariam associados às necessidades imediatas das crianças e adolescentes que são violentadas incluindo gastos com o sistema de investigação judicial, cumprimento de penas e com o sistema de saúde; e os custos indiretos associados com os efeitos em longo prazo e/ou secundários da violência incluindo atividades criminais, doenças mentais, uso de drogas, violência doméstica, serviços de educação especial, dias não trabalhados ou desemprego, investimentos perdidos e aumento na frequência de utilização do sistema de saúde (DAHLBERG; KRUG, 2007; WANG; HOLTON, 2007). Importante ressaltar que a violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal refletindo diretamente na perda de qualidade de vida entre os cidadãos (BRASIL, 2011).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) relata que a população brasileira contava em 2009 com uma população em torno de 191,8 milhões de habitantes. Destes, 41,6% (cerca de 80 milhões) eram crianças, adolescentes e jovens, considerada a maior população de crianças e adolescentes da América do Sul (CONANDA, 2010). Este importante segmento da população é o mais vulnerável às violências porque é formado de indivíduos ainda imaturos para enfrentar sozinhas as exigências do ambiente (SOUZA; MELLO-JORGE, 2004; COSTA; BRIGAS, 2007).

Dados oficiais referentes a 2009 mostraram que as causas externas representaram a quarta causa de morte 13,54%, entre todos os óbitos brasileiros sendo precedida apenas por neoplasias 16,82%, demais causas definidas 20,13% e doenças do aparelho circulatório, 31,25% (DATASUS, 2012). Na população de 1 a 39 anos, no qual se encontra a população de jovens e adultos em idade produtiva, as violências e acidentes representam a primeira causa de morte (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2011). No ano de 2010, quase $\frac{3}{4}$ da mortalidade juvenil, 73,2% deve-se a causas externas, ou causas violentas (WAISELFISZ, 2012).

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador desenvolvido pela Epidemiologia relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens do sexo masculino. O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social,

mas perdas na população economicamente ativa (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002d; MINAYO, 2005).

Segundo dados do Mapa da Violência/2012, numa série história de 10 anos (2000 a 2010), morreram por homicídio 546.507 pessoas, sendo que só no ano de 2010, ocorreram 49.932 homicídios (um acréscimo de 4.572 homicídios diferença do início da década 2000/45.360 com o ano de 2010/-49.932). Isso equivale a uma taxa de 26,2 homicídios em 100.000 habitantes, o que representa 137 vítimas diárias. Em relação às regiões do Brasil, a Norte foi a que apresentou a maior taxa de homicídios (37,4/100.000 habitantes) seguida pela região Nordeste com 34,0 homicídios/100.000 habitantes. A menor taxa apresentada foi a da região Sudeste com 19,0 homicídios /100.000 habitantes. O estado de Alagoas ocupou o 1º lugar em 2010, com 66,8 homicídios em 100.000 habitantes. A Bahia em 2000 apresentava-se no 23º com uma taxa de 9,4 homicídios em 100 mil e no ano de 2010 passa a ocupar o 7º lugar com 37,7 homicídios em 100 mil habitantes. A menor taxa é a de Santa Catarina com 12,9 homicídios em 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2012).

O Relatório Sobre a Situação da Infância Brasileira traz que, no Brasil, os acidentes e violências também, representam a principal causa de morte na faixa etária de um a seis anos de idade, sendo responsáveis, de 1996 a 2003, por 21,11% das mortes de meninos e meninas deste grupo etário (UNICEF, 2003). Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2002d). Estima-se que diariamente, no Brasil, 18 mil crianças e adolescentes sejam espancadas e que para cada 20 casos de violência contra criança e/ou adolescente apenas um caso seja denunciado (UNICEF, 2003).

O impacto econômico dos casos de violência no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internações, inclusive em unidade de terapia intensiva e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R\$232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas e que poderiam estar sendo aplicados na saúde preventiva e não no tratamento das lesões. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2002d; MENDONÇA; ALVES; FILHO, 2002). Segundo o MS, em 2006, nos hospitais que integram o SUS, ocorreram 11.721.412 internações, sendo 7% (822.412) por causas externas. Dessas, 5,9% (48.283) foram motivadas por agressões, incluindo-se as tentativas de homicídio e as demais formas de violências, como os maus tratos. Na distribuição das internações por agressão segundo sexo, observou-se que 81,3% (39.239) eram do sexo masculino e 18,7% (9.044) do sexo feminino. Na faixa etária de 15 a 49 anos, concentrou-se a maioria das

internações (75,8%). Essa faixa representou 79,8% das internações de homens e 58,4% de mulheres (BRASIL, 2008a).

Importante ressaltar que o fenômeno da violência no Brasil vem se acentuando praticamente em todas as regiões, muitas vezes, associado à urbanização, marginalização de segmentos da população e desemprego (OPAS, 2002). A OMS aponta para a alta vulnerabilidade de crianças e adolescentes, especialmente quando estão associadas condições sociais, econômicas e pessoais que favorecem ao risco, como conflitos familiares, problemas econômicos, sociais, desigualdades, abuso de substâncias psicoativas (PINHEIRO, 2006; HARVEY; GARCIA-MORENO; BUTCHART, 2007). Configura-se, então, um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbimortalidade da população e despertado atenção e investimento dos pesquisadores, tanto pela frequência com que ocorre, quanto pelo reconhecimento das suas consequências para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes vitimizados, além de implicações psicológicas nas vítimas e familiares, repercutindo em custos humanos, sociais e econômicos. Por envolver diferentes fatores, seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, segmentos sociais e da população em geral (DESLANDES, 1994; BRASIL, 2002d; ASSIS; CONSTANTINO, 2003; MARTINS, 2008).

3.2.2 Fatores relacionados com a violência contra crianças e adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes seja ela de qualquer forma, vem alarmando diversos setores da sociedade por seus crescentes índices e pelas lesões e traumas decorrentes (ASSIS; CONSTANTINO, 2003). Alguns autores apontam a violência contra crianças e adolescentes como fenômeno recidivante, difícil de esclarecer e quase sempre envolvido por um manto de silêncio, associando suas raízes a uma complexa constelação de fatores em jogo, como fatores socioeconômicos, estruturais, institucionais, culturais, políticos, aspectos de saúde mental, entre outros (SANTORO Jr, 1994; MINAYO; SOUZA, 1999; FERREIRA; SCHRAMM, 2000; VENDRÚSCULO et al., 2004; WAISELFINZ, 2012). Assis e Constantino (2003) complementam a ideia associando a violência ao grau de fragilidade e dependência próprias da idade, tornando-as hierarquicamente menos poderosas e estando conseqüentemente, sujeitas aos maus-tratos com maior frequência.

Muitos autores corroboram entre si que as condições que predisõem a ocorrência da violência estão associadas à classe social, à comunidade, à família e aos fatores individuais da vítima, mas, consideram importante distinguir também, quais são as condições associadas aos agressores (ASSIS, 1994; PIRES; SCHERER; SCHERER, 2000; MIYAZAKI, 2005;

MARTINS, 2008). Minayo, (2005) elege como condições associadas ao agressor a dependência de drogas, alcoolismo, história de abuso, baixa autoestima, prostituição, imaturidade e transtornos de conduta, psiquiátricos ou psicológicos; e como condições associadas à vítima o sexo diferente do desejado, dependência própria da infância, condições de saúde que exigem maiores cuidados (prematividade, doenças neurológicas, doenças graves, distúrbios psicológicos, do sono, da alimentação e dos esfíncteres) história de abusos anteriores, criança não desejada, entre outros.

O relatório da OMS sobre a violência, feito em 2002, já dizia que não existe um fator único que explique a violência contra crianças e adolescentes e sim o resultado da complexa interação de fatores e propõe o modelo ecológico ecossistêmico de Bronfenbrenner (1979), (Figura 1), para ajudar a compreensão da natureza multifacetada da violência, no qual explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento (KRUG et al., 2002).

Figura 2: Modelo Ecológico e Ecossistêmico de Bronfenbrenner (1979) para compreensão da violência

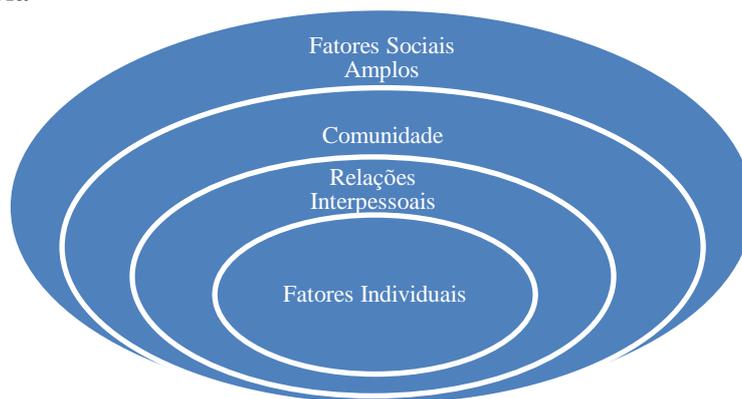


Figura: Fonte: Relatório da OMS sobre a violência, 2002.

O primeiro nível do modelo busca identificar os fatores históricos (biológicos e pessoais) que o indivíduo porta em seu comportamento, concentrando-se nas características que aumentam a possibilidade do indivíduo ser vítima ou um perpetrador da violência; são considerados aqueles que afetam o potencial para o comportamento violento incluindo características biológicas, psicológicas e comportamentais (KRUG et al., 2002; APRATTO Jr., 2007). Esses fatores podem apresentar ainda na infância ou adolescência e, em graus variados, podem ser influenciados por pessoas da família e colegas, e outros fatores sociais e culturais.

Entre os possíveis **fatores biológicos** têm sido estudadas lesões e complicações associadas à gravidez e ao parto que poderiam produzir danos neurológicos, que por sua vez, poderiam levar à violência. Entre os **fatores psicológicas e comportamentais** que podem prognosticar a violência contra crianças e adolescentes estão a hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente e problemas de atenção. Em contrapartida, o nervosismo e a ansiedade estão relacionados à violência de maneira negativa. Outros **fatores individuais** são citados por Martins (2008) como mães muito jovens, crianças com necessidades especiais, recém-nascidos prematuros ou que foram separados de sua mãe devido à hospitalização prolongada (o que dificulta a formação do vínculo), gravidez indesejada e história de abuso por parte da mãe, entre outros (KRUG et al., 2002).

No segundo nível, são nomeados os fatores associados **às relações interpessoais** infanto-juvenis que dizem respeito às relações com a família (principal fator de influência na infância), amigos e colegas (efeito influenciador durante a adolescência) e companheiros ou parceiros íntimos. Todos esses, têm um importante papel na construção da personalidade que contribuirão para o comportamento agressivo e violento da vítima (KRUG et al., 2002).

Em terceiro nível, são colocados os fatores **comunitários** e sua influência na dinâmica da violência. A comunidade também exerce importante influência sobre as famílias, natureza de grupos de colegas e a maneira como eles podem ser expostos a situações que levam à violência. À medida que ocorre segregação residencial, falta de coesão comunitária, baixa qualidade de educação, acesso a drogas e álcool, ausência de serviços de atenção para as crianças / famílias e desvalorização da criança, induz o aparecimento da violência (KRUG et al., 2002; MARTINS, 2008).

O quarto e último nível do modelo ecológico enfatiza os fatores sociais mais amplos que contextualizam os índices de violência. São citados como exemplos: Normas culturais que apoiam a violência como forma aceitável para solucionar conflitos. Esse fato é visto em estudos desenvolvidos em alguns países (Chile, Kwait e outros) que demonstraram que a prática do castigo físico é creditada pelos pais como prática pedagógica ou método utilizado na correção do mau comportamento, como forma de impor limites, ou ainda como uma maneira de garantir o poder absoluto sobre a atitude de seus filhos (CARMO; HARADA, 2006; WAKSMAN; HIRSCHHEIMER, 2008). No Chile, 80% dos pais de alunos de escola estaduais e 57% de alunos de escolas privadas admitem usar a violência física na tentativa de correção dos filhos. No Kwait, 86% dos pais atendidos em clínicas de cuidados primários afirmam acreditar que a violência física é um método para disciplinar criança. Na Inglaterra, 75% dos pais admitem bater em seus filhos menores de um ano e 35% das crianças envolvidas nesse estudo apanharam

uma vez por semana ou mais frequentemente, de um ou ambos os pais (CARMO; HARADA, 2006); Atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência que pode ser evitado; Normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem estar da criança; normas que reafirmam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; normas que validam o uso abusivo da força pela polícia contra os cidadãos; normas que apoiam os conflitos políticos; Políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos os níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos na sociedade.

Constituem ainda fatores sociais, o desemprego, a pobreza, pouca recreação em espaços públicos, a privação social, os valores, crenças e culturas, a inexistência de leis de proteção, promoção da violência pela mídia, a iniquidade, a marginalidade, guerras, alta taxa de crimes, acesso a armas, entre outros. Outros fatores complementam os fatores sociais, apontando para a perspectiva da sociedade como, fatores raciais, delinquência, agressões escolares e entre pares, depressão, prostituição, desigualdade social, baixa escolaridade, analfabetismo, a extrema concentração de renda, desemprego, drogadição e ausência do pai ou da mãe e história de abuso dos pais em suas infâncias e adolescências (DI LORENZI; PONTALTI; FLECH, 2001, GOMES et al., 2002; ASSIS et al., 2004).

Filippini e outros autores (2004) propõe uma tabela de fatores de risco e fatores de proteção relacionados à violência mostrados no quadro 1.

Quadro 1 Fatores de Risco e Fatores de Proteção relacionados à violência

<i>Fatores de Risco</i>	<i>Fatores de Proteção</i>
Fatores relacionados com os pais ou prestadores de cuidados	Fatores relacionados com os pais ou prestadores de cuidados
Doença mental, desordens da personalidade, tentativas de suicídio e sofrimento psicológico Falta de capacidade parental Baixos recursos para lidar com o stress, autoestima e expectativas pessoais Estilo parental autoritário História de maus tratos na infância Abuso de substâncias Conhecimentos pobres sobre o desenvolvimento infantil, suas necessidades e processos Expectativas não realísticas e não atingidas Histórias de perturbação do comportamento e agressividade Adolescentes sem suporte familiar Elevados níveis de stress Isolamento social Baixo estatuto socioeconômico Pais solteiros Gravidez não desejada	Bem estar psicológico Capacidade de lidar com o stress Aceitação da deficiência, reconhecimento dos limites e capacidades da criança Bom conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, seus processos e necessidade Suporte social e familiar Cuidados maternos e pré-natais adequados Relação precoce gratificante e securizante com pelo menos um adulto

Cuidados pré-natais inadequados Baixa adaptação familiar à situação de deficiência Recusa da oferta de ajuda e de recursos
--

Fatores familiares	Fatores familiares
Dificuldade de gerir o lar, lar caótico (devido a famílias numerosas ou pouco espaço para os membros da família) Lares pouco seguros e cuidados básicos inadequados Conflitos matrimoniais e violência doméstica Acontecimentos de vida estressantes, stress parental com consequências emocionais Desemprego e dificuldades financeiras Baixo nível cultural Isolamento social Grande permissividade e estratégias disciplinadoras e agressão verbal	Segurança, ordem e cuidados adequados no lar Relação securizante e estável com o parceiro Capacidade de lidar com os desafios e de adaptação às mudanças que caracterizam os ciclos de vida da família Emprego e estabilidade financeira Suporte social Estratégias educativas positivas (reforço positivo)

Fatores relacionados com a criança	Fatores relacionados com a criança
Deficiência física, cognitiva ou emocional Prematuridade e baixo peso ao nascer Necessidades especiais e hospitalizações frequentes Perturbações comportamentais (agressividade, hiperatividade, perturbações do sono, etc.) ou demasiada exigência de atenção diária Pouca capacidade para entender, reportar ou escapar a situações de abuso	Habilidade para interagir com outros e expressar os seus sentimentos de forma assertiva Educação sexual durante a adolescência Integração em contextos sociais (escola) Estabilidade da atenção e comportamental

Fatores contextuais	Fatores contextuais
Não existência de leis que protejam a criança Desvalorização da criança enquanto pessoa (minorias, deficiência, gênero) Pobreza e desemprego Isolamento social Poucos recursos e falta de suporte emocional Comunidade perigosas Elevado grau de aceitabilidade da violência Promoção de violência em termos culturais Violência transmitida pela mídia	Respeito pelos direitos da criança Leis de proteção à infância Valorização da criança enquanto pessoa Bem estar e emprego Rede de suporte social Rede de profissionais (entre instituições e multiprofissional) Comunidades seguras Não aceitação social da violência Normas culturais e promoção na mídia contra a violência

Fonte: FILIPPINI et al. (2004)

Embora esses fatores contribuam para o aumento da violência, por si sós não explicam o fenómeno. Muitos autores destacam o entendimento da violência como uma rede de fatores socioeconômicos, políticos e culturais que se articulam e interagem de forma dinâmica (MINAYO; SOUZA, 1999, MINAYO, 2002; ASSIS et al., 2004; MARTINS, 2008). Araújo (2005) alega que existe uma multicausalidade e complexidade dos processos de produção e

reprodução da violência na sociedade brasileira e ainda relata que a face mais assustadora do fenômeno é a “banalização da violência”, que passa a ser vista como natural, restando aos que são afetados aprender a conviver com ela.

Nesse sentido, muitos estudos afirmam que é preciso entender a multicausalidade da violência e não reduzi-la ao plano individual (CAVALCANTI, 1999; GOMES; SILVA; NJAINE, 1999; MARTINS, 2008).

3.2.3 Consequências da violência contra crianças e adolescentes

São muitas as consequências da violência na vida de crianças e adolescentes e seus efeitos não devem ser subestimados como menos sérios, acreditando que o impacto parece ser temporário e desaparece no transcorrer do desenvolvimento infantil, pois os efeitos da experiência vivida são irreversíveis para a sociedade, família e principalmente, repercutirão em diversos aspectos do desenvolvimento da vítima e em toda a sua vida adulta (DAY et al., 2003).

Os primeiros estudos falando sobre as consequências da violência contra crianças e adolescentes abordavam, principalmente, as consequências traumáticas do abuso físico. Mas, atualmente, esse campo de investigação se ampliou e passou a incorporar um grande número de pesquisas que focalizam outros aspectos da vida da vítima como os psicológicos, comportamentais, interpessoais, espirituais, sexuais, acadêmicos, entre outros, comprometendo a autoestima e podendo estimular a ocorrência de violência subsequente (REICHENHEIN et al., 1999; DAY et al., 2003). Isso fez com que alguns autores dividissem as consequências oriundas desse fenômeno em físicas, psicológicas, comportamentais e sociais, embora essa seja uma divisão didática, uma vez que é impossível separar uma forma da outra (CALDWELL, 1992; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Mas, independentemente da forma de apresentação da violência (física, psicológica, sexual), as consequências dos maus tratos na infância são reconhecidos nas esferas física, sexual, comportamental, emocional e cognitiva, ou seja, tem repercussão biopsicossocial na vida da vítima afetando o desenvolvimento da autoestima, da competência social e da capacidade de estabelecer relações interpessoais e a leva a expressar o mundo com uma visão pessimista (AZEVEDO; GUERRA, 1989; SOUZA; ASSIS; SILVA, 1997; REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999; ASSIS et al., 2004; MARTINS, 2008; BRASIL, 2009c).

Ainda existe a possibilidade de que não sejam diagnosticados sinais evidentes da violência, mesmo existindo o abuso emocional ou sexual. Em muitos casos, a ameaça é ocultada

e a criança ou adolescentes apresentam reações ou comportamentos que não são revelados objetivamente (WILLIANS et. al., 2009).

A OMS e vários estudiosos relatam como **consequências da violência física** – as fraturas, lacerações, traumas, entre outras; **consequências da violência sexual** – iniciação precoce da atividade sexual, tornando-se mais vulneráveis a outros tipos de violência como a exploração e prostituição, gravidez precoce, abortos, riscos de adquirir enfermidade como Infecções Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida IST/AIDS, etc.; **consequências da violência psicológica** – alterações comportamentais manifestadas por ansiedade, transtornos depressivos, déficit de atenção, hiperatividade, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, dificuldade de relacionamento interpessoal, comportamento agressivo, delinquência, risco de desenvolver comportamentos prejudiciais à saúde como uso de álcool e outras drogas e até tentativas de suicídio; e **outras consequências em longo prazo**, que interferem no crescimento e desenvolvimento e que podem fazer das vítimas futuros agressores, evidenciando assim a complexa e infundável trama que existe na violência (ASSIS, 1994; SILVA; OLIVEIRA, 2002; ASSIS; CONSTANTINO, 2003; RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004; PIRES; MIYAZAKI, 2005; COSTA, 2006; ONU, 2006; BRASIL, 2008a, MARTINS, 2008).

Eisenstein, (2009) relata que ainda é importante observar nas vítimas de violência sexual as repercussões do trauma que podem ser descritas em três etapas de respostas emocionais, ou sinais e sintomas associados a danos físicos e corporais. A **primeira fase a autora chama de fase de reação aguda** começando desde o ato e se estende por dias ou semanas a seguir. Nessa fase pode ocorrer uma reação passiva, controlada, de tristeza, apatia ou abatimento profundo, ou pode ocorrer uma reação ativa de raiva, medo, ansiedade, com ou sem choros. Pode ainda aparecer desorientação, choque, terror, perda do controle, ruptura de atividades normais de comportamento, como insônia, vômitos, irritabilidade ou distúrbios na alimentação; minimização da dor utilizando a regressão e a negação ou o bloqueio do fato; são comuns ainda a presença de sentimentos de vergonha, culpa, menos valia e autoflagelação; a depressão é relatada com maior frequência em todas as possíveis manifestações. Já a **segunda fase, a autora classifica como a fase de adaptação ou de fuga ou de tentativas de escapar da situação abusiva**. Nessa fase é comum encontrar dificuldades de retornar às atividades de rotina escolares, pois a vítima fica preocupada, ameaçada ou amedrontada com tudo e todos à sua volta. Aparecem sentimentos de depressão e distúrbios de comportamentos ou de aprendizado; a vítima sente medo de relatar o fato, pois acredita que isso poderá levar à retaliações ou separações da família; poderá sentir também dificuldades de concentração, ter pesadelos, lembranças do fato ocorrido, baixa autoestima, distorções da imagem corporal; a

vítima pode se isolar e retrain, com silêncio e desconfiança, com dificuldades de comunicação, choros sem causa aparente, fugas de casa; sente dificuldades de frequentar a escola ou recusas em retornar ao local do evento. **A última fase é reconhecida pela autora como fase de resolução ou de repercussões crônicas descritas como síndrome pós-traumática.** Nessa fase aparecem sintomas crônicos como dores abdominais, dores de cabeça, cólicas ou problemas menstruais que podem ocorrer, principalmente, em adolescentes; distúrbios do apetite, como em caso de anorexia ou ao contrário, de excesso, levando ao sobrepeso ou obesidade; distúrbios de comportamento que pode variar de acordo com a etapa do desenvolvimento mental e emocional da vítima, mas que envolvem as várias expressões dos sentimentos de medo, culpa, vergonha, raiva, desconfiança e inabilidades sociais, podendo chegar a gestos ou tentativas de suicídio; distúrbios sociais de conduta com hiperatividade, brigas frequentes, comportamentos sexualizados e distúrbios sexuais futuros, com ou sem uso de drogas ou álcool; podem apresentar nessa fase também, surtos psicóticos ou mesmo sintomas de doenças sexualmente transmissíveis.

Crianças submetidas à violência doméstica, quando comparadas às que não sofreram violência, podem ainda apresentar agressividade, hiperatividade, comportamento abusivo baixo rendimento escolar, delinquência, gravidez precoce, uso de drogas, capacidade cognitiva e de desenvolvimento da linguagem inferiores, e poderão ser abusadores no futuro (AZEVEDO; GUERRA, 2005; PIRES; MIYAZAKI, 2005). Essas crianças e adolescentes apresentam graves sequelas físicas como dor, sofrimento ou estresse concomitantes ao abuso crônico, pois estarão em constante estado de alerta para os maus tratos (PERRY, 2002).

A intensidade do problema depende da conjunção de vários fatores, tais como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança; o vínculo afetivo entre o agressor e a vítima; a representação do abuso para a criança e a duração do mesmo; a natureza da agressão; ou ainda, as medidas em curso para a prevenção de abusos futuros (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999).

A principal forma de evitar as consequências do fenômeno é quebrando o ciclo da violência, protegendo a criança/adolescente, dando a ela oportunidade de superação dos traumas ou danos secundários. Sendo assim, torna-se essencial a implementação de ações de fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e da rede de serviços, defesa e proteção contra crianças e adolescentes (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

Nesse cenário é importante também identificar e estudar a amplitude e dinâmica da violência contra criança e o adolescente e trazer à tona uma realidade que ainda não se conhece. Para isso é necessário que a sociedade e profissionais se sensibilizem e reajam frente a

magnitude do fenômeno, pois a sensibilização e o reconhecimento da violência em suas mais distintas formas é o passo primordial da prevenção. Mas alguns autores chamam a atenção para o fato de que ainda existem falhas em todos os níveis de informação sobre a violência contra crianças e adolescente. Mesmo tendo um fluxograma estabelecido para o atendimento a essas vítimas, não existe uma rede de informações que permita conhecer melhor a morbidade do fenômeno violência. Os casos notificados por parte da sociedade e profissionais ainda não representam a realidade (MARTINS, 2008). Outro fato relatado pelos autores é a ausência de uma rede de informação interligada entre os poucos serviços e iniciativas existentes no país para a identificação e atendimento das crianças e adolescentes vitimizados que torne possível retratar o comportamento da violência na população (DESLANDES, 1994; MARTINS, 2008).

3.3 Políticas voltadas para a violência contra crianças e adolescentes

Como já foi visto o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes no Brasil teve sua expressão política na década de 90. Mas, desde 1919 já existiam Organizações e Instâncias envolvidas com a prevenção e a intervenção no atendimento à crianças e adolescentes vitimizados. Entre elas a Organização Internacional do Trabalho (OIT) criada em 1919, como parte do Tratado de Versalhes, agência multilateral ligada à Organização das Nações Unidas (ONU). Sua sede é em Genebra, Suíça desde a data da fundação. Tem uma rede de escritórios em todos os continentes (OIT, 2011b). Fundou-se, em princípio, sobre a convicção primordial de que a paz universal e permanente somente pode estar baseada na justiça social (OIT, 2001a), mas se especializou nas questões do trabalho. Hoje se envolve com os programas de combate ao trabalho infantil decorrente da venda e tráfico de menores, a escravidão por dívida, o uso de crianças ou adolescentes em conflitos armados, prostituição e a pornografia de e menores; o uso de menores para atividades ilícitas, tais como a produção e o tráfico de drogas; e o trabalho que possa prejudicar a saúde, segurança ou moralidade do menor.

Também existe o UNICEF, inicialmente conhecida como Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças foi criada em Dezembro de 1946 para ajudar as crianças da Europa vítimas da II Guerra Mundial. No início da década de 50 o seu mandato foi largado para responder às necessidades das crianças e das mães nos países em desenvolvimento. Em 1953, torna-se uma agência permanente das Nações Unidas, e passa a ocupar-se especialmente das crianças dos países mais pobres da África, Ásia, América Latina e Oriente Médio. Passa então a designar-se Fundo das Nações Unidas para a Infância, mas mantém a sigla que a tornara conhecida em todo o mundo (UNICEF, 1989). A UNICEF está

presente no Brasil, em praticamente todo o território nacional, desde 1950, liderando e apoiando algumas das mais importantes transformações na área da infância e da adolescência no País, como as grandes campanhas de imunização e aleitamento, a aprovação do artigo 227 da Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente, o movimento pelo acesso universal à educação, os programas de combate ao trabalho infantil, as ações por uma vida melhor para crianças e adolescentes no semi-árido brasileiro. O trabalho das equipes do UNICEF impacta diretamente e para melhor a vida das crianças, dos adolescentes e de suas famílias (UNICEF, 2003).

Quanto às leis, desde 1948 já havia algumas que amparavam a criança e o adolescente. Entre elas encontram-se: a Declaração Universal dos Direitos Humanos – art.3 e 5m (BRASIL, 1948); a Declaração Universal dos Direitos da Criança – Princípio 9º (UNICEF, 1959); a Constituição Federal – art.226, Parag.8º e 227 Parag.4º (BRASIL, 1988); a Lei internacional da Convenção sobre os Direitos da Criança – arts.: 19.1 e 2, 9, 34, 35, 36 e 39 (UNICEF, 1989). Em 1979 já se pensava na criação de políticas públicas voltadas para essa população.

Todos esses documentos inspiraram a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) consolidado pela Lei n.º 8069/90 na Convenção Internacional dos Direitos da Criança adotando a chamada Doutrina de Proteção Integral, cujo pressuposto básico afirma que crianças e adolescentes devem ser vistos como pessoas em desenvolvimento, sujeitos de direitos e destinatários de proteção integral. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002c).

Na década de 80, surgiram no Brasil vários movimentos, organizações e entidades envolvidas na prevenção e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes entre elas: o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua com sede em Brasília; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID); Rede Pastoral do Menor; Projeto Axé; Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; mobilização de instituições da Sociedade Civil, contra o abandono e a Lei do Menor, vigente da época; criação de entidades de atenção às vítimas de maus tratos como a Casa de Passagem, Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI); ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança; inclusão dos Direitos da Criança e do Adolescente na Constituição federal no artigo 227 e 228 da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990; COSTA, 2012).

Quanto à década de 90, Assis (1994) relata que foi marcada por grandes desafios na prevenção e tratamento da violência contra crianças e adolescentes não só para os serviços de segurança pública e justiça, mas para todos os segmentos da sociedade civil e demais setores

governamentais, principalmente o setor saúde, por meio da intersetorialidade, numa ampla rede de apoio social e interinstitucional culminado no desenvolvimento de políticas, programas estratégias e ações de proteção, prevenção e intervenção, em resposta ao fenômeno da violência, particularmente, nos grupos mais vulneráveis.

O setor saúde deixa de olhar o fenômeno como um mero expectador, contador de eventos e passa a estudar, investigar, diagnosticar, criar programas assistenciais e preventivos contra a violência, além de criar centrais de denúncias tornando público um problema considerado “particular” (DESLANDES, 1994; MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2005). Nesse momento, a área de saúde passa a ser o local de identificação da violência (SANTORO Jr, 1994) e de acordo com a reforma constitucional de 1988 (BRASIL, 1988) e com a implementação do ECA (BRASIL, 1990) criam obrigações legais aos profissionais de saúde na defesa e proteção integral das crianças e adolescentes. Nos artigos 13º e 245º. O ECA torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescentes e prevê penas para os profissionais (médicos, profissionais de saúde, responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação) na não notificação desses casos (BRASIL, 1990).

O MS reconhecendo que as violências e os acidentes exercem um grande peso social e econômico, em especial, sobre o Sistema de Saúde (SUS) e que as intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema, assumiu a responsabilidade de implantar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências pela Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001) e definiu um instrumento de notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes pela Portaria MS/GM n.º 1968, de 25 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001). Deve-se ressaltar que a política define propósitos, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e apresenta, como pressuposto básico, a articulação intrassetorial e intersetorial (BRASIL, 2011). Também instituiu a Política Nacional de Atenção a Urgências pela Portaria n.º 1863 – GM/2003 (BRASIL, 2003b). A partir de então, vários outros atos normativos e legais foram criados com o propósito de dar melhor atenção às vítimas de violência, entre elas a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (Ficha VIVA). Em relação à obrigatoriedade da notificação compulsória de violências destaca-se a publicação da Portaria MS/GM n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010), que definiu as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Nessa portaria ainda foi

incluída a notificação das violências doméstica, sexual e/ou autoprovocada em serviços sentinelas.

Tão importante quanto o diagnóstico e atendimento à criança e adolescente vitimizados, o desenrolar dos processos nas Varas da Infância e Juventude e nas Varas Criminais também contribui para a redução do fenômeno, então, como parte da mudança institucional que operou no país, o ECA instituiu novos órgãos como os Conselhos Tutelares e os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e redefiniu as atribuições das instituições governamentais e não governamentais, nos estados e em nível federal. O conjunto desses atores é chamado de Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) e devem trabalhar em rede para assegurar o cumprimento do ECA (GIRADE; DIDONET, 2005). É considerado como espaço estruturador social que busca garantir os serviços públicos básicos, de modo prioritário às crianças e aos adolescentes e tem como objetivo fazer cumprir deveres da família, da comunidade e da sociedade para com as crianças e adolescentes. Também dispõe sobre os parâmetros de institucionalização e fortalecimento do SGDCA, constituindo-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de **defesa, promoção, e controle** para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal (SOUZA; MELLO-JORGE, 2004).

As ações de **defesa** garantem o acesso à justiça, atuam na responsabilização pelo não cumprimento ou violação dos direitos previstos no ECA também definido como Sistema Judiciário composto por órgãos que integram a rede de Segurança Pública como: **Delegacia Especializada da Infância e Adolescência (DAI)** e o **Núcleo da Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Contra Infância e Adolescências** – órgãos da polícia civil, com profissionais capacitados encarregados de investigar e apurar fatos de violência contra as crianças e adolescentes; **Polícia Militar:** responsável pela preservação da ordem pública e defesa civil; **Polícia Federal:** destinada a apurar infrações penais contra a ordem política e social ou interesses da União, assim como outras infrações cuja prática tenha repercussão interestadual ou internacional; prevenir e reprimir o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o contrabando; exercer as funções de polícia marítima, aeroportuária e de fronteiras; exercer, com exclusividade, as funções de polícia judiciária da União; **Polícia Rodoviária:** patrulhamento ostensivo das rodovias; **Instituto Médico Legal:** órgão público subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP) que presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal, realizando perícias em cadáveres e em pessoas vivas, além de exames

complementares (laboratoriais), nas áreas de anatomia patológica, toxicologia, química legal e sexologia forense, quando requisitadas por autoridades policiais e judiciárias, emitindo laudos sigilosos que representam peças fundamentais ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos; **Ministério Público:** busca construir espaços importantes na implantação e na fiscalização do cumprimento do Estatuto; **Defensoria Pública:** é um órgão encarregado de prestar assistência jurídica, gratuita para a população, um direito assegurado pela Constituição Federal; **Justiça da Infância e Juventude:** instância encarregada de aplicar a lei para solucionar os conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente, papel essencial para a sua proteção integral (GIRADE; DIDONET, 2005).

A **promoção** é o eixo responsável pelo atendimento direto dos direitos da criança e do adolescente, compreende os serviços públicos nas áreas de Educação, Saúde e Assistência Social e as instituições não governamentais que também oferecem atendimento à população contra crianças e adolescentes como creches e abrigos. É também conhecido como **Sistema de Políticas Setoriais**. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um serviço especializado e continuado destinado a indivíduos e famílias com seus direitos violados, envolvendo uma equipe multiprofissional. Ações desenvolvidas: identificação de necessidades de indivíduos e famílias; produção de material educativo como suporte aos serviços; cursos de capacitação para equipes multiprofissionais; monitorar os encaminhamentos e a presença de violação, mediante abordagem de agentes institucionais em vias públicas e locais identificados pela existência de situações de risco. O Programa Sentinela se insere como serviço do Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) e tem como objetivo construir redes de atenção; o restabelecimento do direito à convivência familiar e comunitária em condições dignas de vida; garantir o acesso. O Programa Sentinela é um conjunto de ações sociais especializadas e aos serviços de assistência, compromisso ético, político e a multidisciplinaridade das ações (GIRADE; DIDONET, 2005).

Em contrapartida, as ações públicas de **controle** social reúnem órgãos e instituições responsáveis pela vigilância, acompanhamento e avaliação do funcionamento geral do sistema. Entre as instituições encontram-se o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), órgão paritário, composto por membros da Sociedade Civil e do Poder Executivo Municipal, deliberador, formulador e controlador das políticas públicas voltadas para atendimento à criança e ao adolescente, criada pela Lei nº 4.231 de 29/11 de 1990. O CMDCA mantém o registro das entidades que atuam com crianças e adolescentes, bem como de seus programas e projetos (BRASIL, 1990); e o Conselho Tutelar (CT) é um órgão administrativo ligado a esfera municipal, previstos no ECA, artigos 131 a 140, com o objetivo geral de zelar

pelos direitos da criança e do adolescente. Visa também, a desjudicialização das medidas sociais dirigidas à infância. Antes da criação dos Conselhos, o sistema era acionado para resolver questões sociais e econômicas, oferecendo respostas insatisfatórias. As medidas eram quase sempre restritas à institucionalização.

Hoje, o Conselho Tutelar é uma estrutura representativa da sociedade com poderes para agir contra o próprio Estado e/ou família, sempre que um direito ou necessidade básica esteja sendo violado ou sob ameaça de sê-lo. Não proporciona nenhum atendimento de necessidades, não executa nenhum programa e não presta assistência, mas cabe a ele tomar as devidas providências para que os direitos sejam atendidos, para que as necessidades de todas as crianças e adolescentes sejam satisfeitas e zelar pelas suas condições de vida. Para isso, deve lançar mão de suas atividades, articulando os recursos disponíveis e provocando a criação de novos recursos, quando não são satisfatórios e, alguma área, participando da formulação de políticas públicas, informando os órgãos responsáveis pelos programas existentes na comunidade (por exemplo, a falta de creche num lugar, a necessidade de assistência médica em outro, a inexistência de um programa de atendimento às vítimas de violência ou dependentes químicos) e promovendo a difusão dos direitos por meio de campanhas educativas na comunidade. Seu lugar na sociedade é junto ao sistema de ajuda formal, mas com o papel de articular todos os recursos formais e informais na atenção à infância tanto nos casos atendidos pelo Conselho como na virtualidade de proteção às crianças de toda uma comunidade. Isso torna a tarefa do Conselho Tutela bastante complexa, pois, apesar de ser um órgão público de natureza administrativa, seu objetivo principal é zelar pelos direitos das crianças e adolescentes, providenciando para que os ambientes sociais em que os jovens transitam sejam adequados ao seu desenvolvimento sadio.

Teixeira (1999) divide o atendimento do Conselho Tutelar nas seguintes etapas: notificação ou denúncia, constatação, aplicação de medidas em caráter emergencial, estudo de caso, aplicação de medida principal, acompanhamento e arquivamento do caso. Segundo publicação do Ministério da Saúde, a intervenção do Conselho Tutelar se dá a partir de uma **denúncia** que é averiguada pelos conselheiros. Por meio da **notificação** aos pais ou responsáveis, ocorre a averiguação do caso. Constatada a violação dos direitos da criança ou adolescente, poderá ser aplicada uma **medida em caráter emergencial**, com a finalidade de suspender imediatamente a situação de risco em que a criança se encontra. Para casos mais complexos, realiza-se um **estudo de caso** para se chegar a uma decisão. Feito o estudo de caso, o Conselho Tutelar aplica, dentro de suas competências, as medidas previstas pelo ECA, a chamada **aplicação de medida**. Para a execução das medidas, vários **procedimentos** e

encaminhamentos são necessários, podendo-se requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança pública. O encaminhamento para o Juizado da Infância e para o Ministério Público se dá em situações específicas como destruição de pátrio poder, necessidade de afastar o agressor do seu próprio lar, entre outros. Após os encaminhamentos, há necessidade de **acompanhamento das medidas aplicadas**, podendo-se, inclusive, aplicar **novas medidas**, se necessário. O caso geralmente é **arquivado** quando a ameaça da violação é cessada ou quando os direitos são restaurados, o que não impede sua **reabertura** a qualquer momento (BRASIL, 2002b).

Um dos problemas mais sérios enfrentados pelos Conselhos e pelos conselheiros em ação é a necessidade constante de capacitação pela necessidade de conhecimento em várias áreas, para qualificar cada vez mais sua ação (FRIZZO; SARRIERA, 2005). Cada município deverá contar com um ou mais conselhos, dependendo de suas necessidades, de acordo com a legislação vigente. Deverá ser composto por cinco membros eleitos pela comunidade o qual pertence, por votação direta, reconhecidos pela sua idoneidade moral, sendo permitido um mandato de três anos para cada comissão de conselheiros, podendo haver reeleição (Art. 132 do ECA, BRASIL, 1990). Esta instância frui de autonomia funcional, com poderes de aplicar medidas cabíveis, conforme a situação dos casos notificados. Nas localidades onde o Conselho Tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e Juventude da localidade de moradia da vítima. Cabe ressaltar que a notificação não tem poder de denúncia policial, mas tem a finalidade de chamar o Poder Público à sua responsabilidade. A notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos é de responsabilidade de qualquer cidadão que testemunhe ou tome conhecimento de violação dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2002b).

A integração entre os atores pertencentes aos três eixos do sistema é fundamental. Nenhum deles atua de forma isolada. Para que a articulação se realize, algumas práticas vêm se difundindo no país como a instalação de vários órgãos e instituições em um mesmo espaço físico facilitando o atendimento à criança vitimizada; criação de redes de informação que unifiquem os dados relevantes sobre a infância e a adolescência para todos os integrantes do sistema; garantir a existência, a legitimidade o fortalecimento de cada órgão que compõe o SGDCA para o bom funcionamento do conjunto, entre outras.

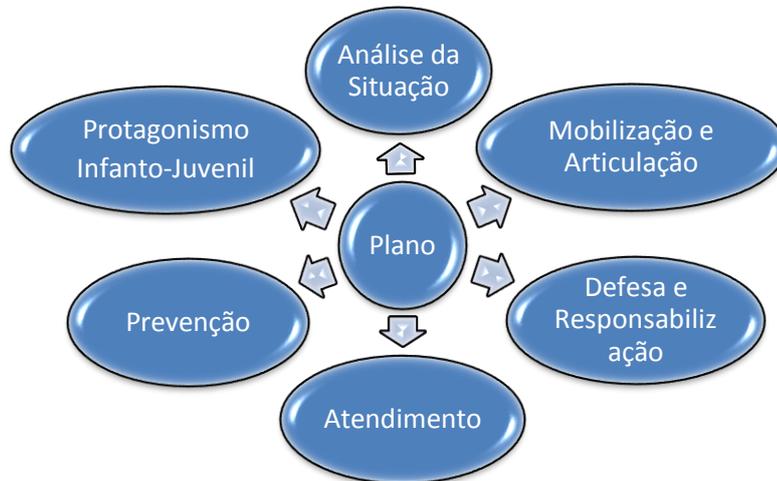
Outros eventos também marcaram a década de 90 como a Implantação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA; Implantação da Comissão Parlamentar de Inquérito da Prostituição Infantil, contando com a articulação da Casa Renascer (Natal/RN), Fórum Nacional - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua,

Movimento Nacional de Direitos Humanos e Frente Parlamentar pelos Direitos da Criança e do Adolescente em 1993; Realização do “Encontro das Américas”, em Brasília/DF, coordenado pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes, fundado em 1993 - CECRIA, que resultou no documento - Carta de Brasília - com recomendações para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes e orientação para a participação brasileira no 1º Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes, em Estocolmo; Realização do I Congresso Mundial contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças, em Estocolmo, Suécia, tendo como resultado a Declaração de Estocolmo e a Agenda para a Ação, adotada por 122 países inclusive o Brasil; Organizado os Centros de Defesa da Criança e do Adolescente – CEDECA, em várias cidades do país; Implantação do Sistema “Disque Denúncia” por organizações não governamentais que atuam na promoção dos direitos das crianças e dos adolescentes; Lançamento da campanha “Prevenção de Acidentes e de Violência na Infância e Adolescência” pela Sociedade Brasileira de Pediatria; Implantado o banco de dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes, pelo CECRIA, com apoio do Ministério da Justiça e UNICEF (investigação de redes de exploração de crianças e adolescentes); Implantação do Programa Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual.

Ainda em 1993, com o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, houve um movimento que provocou a conscientização e mobilização de importantes setores da sociedade civil, das três esferas de governo (executivo, legislativo e judiciário), da mídia e de organismos internacionais que se juntaram com o objetivo de estabelecer um Estado de Direitos para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Essa mobilização resultou na construção do **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**, apresentado e deliberado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), na assembleia ordinária de 12/07/00. Constituído-se em diretriz nacional no âmbito das políticas de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2002c). O Plano é um instrumento de garantia e defesa de direitos infanto-juvenis que pretendia criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral contra crianças e adolescentes em situação ou risco de violência sexual. A perspectiva de trabalho seria voltada à proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência, seja nos aspectos macroestruturais (as políticas) voltadas a garantia de direitos, assim como na articulação das intervenções, compreendendo uma dimensão integradora, conhecida como “Rede de Proteção” com atuação

nas diferentes regiões, municípios e comunidades. O quadro operativo do Plano estrutura-se em torno de seis eixos estratégicos, todos com objetivos e metas a serem alcançadas e ações a serem executadas com prazos e parcerias (Figura 2).

Figura 3 Quadro operativo do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes



Fonte: Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes, 2002.

Quadro 2 Seis eixos estratégicos do plano nacional de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes

Análise da Situação	Conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país, o diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, as condições e garantia de financiamento do Plano, o monitoramento e a avaliação do Plano e a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil brasileira.
Mobilização e Articulação	Fortalecer as articulações nacionais, regionais e locais de combate e pela eliminação da violência sexual; comprometer a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática; divulgar o posicionamento do Brasil em relação ao sexo turismo e ao tráfico para fins sexuais e avaliar os impactos e resultados das ações de mobilização.
Defesa e Responsabilização	Atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação e capacitar os profissionais da área jurídico-policia; implantar e implementar os Conselhos Tutelares, o SIPIA e as Delegacias especializadas de crimes contra crianças e adolescentes.
Atendimento	Efetuar e garantir o atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, por profissionais especializados e capacitados.
Prevenção	Assegurar ações preventivas contra a violência sexual, possibilitando que as crianças e adolescentes sejam educados para o fortalecimento da sua auto defesa; atuar junto a Frente Parlamentar no sentido da legislação referente a INTERNET.

Protagonismo Infanto-Juvenil

Promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos e comprometé-los com o monitoramento da execução do Plano Nacional.

Fonte: Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, 2002.

O monitoramento e avaliação desse Plano Nacional ficaram sob a responsabilidade do Fórum Nacional pelo fim da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes juntamente com Organizações Governamentais e da Sociedade Civil. Ao CONANDA e aos Conselhos de Direitos Estaduais e Municipais foram atribuídos liberação, controle e implementação das ações do Plano Nacional (BRASIL, 2002c).

O Presidente da República, em 2003, após reunião com seus ministros, declara a prioridade de seu governo no combate à violência sexual contra crianças e adolescentes e várias entidades elaboram o programa **“Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes” (PAIR)** no território brasileiro sob a coordenação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. O programa tem como marco conceitual o Artigo 86 do ECA: “a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios”; e como referência metodológica o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes.

O PAIR inicialmente foi implantado em seis municípios selecionados a partir do cruzamento de informações da Pesquisa sobre o Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual e Comercio no Brasil (PESTRAF) com a Pesquisa AIDS nas Fronteiras. Os municípios inicialmente implantados foram: Região Norte (Pacaraíma – RR, Manaus – AM, Rio Branco – AC); Região Centro-Oeste (Corumbá – MS); Região Nordeste (Feira de Santana – BA e Campina Grande – PB). Em 2005 foram incorporados ao Programa: Belo-Horizonte – MG e Fortaleza – CE. E em 2006, São Luiz – MA (BRASIL, 2004a).

Ainda na década de 2000, várias outras políticas foram implementadas no enfrentamento e prevenção da violência, como por exemplo: Instituído o Dia Nacional de Combate ao Abuso e a Exploração Sexual - 18 de Maio - Lei Federal n.º 9.970/00 (BRASIL, 2000a); Realizado o encontro para discussão e aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, em Natal/RN, pelo Departamento da Criança do Ministério da Justiça, contando com a Secretaria Executiva da Casa Renascer; Implantado o Programa Sentinela - Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, em capitais e municípios do país; Realizado o II Congresso Mundial

contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças, em Yokohama, Japão, resultando no Compromisso Global de Yokohama; Realizada a pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual – PESTRAF, pelo CECRIA, com apoio da Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH; Criado o PAIR – Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Território Brasileiro, no âmbito da SEDH; Criado o “Disque 100” ou “Disque-Denúncia” de qualquer violência, gratuito e anônimo e de qualquer telefone, em âmbito nacional, sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Instalada a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, no Congresso Nacional, para investigar Redes de Exploração de Crianças e Adolescentes; Criada a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente – SNPDC (BRASIL, 2004a); Instituído o Decreto nº 5.017/2004 que Promulga o Protocolo Adicional à Convenção da Organização das Nações Unidas - ONU contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças (BRASIL, 2004a); Instituído o Decreto Presidencial nº 5.007/2004 que Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil; Verificadas mudanças significativas no Código Penal e no ECA sobre crimes sexuais contra crianças e adolescentes; Aprovada a Lei nº10.764/2003 que altera dispositivos do ECA sobre pornografia infantil e sigilo de fatos que envolvam crianças e adolescentes (BRASIL, 2003a); Aprovada a Lei nº11.106/2005 que amplia a tipificação do tráfico de pessoas, no Código Penal (BRASIL, 2005b). Elaborada a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas; Anunciada a “Agenda Social Criança e Adolescente” pela Presidência da República, para enfrentar a violência contra crianças e adolescentes no país, bem como defender, garantir e promover os direitos assegurados no ECA; Instituído o Decreto Presidencial oficializando a **Comissão Intersetorial de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes (cujas atividades iniciaram em 2003)**; Instituído o Decreto nº 6.481/2008 que regulamenta artigos da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho - OIT que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação (BRASIL, 2008b); Aprovada a Lei nº11.829/2008 que altera o ECA e dispõe sobre pornografia infantil (BRASIL, 2008c); Realizado o III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes em 2008 no Rio de Janeiro/Brasil e teve como resultado “Declaração do Rio de Janeiro” e “Ação para Prevenir e Eliminar a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes”; Aprovada a Lei nº12.038/2009 que altera o artigo 250 do ECA, que trata da proibição da hospedagem de criança desacompanhada (BRASIL, 2009b); Aprovada a

Lei nº12.015/2009 que acrescenta ao ECA o artigo 244-B, que pune a corrupção de menores (BRASIL, 2009a); Aprovado o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH; Atualizada a Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes, pela SEDH, cuja primeira versão foi elaborada em 2005; Aprovado o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente (revisado em 2010); Aprovado o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes; Aprovado pelas Nações Unidas o artigo 19 contra todas as formas de violência da Convenção dos Direitos da Criança.

Outra ação do Ministério da Saúde, por meio das áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Saúde do Adolescente e do Jovem, foi a elaboração de um documento intitulado: **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Orientação para gestores e profissionais de saúde, com o intuito de chamar a atenção de profissionais de saúde para importância da integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social), bem como de sensibilizar os gestores para a organização dos serviços e a atuação em rede no território (BRASIL, 2010).

3.4 A violência contra crianças e adolescentes em Feira de Santana/Bahia

O Município de Feira de Santana teve início como comarca de Cachoeira desde 1693. Em 1696 foi elevada à categoria de paróquia por ter alcançado uma população com cifra adequada. Recebeu o nome de S. José das Itaporocas. Nesse povoado existia uma fazenda chamada “Santana dos Olhos d’Água” no qual foi construída uma capela que se tornou um ponto de encontro para o povo do distrito que aí se reunia para fazer orações, visitas e negócios. Pouco a pouco se desenvolveu uma feira periódica denominada feira de Sant’Anna dos Olhos d’Água, transformando-se em um importante centro econômico e social de toda a circunvizinhança. Em 13 de novembro de 1832 Feira foi elevada por decreto Imperial à categoria de Vila. Em 16 de junho de 1873 pela Lei provincial nº 1.320 a vila vira cidade e ganha o nome de "Cidade Comercial de Feira de Sant'Anna". Em 19 de dezembro de 1934 passou a se chamar Maria Quitéria. E finalmente em 1938 a cidade passa a ser chamada de Feira de Santana.

Hoje é considerada a segunda maior cidade do Estado da Bahia, situada a 110 km da capital/Salvador, possui uma área territorial em torno de 1.338 km², localiza-se entre a

planície do Recôncavo e o Semiárido do Nordeste Baiano, sendo destacada pelo grande fluxo migratório de regiões, facilitada pela localização geográfica, cortada por três Rodovias Federais (BR 324, BR 116 e BR 101) e cinco Rodovias Estaduais (BA 052, BA 068, BA 501, BA 502 e BA 503), sendo o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do Brasil (IBGE, 2010). Pela situação geográfica privilegiada, Feira de Santana possui um importante e diversificado setor de comércio e serviços, além de indústrias de transformação. O PIB de 2009 foi de R\$ 6,3 milhões de reais. Pela economia diversificada, agropecuária, comércio, indústria e de serviços de apoio urbano, a cidade ostenta posição de centro distribuidor da produção regional e polo de negócios e atividades dinâmicas. Mas, Feira de Santana apresenta um aspecto negativo, também funciona como a principal rota de tráfico de drogas e de outras mercadorias ilícitas, é uma das 520 rotas do tráfico interestadual de mulheres e adolescentes no Brasil, considerada a principal da região nordeste, mapeadas até agosto de 2011. Serve como receptora e apoio para quadrilhas de Salvador e de base de envio de mulheres e adolescentes para a Europa. É também rota de turismo e exploração contra crianças e adolescentes à semelhança de outros municípios de fronteira, também identificados pelos altos índices do fenômeno de vitimização contra crianças e adolescentes, como Manaus, Corumbá, Campina Grande, Pacaraíma, Belo Horizonte, São Paulo, entre outros (LEAL; LEAL, 2003 p.57; FEIRA HOJE, 2011).

Feira de Santana possui uma população estimada em torno de 556.642 habitantes sendo que 47,4% são homens (263.999) e 52,6% mulheres (292.643). Desses, 91,7% (510.635) reside na zona urbana e 8,3% (46.007) na zona rural. Encontrava-se na faixa de 0 a 18 anos 31,43% dos habitantes (174.643) com ligeira prevalência do sexo masculino, 50,4% (88.225) e 49,6% meninas (86.768), sendo que 48,8% (85.486) estão na faixa de 0 a 9 anos (50,8% meninos/43.444 e 49,2% meninas/42.042) e 51,2% (89.507) na faixa de 10 a 18 (50,03% meninos/44.781 e 49,97% meninas/44.726) (IBGE, 2010).

Tabela 1- População residente em Feira de Santana segundo faixa etária e sexo. Feira de Santana 2010

Faixa Etária (em anos)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
< 1 ano	4.255	4.307	8.562
1 a 4 anos	16.459	15.943	32.402
5 a 9 anos	22.730	21.792	44.522
10 a 14 anos	24.696	24.178	48.874
15 a 19 anos	20.085	20.548	40.633
Total	88.225	86.768	174.993

Fonte: IBGE, 2010

Segundo dados do DATASUS o município apresentou, em 2010, 3183 óbitos representando um Coeficiente de Mortalidade Geral de 1,02 por 100.000 habitantes ($3183/556.642 \cdot 100000 = 1,02$). Sendo que 20,9% foi devido a causas externas ($666/3183 \cdot 100 = 20,9\%$). O Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 15,9 por 1000 nascidos vivos ($CMI = n^\circ \text{ de } \acute{o}bitos \text{ de } crian\c{c}as \text{ menores de um ano de idade} / n^\circ \text{ de nascidos vivos} \cdot 1000 = 150/9420 \cdot 1000$).

Tabela 2: Nascidos vivos em Feira de Santana em 2010 por resid\ecancia e por idade da m\ae

10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	Total
80	1462	2341	2585	1872	849	208	21	2	9420

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informa\c{c}o\es sobre Nascidos Vivos – SINASC (DATASUS 2001-2010).
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10ba.def>

Tabela 3: \acute{O}bitos por todas as causas em menor de ano, em Feira de Santana em 2010

0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 365 dias	Total
82	17	51	150

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informa\c{c}o\es sobre Mortalidade – SIM (DATASUS 2001-2010).
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10ba.def>

Tabela 4: \acute{O}bitos infanto-juvenis por todas as causas, em Feira de Santana em 2010

Menor de ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
150	23	10	21	134	338

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informa\c{c}o\es sobre Mortalidade – SIM (DATASUS 2001-2010).
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ba.def>

Tabela 5: Total de \acute{O}bitos por todas as causas em Feira de Santana em 2010

Menor de ano a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 69 anos	70 a 80 anos e mais	Idade Ignorada	Total
338	554	1095	1192	4	3183

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informa\c{c}o\es sobre Mortalidade – SIM (DATASUS 2001-2010).
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ba.def>

Tabela 6: \acute{O}bitos por causas externas

Menor de ano a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 69 anos	70 a 80 anos e mais	Idade Ignorada	Total
132	385	111	37	1	666

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informa\c{c}o\es sobre Mortalidade – SIM (DATASUS 2001-2010).
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10ba.def>

Tabela 7: \acute{O}bitos infanto-juvenis por causas externas em Feira de Santana em 2010

Menor de ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
1	4	3	10	114	132

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informa\c{c}o\es sobre Mortalidade – SIM
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10ba.def>

Em 2009, foi realizada em Feira de Santana, pesquisa para estudar a incidência da vitimização de crianças e adolescentes segundo dados coletados nos Conselhos Tutelares I e II e CREAS desse referido município. Foi encontrado 43,3% de notificações de negligência; 22,3% de violência física; 14,5% de violência psicológica; 10,3% de violência sexual; e 9,6% de outras violências como trabalho infantil, violência estrutural/situação de rua, drogadição, violência na escola, conflito familiar, entre outras (SOUZA, 2012). O principal local de vitimização foi o ambiente doméstico com 79,5% dos casos; 26,4% das denúncias foram realizadas por anônimos e 17,7 por mães. Quanto à violência sexual constatou-se um maior risco de vitimização na faixa etária de 12 a 15 anos, aumento do risco de vitimização do sexo masculino na infância chegando a atingir coeficiente de 12/1000 com pico aos 5 anos de idade e no sexo feminino, na adolescência com coeficiente de 13/1000 aos 13 anos.

As ações públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes foram implementadas, em Feira de Santana em setembro de 2003 com base nos dados da pesquisa nacional sobre violência – PESTRAF, que apontou o município com alto risco para violência e exploração dessa população, tendo em vista as características geográficas deste, à semelhança dos municípios de fronteira, como Manaus, Corumbá, entre outros (LEAL; LEAL, 2003). Foi criado o “Programa Nacional de Ações Referenciais de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil” – PAIR, em parceria com a UEFS, através do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e na Adolescência (NNEPA) e as Instâncias de Atendimento e Garantias de Direitos, contando com apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), Agência Americana de Desenvolvimento (USAID) e Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SEDH) (BRASIL, 2002c). A partir daí foram estabelecidos os processos de sistematização de dados, sensibilização e formação de recursos humanos, para o enfrentamento, fortalecimento da Rede de Instâncias, na realização de projetos de pesquisa e intervenção, cujos resultados encontram-se publicados em periódicos nacionais, material técnico da OIT, PAIR e SEDH.

Feira de Santana dispõe hoje de um sistema de rede de instâncias para proteção e atendimento à população de crianças e adolescentes vítimas de violência, incluindo setores de Justiça, Saúde, Educação, Desenvolvimento Social, sendo que, no contexto do atendimento às problemáticas sociais, destacam-se a atuação dos Conselhos Tutelares I, II vinculados à prefeitura de Feira de Santana, bem como um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), para atendimento da violência sexual. São eles: Conselho Tutelar I, II e III; Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente/CMDCA; Defensoria Pública; Hospital Inácia Pinto da Silva – Hospital da Mulher; Hospital Geral Cleriston Andrade – Secretaria Estadual de Feira de Santana; Juizado – Vara da Infância e Adolescência de Feira de

Santana. Ministério Público – Promotoria de Justiça da Infância e Juventude; PAIR – Programa de Ações Integradas para Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes; Polícia Civil da Bahia (Delegacia do Adolescente Infrator/DAI, Delegacia Especial de Atendimento à Mulher/DEAM; Departamento de Polícia Técnica/DPT; Instituto Médico Legal); Polícia Rodoviária Federal; Polícia Rodoviária Estadual; Polícia Militar da Bahia; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social / SEDESO-FSA-BA (CREAS; CRAS; Parlamento Juvenil); Secretaria de Prevenção à Violência e Promoção aos Direitos Humanos/SEPREV; Secretaria Municipal de Saúde (Programa Municipal DST/HIV/AIDS; Núcleo de Prevenção de Violências - Vigilância Epidemiológica; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad; Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS I). Em 2007 foi implantado em Feira de Santana a ficha de Vigilância de Violência e Acidentes (Ficha VIVA).

Quadro 3 Rede de defesa, responsabilização e atendimento a vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências/Feira de Santana/BA

DEFESA DE DIREITOS

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE
Ministério Público	Av. Getúlio Vargas, 1337 Bairro: Centro.	(75) 3622.5924
Conselho Tutelar I	Rua Comandante Almiro, 895. Bairro: Centro.	(75) 3614.3253
Conselho Tutelar II	Praça do Ex. Combatente, S/N. Bairro: Coronel J. Pinto.	(75) 3614.3169
Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente (CMDCA)	Rua: Domingos Barbosa de Araújo, 172. Bairro: Kalilândia.	(75) 3623.8400

RESPONSABILIZAÇÃO

Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM)	Av. M^a Quitéria, S/N. Bairro: Brasília.	(75) 3602-3519
IML		
Juizado da Vara da Infância e Juventude (Fórum Felinto Bastos).	Rua: Álvaro Simões, S/N. Bairro: Centro.	(75) 3062.5952 (75) 3602.5940
Delegacia do Adolescente Infrator (DAÍ)	Rua: Álvaro Simões, 90. Bairro: Centro.	(75) 3623.8299
Polícia Rodoviária Federal	BR. 116 - Sul.	(75) 3221.1866 (75) 3226.1455
Polícia Rodoviária Estadual	BR. 116 - Avenida Transnordestina.	(75) 3224.5987
Polícia Militar da Bahia	Avenida Transnordestina, S/N.	(75) 3224.2711 190
Polícia Civil da Bahia	Rua: A, S/N. Bairro: Conjunto JOMafa - Complexo Policial Investigador Bandeira.	(75) 3602.3500
Casa de Custódia	Rua: Aloísio Resende, 388. Bairro: Queimadinha.	(75) 3221.9711

ATENDIMENTOS

Unidades Básicas de Saúde Unidades de Saúde da Família Policlínicas Rede Hospitalar Pública e Privada (emergências e Ambulatórios).		
CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Objetivo: Fortalecer os vínculos afetivos, sociais e comunitários. Atividades: Atendimento, orientação, encaminhamento para a rede sócio-assistencial, acompanhamento das famílias, visita domiciliar, grupos sócio-educativos (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), palestras, oficinas de geração de renda, Projovem/Adolescente.		
CRAS – GEORGE AMÉRICO	Rua J1, 162 Bairro: George Américo	(75) 3221.4326
CRAS – RUA NOVA	Rua Mantiqueira, 25 Bairro: Rua Nova	(75) 3624.0683
CRAS – LAGOA GRANDE	Rua São Gonçalo, 65 Bairro: Rocinha	(75) 3622.8903
CRAS – JUSSARA	Rua Jacunda, 97 Bairro: Jussara	(75) 3614.5978
CRAS – FRATERNIDADE	Rua Salmo 32, nº 06 Bairro: Fraternidade	(75) 3616.5159
CRAS – AVIÁRIO	Estrada da Marapona, S/N Bairro: Aviário	(75) 3225.9207
CRAS – STO ANTÔNIO DOS PRAZERES	Rua União da Vitória, 184 Bairro: Santo Antônio dos Prazeres	(75) 3622.1812
CREAS – CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL Atividades: Atendimento Psicossocial e jurídico.		
CREAS – KALILÂNDIA Atendimento à criança, adolescente, idoso e família.	Rua: Cachoeira, 288. Bairro: Kalilândia.	(75) 3223.8866
CREAS – SANTA MÔNICA Atendimento à criança, adolescente, idoso e família.	Rua Tocantins, 374 Bairro: Santa Mônica	(75) 3625.0816
CREAS – LAGOA GRANDE Atendimento à criança, adolescente, idoso e família.	Rua Tucano, 372 Bairro: Lagoa Grande	(75) 3622.1722
CRMQ – C REF MARIA QUITÉRIA Atendimento à Mulher	Rua Venezuela, 387 Bairro: Capuchinhos	(75) 3616.3433
Secretaria de Desenvolvimento Social	Rua Georgina Erisman, S/N. Bairro: Pilão.	(75) 3221.3439
Programa Rua Tô Fora	Rua: Maceió, 84. Bairro: Centro de Abastecimento.	(75) 3614.6305

RELAÇÃO DOS CAPS

CAPS – Adulto	Av. Getúlio Vargas, 2.450 Bairro: Capuchinhos – CEP 44.045.000 Caps3_fsa@yahoo.com.br	(75) 3612.4555 (75) 3612.4559
CAPS	Praça Tiradentes, nº 22-B Bairro: Centro – CEP 44.010.680. capsoscarmarques@yahoo.com.br	(75) 3614.6595
CAPS i	Rua Paris, nº 41 Bairro: Santa Mônica – CEP 44.050.130 capsi_fsa@yahoo.com.br	(75) 3612.4556
CAPS ad	Av Getúlio Vargas, nº 1.864 Bairro: Centro – CEP 44.065.010 capsad_fsa@yahoo.com.br	(75) 3625.3378

INSTITUIÇÕES QUE TRABALHAM COM DEPENDENTES QUÍMICOS

Associação Beneficente Projeto Nova Vida	Av. João Durval Carneiro, 501 Bairro: Brasília	(75) 3221.1030
Centro de Recuperação Cristo é Vida	Fazenda Sítio Novo Distrito de Humildes	(75) 9134.0176
Casa de Recuperação Evangélica Eu Já Sou Livre	Rua Pitombeira, 2.300 Bairro: Campo Limpo	(75) 3225.5754
Fundação Rainha dos Apóstolos	Estrada do Papagaio, S/N Bairro: Papagaio	(75) 3614.5834
Centro de Recuperação Esquadrão Redentor - CRER	Av. Luis Eduardo Magalhães, S/N Bairro: Alto do Rosário - Aeroporto	(75) 3625.9338

Conselho Tutelar de Feira de Santana, BA

Os CTs do município funcionam com jornada de quarenta horas semanais (08h às 18h), excluindo o período noturno e finais de semanas ou feriados e atendem áreas determinadas (Tabela 8). A partir de 2007, foi estabelecido o regime de sobreaviso, por telefone, para fins de semana, feriados e período noturno. Esta situação constitui uma preocupação para o município, considerando que a garantia das condições adequadas, no exercício pleno das atividades dos Conselheiros Tutelares, é uma prerrogativa básica para o atendimento a esta demanda social (COSTA, et. al., 2008; COSTA et al., 2010).

Quadro 4: Área de atendimento dos Conselhos

Área de Atendimento do Conselho Tutelar I	
35° BI Avenida Getúlio Vargas (sentido Prefeitura) Avenida Maria Quitéria (sentido banco do Brasil) Aviário Baraúnas Barroquinha Brasília Calumbi Capuchinhos Caraíbas Chácara São Cosme CIS Conjunto Amazonas Conjunto Feira IV Conjunto Feira IX Conjunto Feira VII Conjunto Feira X Conjunto Francisco Pinto Conjunto Fraternidade Conjunto Jomafa Conjunto Luciano Barreto Conjunto Maria Quitéria Conjunto Morada do Sol Conjunto Oyama Figueiredo Conjunto Sérgio Carneiro Conjunto Viveiros Cruzeiro e Alto do Cruzeiro Expansão Feira IX Eucalipto Galiléia Jardim Acácia Jardim Cruzeiro Jardim da Paquera Jardim Sucupira Jussara Lagoa Salgada Liberdade Limoeiro Loteamento Monte Pascoal	Loteamento Parque Nova América Loteamento Princesa Leopoldina Luanda Manoel Matias Minadouro Morada Tropical Muchila I Muchila II Nager Olhos D'água Parque Lagoa Subaé Parque Panorama I Parque Panorama II Pedra do Descanso Pilão Rosário Santa Mônica I Santa Mônica II Santa Rita São João do Cazumbá Serraria Brasil SIM Sítio Matias Sobradinho Subaé Tanque da Nação Tanquinho Terra Dura Tomba Três Riachos Vietnã Vivenda das Árvores DISTRITOS Bonfim de Feira Jaíba Governador João Durval Carneiro (Ipuauçu) Humildes
Área de Atendimento do Conselho Tutelar II	
Aeroporto Agrovila Alto da Bela Vista Alto do Papagaio Alto Santana Asa Branca Avenida Getúlio Vargas (Lado Ig. Sr. dos Passos) Avenida Maria Quitéria (Lado Palace Hotel) Barro Vermelho Campo do Gado Velho/Mafrisa Campo Limpo Caseb Cidade Nova Conceição I Conceição II Conjunto ACM Conjunto Alvorada	Estação Nova Gabriela I Gabriela II Gabriela III George Américo Jardim Mirassol João Durval (sentido Boulevard) Kalilândia Loteamento Modelo Mangabeira Novo Horizonte Pamplona Papagaio Parque Brasil Parque Getúlio Vargas Parque Ipê Parque Violeta

Conjunto Arco-Íris	Pedra Ferrada
Conjunto Bom-Viver	Ponto Central
Conjunto Centenário	Queimadinha
Conjunto Feira V	Rocinha
Conjunto Feira VI	Rua Nova
Conjunto Homero Figueiredo	Santo Antônio dos Prazeres
Conjunto João Paulo II	Sítio Novo
Conjunto José Ronaldo de Carvalho	
Conjunto Morada das Arvores	DISTRITOS
Conjunto Nova Esperança	Jaraguá
Conjunto Renascer	Matinha
Coronel José Pinto	Maria Quitéria
Diadema	Tiquaruçu/São Roque

Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS Maria Régis Ferreira de Lima, Feira de Santana, BA

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), constitui-se numa unidade pública estatal, responsável pela oferta de atenções especializadas de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI.

Objetivos

- Contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva;
- Processar a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidades;
- Contribuir para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários;
- Contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família;
- Contribuir para a reparação de danos e da incidência de violação de direitos;
- Prevenir a reincidência de violações de direitos.

Público alvo

Crianças, adolescentes, jovens, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, e suas famílias, que vivenciam situações de ameaça e violações de direitos por ocorrência de abandono, violência física, psicológica ou sexual, exploração sexual comercial, situação de rua, vivência de trabalho infantil e outras formas de submissão a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir de autonomia e bem-estar.

O CREAS oferta acompanhamento técnico especializado desenvolvido por uma equipe multiprofissional, de modo a potencializar a capacidade de proteção da família e favorecer a reparação da situação de violência vivida. O atendimento é prestado no CREAS, ou pelo deslocamento de equipes em territórios e domicílios, e os serviços devem funcionar em estreita articulação com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e outras Organizações de Defesa de Direitos, com os demais serviços socioassistenciais e de outras políticas públicas, no intuito de estruturar uma rede efetiva de proteção social.

Localização

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS Maria Régis de Lima está localizado à Rua 1º de maio, nº. 84, São João, Feira de Santana – BA. Quando inaugurado, em 18 de maio de 2001, era titulado como Serviço Sentinela e tinha como competência o cuidar e o acompanhamento a crianças e adolescentes vítimas de qualquer tipo de violência. Tem por objetivo geral prevenir e combater a violação de direitos no município, ofertando ações especializadas, através de uma equipe multidisciplinar estabelecida pela NOB-RH/SUAS (2006), composta por uma Coordenadora, dois Psicólogos, dois Assistentes Sociais, um advogado, quatro Educadoras Sociais, um Agente de Vigilância, duas Auxiliares Administrativas uma Recepcionista, uma Auxiliar de Serviços Gerais e estagiários do Serviço Social, Administrativo e Psicologia.

Serviços Oferecidos

É oferecido serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social.

O atendimento fundamenta-se no respeito à heterogeneidade, potencialidades, valores, crenças e identidades das famílias. O serviço articula-se com as atividades e atenções prestadas às famílias nos demais serviços socioassistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Garante atendimento imediato e providências necessárias para a inclusão da família e seus membros em serviços

socioassistenciais e/ou em programas de transferência de renda, de forma a qualificar a intervenção e restaurar o direito.

Quadro 5 Divisão Territorial para Atendimento à Criança, Adolescente, Idoso e Família: Psicossocial, Jurídico em casos de violência doméstica.

CREAS – São João

Rua 1º de maio, 84
Bairro: São João.
Tel: (75) 3223.8866
Alto do cruzeiro
Av. Getulio Vargas
Av. Maria Quitéria
Baraúnas
Barroquinha
Brasília
Conj. Feira IV

Conj. Feira IX
Coronel José pinto
Cruzeiro
Distrito Bonfim de Feira
Distrito de Humildes
Distrito de Ipuacú
Distrito de Jarba
Distrito de Limoeiro
Distrito de Tiquarucu
Distrito Jaguará
Distrito Mª Quitéria
Distrito Matinha
Estação Nova
Expansão do Feira IX
Jardim Cruzeiro
Jardim Sucupira
Kalilândia
Lot. Modelo
Morada do Sol
Naja
Olhos D'Água
Pedra do Descanso
Pilão
Pq. Sabiá
Pq. Violeta
Pq. Ipê
Queimadinha
Rosário
Rua Nova
Santa Rita
Serraria Brasil
Sobradinho
Tanque da Nação
Tanquinho
Três Riachos
Vivendas das Árvores

CREAS – SANTA MÔNICA

Rua Tocantins, 374
Bairro: Santa Mônica
Tel: (75) 3625.0816
35º Bi
Aviário
Calumbi
Capuchinhos
Caraibas
Chácara São Cosme
CIS

Conj. Feira X
Conj. Amazonas
Conj. Feira VII
Conj. Francisco Pinto
Conj. Fraternidade
Conj. Jomafa
Conj. Luciano Barreto
Conj. Mª Quitéria
Conj. Sérgio Carneiro
Conj. Viveiros
Eucaliptos
Galileia
Jardim Acácia
Jardim da Paquera
Jussara
Lagoa do subaé
Lagoa Salgada
Liberdade
Lot. Parque Nova América
Luanda
Manoel Matias
Minadouro
Monte Pascoal
Morada Tropical
Muchila I e II
Oyama Figueiredo
Pq Panorama I e II
Princesa Leopoldina
Santa Mônica I e II
Santo Antonio dos Prazeres
São João do Cazumbá
SIM
Sítio Matias
Subaé
Terra Dura
Tomba
Vietnã

CREAS – LAGOA GRANDE

Rua Tucano, 372
Bairro: Lagoa Grande
Tel: (75) 3622.1722
Aeroporto
Agrovila
Alto da Bela Vista
Alto do Papagaio
Alto do Santana
Asa Branca
Av. João Durval Carneiro (sentido Boulevard)
Barro Vermelho
Campo do Gado Novo
Campo do Gado Velho
Campo Limpo
Caseb
Cidade Nova
Conceição I
Conceição II
Conj. ACM
Conj. Alvorada
Conj. Arco-íris
Conj. Bom Viver
Conj. Centenário
Conj. Feira V
Conj. Feira VI
Conj. Homero Figueiredo
Conj. João Paulo II
Conj. José Ronaldo
Conj. Morada das Arvores
Conj. Nova Esperança
Conj. Renascer
Diadema
Gabriela I, II e III
George Américo
Jardim Mirassol
Mangabeira
Nossa Senhora de Fátima
Novo Horizonte
Pampalona
Papagaio
Pedra Ferrada
Ponto Central
Pq. Brasil
Pq. Getulio Vargas
Rocinha
Sítio Novo

CRMQ – Centro Referência Especializado da Mulher: Rua Venezuela 387, Capuchinhos. Tel: 3616.3433

CREAS – CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	
Atividades: Atendimento Psicossocial e jurídico.	
CREAS – KALILÂNDIA Rua: Cachoeira, 288. Bairro: Kalilândia. Atendimento à criança, adolescente, idoso e família.	(75) 3223.8866
CREAS – SANTA MÔNICA Rua Tocantins, 374 Bairro: Santa Mônica Atendimento à criança, adolescente, idoso e família.	(75) 3625.0816
CREAS – LAGOA GRANDE Rua Tucano, 372 Bairro: Lagoa Grande Atendimento à criança, adolescente, idoso e família.	(75) 3622.1722
CRMQ – C REF MARIA QUITÉRIA Rua Venezuela, 387 Bairro: Capuchinhos Atendimento à Mulher	(75) 3616.3433

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CREAS MARIA QUITÉRIA

Pq. Brasil	Conj. Feira V
Aeroporto	Conj. Feira VI
Agroviola	Conj. Homero Figueiredo
Alto da Bela Vista	Conj. João Paulo II
Alto do Papagaio	Conj. José Ronaldo
Alto do Santana	Conj. Morada das Arvores
Asa Branca	Conj. Nova Esperança
Av. João Durval Carneiro (sentido	Conj. Renascer
Boulevard)	Diadema
Barro Vermelho	Gabriela I, II e III
Campo do Gado Novo	George Américo
Campo do Gado Velho	Jardim Mirassol
Campo Limpo	Mangabeira
Caseb	Nossa Senhora de Fátima
Cidade Nova	Novo Horizonte
Conceição I	Pampalona
Conceição II	Papagaio
Conj. ACM	Pedra Ferrada
Conj. Alvorada	Ponto Central
Conj. Arco-íris	Pq. Getulio Vargas
Conj. Bom Viver	Rocinha
Conj. Centenário	Sítio Novo

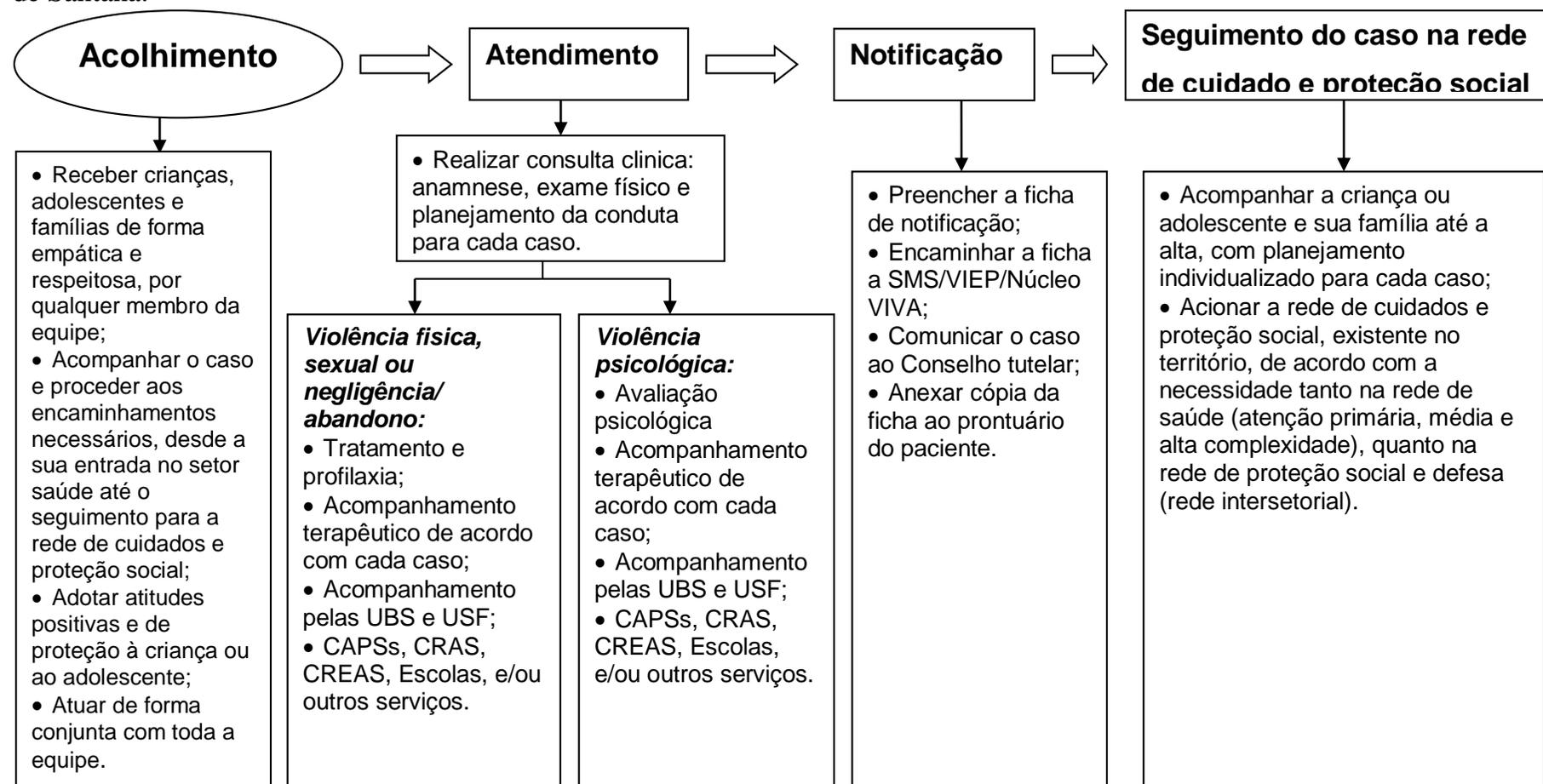


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÚCLEO VIVA – Violências e Acidentes



Figura 4- Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência em Feira de Santana.

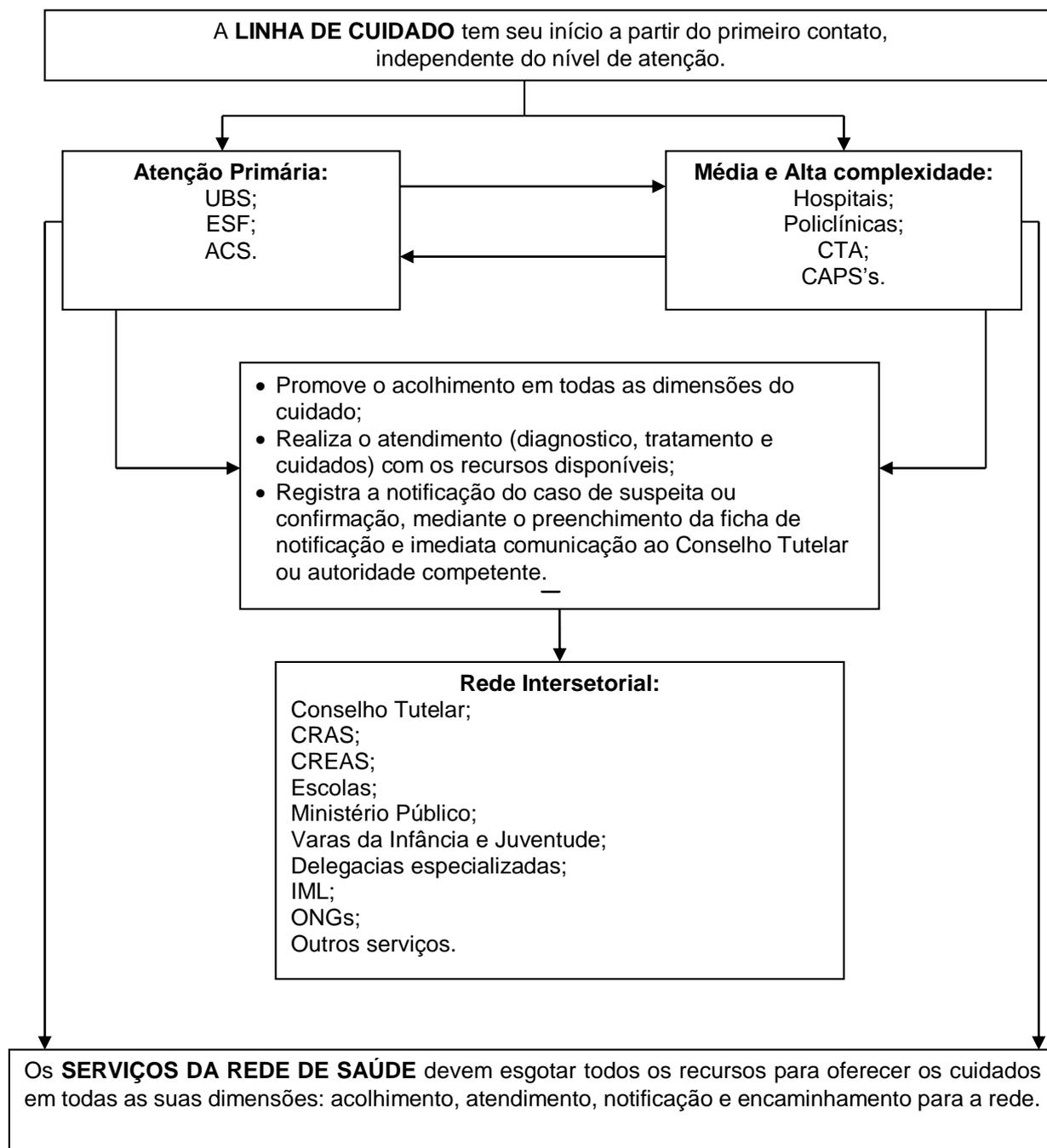




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÚCLEO VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

Figura 5 - Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência nos níveis da atenção à saúde.



Fonte: Secretaria de Saúde de Feira de Santana

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico do tipo série de casos, com base em dados secundários, produzidos a partir das notificações de violência efetuadas nas Instâncias de Referência da Rede de Prevenção. Atendimento e Defesa de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

4.2 Instâncias de coleta de dados

O estudo foi realizado nos Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência Especializado da Assistência Social/CREAS).

4.3 População

A população desse estudo será composta por crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, segundo classificação do ECA (BRASIL,1990) residentes em Feira de Santana, vítimas de violência sexual e respectivas coocorrências.

4.4 Período

Com a finalidade de analisar a evolução do fenômeno, optou-se por estudar o período de 2001 a 2010. A escolha do período envolve o ano de 2003, em que Feira de Santana assinou o pacto para enfrentamento da violência sexual, integrando-se ao Programa de Ações Integradas e Referências de Enfrentamento da Violência Sexual (PAIR). A partir de 2003 foram implementadas no município ações voltadas ao enfrentamento da violência sexual envolvendo a rede de Instâncias de Atendimento (Saúde, Educação e Assistência) e de Garantia de Direitos (Conselhos Tutelares e outros).

4.5 Processo de coleta de dados

Os dados foram coletados dos prontuários de atendimentos de crianças e adolescentes na faixa de 0 a 18 anos, vítimas de violência sexual, com ou sem coocorrência.

Na primeira fase da coleta, foi realizado treinamento com a equipe, para sistematização dos procedimentos éticos e sigilosos do processo de coleta nos prontuários. A coleta foi realizada pela equipe do NNEPA, após o consentimento dos responsáveis pelas instâncias estudadas, sob supervisão do pesquisador responsável pelo estudo. Como instrumento de registro, foi utilizado um formulário estruturado, com base nos dados contidos nos prontuários das Instâncias, testado por estudos anteriores do NNEPA (COSTA et al., 2008; SOUZA, 2012).

Foi considerada como “incidência” o número de casos de violência sexual, com ou sem coocorrência, considerando que uma criança ou adolescente pode sofrer mais de uma violência em momentos e circunstâncias diferentes.

4.6 Variáveis

Quadro 6 Variáveis do Estudo

Variáveis Descritoras	
Características da denúncia	Ano da notificação; local onde foi feita a denúncia; quem foi o denunciante.
Características da vítima	Iniciais da mãe e da vítima (para o <i>linkage</i>), sexo, idade, raça/cor, grau de instrução, bairro onde mora.
Características da violência sexual e coocorrências	Local onde ocorreu a violência; e o tipo de violência sexual: (sedução, estupro, incesto, pedofilia, pornografia, tráfico, outras); psicológica (ameaça, humilhação pública e privada, tortura); outros tipos. Violência sexual com violência física, ou psicológica, ou com negligência, ou ainda com outras associações.
Características do agressor	Vínculo com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos, tios, avós, outros); sexo; e número de agressores.
Características dos Encaminhamentos Institucionais	Para qual instância foi encaminhada a vítima (Juizado, CREAS, CT, Ministério Público, Escola, Serviço de Saúde, Delegacias, CAPS, Abrigos, outros); e de que forma foi o encaminhado proposto (acompanhamento, aconselhamento, audiência, notificação, advertência, sindicância, outros).

Variáveis analisadas nos prontuários de notificação de violência contra crianças e adolescentes nas Instituições para denúncias no Sistema de Garantia de Direitos

OBS: as demais características utilizadas nos questionários não foram registradas adequadamente impossibilitando o uso das mesmas.

4.7 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram organizados e processados eletronicamente no *Statistical Package for the Sciences* (SPSS), versão 9.0 for Windows.

Fase I

Foi utilizado o *linkage* entre os bancos de dados dos Conselhos Tutelares (I e II) e CREAS, tendo em vista evitar a duplicidade de registro, nas diferentes instituições (Fluxograma).

O linkage é uma ferramenta da informática que permite a comunicação entre dois ou mais bancos de dados distintos e não dependentes, mas que podem dispor de variáveis em comum, possibilitando a identificação do mesmo indivíduo entre as bases de informação (SILVA; LEITE; ALMEIDA, 2009). Essa forma de relacionamento de dados pode ser determinística (em que os registros possuem variáveis comuns para se obter uma concordância exata) ou probabilística. Espera-se que registros pertencentes ao mesmo indivíduo tenham grau de concordância superior em um conjunto de variáveis, quando comparados a registros que pertençam a diferentes indivíduos. Após a padronização das variáveis, utiliza-se a criação de blocos lógicos de registros nos arquivos, que serão relacionados, o que permite comparar registros dos dois bancos de dados apenas quando concordam em uma variável altamente discriminatória (DRUMOND; MACHADO, 2008).

Ainda na fase I calculou-se as medidas de frequências simples e relativas; estimado as incidências da violência sexual e coocorrências pelo cálculo dos Coeficientes de Incidência, no período, ano a ano.

Figura 6 Variáveis estudadas



Fase II

Nessa fase foi elaborado curvas de incidência, ano a ano, com base nos dados de vítimas e manifestações da violência no período de 2001-2010.

4.8 Procedimentos Éticos

O presente estudo integra a um projeto de pesquisa mais amplo denominado “Violência(s) contra crianças e adolescentes: experiência e atuação de Instâncias que integram Sistemas Públicos de Saúde, Educação e Garantias de Direitos”, sob protocolo de nº 143/10 (CAAE 0141.0.059.000-10). O projeto foi aprovado pelo CEP com protocolo 143/10 (CAAE 0141.0.059.000-10), em atendimento aos princípios éticos e conforme regulamentação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No que se refere à coleta dos dados nos prontuários das Instituições foram solicitadas autorizações das Instituições, com permissão documental dos Diretores/Coordenadores das Instâncias envolvidas. Os dados encontram-se armazenados no Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA), cujos bancos encontram-se disponibilizados para os responsáveis pelas respectivas Instituições.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

VIOLENCIA SEXUAL E COOCORRÊNCIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO DAS INCIDÊNCIAS AO LONGO DE UMA DÉCADA

SEXUAL VIOLENCE AND CO-OCCURENCES SURFERRING BY CHILDREN AND ADOLESCENTS: DECADA OF INCIDENCES OVER A DECADE

Jacqueline Reiter de Oliveira¹

Maria Conceição Oliveira Costa²

Magali Terezópolis Reis Amaral³

Clarice Alves Santos⁴

Simone Gonçalves de Assis⁵

Ohana Cunha do Nascimento⁶

Projeto apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/FAPESB

¹Mestranda em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, Enfermeira e Colaboradora do NNEPA/UEFS.

²Prof.^a Titular Pleno do Departamento de Saúde/ Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva/PGSC/UEFS; Pós Doutorado Université Du Québec à Montreal/UQAM; Coordenadora do NNEPA/UEFS.

³Prof. ^a Assistente – DEXA/UEFS, Mestre em Biometria e Estatística (UFRPE), e-mail: mteresopolis@hotmail.com

⁴Mestre em Saúde Coletiva (PPGSC/UEFS), Educadora Física e Colaboradora do NNEPA/UEFS

⁵Pesquisadora Titular e Coordenadora Executiva do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

⁶Mestranda em Saúde Coletiva PPGS/UEFS, Enfermeira e Colaboradora do NNEPA/UEFS

RESUMO

O estudo analisa a evolução da incidência da violência sexual/VS e coocorrências, ao longo de uma década (2001-2010). Constitui série histórica de casos a partir dos Conselhos Tutelares e CREAS de Feira de Santana/BA/Brasil. Foram calculados coeficientes de incidência da violência sexual e outras violências concomitantes e elaboradas curvas desses eventos. No total dos casos de violência sexual registrados, 21,8% tiveram outras coocorrências; a maioria do sexo feminino, com maior frequência na adolescência, embora com alta proporção de abuso em crianças do sexo masculino (≤ 11 anos); a maior parte dos agressores era conhecido ou familiar. A incidência da VS mostrou tendência crescente em ambos os sexos, ao longo da década, expressivamente no feminino: em 2002 (119,3 casos/100000) e 2009 (147,2); as faixas etárias mostraram a mesma tendência, com maior proporção de casos na adolescência. O registro das coocorrências à VS foi mais expressivo na 2ª metade da década: violência psicológica em 2008 (10,5); negligência em 2008 (10,0); violência física, em 2009 (8,0). O aumento dos coeficientes de VS e coocorrências sugerem aprimoramento do sistema de notificação das instâncias de referência, bem como maior participação popular, através do Disque 100. Esses indicadores contribuem para a execução de ações de prevenção e controle da violência infanto-juvenil.

Palavras chave: criança e adolescente; violência sexual; maus tratos; exposição à violência; incidência.

ABSTRACT

The study analyzes the evolution of the incidence of sexual violence/SV and other co-occurrences, in over a decade (2001-2010). It was used the records of the Guardianship Councils and CREAS Feira de Santana, Ba/Br, and calculated incidence rates and curves of the events in the period. The total of the different types of violence, 21,8 % had other co-occurrences; and the majority were female, most frequently in the range of adolescence, although with a high proportion of abuse in male children (≤ 11 years); most offenders was an acquaintance or family; the highest proportion of complaints was made through the Dial 100; the incidence of SV, victimization independent of co-occurrence, showed increasing trend in both sexes, more significantly in women in 2002 (119,3 cases/100000) and 2009 (147,2); age groups showed the same trend, with a higher proportion of cases in adolescence. The record of co-occurrences with SV was more pronounced in the second half of the decade: psychological, 2008 (10,5); neglect in 2008 (10,0); and physical violence in 2009 (8,0). The conclusion is that the increase in the coefficient of sexual violence and co-occurrences may suggest the improvement of the reporting system of reference instances, as well as greater popular participation through the Dial 100. These indicators help to support programs to prevent and control violence against children.

Keywords: child and adolescent; sexual violence; maltreatment; exposure to violence; incidence

INTRODUÇÃO

Nos diferentes contextos socioculturais e países, a violência tem sido apontada como a principal causa de morbimortalidade na região das Américas, países desenvolvidos e em desenvolvimento ^{1,2}, provocando mobilização mundial de instâncias internacionais voltadas à defesa dos direitos humanos ³, na busca de mecanismos eficientes para investigar os casos, cumprir as leis e responsabilizar os envolvidos ⁴.

A violência sexual de crianças e adolescentes, além de um grave problema de saúde pública, constitui um crime violento ⁵, reconhecido como um desafio social ⁶, em decorrência das consequências físicas, emocionais, como estresse pós-traumático ⁷, entre outros comprometimentos ligados ao comportamento e desenvolvimento cognitivo e psicossocial ^{5,8}.⁹ Em nível mundial, estudos apontam que, independente do contexto social e econômico, meninas e meninos, antes mesmo de alcançar a maioridade, podem sofrer violência sexual, cujos índices divergem, em virtude de múltiplos fatores ^{5,6,8}, como aspectos ligados à dinâmica da revelação, pela vítima e dificuldades na efetivação da denúncia e investigação do caso, além de fatores culturais e preconceitos ¹⁰.

Embora a maioria dos estudos nesta área enfoque apenas um tipo de vitimização ^{11, 12 13},¹⁴, pesquisadores afirmam que é frequente a presença de outros episódios violentos, concomitante à ocorrência da violação sexual, onde os baixos coeficientes mostrados nas estatísticas oficiais contribuem com a impunidade e não retrata a real magnitude do fenômeno ^{8, 13, 15, 16, 17}. Estudos que investigam formas individuais de violência são susceptíveis de subestimar outras experiências violentas ⁹. Entre os fatores que predispõem à ocorrência de múltiplas violências destacam-se a inserção em comunidades com graves problemas sociais, família exposta à situações de perigo e o convívio em ambiente familiar caótico e problemático ^{18, 19}.

A identificação de crianças e adolescentes expostos aos diversos tipos de vitimização concomitantes possibilita conclusões mais precisas sobre o problema, conhecimento da real magnitude do fenômeno, bem como o efeito cumulativo das adversidades. Vale ressaltar que as vítimas podem apresentar alto nível de sofrimento psicológico, risco de comprometimento psiquiátrico e vulnerabilidade presumida para outros agravos ²⁰. Problemas de origem emocional são apontados na literatura como preditores da exposição e, conseqüentemente, à delinquência juvenil ²¹.

A elaboração, monitoramento e avaliação dos indicadores de violência perpetrada sobre crianças e adolescentes são imprescindíveis à difusão do conhecimento sobre as tendências do fenômeno, nas diferentes populações, assim como subsidiam o planejamento e a implementação de políticas e programas estratégicos de prevenção e intervenção ⁴. No Brasil, esforços têm sido empreendidos, pelos diversos setores, na operacionalização do Sistema Nacional de Denúncia Anônima “Disque 100” ²² e do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências – VIVA/MS. Avanços na produção e divulgação do conhecimento nessa área resultam de parcerias e intercâmbios interinstitucionais entre Universidades, Centro de Pesquisas e Sistemas de Atendimento e Defesa de Direitos ¹⁷.

No que diz respeito à participação de Feira de Santana na Rede de Prevenção e Atendimento às vítimas de violência, vale ressaltar que o município integra o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil, desde 2003, compondo o grupo de cidades consideradas de alto risco para violação, tráfico e exploração de crianças e adolescentes, pelas características econômicas e geográficas (pólo econômico e industrial do Estado, portal da região do semiárido da Bahia e situada em um dos importantes trevos rodoviários do país, ligação entre as regiões norte, nordeste e sudeste do país (através de rodovias federais e estaduais), com alto fluxo migratório das regiões mais pobres, em direção às maiores cidades e a capital Salvador, importante pólo turístico do país. Em 2003, Feira de Santana assinou o pacto

de participação e implantação da Rede de Atendimento, Garantia e Defesa de Direitos de crianças e adolescentes, integrando Instâncias de diferenciados setores com a participação da Universidade. Integrante dessa Rede, a Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS assume papel integrador, contribuindo no fortalecimento das Instituições, na formação de recursos humanos, no levantamento de indicadores, formação de novos pesquisadores e subsidiando o poder público na implementação das estratégias e intervenções direcionadas ao enfrentamento dessa demanda social ^{14, 15}. Esse processo vem sendo incrementado através da articulação interinstitucional entre os níveis federal e municipal, com apoio da Organização Internacional do Trabalho/OIT, Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia/FAPESB, entre outras instâncias de fomento à pesquisa (CNPq, MEC) ²³.

O presente artigo tem como objetivo analisar os coeficientes de incidência da violência sexual isolada e em coocorrência com outras violências que acometeram crianças e adolescentes ao longo de uma década, segundo dados dos Conselhos Tutelares e Centro de Referência Assistência Social – CREAS de Feira de Santana/Bahia/Brasil.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico do tipo série de casos, com base em dados secundários, obtidos a partir dos registros de violência sexual e coocorrências existentes nos dois Conselhos Tutelares I e II e CREAS existentes em Feira de Santana, Bahia/Brasil.

Com a finalidade de analisar a evolução do fenômeno, optou-se por estudar o período de 2001 a 2010, considerando a adesão de Feira de Santana às ações e metas do “Programa Nacional de Ações Direcionadas ao Enfrentamento da Violência Sexual/PAIR”, momento em que foram implementadas (2003) e avaliadas (2009) as ações integradas entre a “Rede” de instâncias de atendimento e de defesa (Saúde, Educação e Assistência, Conselhos Tutelares, CREAS, outros). Os projetos desenvolvidos consolidaram parcerias entre a Rede de Instâncias

e a Universidade Estadual de Feira de Santana com o Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e Adolescência UEFS/NNEPA.

A população de estudo compreende crianças (≤ 11 anos) e adolescentes (12-18 anos), de ambos os sexos ²⁴, registradas nas instâncias de referência (CT e CREAS), vítimas de violência sexual e outras violências concomitantes, cujos dados foram coletados dos prontuários de atendimento registrados no período. Foi considerada como coocorrência a presença de um ou mais tipo de violência concomitante à violência sexual ^{25, 26, 27}. O formulário de coleta foi testado por estudos anteriores do NNEPA/UEFS ²³.

Os dados foram processados eletronicamente no *Statistical Package for the Sciences* (SPSS), versão 9.0 for Windows. Inicialmente, realizou-se o *linkage* entre os bancos de dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, tendo em vista evitar duplicidade de registro ²⁸. Em seguida foram calculadas as medidas de frequências simples e relativas das variáveis e calculados os coeficientes de incidência da violência sexual e das outras violências ocorridas no mesmo evento, segundo sexo e faixa etária das vítimas e ano (2001-2010). Como base para o cálculo, foi utilizada a população estimada para a mesma faixa etária e ano, residentes em Feira de Santana, no período, para cada 100.000 crianças ou adolescentes em acordo aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No período de 2001 a 2010, foram coletadas 1.750 notificações de violência sexual perpetrada em crianças e adolescentes, sendo 850 nos Conselhos Tutelares e 900 no CREAS de Feira de Santana-BA. Após o *linkage* permaneceram 1.418 notificações representando uma perda de 19%, devido a casos registrados nas duas instituições. Salienta-se que é possível que uma determinada pessoa possa ter sido alvo de mais de uma notificação de violência sexual ao longo dos dez anos, mas tal aspecto não foi analisado no presente artigo.

O projeto foi aprovado pelo CEP com protocolo 143/10 (CAAE 0141.0.059.000-10), em atendimento aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde. Para coleta nas Instituições foram solicitadas autorizações, com permissão documental dos Diretores/Coordenadores.

RESULTADOS

São analisadas a seguir 1.418 notificações de violência sexual perpetradas em crianças e adolescentes no período de 2001 a 2010, com média de notificação anual de 142 registros, cerca de 10 casos ao mês e três casos a cada semana.

Na tabela 1 verifica-se que a maior proporção dos casos de violência sexual foi registrada nos Conselhos Tutelares (cerca de 58,2%), sendo a maioria sem outros eventos violentos concomitantes (78,2%). Independente da presença das coocorrências, a violência sexual se manifestou como estupro, incesto e exploração e a violência psicológica, quando analisada em concomitância com outros tipos de eventos violentos, permaneceu como pano de fundo em 10,9% dos casos. A maioria dos casos registrados ocorreu no domicílio da vítima e em outros espaços da comunidade; a principal forma de denúncia foi através do Sistema “Disque 100” ou pela mãe da vítima; os encaminhamentos mais encontrados foram para os Conselhos Tutelares, Centro especializado de Assistência Social/CREAS e Delegacias especializadas.

TABELA 1 – Características da vitimização sexual contra crianças e adolescentes, segundo dados da violência sexual isolada e em coocorrência com outras violências. Conselhos Tutelares e CREAS, 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Características da vitimização	Violência sexual isolada		Violência sexual com coocorrência	
	n	%	n	%
Instituições de atendimento				
CT I e II	593	41,8	232	16,4
CREAS	517	36,4	76	5,4
TOTAL	1110	78,2	308	21,8
Tipos de violência sexual				
Estupro	404	28,8	84	6,0
Incesto	340	24,3	135	9,6
Exploração/Prostituição	248	17,7	55	3,9
Outros tipos ¹	90	6,5	45	3,2
TOTAL	1082	77,3	319	22,7
Coocorrência de outras violências*				
Violência física e outras	-	-	120	8,5
Violência psicológica e outras	-	-	155	10,9
Negligência e outras	-	-	119	8,4
TOTAL	-	-	394	27,8
Local de Ocorrência				
Casa da vítima	485	39,4	210	17,1
Outros espaços da comunidade ²	466	37,9	69	5,6
TOTAL	951	77,3	279	22,7
Denunciante				
Sistema “Disque 100” (anônimo)	225	17,4	84	6,5
Mãe	255	19,7	27	2,1
Conselho Tutelar	87	6,7	12	0,9
Outros denunciantes ³	450	34,8	152	11,8
TOTAL	1017	78,7	275	21,3
Encaminhamentos Institucionais*				
Conselho Tutelar	566	33,6	179	10,6
Sentinela/CREAS	430	25,5	90	5,4
Delegacias	183	10,9	59	3,5
Serviços de Saúde	48	2,8	11	0,6
Outros ⁴	82	4,9	37	2,2
TOTAL	1309	77,7	376	22,3

¹ Outros tipos: sedução (n=56); pornografia (n=40); assédio sexual (n=3); aliciamento (n=6); exibicionismo (n=21); Voyeurismo (n=7); Tráfico(n=2).

² Outros espaços da comunidade: casa do agressor (n=105); outros espaços (n=430)

³ Outros denunciantes: outros familiares (n=122), Sistema de Garantias de Direitos (Delegacias e Polícias; Ministério Público; Defensoria Pública; Juizado Infante-Juvenil e outros) n=249; Educação (n=56); Saúde (n=50); Assistência (n=64)

⁴ Outros: Juizado (n=61); Ministério Público e Defensoria Pública (n=39);

* Múltipla resposta: um caso pode sofrer mais de um tipo de violência

Na tabela 2, os resultados mostram que a maioria das vítimas era do sexo feminino, com maior número de casos na adolescência, entretanto, com alta proporção de vitimização nas faixas da infância. Em relação ao agressor, independentemente da existência das coocorrências, verifica-se que se tratava de pessoa conhecida da vítima ou membro da família, incluindo pai e mãe, a maior parte do sexo masculino, valendo assinalar que, embora os dados dos perpetradores tenham apresentado baixa captação (ausência de registro de algumas variáveis), observou-se alta proporção da intimidação pela força física e ameaças, com alta frequência de agressor adolescente e adulto jovem.

TABELA 2– Perfil das crianças e adolescentes vítimas e dos agressores, segundo violência sexual isolada e em coocorrência com outras violências. Conselhos Tutelares e CREAS, 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Características da Vítima e do Agressor	Violência sexual com coocorrência		Violência sexual com coocorrência	
	n	%	n	%
Sexo da vítima da vítima (1230)				
Masculino	178	12,6	62	4,4
Feminino	932	65,7	246	17,3
TOTAL	1110	78,3	308	21,7
Faixa etária da vítima (1314)				
Infância até 11 anos	410	31,2	130	9,9
Adolescência 12 a 18	613	46,7	161	12,3
TOTAL	1023	77,9	291	22,1
Responsável pela vítima*				
Pai	198	15,2	57	4,4
Mãe	764	58,7	188	14,5
Outros ¹	66	5,1	28	2,1
TOTAL	1028	79,0	273	21,0
Vínculo do agressor com a vítima*				
Pai ou mãe	156	10,7	97	6,7
Padrasto ou madrasta	100	6,9	48	3,3
Outros familiares ²	93	6,4	30	2,1
Conhecidos da família ou da vítima ³	597	40,9	110	7,5
Desconhecidos	193	13,2	34	2,3
TOTAL	1139	78,1	319	21,9
Sexo do agressor (1251)				
Masculino	797	63,7	228	18,2
Feminino	160	12,8	66	5,3
TOTAL	957	76,5	294	23,5
Faixa etária do agressor (532)				
Até 17 anos	143	26,9	38	7,1
19-39	175	32,9	53	10,0
40 e mais	92	17,3	31	5,8
TOTAL	410	77,1	122	22,9
Uso Intimidação(828)				
Sim	451	54,5	184	22,2
Não	164	19,8	29	3,5
TOTAL	615	74,3	213	25,7
Tipos de Intimidação*				
Força física	177	25,2	123	17,5
Ameaça	283	40,3	111	15,8
Arma fogo/ ou faca	7	1,0	2	0,3
TOTAL	467	66,5	236	33,6

*Múltiplas respostas

¹ Outros responsáveis pelas vítimas: avós (n=61); tios (n=33)

² Agressor – Outros familiares: irmãos (n=38); tios (n=61); avós (n=24)

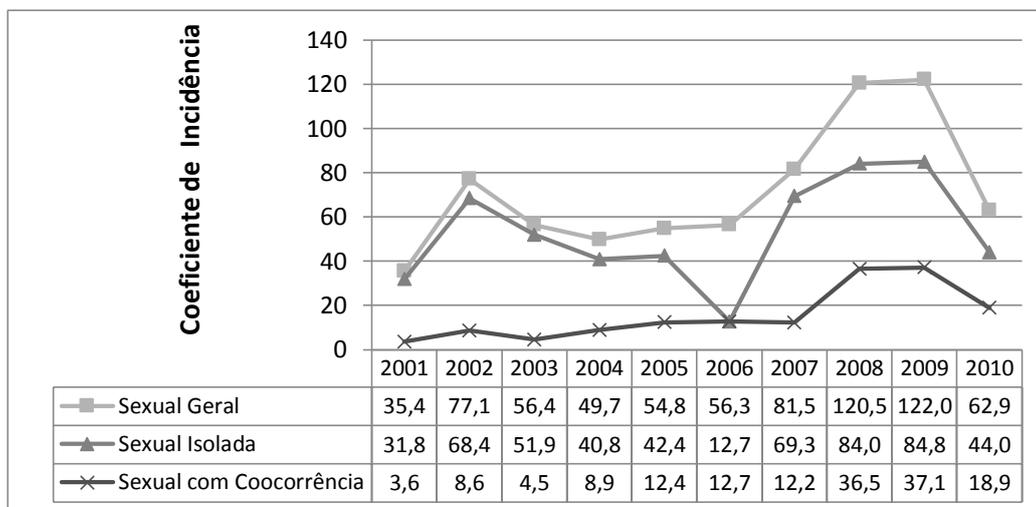
³ Conhecidos da família: vizinhos (n=179); outros conhecidos (n=528)

Na figura 1 onde são apresentados os coeficientes de incidência da violência sexual isolada e com coocorrência de outras violências, verificou-se que, independentemente da existência de coocorrência, houve aumento significativo do registro de casos, ao longo da década: 2002 (77,1 casos por cem mil habitantes – um menino para cada 6,5 meninas); 2008 (120,5 casos - um menino para cada sete meninas) e 2009 (122 casos - um menino para cada 6,7 meninas). Os coeficientes da violência sexual que ocorre isoladamente, apresentam perfil similar, com taxas mais elevadas nos anos de 2007, 2008 e 2009. Na presença das coocorrências, os maiores coeficientes da violência sexual foram observados ao final do período: em 2008 (36,5 casos por cem mil habitantes - um menino para cada cinco meninas) e 2009 (37,1 casos - um menino para cada 4,3 meninas).

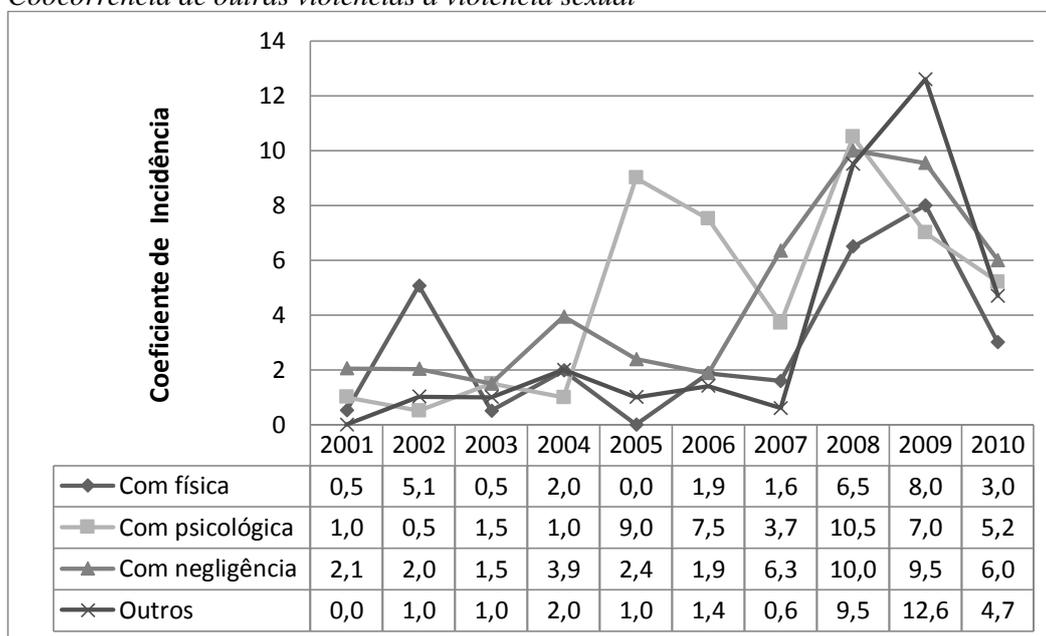
As outras violências concomitantes à violência sexual mostraram considerável aumento da incidência, na segunda metade da década: violência psicológica, 9,0 casos em cem mil habitantes em 2005 e 10,5 casos em 2008; negligência, 10,0 casos em 2008 e 9,5 casos em 2009; violência física, 6,5 casos em 2008 e 8,0 casos em 2009.

FIGURA 1 - Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) da violência sexual (isolada e com coocorrências), em crianças e adolescentes. Conselhos Tutelares e CREAS de Feira de Santana, BA, 2001 a 2010.

Violência sexual geral, isolada e em coocorrência



Coocorrência de outras violências à violência sexual

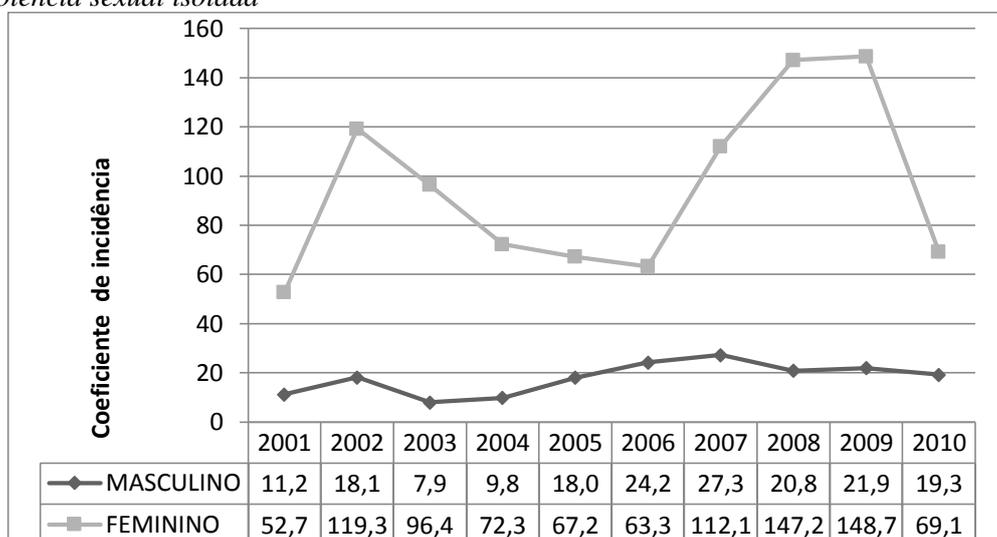


Na figura 2, a distribuição dos dados segundo o sexo mostra altos coeficientes da violência sexual isolada no sexo feminino, tanto no início da década, 2002 (119,3 casos em cem mil habitantes), quanto ao final da mesma, 2008 (147,2 casos) e 2009 (148,7 casos). Enquanto que, no sexo masculino, essas taxas foram mais expressivas ao final do período, 2008 (20,8

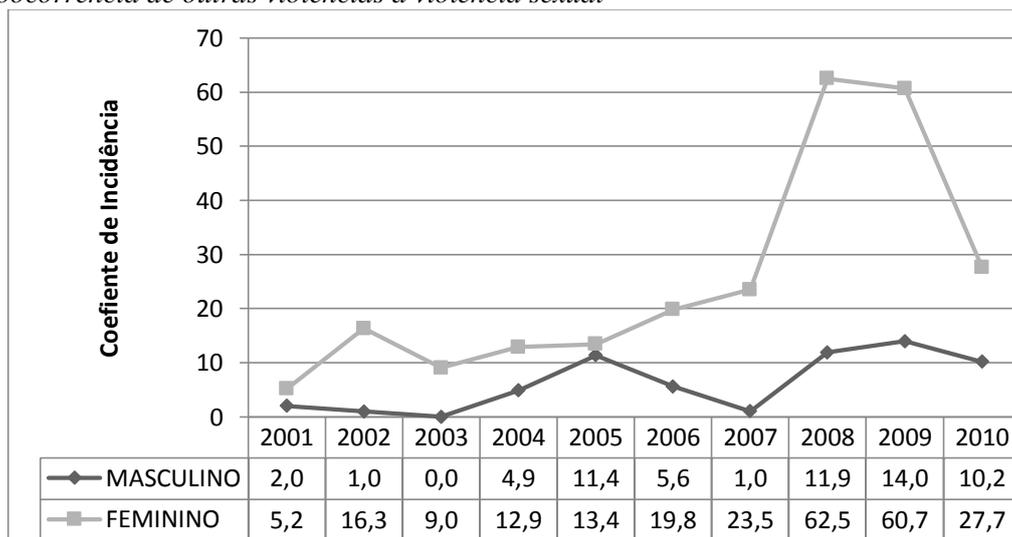
casos) e 2009 (21,9 casos). Dentre os casos com coocorrência, verifica-se tendência de maiores coeficientes ao fim da década, para ambos os sexos.

FIGURA 2- Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) da violência sexual (isolada e com coocorrências), em crianças e adolescentes, segundo sexo das vítimas. Conselhos Tutelares e CREAS de Feira de Santana, BA, 2001 a 2010.

Violência sexual isolada



Coocorrência de outras violências à violência sexual

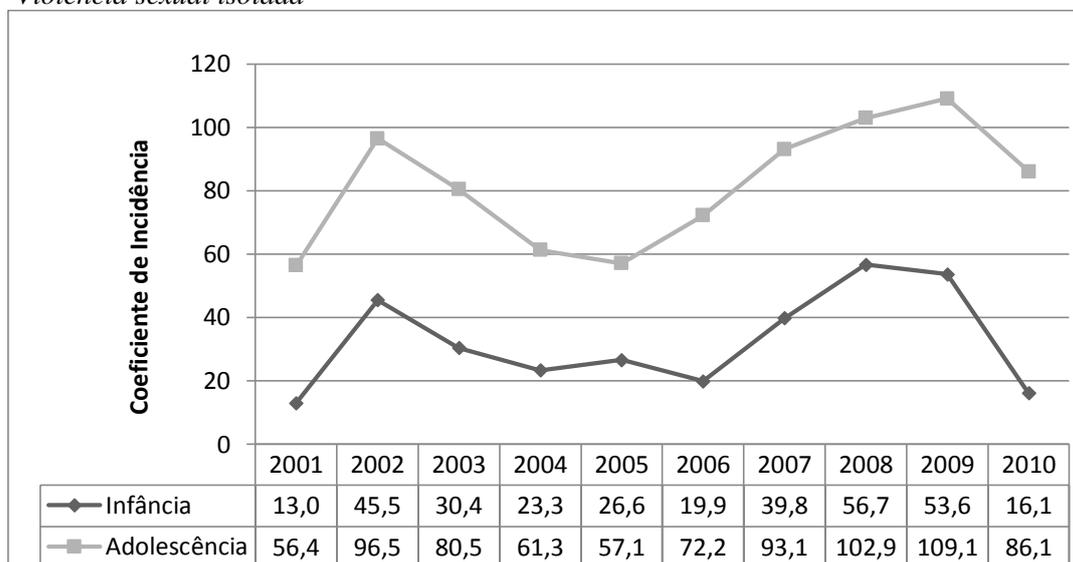


Na distribuição por faixa etária (Figura 3) destaca-se a fase da adolescência. Foi observado que, especialmente ao final do período estudado, foram verificados maiores coeficientes de violência sexual entre adolescentes, independente da presença das

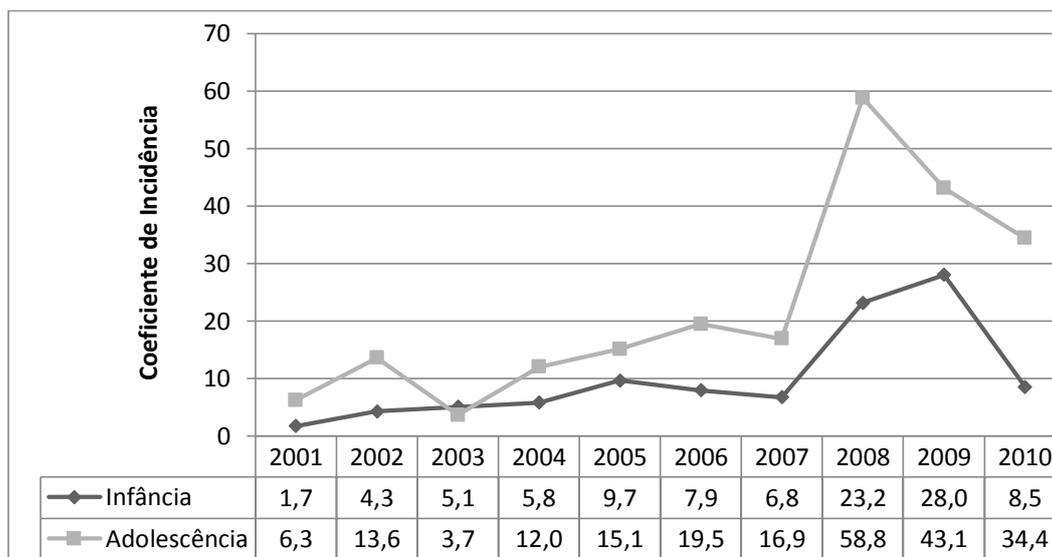
coocorrências. Este perfil também foi observado entre crianças, porém com taxas menos expressivas.

FIGURA 3 - Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) da violência sexual (isolada e com coocorrências), em crianças e adolescentes, segundo faixa etária das vítimas. Conselhos Tutelares e CREAS de Feira de Santana, BA, 2001 a 2010.

Violência sexual isolada



Coocorrência de outras violências à violência sexual



DISCUSSÃO

Ao iniciar a discussão dos indicadores de violência sexual ao longo de uma década, vale assinalar o consenso dos estudos na área que apontam inúmeras dificuldades para revelação e notificação dos casos desse tipo de violação. Pesquisas realizadas em distintos contextos e países mostram limitações técnicas e operacionais para a viabilização de dados, independente da fonte de informação (primária ou secundária), metodologia utilizada (qualitativa e/ou quantitativas) e área de concentração estudada (saúde, educação, assistência social, psicologia, direito, outras). Esses aspectos costumam estarem ligados ao tempo de exposição da vítima, vínculo com o agressor, local de ocorrência, período etário da vítima, entre outros obstáculos que impedem ou retardam a revelação, pela vítima ou a denúncia, pela família ou terceiros ^{29, 30, 31, 32}.

Os resultados do presente estudo, que mostraram aumento dos coeficientes de incidência da violência sexual ao longo de dez anos, concordam com pesquisas realizadas em Conselhos Tutelares de outros municípios do Brasil, no mesmo período, os quais também verificaram resultados semelhantes (por exemplo, 306 casos/100.000, Londrina/PR em 2006) ³³. A violência sexual, independente da presença de outras ocorrências violentas concomitantes, merece atenção, pela gravidade e comprometimento à saúde física e psicossocial das vítimas, assim como pela invisibilidade decorrente da subnotificação envolvida no processo de vitimização ^{14, 27, 33}.

O aumento expressivo das incidências de violência sexual isolada e em coocorrência com outras violências evidenciado no presente estudo a partir da segunda metade do decênio, pode estar relacionado às melhorias na capacidade de registro dos Conselhos Tutelares e atuação em “Rede” das demais instâncias de atenção, face à identificação e encaminhamentos dos casos, assim como a atuação da comunidade, através das denúncias pelo Sistema Nacional – “Disque 100”. Esses resultados sinalizam

mudanças positivas, quanto ao processo de sensibilização popular e participação das instâncias, ao mesmo tempo em que instiga a necessidade de multiplicar esforços, no sentido de fortalecimento institucional, na qualidade do atendimento, diante dos casos, assim como, na qualidade do sistema de registro de dados ³⁰.

Corroborando com achados de pesquisas realizadas e distintos contextos e países, os resultados do estudo de Feira de Santana mostraram que a violência sexual acometeu, especialmente, o sexo feminino, na maioria dos casos na adolescência (12-15 anos) ¹⁰, onde interferem fatores culturais que, historicamente, impuseram às mulheres condições de abuso e discriminação, socialmente aceitas ^{10, 14, 30, 31, 32, 33}. Entretanto, vale ressaltar as altas proporções de vitimização na infância (até 11 anos), no sexo masculino, entre os resultados do presente estudo, especialmente, a partir de seis anos, concordando com outras pesquisas que verificaram alta frequência de violação no sexo masculino, nas faixas da infância. Esses achados, possivelmente, estão relacionados a fatores culturais, que cursam com estigmatização, preconceitos e outras dificuldades que interferem nos indicadores dessa violência ³⁴.

No que concerne à coocorrência com outros tipos de violência, estudiosos apontam que a agressão sexual de crianças e adolescentes não representa um evento isolado, em geral, costuma estar acompanhada de outras situações violentas, como negligência, violência física, psicológica, entre outras ³⁵. Entretanto, os baixos índices de registros dos eventos concomitantes impossibilitam a identificação dos casos e subestima a importância do reconhecimento dos mesmos. Pesquisas indicam que, em cada cinco casos, cerca de três sofrem outros episódios violentos, ou seja, 58% sofrem agressões diversas ²⁷. Esses dados sugerem que essas vítimas são muito susceptíveis aos problemas clínicos, psicossociais e comportamentais decorrentes do trauma, na dependência das características do evento, assim como do suporte familiar e social ^{17, 27}. Os resultados do presente estudo que mostraram

maiores coeficientes de outras violências concomitantes à violência sexual, mais expressivos a partir de 2007 (entre 2007 a 2010), concordam com dados da literatura, em nível mundial, que apontam que a coocorrência mais frequentes é a violência física e psicológica ^{6, 36}.

Em Feira de Santana, os achados desse estudo mostraram que mais de 20% dos casos de agressão sexual estavam relacionados à negligência, violência física e psicológica, cuja incidência apresentou aumento considerável, a partir da segunda metade da década. Esses resultados corroboram com a literatura nesta área, realizadas em distintas regiões do Brasil e outros países ^{13, 14, 33 35, 37}. Estudiosos têm mostrado que o abuso na infância e adolescência, assim como outras experiências adversas estão inter-relacionados e não ocorrem de forma independente. Importa ressaltar o consenso da literatura, quanto à variação das taxas de violência sexual nos diversos contextos, em decorrência de fatores relacionados ao fenômeno, como a revelação pela vítima, identificação, denúncia e notificação da violência pela família, amigos, comunidade, assim como ao processo da investigação pelas instâncias de referência e posterior registro dos casos. Da mesma forma, esses indicadores sofrem influência de fatores relacionados ao processo de pesquisa (população e tipo de estudo, método e objetivos) ^{14, 33}. Assim, vale assinalar a importância de estudos que investigam as múltiplas formas de vitimização, uma vez que os indicadores relacionados às manifestações individuais podem subestimar outras formas de exposição de crianças e adolescentes, assim como os respectivos fatores de risco associados ^{19, 27}.

Nos EUA, estudos multicêntricos, confirmam essas evidências: Em 2009, pesquisa sobre a concomitância de episódios violentos, com amostra nacional de 4.053 indivíduos na faixa etária de 02 a 17 anos evidenciou que 66% dos participantes experimentaram múltiplas formas de vitimização, sendo que destes 30% foram expostos

a cinco ou mais tipos e 10% experimentaram 11 ou mais manifestações ¹⁸; em 2012, estudo com 2.017 crianças de 2-9 anos, observou exposição à diversos tipos de violência na família (tais como abuso físico ou sexual, maus-tratos emocionais, negligência infantil, vitimização por irmão, e testemunho de violência familiar), na maioria das vezes, relacionadas à relações familiares disfuncionais, tais como abuso de álcool e outras drogas, prisão, desemprego e desagregação familiar ¹⁹. Pesquisa realizada em San-Diego/EUA, com 8.629 adultos constatou que dois terços dos participantes (67,3%) foram expostos na infância, pelo menos a uma categoria de abuso e outras experiências adversas: 86,5% relataram ter sido expostos a uma experiência adicional; 52% a três episódios e 38,5% relataram quatro ou mais exposições ³⁷.

No Canadá, foi verificada, entre crianças e adolescentes, a coocorrência das violências sexual, física e psicológica: 19% dos rapazes e 26% das moças ¹².

Os achados da presente pesquisa, especialmente no que se refere às proporções da violência física e psicológica concordam com estudos realizados em outras regiões do país, que identificaram mais de um tipo de violência concomitante aos casos de agressão sexual ^{13, 14, 29}. Estudo realizado em São Paulo, com 4.085 registros de casos de violação sexual na faixa até 15 anos, observou que a ocorrência isolada correspondeu a 33,2%; 7,1% tiveram concomitantemente violência física e 3,0% violência psicológica ³⁵.

A importância da identificação dos casos de episódios violentos em concomitância à agressão sexual possibilita conclusões precisas sobre o problema, o conhecimento da real magnitude do fenômeno, bem como o efeito cumulativo dessa adversidade e o comprometimento gerado às vítimas, podendo explicar a alta vulnerabilidade pelas perigosas e graves formas de vitimização ^{9, 20, 35}. Pesquisadores sugerem que as vítimas submetidas a várias vitimizações encontram-se nas faixas etárias

mais elevadas, em função das exposições acumuladas com a idade, sendo muito frequente na adolescência e no sexo masculino ⁹.

No presente estudo observou-se baixa proporção de registro da violência psicológica, no mesmo evento da violação sexual, cuja principal consequência é o estresse pós-traumático ⁶. Esses baixos índices, possivelmente, são decorrentes de sub-registro. A notificação adequada das violências perpetradas no mesmo evento está diretamente relacionada à eficiência profissional, cuja formação requer conhecimentos específicos para identificação e notificação dos múltiplos aspectos relacionados ao caso, os quais constituem importantes ferramentas para o adequado encaminhamento dos casos.

Outro achado importante da presente pesquisa foi que, em se tratando da ocorrência de violência sexual concomitante com a violência física, na maioria dos casos o abusador era desconhecido da vítima, concordando com dados da pesquisa de Cruz (2005) que indica como mais frequente esse tipo de associação, pela possível rejeição e falta de colaboração com o processo de violação, onde o perpetrador agride fisicamente para conter ou intimidar ^{6, 36, 38}. Esse tipo de abusador (oportunista ou pedófilo) é ocasional, raramente comete abusos com a mesma vítima, procurando novas vítimas para não ser reconhecido e denunciado, dificultando assim o processo de identificação e responsabilização ³⁸.

No estudo de Feira de Santana, as proporções de estupro e incesto foram semelhantes, com variações ao longo do período, cujas ocorrências foram originadas no contexto domiciliar, ou ambiente social da vítima, concordando com pesquisas que relatam resultados semelhantes ³². Muitos estudos destacam o domicílio da vítima ou do agressor, assim como algum local da comunidade, como ambientes privilegiados para a prática da violação sexual perpetrada em crianças e adolescentes, trazendo a reflexão de que, em algumas situações o ambiente familiar e social pode não constituir segurança e

proteção. A omissão, a ausência de testemunhas e a cumplicidade familiar ou de terceiros (amigos, vizinhos), quanto à denúncia, constituem importantes agravantes do evento e consequências, somadas às dificuldades inerentes ao processo de revelação pela vítima^{30, 34}. Nos EUA (2008) levantamento nacional abordando crianças e adolescentes de 0 a 17 anos que foram agredidas sexualmente revelou que 14% ocorreram no ambiente domiciliar da vítima¹⁶. Quanto ao local de ocorrência no ambiente extrafamiliar, os dados do presente estudo apontaram resultados que corroboram com outras pesquisas em nível nacional e internacional¹⁶. Vale salientar que a principal categoria de agressor observada refere-se a pessoas conhecidas da vítima, tanto no ambiente familiar, como extrafamiliar concordando com achados desses estudos¹⁶.

No presente estudo, o Sistema “Disque 100” destacou-se como principal veículo de captação das denúncias, concordando com pesquisas que apontam o anonimato como importante estratégia de viabilização da sindicância e identificação dos casos, pelas instâncias de referência, como os Conselhos Tutelares e Centros de Referência em Assistência Social – CREAS. O anonimato garante o não envolvimento com o caso e preserva a identidade do denunciante; por outro lado, a falta de detalhamento das informações e o receio na revelação da própria identidade podem dificultar a obtenção de dados que contribuem para a confirmação e elucidação do caso³⁹. Essas possibilidades orientam quanto à necessidade de sensibilizar a população sobre as características do sigilo, asseguradas pelo sistema de registro, visto a importância dos detalhes das informações, para os possíveis encaminhamentos e resolutividade dos casos.

Apesar da mãe da vítima ter sido também identificada como importante fonte de denúncia nesse e em outros estudos, essa frequência ainda é considerada baixa. Múltiplos fatores podem interferir para a omissão materna, como a tentativa em manter a representação social da família, evitando desenlaces. Denunciar o incesto pelo pai ou

companheiro representa reconhecer o próprio fracasso no papel de esposa, assim como de mãe, importante elemento protetor e formador da família. Diferentes motivos levam a genitora e outros membros da família, amigos e vizinhos a omitir e negar a violação, contribuindo para o baixo impacto de denúncias e subnotificação de casos ³¹. A revelação pela própria vítima é um processo complicado, pelos diferentes aspectos, valendo destacar que nesta etapa os indivíduos encontram-se em franco processo de desenvolvimento psicossocial. Crianças e adolescentes podem ficar submetidos ao poder do agressor por longos períodos, de acordo com o tipo de vinculação e credibilidade das pessoas de referência, fatores esses que têm impacto decisivo na gravidade do acometimento psicossocial e comportamental das vítimas ^{16, 25}. Na atual pesquisa, os outros setores, como saúde e educação mostraram baixas proporções de denúncias mesmo vinculadas à obrigatoriedade e aplicação de multas em casos de omissão da notificação.

Para concluir, vale assinalar as limitações do presente estudo que lida com dados secundários, os quais podem apresentar subnotificação e ausência de algumas variáveis importantes, ao longo do decênio. Assinala-se que os resultados apresentados dizem respeito aos registros de casos denunciados nas instâncias de referência, não retratando a real incidência deste fenômeno no município, considerando o repertório de dificuldades, mundialmente conhecidas, para a identificação e notificação de cada caso de violação sexual perpetrada em crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo apontam para a importância de investigações abordando a coocorrência de outras violências à violência sexual, uma vez que possibilitam melhor compreensão e avaliação mais precisa do impacto desse fenômeno

para as vítimas, identificação de um maior número de crianças e adolescentes em situação de risco e intervenções mais abrangentes.

Estudos que envolvem levantamento de indicadores contribuem para dar visibilidade ao fenômeno. A utilização dos sistemas oficiais de registros permite conhecer taxas e tendências que indicam a magnitude e características do problema, orientando quanto às possíveis medidas de intervenção e controle. Pesquisar o perfil e coeficientes de incidência da violência sexual e outras violências concomitantes perpetradas em crianças e adolescentes, ao longo de uma década pode contribuir para subsidiar políticas e práticas efetivas pelos diversos setores, assim como divulgar o conhecimento científico nessa área.

Destaca-se a importância da formação de “Redes Institucionais” que integrem serviços já existentes, cujas políticas viabilizem recursos direcionados à formação profissional, na identificação, notificação e encaminhamentos, frente aos casos, proporcionando assim a implementação de estratégias eficazes de interrupção do ciclo de vitimização.

REFERÊNCIAS

- ¹ Krug ED, Dalberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2002.
- ² Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à Saúde. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29(1): 55-63.
- ³ Motti AJA, Contini MLJ, Amorim SMF, organizadores. *Consolidando a Experiência do PAIR*. Campo Grande, MS, 2008.
- ⁴ Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):28-38.
- ⁵ Bernier MJ, Hébert M, Vezina D. Symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle. *Journal International de Victimologie*. 2011; 9(2): 318-332.
- ⁶ Simoneau AC, Hébert M, Tourigny M. Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Rev Psychoeduc* 2008; 37(2): 245-288.
- ⁷ Berthelot N, Langevin R, Hébert M. L'association entre la victimisation sexuelle dans l'enfance de la mère et les troubles de comportement chez l'enfant victime d'agression sexuelle. *Journal International de Victimologie* 2012; 10(1): 8-20.
- ⁸ Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff PMS, Joly J. Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Timing of Disclosure in a Representative Sample of Adults From Quebec. *Can J Psychiatry* 2009; 54(9): 631-636.
- ⁹ Turner H A, Finkelhor D, Ormrod R. Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth. *Am J Prev Med* 2010; 38(3): 323-330.
- ¹⁰ Finkelhor D, Ormrod RK, Chaffin M. *Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Washington; 2009.
- ¹¹ Sabina C, Straus MA. Poly-victimization by Dating Partners and Mental Health Among U.S. College Students. *Violence Vict* 2008; 37 (23): 667-682.
- ¹² Sears HA, Byers SE, Price LE. The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships. *J Adolesc*. 2007; 30(38): 487-504.
- ¹³ Hamby S, Finkelhor D, Turner H. Teen Dating Violence: Co-Occurrence With Other Victimization in the National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV). *Psychol Violence* 2012; 2(2): 111-124.
- ¹⁴ Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife, Brasil; Prevalência e fatores associados. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1): 233-243.

- ¹⁵ ISPCAN. International Society for Preventions of Child Abuse and Neglect. *World Perspectives on Child Abuse*. 7^a ed. 2006.
- ¹⁶ Finkelhor D, Hammer H, Sedlar AJ. *Sexually Assaulted Children: National Estimates and Characteristics*. National Incidence Studies of Missing, Abductees, Runaway, and Throwaway Children; 2008.
- ¹⁷ Trocmé NM, Fallon B, Maclaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2003; 27(12): 1427-1439.
- ¹⁸ Finkelhor D, Ormrod R, Turner HA, Holt M. Pathways to poly-victimization. *Child Maltreat* 2009; 14(4): 316-329.
- ¹⁹ Turner H A, Finkelhor D; Ormrod R; Hamby S. Family context, victimization, and child trauma symptoms: variation in Safe, stable, and nurturing relationships during early and middle childhood. *Am J Orthopsychiatry* 2012; 82(2): 209-219.
- ²⁰ Finkelhor D.; Ormrod RK; Turner, HA. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children e youth. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 403-411.
- ²¹ Ford JD; Elhai JD; Connor DF; Frueh BC. Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2010; 46: 545-552.
- ²² Mascarenhas MDM; Malta DC; Silva MMA; Lima CM; Carvalho MGO; Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2): 347-357.
- ²³ Costa, MCO; Carvalho RC; Santana MAO; Silva IMS; Silva MR. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2): 563-574.
- ²⁴ Brasil. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
- ²⁵ Scherer EA; Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8(4): 22-29.
- ²⁶ Willians ICA; Padovani RC; Araújo EAC; Pereira ACS; Ormenõ GR; Eisenstein E. *Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente*. São Carlos: Pedro e João Editores; 2009.
- ²⁷ Finkelhor D; Turner H; Hamby S; Ormrod R. Poly-victimization: children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *National Survey of Children's Exposure to Violence*. Juvenile Justice Bulletin 2011; 1-12.
- ²⁸ Silva CF; Leite AJM; Almeida NMGS. *Linkage* entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis em município do Nordeste do Brasil: qualidade dos sistemas de informação. *Cad Saude Publica* 2009; 25(7): 1552-1558.

- ²⁹ Arcos E; Uarac M; Molina I. Impacto de la violencia doméstica e la salud infantil. *Rev Med Chil* 2003; 131: 1454-1462.
- ³⁰ Ribeiro MA; Ferriani MGC; Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2): 456-464.
- ³¹ Pfeiffer L; Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 Supl): S197-S204.
- ³² Habigzang LF; Koller SH; Azevedo GA; Machado PX. Abuso sexual e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2005; 21(3): 341-348.
- ³³ Martins CBG; Mello-Jorge MHP. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiologia em Serviços de Saúde* 2009; 18(4): 315-334.
- ³⁴ Hohendorff JV; Habigzang LF; Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP* 2012; 23(2): 395-415.
- ³⁵ Finkelhor D; Ormrod RK; Turner HA. Polyvictimization: a neglected component in child victimization *Child Abuse Negl* 2007; 31(1): 7-26.
- ³⁶ Gawryszewski VP; Valencich DMO; Carnevalle CV; Marcopito LF. Maus-tratos contra criança e ao adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(6): 659-665.
- ³⁷ Dong M; Anda RF; Felitti VJ; Dube SR; Williamson DF; Thompson TJ; Loo CM; Giles WH. *The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction.* 2004; 28(7): 771-784.
- ³⁸ Cruz RA. Abuso Sexual na Infância: Conceito Básicos e Medidas de Prevenção. In: Silva AS; Senna E; Kassab MCM, organizadores. *Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes*. Brasília: Organização Mundial do Trabalho; 2005; 71-88.
- ³⁹ Di Lorenzi DRS; Pontalti L; Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Revista Científica da AMECS* 2001; 10(1): 47-52.

ANEXOS

Figura I - Coeficientes de incidência* da violência sexual em crianças e adolescentes e outras violências (coocorrências) em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

Gráfico I – Coeficientes de incidência da violência sexual e coocorrências.

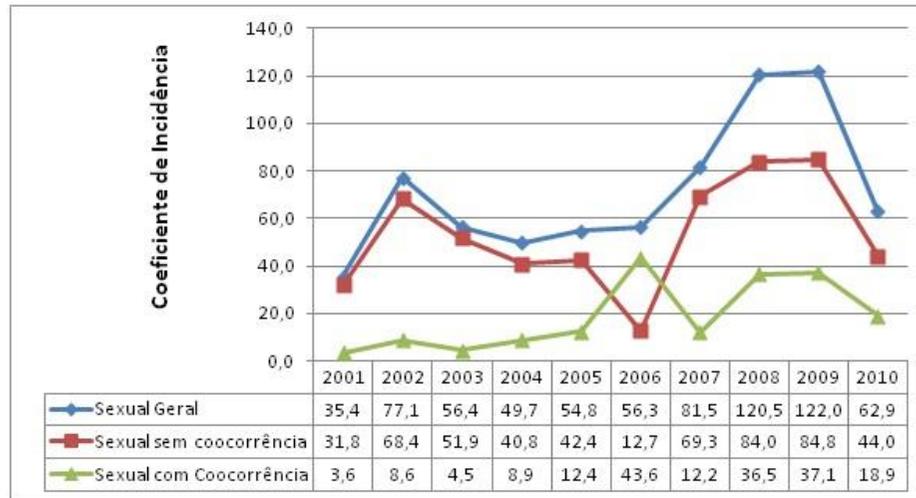
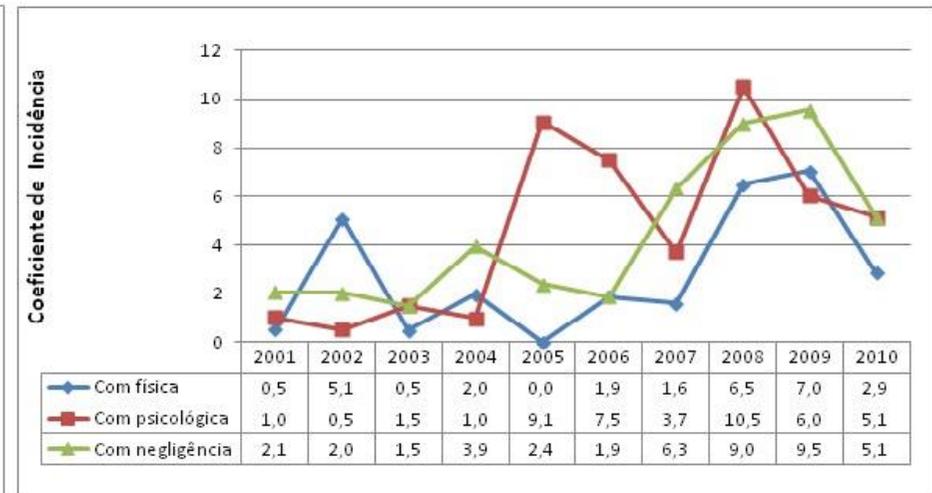


Gráfico II Coeficiente de incidência da violência sexual e outras violências (coocorrências).



* por 100.000 habitantes

Figura II - Coeficiente de incidência* da violência sexual em crianças e adolescentes (com ou sem cocorrência), segundo sexo das vítimas, em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

Gráfico III – Coeficiente de incidência da violência sexual sem cocorrência, segundo o sexo de vítima.

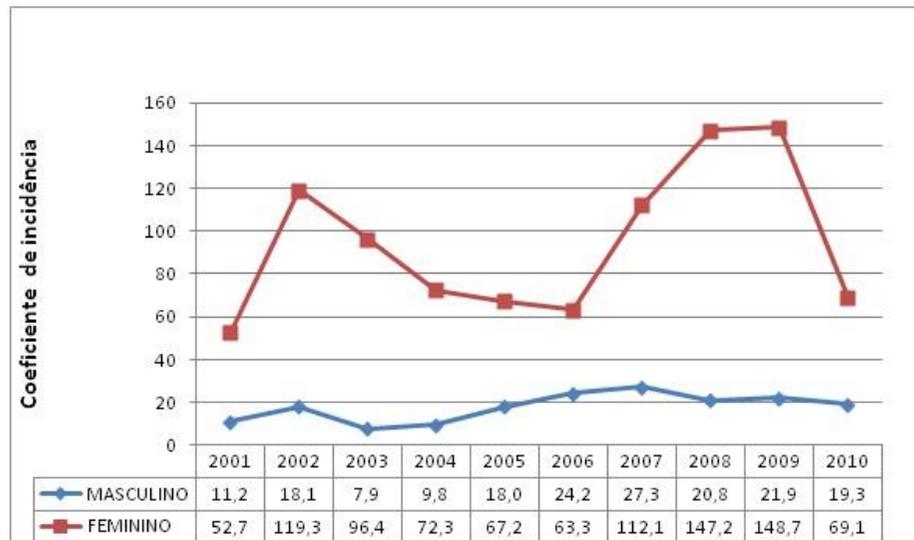
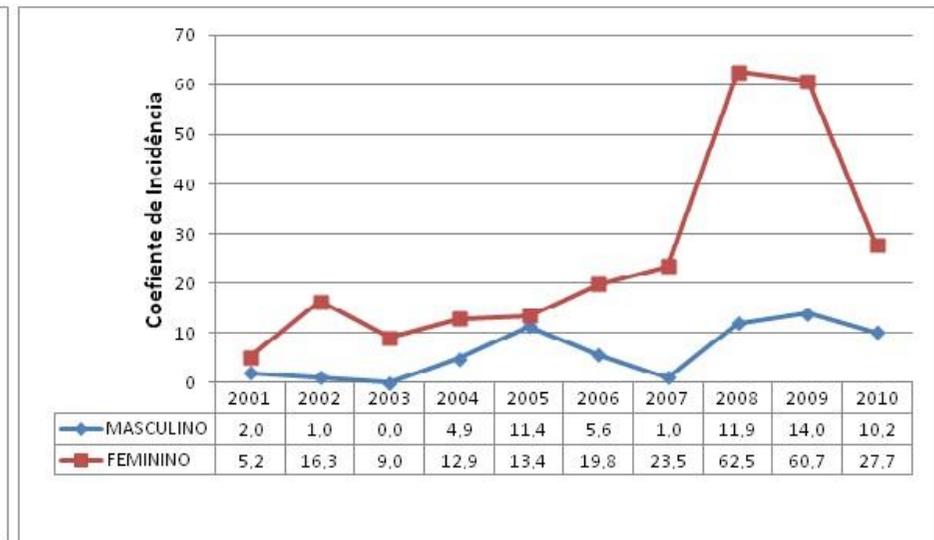


Gráfico IV Coeficiente de incidência da violência sexual com cocorrências, segundo o sexo da vítima.

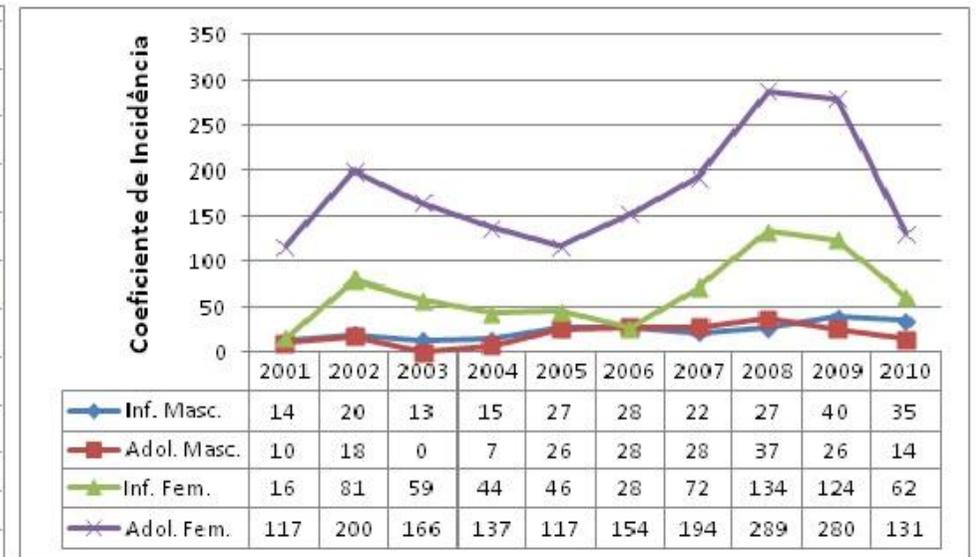
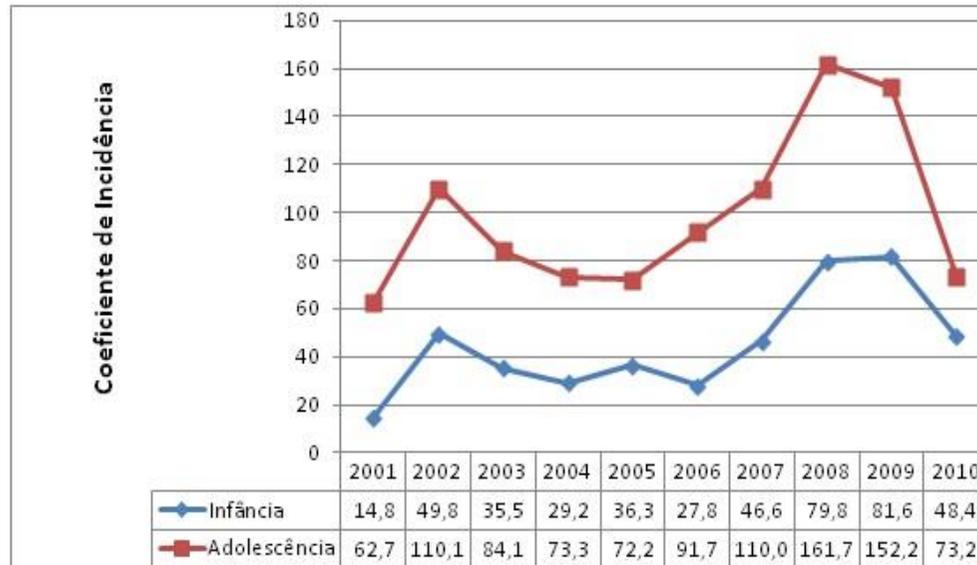


* por 100.000 habitantes

Figura III- Coeficiente de incidência da violência sexual em crianças e adolescentes (com ou sem cocorrência), segundo faixa etária e sexo das vítimas, em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

Gráfico V – Coeficiente de incidência da violência sexual com e sem cocorrência, segundo faixa etária da vítima.

Gráfico VI Coeficiente de incidência sexual da violência sexual com cocorrências, segundo sexo e faixa etária da vítima.



* por 100.000 habitantes

Infância: 0-11 anos

Adolescência: 12-18 anos

TABELA 1 – Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

VARIÁVEIS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instituições de atendimento																						
CT I e II	18	26,1	72	47,3	19	16,8	43	42,6	63	54,8	40	33,3	88	57,1	133	55,2	206	84,8	49	44,5	731	51,5
CREAS	51	73,9	80	52,7	94	83,2	58	57,4	52	45,2	80	66,7	66	42,9	108	44,8	37	15,2	61	55,5	687	48,5
Total de notificações	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100
Violaência sexual																						
Violaência sexual com coocorrência¹	7	10,2	17	11,2	9	8,0	18	17,8	26	22,6	27	22,5	23	14,9	73	30,3	74	30,5	33	30,0	307	21,7
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Tipos de violaência sexual																						
Estupro	24	34,8	58	37,7	33	29,2	46	43	37	32,5	49	36,8	46	28,2	91	36,5	76	29,9	29	25,7	489	33,3
Incesto	17	24,7	52	33,8	37	32,7	51	47,7	12	10,5	30	22,6	61	37,4	83	33,4	65	25,6	67	59,3	475	32,3
Exploração/Prostituição	26	37,7	36	23,4	38	33,6	7	6,5	42	36,8	28	21,1	22	13,5	47	18,9	55	21,7	2	1,8	303	20,6
Outros tipos ²	1	1,4	7	4,5	4	3,5	3	2,8	16	14	26	19,5	14	8,6	14	5,6	40	15,7	13	11,4	138	9,4
Ignorado	1	1,4	1	0,6	1	1	0	0,0	7	6,2	0	0,0	20	12,3	14	5,6	18	7,1	2	1,8	64	4,4
Total	69	100,0	154	100,0	113	100,0	107	100,0	114	100,0	133	100,0	163	100,0	249	100,0	254	100,0	113	100,0	1469	100,0
Local de Ocorrência																						
Casa da vítima	21	30,4	77	50,7	40	35,4	52	51,5	42	36,5	49	40,8	92	59,7	124	51,5	120	49,4	78	70,9	695	49,0
Ignorado	4	5,8	9	5,9	25	22,1	12	11,9	12	10,5	16	13,4	17	11,0	38	15,8	45	18,5	10	9,1	188	13,3
Outros espaços da comunidade ³	44	63,8	66	43,4	48	42,5	37	36,6	61	53,0	55	45,8	45	29,3	79	32,7	78	32,1	22	20,0	535	37,9
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Denunciante																						
Anônimo	13	19,0	26	17,0	30	26,5	35	34,7	35	30,4	4	3,3	30	19,5	40	16,6	77	31,7	19	17,3	334	23,6
Mãe	11	16,0	52	34,0	22	19,6	7	6,9	14	12,2	27	22,5	44	28,6	50	20,7	20	8,3	35	31,8	281	19,8
Conselho Tutelar	10	14,5	13	8,6	14	12,3	14	13,8	17	14,8	12	10,0	7	4,5	4	1,7	6	2,5	2	1,8	98	6,9
Outros denunciantes ⁴	26	37,5	50	33,2	42	37,2	40	39,6	44	38,3	71	59,2	52	33,8	105	43,6	132	54,3	40	36,4	576	40,6
Ignorado	9	13,0	11	7,2	5	4,4	5	5,0	5	4,3	6	5,0	21	13,6	42	17,4	8	3,2	14	12,7	129	9,1
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Medidas adotadas																						
Acompanhamento	53	67,9	75	52,8	20	57,1	4	11,1	5	26,3	32	55,2	74	50,34	101	36,6	29	11,9	56	50,9	449	32,9
Outras medidas ⁵	25	32,1	67	47,2	15	42,9	32	88,9	14	73,7	26	44,8	73	49,66	175	63,4	252	88,1	238	49,1	917	67,1
Total	78	100,0	142	100,0	35	100,0	36	100,0	19	100,0	58	100,0	147	100,0	276	100,0	281	100,0	294	100,0	1366	100,0
Encaminhamentos Institucionais																						
Conselho Tutelar	11	13,3	48	32,7	86	80,4	11	26,8	55	32,2	75	30,4	95	45,5	167	53,4	137	45,5	49	34,0	734	41,6

Sentinela/CREAS	60	72,3	76	51,7	10	9,3	12	29,3	36	21,1	64	25,9	61	29,2	86	27,5	62	20,6	53	36,8	520	29,5
Delegacias	8	9,6	19	12,9	6	5,6	11	26,8	34	19,9	39	15,8	24	11,5	31	9,9	62	20,6	8	5,6	242	13,7
Outros ⁶	4	4,8	4	2,7	5	4,7	7	17,1	46	26,9	69	27,9	29	13,9	29	9,3	40	13,3	34	55,7	267	15,2
Total	83	100,0	147	100,0	107	100,0	41	100,0	171	100,0	247	100,0	209	100,0	313	100,0	301	100,0	144	100,0	1763	100,0

¹ Violência sexual com coocorrência: sexual com física (17, 9%); sexual com negligência (30%); sexual com psicológica (28%); sexual com física e psicológica (13,7%), sexual com física, negligência e psicológica (3,6%); sexual com negligência e física (2,9%); sexual com negligência e psicológica (3,9%).

² Outros tipos de violência: sedução (3,8%); pornografia (2,7%); pedofilia (0,2%); assédio sexual (0,2%); aliciamento (0,4%); exibicionismo (1,4%); Voyeurismo (0,5%), Tráfico (0,1%).

³ Outros locais de ocorrência da violência: casa do agressor (7,5%); rua (21,5%); outros (8,6%).

⁴ Outros denunciantes: Pai (3,7%), irmãos (0,8%), avós (2,2%), tios (1,3%), outros familiares (0,6%), delegacias (9,9%); polícia (1,7%), Ministério Público , Defensoria Pública, Juizado Into-Juvenil (6,3%); Educação (3,9%), Saúde (3,5%), Assistência (4,5%), e outros (4,2%).

⁵ Outras medidas adotadas: aconselhamento (5,5%); audiência (9,2%); advertência (7,9%); notificação (12,9%); sindicância (20,6%); e outras medidas (10,7%).

⁶ Outros encaminhamentos: Juizado (3,5%); Ministério Público e Defensoria Pública (2,2%); Escola (0,8%); CAPS (1,5%); Serviço de Saúde (3,4%); Abrigos (1,1%); Instituto Médico Legal (2,7%).

OBS: As porcentagens citadas nesse rodapé são referentes à média do decênio

TABELA 2 – Perfil das vítimas de violência sexual e dos agressores segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Características da Vítima e do Agressor	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo da vítima da vítima																						
Masculino	13	18,8	19	12,5	8	7,1	15	15,0	31	27,0	32	26,7	27	17,5	33	13,7	36	14,8	26	23,6	240	17,0
Feminino	56	81,2	133	87,5	105	92,9	86	85,0	84	73,0	88	73,3	127	82,5	208	86,3	207	85,2	84	76,4	1178	83,0
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Faixa etária da vítima																						
Infância até 11 anos	17	24,6	58	38,2	42	37,2	35	34,7	45	39,1	35	29,2	55	35,8	100	41,5	102	42,0	51	46,4	540	38,1
Adolescência 12 a 18	50	72,5	89	58,6	69	61,0	61	60,3	62	53,9	80	66,6	78	50,6	121	50,2	113	46,5	51	46,4	774	54,6
Ignorado	2	2,9	5	3,2	2	1,8	5	5,0	8	7,0	5	4,2	21	13,6	20	8,3	28	11,5	8	7,2	104	7,3
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Responsável pela vítima*																						
Pai	7	10,2	9	5,9	44	27,0	28	19,2	25	17,7	41	26,5	16	10,4	35	14,0	38	15,4	12	11	255	16,1
Mãe	49	71,0	120	78,9	67	41,1	74	50,7	69	48,9	80	51,6	102	66,2	173	69,2	132	53,4	86	78,2	952	60,0
Outros	9	13,0	13	8,6	29	17,8	37	25,3	25	17,7	33	21,3	19	12,4	17	6,8	23	9,3	8	7,2	167	10,5
Ignorado	4	5,8	10	6,6	23	14,1	7	4,8	22	15,6	1	0,6	17	11	25	10,0	54	21,9	4	3,6	213	13,4
Total	69	100,0	152	100,0	163	100,0	146	100,0	141	100,0	155	100,0	154	100,0	250	100,0	247	100,0	110	100,0	1587	100,0
Vínculo do agressor com a vítima																						
Pai ou mãe	8	11,6	19	12,5	24	21,3	22	21,8	14	12,2	19	15,8	26	16,9	61	25,3	38	15,6	25	22,7	256	18,0
Outros familiares ¹	10	14,5	33	21,7	13	11,5	26	25,7	5	4,3	17	14,2	41	26,6	40	16,6	47	19,4	37	33,6	269	19,0
Conhecidos da família ou da vítima ²	37	53,6	56	36,8	30	26,5	33	32,7	62	54	51	42,5	56	36,4	93	38,6	86	35,4	33	30	537	37,9
Desconhecidos	11	15,9	35	23	22	19,5	15	14,8	32	27,8	32	26,7	6	3,9	29	12	38	15,6	8	7,3	228	16,1
Ignorado	3	4,4	9	6	24	21,2	5	5	2	1,7	1	0,8	25	16,2	18	7,5	34	14	7	6,4	128	9,0
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Sexo do agressor																						
Masculino	46	66,7	112	73,7	75	66,4	59	58,4	81	70,4	89	74,2	120	77,9	179	74,2	174	71,6	90	81,8	1025	72,3
Feminino	15	21,7	29	19,1	10	8,8	18	17,8	23	20	15	12,5	20	13	37	15,4	48	19,8	11	10	226	15,9
Ignorado	8	11,6	11	7,2	28	24,8	24	23,8	11	9,6	16	13,3	14	9,1	25	10,4	21	8,6	9	8,2	167	11,8
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Faixa etária do agressor																						
Até 18 anos	15	21,7	29	19,1	9	8	8	7,9	25	21,8	22	18,3	24	15,6	22	9,1	27	11,1	15	13,5	196	13,8
19-39	4	5,8	23	15,1	23	20,4	13	12,9	13	11,3	21	17,5	16	10,4	38	15,8	41	16,9	15	13,5	207	14,6
40 e mais	12	17,4	10	6,6	16	14,2	4	4	3	2,6	11	9,2	7	4,5	21	8,7	34	14	11	10,3	129	9,1

Ignorado	38	55,1	90	59,2	65	57,4	76	75,2	74	64,3	66	55	107	69,5	160	66,4	141	58	69	62,7	886	62,5
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Uso Intimidação*																						
Ignorado	39	56,5	76	50	94	83,2	76	75,2	72	62,6	81	67,5	32	20,8	62	25,7	10	4,1	48	43,6	590	41,6
Não	20	29	19	12,5	19	16,8	9	9	13	11,3	17	14,2	27	17,5	36	15,0	50	20,6	2	1,8	212	15,0
Sim	10	14,5	57	37,5	0	0	16	15,8	30	26,1	22	18,3	95	61,7	143	59,3	183	75,3	60	54,6	616	43,4
Total	69	100,0	152	100,0	113	100,0	101	100,0	115	100,0	120	100,0	154	100,0	241	100,0	243	100,0	110	100,0	1418	100,0
Tipos de Intimidação																						
Força física	9	69,2	31	36,5	11	31,4	14	63,6	16	26,7	11	25,6	56	41,2	71	26,8	53	15,3	28	28,0	300	27,1
Ameaça	1	7,7	27	31,8	10	28,6	3	13,6	22	36,7	14	32,6	40	29,4	96	36,2	145	41,8	36	36,0	394	35,6
Arma fogo/faca	1	7,7	0	0,0	2	5,7	1	4,5	0	0,0	2	4,7	0	0,0	1	0,4	2	0,6	0	0,0	9	0,8
Outros	2	15,4	27	31,8	12	34,3	4	18,2	22	36,7	16	37,2	40	29,4	97	36,6	147	42,4	36	36,0	403	36,4
Total	13	100,0	85	100,0	35	100,0	22	100,0	60	100,0	43	100,0	136	100,0	265	100,0	347	100,0	100	100,0	1106	100,0

*Respostas múltiplas

¹Outros familiares: padrasto (10,3%), madrasta (0,1%), irmãos (2,6%), tios (4,3%), avós (1,6%).

²Conhecidos da família: vizinhos (12,6%), outros (25,2%).

*

REFERÊNCIAS

- ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Abuso sexual: mitos e realidade: Por que? Quem? Como? O quê?** Petrópolis. 2. ed. Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados, 2002. 32 p.
- ADED, N. L. O.; DALCIN, B. L. G. S.; MORAES, T. M.; CAVALCANTI, M. T. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.
- AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud publica que se agrava em la región. **Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud**, Washington, v. 11, n. 2, p. 1-7, 1990.
- ALMEIDA, T. M. C.; PENSO, M. A.; COSTA, L. F. Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino? **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 46-67, 2009.
- APRATTO Jr., P. C. **Rompendo o silêncio e suas barreiras: a questão da violência contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Médico da Família**. 2007. 178 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2007.
- ARAÚJO, C. O. **O Sistema Único de Saúde e o Enfrentamento ao abuso e violência sexual cometidos contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Fiocruz, 2005. 14 p.
- ARCOS, E.; UARAC, M.; MOLINA, I. Impacto de la violencia doméstica em la salud infantil. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 131, n. 12, p. 1454-1462, 2003.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981. 279 p.
- ARIÈS, P.; DUBY, G. **História da vida privada: do império romano ao ano mil**. São Paulo: Cia das Letras, 1992. p. 19-224.
- ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectiva para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-34, 1994. Suplemento 1.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, N. C.; MALAQUIAS, J. V.; OLIVEIRA, R. V. C.; Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 1, p. 43-51, jul. 2004.
- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S. (organizadora). **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 163-89.
- AYLWINA, S.; CLELLAND, S. R.; KIRKBY, L.; REDDON, J. R.; STUDER, L. H.; JOHNSTON, J. Sexual Offense Severity and Victim Gender Preference. **International Journal of Law and Psychiatry**, USA, v. 23, n. 2, p. 113-124, 2000.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Um cenário em (dês)construção. In: UNICEF, (Org). **Direitos Negados / A violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: UNICEF, 2005. p. 15-27.

BEZERRA, S. C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13-16.

BRASIL. **Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Institui o Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940 (nº 302, Seção I, pág. 23.911). Disponível em: <http://www.editoramagister.com/doc_101886_DECRETO_LEI_N_2848_DE_7_DE_DEZEMBRO_DE_1940.aspx> Acesso em: mai. 2012.

_____. **Resolução 217 A (III) de 10 de dezembro de 1948** da Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm> Acesso em: abr. 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: abr. 2012.

_____. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.tjce.jus.br/cejai/pdf/lei_8069.pdf> Acesso em: dez. 2012.

_____. **Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. **Lei Federal n.º 9.970 de 17 de maio de 2000**. Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. 2000a. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-9970.html>> Acesso em: dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-30, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01 publicada no Diário Oficial da União n. 96, Seção 1e, de 18/05/2001. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica, n. 8. (Série A – Normas e Manuais Técnicos; n.º 131). Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília, 2002b. 49 p.

_____. Ministério da Saúde. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil**. Coleção Garantia de Direitos. Série Subsídios. Tomo V. Brasília, 2002c. 59 p.

____ Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** Brasília, 2002d.

____ **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** 2. ed. Brasília, 2002e. 126 p.

____ **Lei n.º 10.764 de 12 de novembro de 2003a.** Altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.redemargaridas.com.br/downloads/legislacao/Nacional/20.pdf>> Acesso em: dez. 2012.

____ **Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003b.** Institui a Política Nacional de Atenção a Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2003b. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/fauf/concursos_2010/SAMU_centrosul/portaria_1863_2003.pdf> Acesso em: mai. 2012.

____ Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, 2004a. 297 p.

____ Ministério da Educação. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Presidência da República. A escola Interrompendo o Ciclo da Violência Sexual. In: SANTOS, B. et al. **Guia Escolar: Métodos da identificação de sinais e de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.** 2. ed. Brasília, 2004b. p. 31-54 (164 p).

____ **Projeto de Lei 253/2004c.** Altera o Título VI (dos crimes contra os costumes) da Parte Especial do Código Penal. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2893.htm>> Acesso em: abr. 2012.

____ Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2005a. 342 p.

____ **Lei n.º 11.106 de 29 de março de 2005.** Insere importantes modificações no Código Penal Brasileiro. 2005b. Disponível em: <<http://www.informanet.com.br/comdiv0104.html>> Acesso em: dez. 2012.

____ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Violência: uma epidemia silenciosa.** Documento n.º 15. Brasília, 2007. 145 p.

____ Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Justiça. **Plano de nacional de enfrentamento ao tráfico de pessoas.** Brasília, 2008a. 28 p.

____ **Decreto n.º 6.481 de 12 de junho de 2008.** Regulamenta os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. 2008b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm> Acesso em: dez. 2012.

____ **Lei n.º 11829 de 25 de novembro de 2008.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e

distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet. 2008c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111829.htm> Acesso em: dez. 2012.

_____ **Lei n.º 12.015 de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título da Parte Especial do Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal e o art. 1º da Lei 8072, de 25 de julho de 1990, que dispões sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII, art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n.º 2252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009a. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/2009/lei-12015-7-agosto-2009-590268-norma-pl.html>> Acesso em: abr. 2012.

_____ **Lei 12.038 de 1º de outubro de 2009.** Altera o art. 250 da Lei 8069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para determinar o fechamento definitivo de hotel, pensão, motel ou congênere que reiteradamente hospede crianças e adolescentes desacompanhados dos pais ou responsáveis, ou sem autorização. 2009b. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-12038.html>> Acesso em: dez. 2012.

_____ **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes.** Brasília, 2009c. 16 p.

_____ **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.** Orientação para gestores e profissionais de Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010. 104 p.

_____ **Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no sistema de informação de agravos de notificação – SINAN/net.** Brasília, 2011. 55 p.

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development: experiments by nature and design.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. 352 p.

BUENO, E. **Brasil: terra à vista! A aventura ilustrada do descobrimento.** Porto Alegre, 2003. 138 p.

CALDWELL, R. A. **The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan's experience.** 1992. Disponível em: <<https://www.msu.edu/user/bob/cost.html>>. Acesso em: abr. 2012.

CARMO, C. J.; HARADA, M. J. C. S. Violência física como prática educativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 849-856, 2006.

CARVALHO, C. M. Violência infanto-juvenil, uma triste herança. In: ALMEIDA, M. G. B. (Org). **A violência na sociedade contemporânea.** Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010. 161 p.

CARVALHO, R. J. V. **O turismo sexual, uma realidade brasileira em pauta.** 2003. Disponível em: <<http://www.etur.com.br/conteudocompleto.asp?IDConteudo=1785>> Acesso em: jun. 2012.

- CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 1, p. 193-200, 1999.
- CHALK, R.; GIBBONS, A.; SCARUPA, H. J. The multiple dimensions of child abuse and neglect: new insights into old problem. Child trends research brief. **Child Trends**, Washington, p. 1-10, 2002.
- CHAMBOULEYRON, R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: PRIORE, M. (Org). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999. p. 55-83.
- CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 a 2020**. Brasília, 2010. 46 p.
- COSTA, M. C. O. (Org). Manual Organização Internacional do Trabalho. NNEPA/UEFS, **Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes em seu município**. Este desafio nós podemos enfrentar juntos! Brasília: Editora OIT, 2006, 52p.
- COSTA, M. C. O. **Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes no seu município**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012. 82 p.
- COSTA, M. C. O.; BRIGAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.
- COSTA, M. C. O.; BRIGAS, M.; SOUZZ, K. E. P.; CARVALHO, R. C.; SANTOS, C. A. S. T. Violência e abuso contra crianças e adolescentes, segundo os conselhos tutelares, o Programa Sentinela de Feira de Santana (BA) e o Centre Jeunesse de Montreal. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2008.
- COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; SANTANA, M. A. O.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. R. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 563-74, 2010.
- CRUZ, R. A. Abuso Sexual na Infância: Conceitos Básicos e Medidas de Prevenção. In: SILVA, A. S.; SENNA, E.; KASSAR, M. C. M. (Org.). **Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília: Organização Mundial do Trabalho, 2005. p. 71-88.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1163-1178, 2007. Suplemento II
- DATASUS. **Nascidos Vivos em Feira de Santana/Bahia 2001-2010**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvba.def>> Acesso em: mai. 2012.
- DATASUS. **Óbitos por causas externas no Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c04.def>> Acesso em: 10 fev. 2012.
- DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, R. G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, n. 25, p. 9-21, abr. 2003. Suplemento I.

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

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. *Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante*. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005. p. 43-78(340 p).

DI LORENZI, D. R. S.; PONTALTI, L.; FLECH, R. M. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. **Revista Científica da AMECS**, Caxias do Sul, v. 10, n. 1, p. 47-52, 2001.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: **La Violencia y sus Causas**. Paris: UNESCO, 1981. p. 33-45.

DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, SP, v. 2, n. 1, p. 36-50, 2003.

DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J. Linkage entre registros do SIHSUS e SINASC: possíveis vieses decorrentes do não-pareamento. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, jun. 2008.

EISENSTEIN, E. Sinais e sintomas dos maus tratos contra a criança e o adolescente. In: **Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente**. São Carlos, 2009. p. 26-8. (67 p.)

FALEIROS, E. T. S.; CAMPOS, J. O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000. 66 p.

FALEIROS, V. P. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. **IPEA. Políticas Sociais – acompanhamento e análise**, Brasília, v.11, ago. 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5773&Itemid=9> Acesso em: mai. 2012.

FEIRA HOJE. Tráfico de Pessoas. Pesquisa aponta Feira de Santana como cidade base de quadrilhas. **Jornal Feira Hoje**, Feira de Santana, 10 ago. 2011. Disponível em: <http://www.feirahoje.com.br/noticias/noticias_arquivo/2011/agosto/feira_trafico_de_pessoas.htm> Acesso em: mai. 2012.

FELIZARDO, D.; ZURCHER, E.; MELO, K. Violência Sexual: conceituação e atendimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, 2004. p. 69-80 (297 p.)

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-65, dez. 2000.

FIGUEIREDO, K.; CASTANHA, N.; IPPOLITO, R.; TABOSA, S. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil: uma política em movimento - Relatório do Monitoramento 2003-2004**. Brasília, 2007. 63 p.

FILIPPINI, M.; HOOGERWERF, E.; LÚCIO, S.; RODRIGUES, A.; FYCA, G.; DIAZ, C.; SALAS, A. R. **Infância, deficiência e violência**, Bologna, 2004.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R.; TURNER, H.; HAMBY, S. L. The victimization of children and youth a comprehensive, National Survey. **Child Maltreatment**, Quebec/ Montreal, v. 10, n. 5, feb.2005.

FINKELHOR, D.; HAMMER, H.; SEDLAK, A.J. Sexually assaulted children: national estimates and characteristics. National Incidence Studies of Missing, Abducted, Runaway and Thrownaway Children. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. **Nismart Bulletin Series**, Washington, 2008.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. K; CHAFFIN, M. Juveniles who commit sex offenses against minors. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. **Journal of Interpersonal Violence**, Washington, v. 24, p. 711-731, 2009.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. K.; TURNER, H. A. The developmental epidemiology of childhood victimization. **Journal of Interpersonal Violence**, Washington, v. 24, n. 5, p. 711-31, 2009;

FREITAS, E. D.; PAIM, J. S; SILVA, L. M. V.; COSTA, M. C. N. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1059-1077, out./dez. 2000.

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

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos de Pesquisas em Psicologia**, UERJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

GAGNON, M. M.; TOURIGNY, M.; LEVESQUE, M. Enfants présentant des comportements sexuels problématiques: lignes directrices en matière d'évaluation et de traitement. **Revue québécoise de psychologie**, Québec, v. 29, n. 3, p. 1-13, 2008.

GAVIN, L. A. et al. Chronic subdural hematoma: a presumed immunologic puzzle resolved with a diagnosis of child abuse. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Michigan, v. 151, n. 1, p. 103- 5, jan. 1997.

GIRADE, H. A.; DIDONET, V. **O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos**. Brasília: UNICEF, 2005. 185 p.

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

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 171-81, 1999.

GRAÇA, C. B.; REIS, C. S. R. **Estupro de vulnerável e a presunção de vulnerabilidade em menores de 14 anos**. Disponível em: <http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4902> Acesso em: 09 abr. 2012.

GUIMARÃES, C. B. **Estupro de Vulnerável: da possibilidade de relativização da vulnerabilidade sexual do artigo 217-A, caput, do Código Penal**. 2011. 63 p. Trabalho apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito (monografia) – Centro Universitário do Distrito Federal. Brasília, 2011.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.H.; AZEVEDO, G.A.; MACHADO, P.X. Abuso sexual e dinâmica familiar : aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 341-8, 2005.

HARVEY, A.; GARCIA-MORENO, C.; BUTCHART, A. **Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence**: Background paper for who expert meeting. World Health Organization; 2007. 38 p.

HÉBERT, M.; TOURIGNY, M.; CYR, M.; McDUFF, P. M.S.; JOLY, J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 9, p. 631-36, 2009.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Violência contra Meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. **Psicologia, USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 395-41, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população de Feira de Santana em relação ao número de homens e mulheres, moradores da zona urbana e rural e faixa etária no ano de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?nomemun=Feira%20de%20Santana&codmun=291080&tema=sinopse_censo2010&desc=Sinopse%20do%20Censo%20Demogr%20E1fico%202010&legenda=Fonte%3A%20IBGE%2C%20Censo%20Demogr%20E1fico%202010.20&uf=ba&r=#> Acesso em: mai. 2012.

INOUE, S. R. V.; RISTUN, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 25, n. 1, p. 11-21, jan./mar. 2008.

ISPCAN. International Society for Preventions of Child Abuse and Neglect. **World Perspectives on Child Abuse**. 7. ed. Canadá: UNICEF, 2006. 210 p.

KEMPE, C. H.; SILVERMAN, F. N.; STEELE, B. F.; DROEGEMUELLER, W.; SILVER, H. K. The battered-child syndrome. **Journal of the American Medical Association**, v. 181, p. 17-24, 1962.

KRUG, E. G.; DALBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 380 p.

LACRI. Laboratório de Estudos da Criança. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) 2008. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm>> Acesso em: 10 de mai. 2012.

LEAL, M. L. P. **A exploração sexual comercial de meninos, meninas e adolescentes na América Latina e Caribe**. 2. ed. Brasília, 1999. 82 p.

LEAL, M. L.; LEAL, M. F. **Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial no Brasil**. Relatório Nacional. Brasília, 2003. 287 p.

LEITE, M. L. M. A roda de expostos: o óbvio e o contraditório da instituição. **Revista Resgate – Comunicações**, p. 66-75, 1991.

LIBÓRIO, R. M. C. **Desvendando vozes silenciadas**: adolescentes em situação de exploração sexual. 2003. Tese defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, mai. 2003.

LIMA, M. L. C.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causa externas no espaço urbano do Recife, 1991. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 829-840, out./dez. 1998.

LOPES, M. V. G.; TAVARES, P. A. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 10, p. 684-8, 2000.

MARCÍLIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil 1726-1950. In: FREITAS, M. (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Ed. Cortez, 1999. p. 53-79 (334 p).

MARTINS, C. B. G. **Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná**: análise epidemiológica de suas notificações. 2008. 285 p. Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 2008.

MARTINS, C. B. G.; MELO-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. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**. Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, out./dez. 2009.

MARTINS, C. S. **A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes**. 2005. 150 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

MASCARENHAS, M. D. M.; MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; LIMA, C. M.; CARVALHO, M. G. O.; OLIVEIRA, V. L. A. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública, Brasília**, v. 26, n. 2, p. 347-57, 2010.

MELLO-JORGE, M. H. P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, p. 343-57, 1980.

MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B.; FILHO, J. E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1577-1581, nov./dez. 2002.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 263-5, 1994.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 06-18, 1994. Suplemento I.

_____. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP), 2002. p. 95-114.

_____. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2004. p. 13-16.

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./abr., 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

NASCIMENTO, C. T.; BRANCHER, V. R.; OLIVIERA, V. F. A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas sociológicas. Rio Grande do Sul: Grupo de Estudos e Pesquisa em educação e Imaginário Social, **Universidade Federal de Santa Maria/UFSM**, 2008. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/gepeis/wp-content/uploads/2011/08/infancias.pdf>> Acesso em: 05 mai. 2012.

OMS. **Organizacion mundial de as salud**. Problemas de salud de la adolescencia. Informe de um Comité de expertos de la OMS. Genebra, 1965. 30 p.

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

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específico. Brasília, 2002. 126 p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **História**. Acessado em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Internacional_do_Trabalho> Disponível em: 25 set. 2011a.

_____. Conheça a OIT. História. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/hist%C3%B3ria>> Acessado em: 25 set. 2011b.

PAIVA, L.; FIGUEIREDO, D. E. M. D. **Fortalecimento da rede de proteção e assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual**. Pactuando o fluxo de retaguarda do disque 100. Caderno de Conteúdo. Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude (ASBRAD). Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR). Guarulhos, 2008. 115 p.

_____. **Enfrentamento ao tráfico de pessoas**: a experiência da ASBRAD no atendimento às vítimas e na capacitação das redes de atenção. Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude (ASBRAD). Guarulhos, 2011. 110 p.

PERRY, B. D. Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tells us about nature and nurture. **Brain and Mind**, USA, v. 3, p. 79-100, 2002.

Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1016557824657>> Acesso em: mai. 2012.

PIMENTEL, A.; ARAÚJO, L. S. Concepções de criança na pós-modernidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 184-193, 2007.

PINHEIRO, P. S. **World report on violence against children**. Geneva: United Nations Secretary- General's Study on Violence against Children/OMS, 2006.386 p.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão de literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciência da Saúde*, São José do Rio Preto, SP, v. 12, n. 1, p. 42-9, jan./mar. 2005.

POORTINGA, E.; LEMMEN, C.; MAJESKE, K. A comparison of criminal sexual conduct defendants based on victim age. **Journal of Forensic Sciences**, v. 52, n. 6, p.1372-75, 2007.

POSTMAN, N. O desaparecimento da infância. Rio de Janeiro: Graphia, 2002. 192 p.

PRIORE, M. D. História da Criança no Brasil. 4. ed. São Paulo: Contexto, 1991. 116 p.

RAMOS, J. **Aspectos do novo crime de estupro e da ação penal na Lei n.º 12.015/09 e o direito intertemporal**. Disponível

em:<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFkQFjAA&url=http%3A%2F%2Ftjsc25.tj.sc.gov.br%2Facademia%2Farquivos%2FNovo_estupro_e_acao_penal_na_Lei_12.015-09_-_artigo.doc&ei=buq5T7eyK8jM6QHz__jaCg&usg=AFQjCNExWUIEwI4OjfmYThz0brsRuhOpiQ&sig2=Ij915E7eGLAOSxsWpbVDDg> Acesso em: abr. 2012.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1701-1712, nov./dez. 2003.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>> Acesso em: 07 mai. 2012.

RIBEIRO, M. O.; DIAS, A. F. Prostituição infanto-juvenil: revisão sistemática da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 465-57, 2009.

RUNYAN, D. K.; DUNNE, M. P.; ZOLOTOR, A. J; MADRID, B.; JAIN, D; GERBAKA, B.; MENICK, D. M; ANDREVE-MILLER, I.; KASIN, M. S.; CHOO, W. Y.; ISAEVA, O.; MACFARLENE, B.; RAMIREZ, C; VOLKOVA, E.; RANDA, M. The development and piloting of the ISPCAN child abuse screening tool – parent version (ICAST-P). **Child Abuse & Neglect**, USA, v. 33, p. 826-832, 2009.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. Rio de Janeiro: **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 52-60, jul./set. 2009.

SANTANA, M. A. A violência sexual na perspectiva de alunos adolescentes e professores das escolas públicas de Feira de Santana – Bahia, 2006. 2008. 130 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008.

SANTORO JR, M. Saúde e violência na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 259-61, 1994.

SANTORO JR, M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 6, n. 38, p. 279-83, 2002.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, ago. 2000.

SILVA, C. F.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S. *Linkage* entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis em município do Nordeste do Brasil: qualidade dos sistemas de informação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1552-1558, jul. 2009.

SILVA, J. M. S.; OLIVEIRA, R. M. P. A. **Consequências psicológicas em longo prazo da violência sexual na infância**. 2002. 34 p. Trabalho de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade da Amazônia – UNAMA, Belém, 2002.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. 240 p.

SOUZA, E. R., MELLO-JORGE, H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília, 2004. p. 23-8 (297 p).

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; SILVA, C. M. F. P. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, Washington, v. 1, n. 5, 1997.

SOUZA, H. L. **Vitimização de crianças e adolescentes: análise da incidência em diferentes períodos**. 2012. 87 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.

TEIXEIRA, S. H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J. R. **Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: Litteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1999. p. 101-114.

TROCMÉ, N. M.; FALLON, B.; MACLAURIN, B.; DACIUK, J.; FELSTINER, C.; BLACK, T. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. **Child Abuse and Neglect**, Canadá, v. 27, n. 12, p. 1427-39, 2003.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Declaração Universal dos Direitos da Criança** de 20 de novembro de 1959. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm> Acesso em: abr. 2012.

_____. (UNICEF). **Convenção sobre os direitos da criança**. 1989. Disponível em: <<http://www.unicef.org/html/portuguese/humanrights/Crianca.pdf>> Acesso em: abr. 2012.

_____. (UNICEF). **A league table of child maltreatment deaths in rich nations**. Innocenti Report Card; n. 5. Florence, 2003. Disponível em: <<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>> Acessado em: 18 set. 2011.

VENDRÚSCOLO, T. S.; RIBEIRO, M. A.; ARMOND, L. C.; ALMEIDA, E. C. S.; FERRIANI, M. G. C. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 564-7, mai./jun. 2004.

VIEIRA, L. J. E. S.; ASRCOVERDE, M. L. V.; ARAÚJO, M. A. L.; FERREIRA, R. C.; FIALHO, A. V. M.; PORDEUS, A. M. J. Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1773-1779, 2009.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. 245 p.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. **Combate à violência contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008. 9 p.

WANG, C. T.; HOLTON, J. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States. Economic Impact Study. **Prevent Child Abuse America**, Chicago, Illinois, set. 2007. Disponível em: <https://jfs.ohio.gov/OCTF/PCAAcost_analysis.pdf> Acesso em: abr. 2012.

WHA. World Health Assembly. **Prevention of violence: a public health priority**. Forty-Ninth World Assembly, Geneva, 3. ed, v.3, 1996.

WIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1147-1153, 2006. Suplemento.

WILLIAMS, L. C. A.; PADOVANI, R. C.; ARAÚJO, E. A. C.; PEREIRA, A. C. S.; ORMENÔ, G. R.; EISENSTEIN, E. Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente. São Carlos, 2009. 67 p.

ZANONI, D. M. **Um olhar para a pedagogia da educação infantil: as contribuições teóricas para educação de crianças**. Atibaia, 2005. 49 p.

APÊNDICE A Solicitação de autorização para coleta de dados no Conselho Tutelar I



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PGSC
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA- NNEPA**

Ilma. Sra.

Coordenadora do Conselho Tutelar I

Na condição de coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA, eu, Prof^a. Maria Conceição Oliveira Costa, Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, venho solicitar autorização para ter acesso aos registros das notificações de violências contra crianças e adolescentes efetuadas no Conselho Tutelar, no período de 2001 a 2010, com o objetivo específico de coleta de dados para a pesquisa intitulada: *“Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e coocorrências: estudo dos coeficientes de incidência em uma década (2001-2010)”* do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado UEFS. Essa pesquisa tem como objetivo estudar as incidências da violência sexual contra crianças e adolescentes e coocorrências em uma década (2001-2010), segundo registros em Instâncias de Referências para denúncias do Sistema de Garantia de Direitos de Feira de Santana, Bahia (Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência/Sentinela/CREAS).

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

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

Atenciosamente,

UNIVERSIDADE ESTADUAL FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Feira de Santana, 17 de janeiro de 2012.
Núcleo de Estudos e Pesquisas na
Infância e Adolescência
Prof^a Dr^a Maria Conceição O. Costa
CRM 12.137

Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa

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

Coordenadora da Pesquisa

Telefone: (75) 3161-8135/ E-mail: costamco@hotmail.com

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

APÊNDICE B Aceite do Conselho Tutelar I



CONSELHO TUTELAR I

Rua Venezuela, N°387, Capuchinhos,
Feira de Santana—Ba Cep 44076-120-Fone/Fax : 3614-3169
Lei Federal nº. 8.069 /90 Lei Municipal nº. 1.831/95

Feira de Santana, 11 de Janeiro de 2012.

De:

Coordenadora do Conselho Tutelar I de Feira de Santana

Para: Profª Drª Maria Conceição Oliveira Costa

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

Sobre: Autorização do Conselho Tutelar I para acesso aos dados

O Conselho Tutelar I por seu representante abaixo assinado declaro para os devidos fins de direito que foi informado e que aceitou que o NNEPA (Núcleo de Estudos e Pesquisas da Infância e Adolescência, coordenado pela Srª Profª Drª Maria da Conceição Oliveira Costa, professora Titular do departamento de Saúde da UEFS de Feira de Santana/BA, tenha acesso aos registros desse Conselho do período de 2001 a 2010, obedecendo rigorosamente às regras determinadas por esse órgão quanto ao sigilo das informações coletadas, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: indicadores epidemiológicos em uma década (2001-2010) em Feira de Santana, BA”**, de autoria da mestranda e profissional de saúde **Jacqueline Reiter de Oliveira**, sob a coordenação da Professora acima citada.

Atenciosamente,

Maria do Socorro P. Araújo
Coordenadora do Conselho Tutelar I

APÊNDICE C Solicitação de autorização para coleta de dados no Conselho Tutelar II

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



Ilma. Sra.

Coordenadora do Conselho Tutelar II

Na condição de coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA, eu, Prof^a. Maria Conceição Oliveira Costa, Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, venho solicitar autorização para ter acesso aos registros das notificações de violências contra crianças e adolescentes efetuadas no Conselho Tutelar, no período de 2001 a 2010, com o objetivo específico de coleta de dados para a pesquisa intitulada: “*Violência sexual sofrida por crianças e adolescentes e coocorrências: estudo dos coeficientes de incidência em uma década (2001-2010)*” do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado UEFS. Essa pesquisa tem como objetivo estudar as incidências da violência sexual contra crianças e adolescentes e coocorrências em uma década (2001-2010), segundo registros em Instâncias de Referências para denúncias do Sistema de Garantia de Direitos de Feira de Santana, Bahia (Conselhos Tutelares I e II e Centro de Referência/Sentinela/CREAS).

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

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

Atenciosamente,

UNIVERSIDADE ESTADUAL FEIRA DE SANTANA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 Núcleo de Estudos e Pesquisas na
 Infância e Adolescência
 Prof^a Dr^a Maria Conceição O. Costa
 CRM 12.137

Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa

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

Coordenadora da Pesquisa

Telefone: (75) 3161-8135/ E-mail: costamco@hotmail.com

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

APÊNDICE D Aceite do Conselho Tutelar II



CONSELHO TUTELAR II

Rua Venezuela, N°387, Capuchinhos,
Feira de Santana-Ba Cep 44076-120-Fone/Fax :36143169
Lei Federal nº. 8.069 /90 Lei Municipal nº. 1.831/95

Feira de Santana, 11 de Jan de 2012.

Ofício /2012

De:

Coordenadora do Conselho Tutelar II de Feira de Santana

Para: Profª Drª Maria Conceição Oliveira Costa

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

Sobre: Autorização do Conselho Tutelar II para acesso aos dados

Na condição de Coordenadora do Conselho Tutelar II de Feira de Santana/BA, eu Magnas da Silva Moreira declaro que fui informada da pesquisa intitulada: **“VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: indicadores epidemiológicos em uma década (2001-2010) em Feira de Santana, BA”** de autoria da mestrande Jacqueline Reiter de Oliveira, sob a coordenação da Profª Drª Maria Conceição Oliveira Costa. Ciente do trabalho a ser realizado, me coloco à disposição para colaborar com a pesquisa autorizando o acesso às notificações de violência contra crianças e adolescentes no período de 2001 a 2010, para fins de coleta de dados.

Atenciosamente,

Por Lucas da Costa
Coordenadora do Conselho Tutelar II

APÊNDICE E Solicitação de autorização para coleta no CREAS

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

Feira de Santana, 17 de janeiro de 2012.

Ilma. Sra.

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

Prezada Senhora,

Na condição de coordenadora do “Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA”, eu, Prof^ª. Dr^ª. Maria Conceição Oliveira Costa, Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, venho solicitar autorização para o acesso aos registros do Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS de Feira de Santana, no período de 2001 a 2010, obedecendo rigorosamente às regras de sigilo profissional, com o objetivo específico de coleta de dados relacionados às vítimas de violência, para a pesquisa intitulada: “*Violência sexual contra crianças e adolescentes: indicadores epidemiológicos em uma década (2001-2010) em Feira de Santana. BA*”, de autoria da mestrande e profissional de saúde, Jacqueline Reiter de Oliveira, sob minha orientação e responsabilidade.

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

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

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

Atenciosamente,

UNIVERSIDADE ESTADUAL FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Núcleo de Estudos e Pesquisas na
Infância e Adolescência
Profª Drª Mª Conceição O. Costa
Coordenadora CRM 12.107

Profª Drª Maria Conceição Oliveira Costa - Coordenadora da Pesquisa
Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e
Adolescência/NNEPA/UEFS
Telefone: (75) 3161-8135/ E-mail: oliveiramco69@gmail.com
Home page: <http://www.uefs.br/nepa>



APÊNDICE G Questionário para coleta de dados
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - NNEP
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NOS CONSELHOS TUTELARES E CREAS



1 – DA DENÚNCIA

1) Data da Ocorrência

Dia	Mês	Ano

2) Nº da Ocorrência na Instituição

--

3) Em que Instituição foi realizada a denúncia?

CT 1
 CT 2
 Centro de Referência Sentinela (CREAS)

4) Quem efetuou a denúncia?

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

5) Qual o local de ocorrência da violência?

Casa da vítima
 Rua
 Escola
 SR
 Outro: _____

2 – DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

6) Iniciais da Mãe: _____

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

9) Idade

anos
 SR

10) Sexo

M
 F
 SR

11) Raça/cor

Preto
 Branco
 Pardo
 SR

12) Estuda?

Sim
 Não está em idade escolar
 Não
 SR

13) Série

SR

14) Tipo de Escola

Pública
 Privada
 SR

15) Tipo de denúncia:

NEGLIGÊNCIA

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

VIOLÊNCIA FÍSICA

Corte
 Queimaduras
 SR
 Espancamento
 Tapas
 Outra: _____

Instrumento(s) utilizado(s): _____

VIOLÊNCIA SEXUAL

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

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Agressão verbal
 Ameaça
 SR
 Outra: _____

OUTRO TIPO: _____

3 – DO GUARDIÃO (Responsável)

16) Vínculo
 Pai Mãe Avós Tios SR Outros: _____

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

19) Grau de Instrução

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

4 - DO AGRESSOR

20) Identidade do agressor

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

21) Idade
 anos SR

22) Sexo
 M F SR

23) Raça/cor:
 Preto Branco Pardo S R

24) Grau de Instrução

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

25) Ocupação: _____

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

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

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

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

5 – DAS MEDIDAS ADOTADAS

30) Encaminhamentos institucionais dos casos:

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

31) Formas de encaminhamento:

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

Feira de Santana, _____ de _____ de 2012.

Nome do responsável pela coleta dos dados _____

APÊNDICE H – TABELAS

TABELA 8 – População residente em Feira de Santana segundo ano e faixa etária, utilizado para o cálculo das incidências.

INFÂNCIA										
FAIXA ETÁRIA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Menor 1 ano	9.615	9.738	9.881	10.023	10.346	10.511	9.847	10.318	10.147	8.562
1 ano	9.600	9.724	9.866	10.008	10.331	10.495	9.877	10.370	10.227	8.319
2 anos	9.581	9.704	9.846	9.988	10.310	10.474	9.939	10.442	10.317	8.208
3 anos	9.580	9.703	9.845	9.987	10.309	10.473	9.990	10.519	10.399	8.029
4 anos	9.488	9.610	9.751	9.892	10.210	10.373	10.011	10.577	10.477	7.846
5 anos	10.005	10.134	10.282	10.430	10.766	10.938	10.074	10.641	10.579	8.736
6 anos	9.850	9.977	10.123	10.269	10.600	10.768	10.138	10.705	10.640	8.673
7 anos	9.778	9.704	10.049	10.193	10.522	10.689	9.603	10.773	10.703	8.872
8 anos	9.718	9.844	9.988	10.132	10.458	10.624	9.584	10.204	10.771	8.820
9 anos	9.127	9.245	9.380	9.515	9.822	9.978	9.576	10.185	10.203	9.421
10 anos	9.281	9.401	9.538	9.676	9.988	10.146	9.657	10.215	10.221	10.052
11 anos	9.519	9.641	9.783	9.923	10.243	10.406	9.797	10.296	10.246	9.748
TOTAL	115.142	116.425	118.332	120.036	123.905	125.875	118.093	125.245	124.930	105.286
ADOLESCÊNCIA										
12 anos	10.702	10.840	10.999	11.157	11.517	11.700	9.851	10.445	10.329	9.770
13 anos	10.986	11.127	11.290	11.453	11.822	12.010	9.864	10.503	10.478	9.595
14 anos	11.317	11.463	11.631	11.798	12.178	12.372	9.945	10.517	10.537	9.709
15 anos	11.417	11.564	11.733	11.902	12.286	12.481	10.106	10.615	10.561	10.277
16 anos	11.006	11.148	11.311	11.474	11.844	12.032	10.261	10.767	10.640	10.033
17 anos	12.015	12.170	12.348	12.526	12.930	13.135	10.393	10.918	10.792	9.936
18 anos	12.365	12.524	12.708	12.891	13.306	13.518	10.482	11.062	10.931	10.387
TOTAL	79.808	80.836	82.020	83.201	85.883	87.248	70.902	74.827	74.268	69.707
TOTAL GERAL	194.950	197.261	200.352	203.237	209.788	213.123	188.995	200.072	199.198	174.993

Fonte: Dados do IBGE, 2010.

TABELA 9 – Números de casos de violência sexual sem ou com ocorrência, por ano, e seus respectivos coeficientes de incidência.

Nº de casos de violência sexual	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	Coef.																		
Sem coocorrência	62	31,8	135	68,4	104	51,9	83	40,8	89	42,4	93	12,7	131	69,3	168	84	169	84,8	77	44
Com coocorrência	7	3,6	17	8,6	9	4,5	18	8,9	26	12,4	27	12,7	23	12,2	73	36,5	74	37,1	33	18,9
Total	69	35,4	152	77,1	113	56,4	101	49,7	115	54,8	120	56,3	154	81,5	241	120,5	243	122	110	62,9

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 10 – População residente em Feira de Santana segundo ano, faixa etária (**Infância**) e sexo, utilizado para o cálculo das incidências.

ANO	SEXO	MENOR 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	7 ANOS	8 ANOS	9 ANOS	10 ANOS	11 ANOS	TOTAL
2001	Masculino	4.958	4.866	4.893	4.898	4.743	5.113	5.057	5.053	4.928	4.706	4.744	4.802	58.761
	Feminino	4.657	4.734	4.688	4.682	4.745	4.892	4.793	4.725	4.790	4.421	4.537	4.717	56.381
2002	Masculino	5.021	4.929	4.956	4.960	4.804	5.179	5.122	5.118	4.992	4.767	4.806	4.863	59.517
	Feminino	4.717	4.795	4.748	4.743	4.806	4.955	4.855	4.786	4.852	4.478	4.595	4.778	57.108
2003	Masculino	5.095	5.001	5.028	5.033	4.874	5.255	5.197	5.193	5.065	4.836	4.875	4.935	60.387
	Feminino	4.786	4.865	4.818	4.812	4.877	5.027	4.926	4.856	4.923	4.544	4.663	4.848	57.945
2004	Masculino	5.168	5.073	5.101	5.106	4.945	5.330	5.272	5.267	5.138	4.906	4.946	5.006	61.258
	Feminino	4.855	4.935	4.887	4.881	4.947	5.100	4.997	4.926	4.994	4.609	4.730	4.917	58.778
2005	Masculino	5.335	5.237	5.265	5.271	5.104	5.502	5.442	5.437	5.303	5.064	5.105	5.167	63.232
	Feminino	5.011	5.094	5.045	5.038	5.106	5.264	5.158	5.085	5.155	4.758	4.883	5.076	60.673
2006	Masculino	5.420	5.320	5.349	5.355	5.185	5.590	5.528	5.524	5.387	5.145	5.186	5.249	64.238
	Feminino	5.091	5.175	5.125	5.118	5.188	5.348	5.240	5.165	5.237	4.833	4.960	5.157	61.637
2007	Masculino	5.017	5.018	5.041	5.058	5.060	5.079	5.097	4.751	4.793	4.816	4.868	4.933	59.531
	Feminino	4.830	4.859	4.898	4.932	4.951	4.995	5.041	4.852	4.791	4.760	4.789	4.864	58.562
2008	Masculino	5.257	5.269	5.296	5.327	5.348	5.366	5.384	5.403	5.036	5.081	5.128	5.182	63.077
	Feminino	5.061	5.101	5.146	5.192	5.229	5.275	5.321	5.370	5.168	5.104	5.087	5.114	62.168
2009	Masculino	5.170	5.197	5.234	5.267	5.298	5.335	5.352	5.369	5.389	5.023	5.089	5.135	62.858
	Feminino	4.977	5.030	5.083	5.132	5.179	5.244	5.288	5.334	5.382	5.180	5.132	5.111	62.072
2010	Masculino	4.255	4.195	4.186	4.049	4.029	4.444	4.402	4.548	4.491	4.845	5.193	4.901	53.538
	Feminino	4.307	4.124	4.022	3.980	3.817	4.292	4.271	4.324	4.329	4.576	4.859	4.847	51.748

Fonte: Dados do IBGE, 2010.

TABELA 11 – População residente em Feira de Santana segundo ano, faixa etária (**Adolescência**) e sexo, utilizado para o cálculo das incidências.

Ano	Sexo	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	Total
2001	Masculino	5.405	5.463	5.584	5.530	5.333	5.845	6.163	39.323
	Feminino	5.405	5.463	5.584	5.530	5.333	5.845	6.163	39.323
2002	Masculino	5.475	5.534	5.656	5.601	5.402	5.921	6.242	39.831
	Feminino	5.365	5.593	5.807	5.963	5.746	6.249	6.282	41.005
2003	Masculino	5.555	5.614	5.739	5.683	5.481	6.007	6.334	40.413
	Feminino	5.444	5.676	5.892	6.050	5.830	6.341	6.374	41.607
2004	Masculino	5.635	5.695	5.821	5.765	5.560	6.094	6.425	40.995
	Feminino	5.522	5.758	5.977	6.137	5.914	6.432	6.466	42.206
2005	Masculino	5.817	5.879	6.009	5.951	5.739	6.290	6.632	42.317
	Feminino	5.700	5.943	6.169	6.335	6.105	6.640	6.674	43.566
2006	Masculino	5.909	5.972	6.105	6.045	5.830	6.390	6.738	42.989
	Feminino	5.791	6.038	6.267	6.436	6.202	6.745	6.780	44.259
2007	Masculino	4.973	5.004	5.050	5.124	5.182	5.230	5.266	35.829
	Feminino	4.878	4.860	4.895	4.982	5.079	5.163	5.216	35.073
2008	Masculino	5.251	5.293	5.326	5.387	5.458	5.514	5.566	37.795
	Feminino	5.194	5.210	5.191	5.228	5.309	5.404	5.496	37.032
2009	Masculino	5.190	5.259	5.301	5.345	5.399	5.471	5.521	37.486
	Feminino	5.139	5.219	5.236	5.216	5.241	5.321	5.410	36.782
2010	Masculino	4.934	4.868	4.800	5.116	4.946	4.950	5.073	34.687
	Feminino	4.836	4.727	4.909	5.161	5.087	4.986	5.314	35.020

Fonte: Dados do IBGE, 2010.

TABELA 12 – Número de casos de violência sexual por faixa etária (Infância/Adolescência) em meninos e meninas

Sexo	Faixa Etária	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Masculino	Infância	8	12	8	9	17	18	13	17	25	19
	Adolescência	4	7	0	3	11	12	10	14	10	5
Feminino	Infância	9	46	34	26	28	17	42	83	77	32
	Adolescência	46	82	69	58	51	68	68	107	103	46

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 13 – Coeficiente de Incidência da violência sexual por 100.000 segundo faixa etária (Infância/Adolescência) e sexo.

Sexo	Faixa Etária	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Masculino	Infância	14	20	13	15	27	28	22	27	40	35
	Adolescência	10	18	0	7	26	28	28	37	26	14
Feminino	Infância	16	81	59	44	46	28	72	134	124	62
	Adolescência	117	200	166	137	117	154	194	289	280	131

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 14 – Distribuição dos casos de violência sexual com coocorrência contra crianças e adolescentes.

Violência sexual com coocorrência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Física	1	14,3	10	58,8	1	11,1	4	22,2	-	-	4	14,8	3	13,0	13	17,8	14	18,9	5	15,2	55	17,9
Negligência	2	28,6	1	5,9	3	33,3	2	11,1	19	73,1	16	59,3	7	30,4	21	28,8	12	16,2	9	27,3	92	30,0
Psicológica	4	57,1	4	23,5	3	33,3	8	44,4	5	19,2	4	14,8	12	52,2	18	24,7	19	25,7	9	27,3	86	28,0
Física e Psicológica	-	-	-	-	2	22,2	1	5,6	1	3,8	-	-	-	-	17	23,3	16	21,6	5	15,2	42	13,7
Física, Neg, Psicológica	-	-	1	5,9	-	-	3	16,7	-	-	-	-	1	4,3	2	2,7	3	4,1	1	3,0	11	3,6
Negligência e Física	-	-	1	5,9	-	-	-	-	-	-	2	7,4	-	-	-	-	3	4,1	3	9,1	9	2,9
Neg e Psicológica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,8	1	3,7	-	-	2	2,7	7	9,5	1	3,0	12	3,9
Total	7	10,2	17	11,2	9	8	18	17,8	26	22,6	27	22,5	23	15	73	30,3	74	30,5	33	30	307	100

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 15 – Distribuição da: violência sexual com e sem ocorrência com sexo da vítima no ano de 2008 segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Violência	ASSOCIAÇÃO VIOLÊNCIA SEXUAL x SEXO DA VÍTIMA 2008					
	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino			
n	%	n	%	n	%	
Sexual	21	12,6	146	87,4	167	69,3
Sexual e Coocorrência	12	16,2	62	83,8	74	30,7
Total	33	13,7	208	86,3	241	100

Sexual: Relação de 1 menino para cada 7 meninas

Sexual com coocorrência: Relação de 1 menino para cada 5 meninas

TABELA 16 – Distribuição da: violência sexual com e sem ocorrência com sexo da vítima no ano de 2009 segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Violência	ASSOCIAÇÃO VIOLÊNCIA SEXUAL x SEXO DA VÍTIMA 2009					
	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino			
n	%	n	%	n	%	
Sexual	22	13,0	147	87,0	169	69,5
Sexual e Coocorrência	14	18,9	60	81,1	74	30,5
Total	36	14,8	207	85,2	243	100

Sexual: Relação de 1 menino para cada 6,7 meninas

Sexual com coocorrência: Relação de 1 menino para cada 4,3 meninas

TABELA 17 – Distribuição de **outros tipos de violência sexual** contra crianças e adolescentes.

Violência sexual com outros tipos de coocorrência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sedução	-	-	5	3,2	3	2,7	3	2,8	5	4,4	12	9,2	8	4,9	8	3,2	7	2,8	5	4,4	56	3,8
Pornografia	-	-	2	1,3	-	-	-	-	1	0,9	1	0,8	-	-	4	1,6	25	9,8	7	6,2	40	2,7
Pedofilia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,2	-	-	1	0,4	-	-	3	0,2
Assédio sexual	1	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	-	-	1	0,9	3	0,2
Aliciamento	-	-	-	-	1	0,9	-	-	-	-	-	-	4	2,5	1	0,4	-	-	-	-	6	0,4
Exibicionismo	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3,5	10	7,6	-	-	-	-	7	2,8	-	-	21	1,4
Voyeurismo	-	-	-	-	-	-	-	-	6	5,3	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	7	0,5
Tráfico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,1
Total	1	1,4	7	4,5	4	3,5	3	2,8	16	14	26	19,5	14	8,6	14	5,6	40	15,7	13	11,5	138	9,4

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 18 – Distribuição dos **outros locais de ocorrência** da violência sexual contra crianças e adolescentes segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Outros locais de ocorrência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casa do agressor	4	5,8	5	3,3	6	5,3	6	5,9	5	4,3	12	10	9	5,8	15	6,2	40	16,5	4	3,6	106	7,5
Rua	37	53,6	49	31,6	32	28,3	28	29,7	33	28,7	25	20,8	21	13,6	50	20,8	19	7,8	15	13,9	309	21,8
Outros locais ¹	3	4,4	12	8,5	10	8,9	1	1	23	20	18	15	15	9,9	14	5,7	19	7,8	3	2,5	120	8,6
Total	44	63,8	66	43,4	48	42,5	37	36,6	61	53	55	45,8	45	29,3	79	32,7	78	32,1	22	20	535	37,9

¹ Outros locais de ocorrências da violência: escola, orfanato, bar, instituição de atendimento à criança, casa dos avós, casa do vizinho, local de trabalho do agressor, BR, consultório de psicólogo, circo, casa de prostituição, casa da tia, prostíbulo, pousada, parque de diversões, hotel, fazenda, farmácia, comunidade religiosa, casa onde tinha ponto de droga, casa abandonada, abrigo, área da Fundação do Apoio ao Menor de Feira de Santana (FAMFS), associação de moradores, banca, casa da irmã mais nova, casa da prima, casa de praia do pai, casa do padrasto, casa em construção, comércio do agressor, comunidade, escola de natação, hospital, matagal, motel, oficina do pai, oficina, outra cidade, posto de gasolina, roça, transporte alternativo.

TABELA 19 – Distribuição dos **outros denunciantes** da violência sexual contra crianças e adolescentes segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Outros denunciantes	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Familiares																						
Pai	3	4,3	4	2,5	3	2,7	1	1	5	4,3	6	5	10	6,5	9	3,7	8	3,3	3	2,7	52	3,7
Irmãos	-	-	1	0,7	1	0,9	3	3	-	-	-	-	2	1,3	2	0,8	3	1,2	-	-	12	0,8
Avô/Avó	2	2,8	1	0,7	4	3,6	1	1	3	2,6	1	0,8	4	2,4	6	2,5	6	2,5	3	2,7	31	2,2
Tio/Tia	1	1,4	1	0,7	2	1,8	1	1	1	0,9	-	-	3	1,8	4	1,7	4	1,6	2	1,8	19	1,3
Outros familiares ¹	-	-	-	-	-	-	1	1	3	2,6	-	-	-	-	1	0,4	-	-	3	2,7	8	0,6
Total de familiares	6	8,5	7	4,6	10	9,0	7	7,0	12	10,4	7	5,8	19	12,0	22	9,1	21	8,6	11	9,9	122	8,6
Setores de ações de defesa																						
Delegacias	9	13	15	9,9	6	5,2	5	5	3	2,6	3	2,5	1	0,6	28	11,6	60	24,7	5	4,5	135	9,9
Setor Policial	4	5,8	3	2	7	6,2	2	2	1	0,9	2	1,7	2	1,3	2	0,8	-	-	1	0,9	24	1,7
MP, DP, JIJ	1	1,4	1	0,7	12	10,5	10	9,9	-	-	6	5	6	3,9	31	12,9	18	7,4	5	4,5	90	6,3
Setores de ações de promoção																						
Educação	1	1,4	1	0,7	1	0,9	3	3	12	10,5	28	23,3	2	1,3	5	2,1	3	1,2	-	-	56	3,9
Saúde	-	-	1	0,7	3	2,7	5	5	5	4,3	5	4,2	4	2,6	4	1,7	17	7	6	5,5	50	3,5
Assistência	3	4,4	17	11,2	0	0	5	5	4	3,5	6	5	8	5,2	6	2,5	9	3,7	6	5,5	64	4,5
Outros	2	3	5	3,3	3	2,7	1	1	7	6,1	14	11,7	10	6,5	7	2,9	4	1,6	6	5,5	59	4,2
Total	26	37,5	50	33,2	42	37,2	40	39,6	44	38,3	71	59,2	52	33,8	105	43,6	132	54,3	40	36,4	576	40,6
Outros																						
A própria vítima	-	-	3	2	1	0,9	-	-	-	-	2	1,7	2	1,3	6	2,5	1	0,4	2	1,8	17	1,2
Vizinho	1	1,4	1	0,7	-	-	-	-	-	-	1	0,8	2	1,3	-	-	1	0,4	-	-	6	0,4
Comissária	1	1,4	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	3	0,2
Instância de	-	-	-	-	2	1,8	-	-	5	4,4	4	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-	17	1,2
Atendimento à criança ²	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conhecido/Amigo/ Madrinha, outro responsável	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	3	2,7	5	0,4
NUCAO/UEFS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	-	-	1	0,1
Ignorado	-	-	1	0,7	-	-	-	-	2	1,7	7	5,8	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0,7
Sub total	2	4	5	3,3	3	2,7	1	1	7	6,1	14	11,7	10	6,5	7	2,9	4	1,6	6	5,5	59	4,2

¹ Outros familiares: primos(as) (2004), outros parentes não citados (2010)

² Instituições de atendimento à criança: FAMFS, orfanato, abrigo

TABELA 20 – Distribuição de **outras medidas adotadas** pelas instâncias segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

Outras medidas adotadas	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aconselhamento	4	5,8	5	3,3	1	2,8	2	5,5	1	0,9	-	-	8	5,2	17	7,1	25	10,3	12	10,9	75	5,5
Audiência	2	1,4	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,9	25	10,4	5	2,1	88	80	125	9,2
Advertência	2	2,9	6	3,9	2	5,7	3	8,3	-	-	3	2,5	1	0,6	1	0,4	2	0,8	88	80	108	7,9
Notificação	2	2,9	15	9,9	8	22,8	11	30,5	6	5,2	3	2,5	29	18,8	38	15,8	46	18,9	18	16,4	176	12,9
Sindicância	9	13	30	19,7	3	8,5	10	27,7	7	6,1	13	10,8	32	20,8	66	27,4	96	39,5	19	17,3	285	20,9
Outras medidas ¹	6	8,7	9	5,9	1	2,8	6	16,6	-	-	7	5,9	-	-	28	11,6	78	32,1	13	11,8	148	10,7
Total	25	34,7	67	44	15	42,6	32	88,6	14	6,1	26	22	73	47,3	175	72,7	252	103,7	238	216,4	917	67,1

¹ Outras medidas adotadas: abrigo, termo de entrega de responsabilidade, solicitação de exames, relatórios.

TABELA 21 – Distribuição dos **outros encaminhamentos institucionais** da denúncia da violência sexual contra crianças e adolescentes

Outros encaminhamentos Institucionais	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Juizado	3	4,3	1	0,7	-	-	-	-	8	7	10	8,3	4	2,6	14	5,8	16	6,6	5	4,5	61	3,5
Minis. Púb./Def. Púb.	1	1,4	-	-	-	-	3	3	6	5,2	6	5	5	3,2	10	4,1	8	3,3	-	-	39	2,2
Escola	-	-	1	0,7	-	-	-	-	2	1,7	8	6,7	-	-	2	0,8	1	0,4	-	-	14	0,8
CAPS	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4,3	6	5	8	5,2	2	0,8	5	2,1	1	0,9	27	1,5
Serviço de Saúde	-	-	1	0,7	3	2,7	1	1	8	7	15	12,5	1	0,6	1	0,4	5	2,1	25	22,7	60	3,4
Abrigos	-	-	0	0	1	0,9	2	2	9	7,8	5	4,2	-	-	-	-	-	-	2	1,8	19	1,1
IML	-	-	1	0,7	1	0,9	1	1	8	7	19	15,9	11	7,1	-	-	5	2,1	1	0,9	47	2,7
Total	4	5,7	4	2,8	5	4,5	7	7	46	40	69	57,6	29	18,7	29	11,9	40	16,6	34	30,8	267	15,1

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 22 – Procedência das vítimas de violência sexual com e sem ocorrência com sexo da vítima no ano de 2008.

Bairros de Feira de Santana	CASOS	
	n	%
Viveiros – CIS (Zona Sul)	54	5,2
Três Riachos (Zona Sul)	46	4,4
Tomba (Zona Sul)	45	4,3
Tiquaruçu	41	3,9
Terra Dura	35	3,4
Tapera	33	3,2
Tanque da Nação	32	3,1
Tamandari	31	3,0
Santa Mônica	30	2,9
Subaé	29	2,8
Sobradinho	26	2,5
Santo Antônio dos Prazeres	59	5,7
Sítio Novo	24	2,3
Serraria Brasil	20	1,9
SIM	20	1,9
Sítio Matias	20	1,9
Serra Preta	19	1,8
São Jose	18	1,7
Sérgio Carneiro	18	1,7
Santo Antonio dos Prazeres	17	1,6
Santa Life	14	1,3

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 23 – Distribuição do: tipo de violência sexual com sexo da vítima.

ASSOCIAÇÃO						
TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL x SEXO DA VÍTIMA						
Tipo de Violência Sexual		SEXO				Total
		Masculino		Feminino		
		n	%	n	%	
Estupro	(33,3%)	104	21,3	385	78,7	489
Sedução	(3,8%)	9	16,1	47	83,9	56
Prostituição	(20,6%)	24	7,9	279	92,1	303
Incesto	(32,3%)	74	15,6	401	84,4	475
Pornografia	(2,7%)	8	20,0	32	80,0	40
Outras violências	(2,9%)	12	28,6	30	71,4	42
Ignorado	(4,4%)	19	29,7	45	70,3	64
Total		250	17,0	1219	83,0	1469

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 24 – Distribuição dos casos de violência contra crianças e adolescentes por sexo e idade.

Faixa etária	Idade da vítima	SEXO				Total		
		Masculino		Feminino		n	%	
		n	%	n	%			
Infância	Menor de ano	1	0,5%	3	0,3%	4	,3%	
	1 ano	2	0,9%	11	1,0%	13	,9%	
	2 anos	4	1,8%	15	1,4%	19	1,3%	
	3 anos	14	6,3%	22	2,0%	36	2,5%	
	4anos	13	5,9%	27	2,5%	40	2,8%	
	5 anos	13	5,9%	31	2,8%	44	3,1%	
	6 anos	15	6,8%	30	2,7%	45	3,2%	
	7 anos	18	8,1%	37	3,4%	55	3,9%	
	8 anos	15	6,8%	39	3,6%	54	3,8%	
	9 anos	12	5,4%	45	4,1%	57	4%	
	10 anos	25	11,3%	59	5,4%	84	5,9%	
	11 anos	14	6,3%	75	6,8%	89	6,3%	
	Sub total	146	66%	394	36%	540	38%	
Adolescência	12 anos	8	3,5	110	10,1%	118	8,3	
	13 anos	16	7,0	141	12,9%	157	11,1	
	14 anos	15	6,8	141	12,9%	156	11	
	15 anos	14	6,3	132	12,1%	146	10,3	
	16 anos	10	4,5	96	8,8%	106	7,5	
	17 anos	11	5,0	75	6,9%	86	6,1	
	18 anos	2	0,9	3	0,3%	5	,4	
		Subtotal	76	34%	698	64%	774	54,7
		Total	222	100%	1092	100%	1314	93,0
	Ignorado					104	7,0	
Total						1418	100	

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 25 – Distribuição da escolaridade das vítimas com sexo.

Escolaridade da vítima na década	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sim	178	22,7	607	77,3	785	55,4
Educação Infantil	14	36,8	24	63,2	38	4,8
Ensino Fundamental	82	15,4	451	84,6	533	67,9
Ensino Médio	4	12,1	29	87,9	33	4,2
Ignorado	78	43,1	103	56,9	181	23,1
Não	10	12,3	71	87,7	81	5,7
Não está em idade escolar	11	26,8	30	73,2	41	2,9
Ignorado	41	8,0	470	92,0	511	36,0

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 26 – Distribuição de outros responsáveis pelas vítimas de violência contra crianças e adolescentes segundo faixa etária das vítimas.

Outros guardiões*	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Irmãos	2	2,9	1	0,7	5	4,4	7	6,9	-	-	3	2,5	-	-	1	0,4	5	2,1	-	-	24	1,5
Avós	3	4,3	5	3,3	8	7,1	4	4	5	4,3	5	4,2	5	3,2	11	4,6	12	4,9	3	2,7	61	3,8
Tios	1	1,4	4	2,6	3	2,7	2	2	1	0,9	4	3,3	4	2,6	4	1,7	6	2,5	4	3,6	33	2,1
Outros	3	4,3	3	2	13	11,5	24	23,8	19	16,5	21	17,5	10	6,5	1	0,4	0	0	1	0,9	95	6,0
Total	9	12,9	13	8,6	29	25,7	37	36,7	25	21,7	33	27,5	19	12,3	17	7,1	23	9,5	8	7,2	213	13,4

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 27 – Distribuição de outros vínculos do agressor com a vítima.

Vínculo do agressor com a vítima*	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pai	5	7,2	13	8,5	15	13,3	14	13,9	8	7	15	12,5	16	10,4	35	14,4	18	7,4	16	14,5	155	11
Mãe	3	4,3	3	2	9	7,1	8	7,9	6	5,2	4	3,3	9	5,8	26	10,8	20	8,2	9	8,2	97	6,8
Ambos (pai e mãe)	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	4	0,4
Total	8	11,5	19	12,5	24	20,4	22	21,8	14	12,2	19	15,8	26	16,8	61	25,2	38	15,6	25	22,7	256	18
Outros familiares																						
Padrasto	7	10,1	12	7,9	5	4,4	16	15,8	3	2,6	13	10,8	27	17,5	20	8,3	25	10,3	18	16,4	146	10,3
Madrasta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,8	-	-	2	0,1
Irmãos	-	-	9	5,9	3	2,7	7	6,9	-	-	2	1,7	2	1,3	9	3,7	1	0,5	4	3,6	37	1,9
Tios	2	3	12	7,9	4	3,5	1	1	2	1,7	2	1,7	9	5,8	6	2,5	13	5,3	10	9,1	61	4,3
Avós	1	1,4	-	-	1	0,9	2	2	-	-	-	-	3	2	5	2,1	6	2,5	5	4,5	23	1,6
Total	10	14,5	33	21,7	13	11,5	26	25,7	5	4,3	17	14,2	41	26,6	40	16,6	47	19,4	37	33,6	269	19,0
Conhecidos da vítima ou da família																						
Vizinhos	6	8,7	20	13,2	7	6,2	23	22,8	14	12,2	20	16,7	22	14,3	26	10,8	30	12,3	11	10	179	9,2
Conhecido ¹	23	33,3	25	42,6	23	51,1	10	40	39	54,9	24	42,9	29	82,5	59	67	51	57,3	18	69,2	57	2,9
Próprio adolescente	8	11,6	11	7,2	-	-	-	-	9	7,8	7	5,8	5	3,2	8	3,3	5	2,1	4	3,6	57	2,9
Total	37	53,6	56	63	30	57,3	33	62,8	62	74,9	51	65,4	56	100,0	93	81,1	86	71,7	33	82,8	293	12,1
Desconhecido	11	32,4	35	57,4	22	48,9	15	60	32	45,1	32	57,1	6	17,1	29	33	38	42,7	8	30,8	228	11,7
Ignorado	4,3	9	5,9	24	21,2	5	5	2	1,7	1	0,8	25	16,2	18	7,5	34	14	7	6,4	4,3	128	6,6

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 28 – Distribuição de agressor com tipo de violência com sexo da vítima.

AGRESSOR X VIOLÊNCIA	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
AGRESSOR X INCESTO						
Pai	12	9	127	91	139	9,8
Mãe	12	35	22	65	34	2,4
Padrasto	12	9	119	91	131	9,2
Madrasta	2	100	0	0	2	0,1
Irmão	6	16	31	84	37	2,6
Tios	11	20	45	80	56	3,9
Avós	1	5	21	95	22	1,6
Outros	13	31	29	69	42	3,0
AGRESSOR X ESTUPRO						
Vizinhos	29	20,6	112	79,4	141	9,9
Outros	58	19,3	243	80,7	301	21,2
AGRESSOR X SEDUÇÃO						
Pai	0	0,0	2	100	2	0,1
Padrasto	0	0,0	7	100	7	0,5
Tios	0	0,0	2	100	2	0,1
Vizinhos	1	12,5	7	87,5	8	0,6
Outros	5	16,7	25	83,3	30	2,1
AGRESSOR X PROSTITUIÇÃO						
Pai	4	28,6	10	71,4	14	1,0
Mãe	4	8,2	45	91,8	49	3,5
Padrasto	1	25,0	3	75	4	0,3
Irmão	0	0,0	2	100	2	0,1
Tios	0	0,0	4	100	4	0,3
Vizinhos	1	4,3	22	95,7	23	1,6
Outros	7	5,0	132	95	139	9,8
AGRESSOR X PORNOGRAFIA						
Pai	1	33,3	2	66,7	3	0,2
Mãe	0	0,0	7	100	7	0,5
Madrasta	2	100,0	0	0	2	0,1
Tios	1	25,0	3	75	4	0,3
Avós	0	0,0	2	100	2	0,1
Vizinhos	1	16,7	5	83,3	6	0,4
Outros	1	20,0	4	80	5	0,4
AGRESSOR X TRÁFICO						
Outros	0	0,0	2	100	2	0,1
AGRESSOR X ALICIAMENTO						
Padrasto	0	0,0	2	100	2	0,1
Vizinhos	0	0,0	1	100	1	0,1
Outros	0	0,0	2	100	2	0,1
AGRESSOR X ASSÉDIO SEXUAL						
Padrasto	0	0,0	2	100	2	0,1
Vizinhos	0	0,0	1	100	1	0,1
AGRESSOR X EXIBICIONISMO						
Pai	1	33,3	2	66,7	3	0,2
Mãe	1	20,0	4	80	5	0,4
Padrasto	1	33,3	2	66,7	3	0,2
Vizinhos	1	25,0	3	75	4	0,3
Outros	1	16,7	5	83,3	6	0,4

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 2010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 29 – Distribuição do vínculo do agressor com prática de violência sexual sem ou com coocorrência.

Vínculo do agressor	Violência sexual		Violência sexual com coocorrência		TOTAL
	n	%	n	%	n
Vizinhos	155	87	24	13	179
Pai	104	67	51	33	155
Padrasto	100	68	46	32	146
Mãe	52	53	46	47	98
Tios	43	70	18	30	61
Irmãos	30	81	7	19	37
Avós	20	87	3	13	23
Madrasta	0	0	2	100	2
Outros	442	84	86	16	528
Ignorado	-	-	-	-	190

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 30 – Idade do agressor de violência contra crianças e adolescentes.

Idade do Agressor	n	%	Idade do Agressor	n	%
5 anos	2	0,1	40 anos	16	1,1
6 anos	3	0,2	41 anos	3	,2
7 anos	7	0,5	42 anos	5	,4
9 anos	8	0,6	43 anos	4	,3
10 anos	11	0,8	44 anos	2	,1
11 anos	4	,3	45 anos	15	1,1
12 anos	8	,6	46 anos	4	,3
13 anos	24	1,7	47 anos	4	,3
14 anos	25	1,8	48 anos	4	,3
15 anos	28	2,0	49 anos	1	,1
16 anos	32	2,1	50 anos	14	1,0
17 anos	29	2,0	52 anos	1	,1
18 anos	15	1,1	53 anos	2	,1
19 anos	16	1,1	55 anos	5	,4
20 anos	18	1,3	56 anos	2	,1
21 anos	12	,8	57 anos	3	,2
22 anos	7	,5	58 anos	1	,1
23 anos	12	,8	59 anos	2	,1
24 anos	9	,6	60 anos	11	,8
25 anos	13	,9	61 anos	1	,1
26 anos	9	,6	64 anos	1	,1
27 anos	6	,4	65 anos	7	,5
28 anos	10	,7	66 anos	1	,1
29 anos	7	,5	67 anos	1	,1
30 anos	15	1,1	70 anos	6	,4
31 anos	7	,5	73 anos	1	,1
32 anos	13	,9	74 anos	1	,1
33 anos	3	,2	75 anos	3	,2
34 anos	4	,3	85 anos	1	,1
35 anos	20	1,4	Total	532	37,5
36 anos	4	,3	Ignorado	886	62,5
37 anos	5	,4	Total	1418	100,0
38 anos	18	1,3			
39 anos	6	,4			

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 31 – Distribuição de agressores de 5 a 10 anos e tipo de violência acometida contra outras crianças e adolescentes.

Idade do agressor	Estupro		Sedução		Prostituição		Incesto		Pornografia		Outros		Ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 anos	2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,1
6 anos	1	< 0,1	-	-	-	-	-	-	1	< 0,1	-	-	1	< 0,1	3	0,2
7 anos	5	0,3	-	-	-	-	2	0,1	-	-	-	-	-	-	7	0,5
9 anos	1	< 0,1	1	< 0,1	1	< 0,1	1	< 0,1	-	-	3	0,2	1	< 0,1	8	0,6
10 anos	5	0,3	0	-	3	0,2	3	0,2	-	-	-	-	-	-	11	0,8
Total	14		1		4		6		1		3		2	0,1	31	2,2

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 32 – Tipo de violência sexual praticada pelo agressor com 16 anos.

Tipo de Violência	n	%
Estupro	15	2,9
Incesto	12	2,3
Prostituição	5	1,0
Total	32	6,1

Fonte: Dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

TABELA 33 – Distribuição da idade do agressor com o sexo do agressor segundo dados dos Conselhos Tutelares e CREAS, no período de 2001 a 1010. Feira de Santana, BA, Brasil.

IDADE DO AGRESSOR	SEXO				TOTAL	
	MASC		FEM			
	n	%	n	%	n	%
5 anos	2	0,4	0	0	2	0,4
6 anos	3	0,6	0	0	3	0,6
7 anos	7	1,3	0	0	7	1,3
9 anos	6	1,1	2	0,4	8	1,5
10 anos	10	1,9	1	0,2	11	2,1
11 anos	3	0,6	1	0,2	4	0,8
12 anos	6	1,1	2	0,4	8	1,5
13 anos	19	3,6	5	0,9	24	4,5
14 anos	16	3,0	9	1,7	25	4,7
15 anos	24	4,5	4	0,8	28	5,3
16 anos	26	4,9	6	1,1	32	6,1
17 anos	18	3,4	11	2,1	29	5,5
18 anos	13	2,5	2	0,4	15	2,8
19 anos	15	2,8	1	0,2	16	3,0
20 anos	16	3,0	2	0,4	18	3,4
21 anos	11	2,1	1	0,2	12	2,3
22 anos	5	0,9	2	0,4	7	1,3
23 anos	10	1,9	2	0,4	12	2,3
24 anos	8	1,5	1	0,2	9	1,7
25 anos	12	2,3	1	0,2	13	2,5
26 anos	8	1,5	1	0,2	9	1,7
27 anos	6	1,1	0	0	6	1,1
28 anos	5	0,9	4	0,8	9	1,7
29 anos	5	0,9	2	0,4	7	1,3
30 anos	15	2,8	0	0	15	2,8
31 anos	2	0,4	5	0,9	7	1,3
32 anos	7	1,3	6	1,1	13	2,5
33 anos	2	0,4	0	0	2	0,4
34 anos	3	0,6	1	0,2	4	0,8
35 anos	14	2,7	6	1,1	20	3,8
36 anos	4	0,8	0	0	4	0,8
37 anos	5	0,9	0	0	5	0,9

IDADE DO AGRESSOR	SEXO				TOTAL	
	MASC		FEM			
	n	%	n	%	n	%
38 anos	8	1,5	10	1,9	18	3,4
39 anos	1	0,2	5	0,9	6	1,1
40 anos	15	2,8	1	0,2	16	3,0
41 anos	3	0,6	0	0	3	0,6
42 anos	4	0,8	0	0	4	0,8
43 anos	4	0,8	0	0	4	0,8
44 anos	2	0,4	0	0	2	0,4
45 anos	12	2,3	3	0,6	15	2,8
46 anos	4	0,8	0	0	4	0,8
47 anos	4	0,8	0	0	4	0,8
48 anos	4	0,8	0	0	4	0,8
49 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
50 anos	13	2,5	1	0,2	14	2,7
52 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
53 anos	2	0,4	0	0	2	0,4
55 anos	5	0,9	0	0	5	0,9
56 anos	2	0,4	0	0	2	0,4
57 anos	3	0,6	0	0	3	0,6
58 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
59 anos	2	0,4	0	0	2	0,4
60 anos	10	1,9	1	0,2	11	2,1
61 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
64 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
65 anos	7	1,3	0	0	7	1,3
66 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
67 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
70 anos	6	1,1	0	0	6	1,1
73 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
74 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
75 anos	3	0,6	0	0	3	0,6
85 anos	1	0,2	0	0	1	0,2
Total	429	81,3	99	18,8	528	100

APÊNDICE I – GRÁFICOS

Gráfico 1: Coeficientes de incidência da **violência sexual (com e sem coocorrência); sexual sozinha; e sexual com coocorrência** contra crianças e adolescentes por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

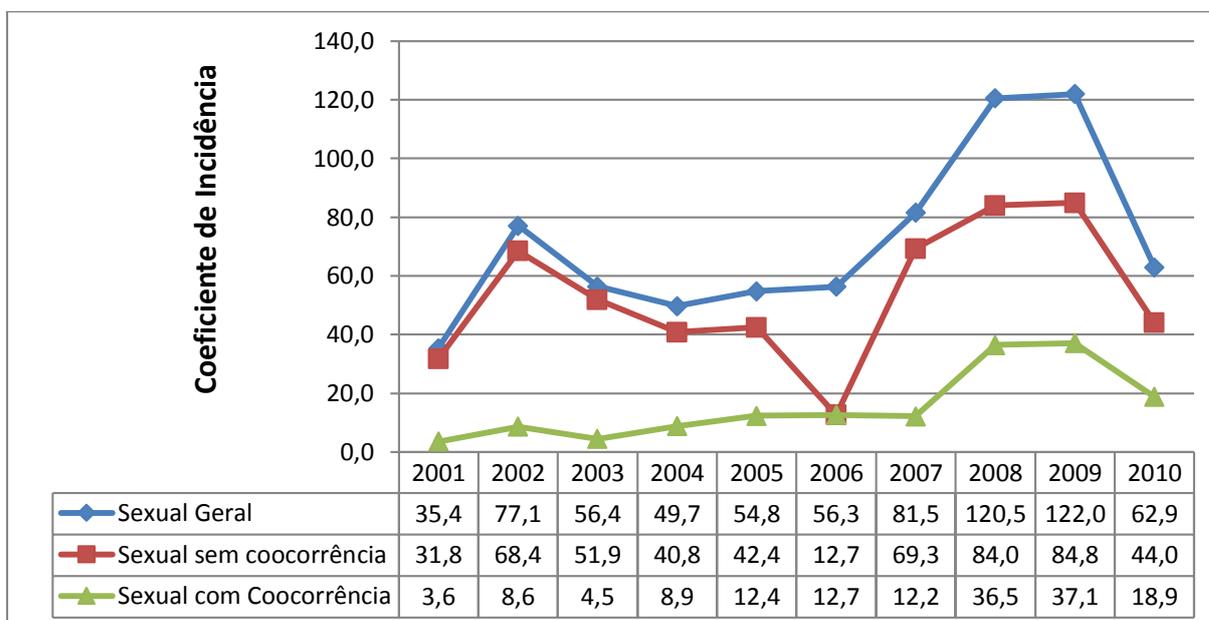


Gráfico 2: Coeficiente de incidência da **violência sexual contra crianças e adolescentes com os diferentes tipos de coocorrências** por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

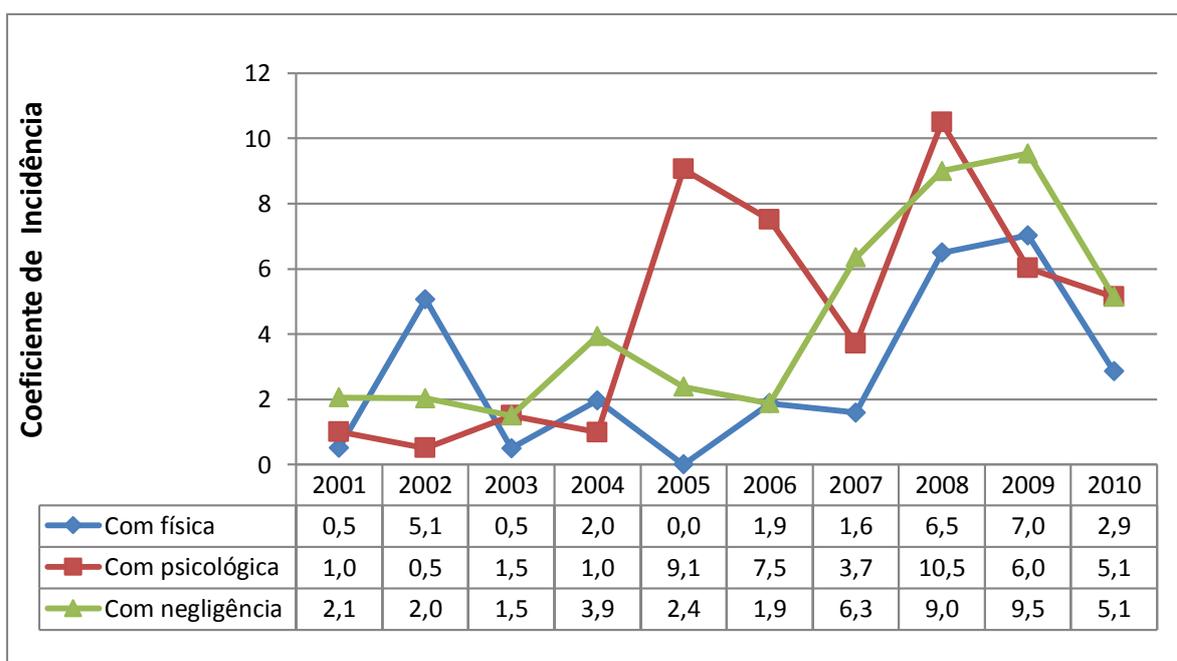


Gráfico 3: Coeficiente de incidência da **violência sexual (com e sem coocorrência)** contra crianças e adolescentes, **por sexo**, por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

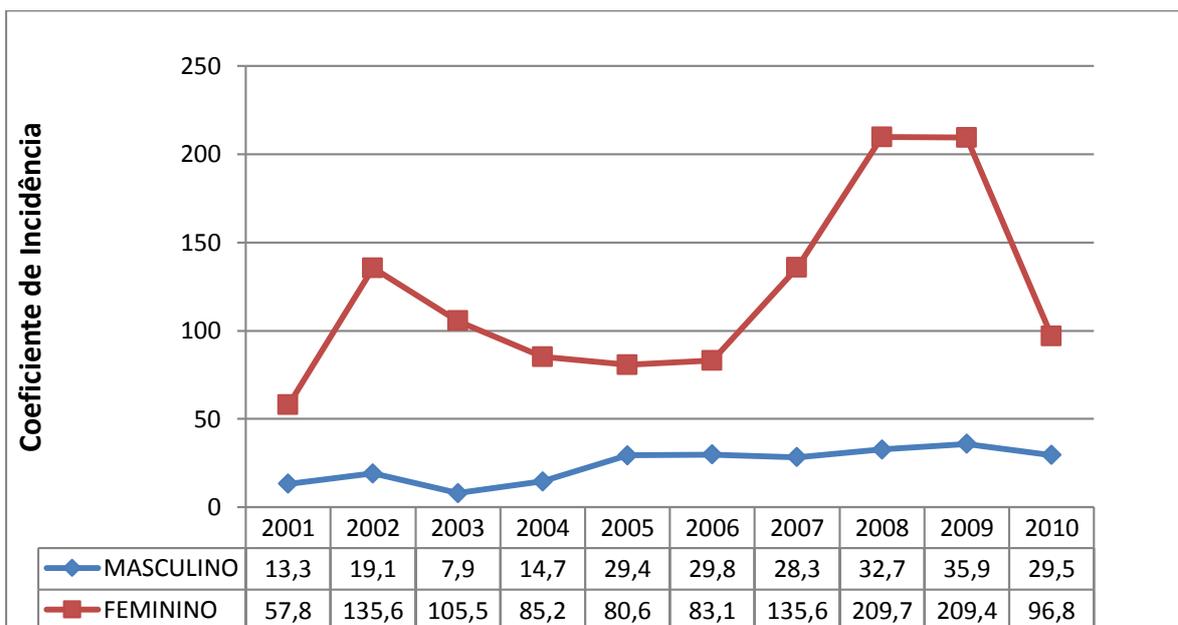


Gráfico 4: Coeficiente de incidência da **violência sexual (sem coocorrência)** contra crianças e adolescentes, **por sexo**, por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

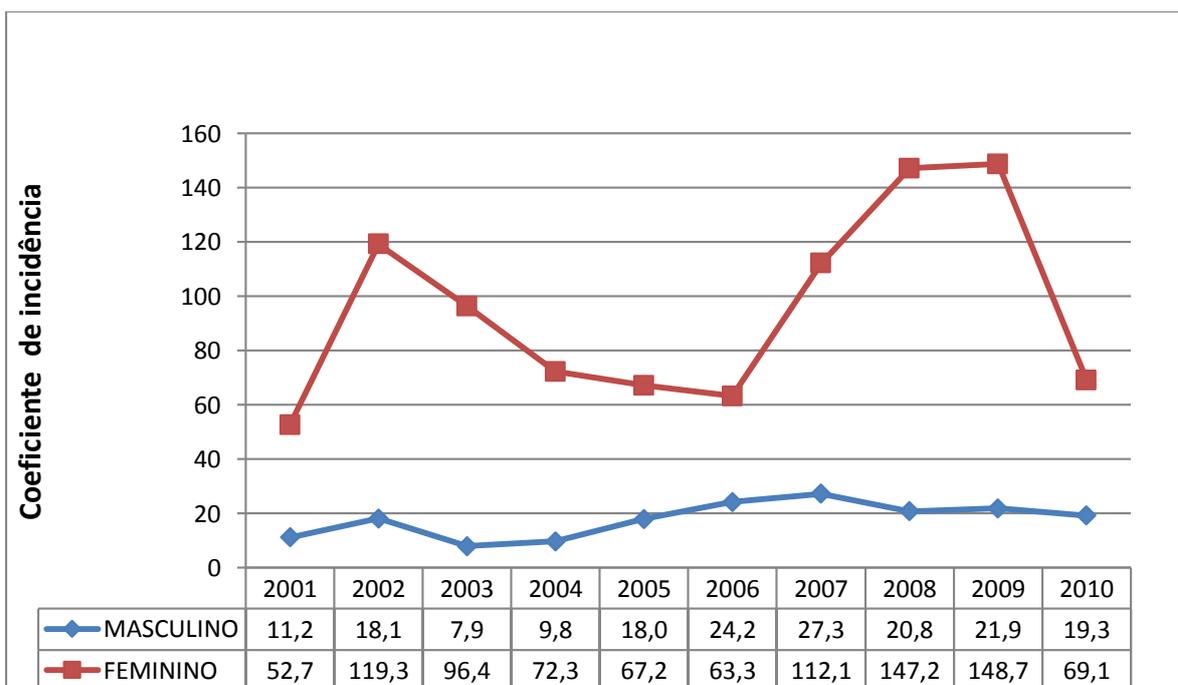


Gráfico 5: Coeficiente de incidência da **violência sexual (com cocorrência)** contra crianças e adolescentes, **por sexo**, por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

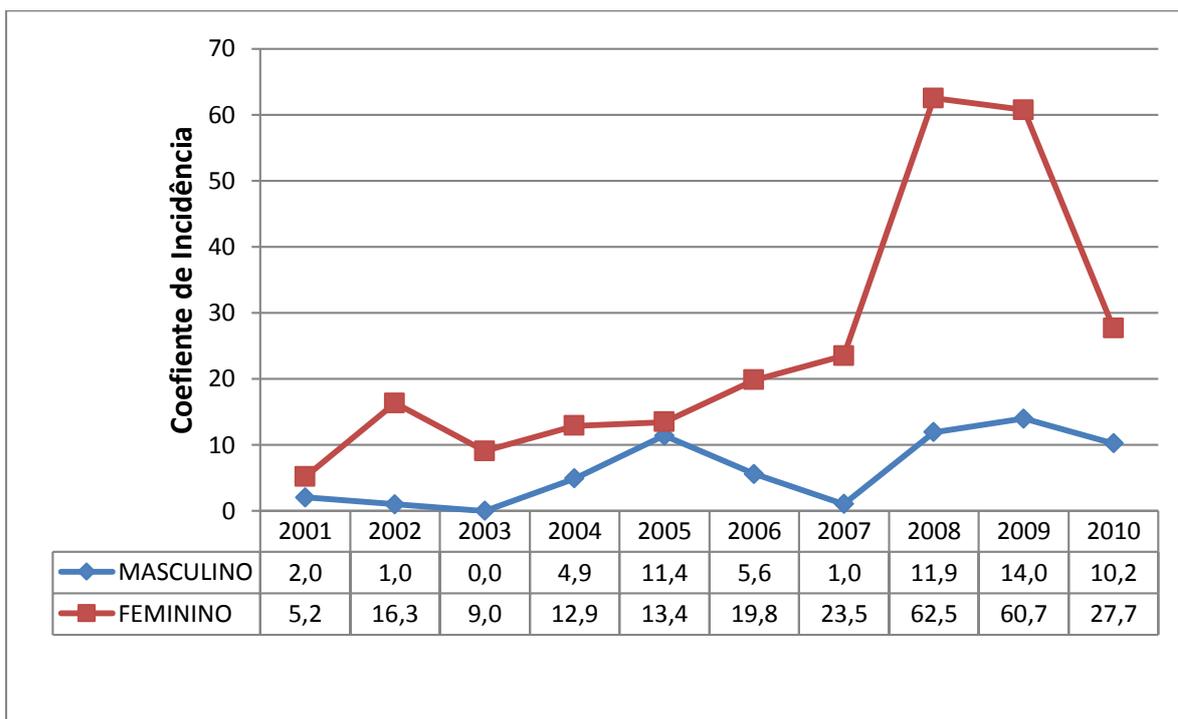


Gráfico 6: Coeficiente de incidência da **violência sexual (com e sem cocorrência)** contra crianças e adolescentes, **por faixa etária**, por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

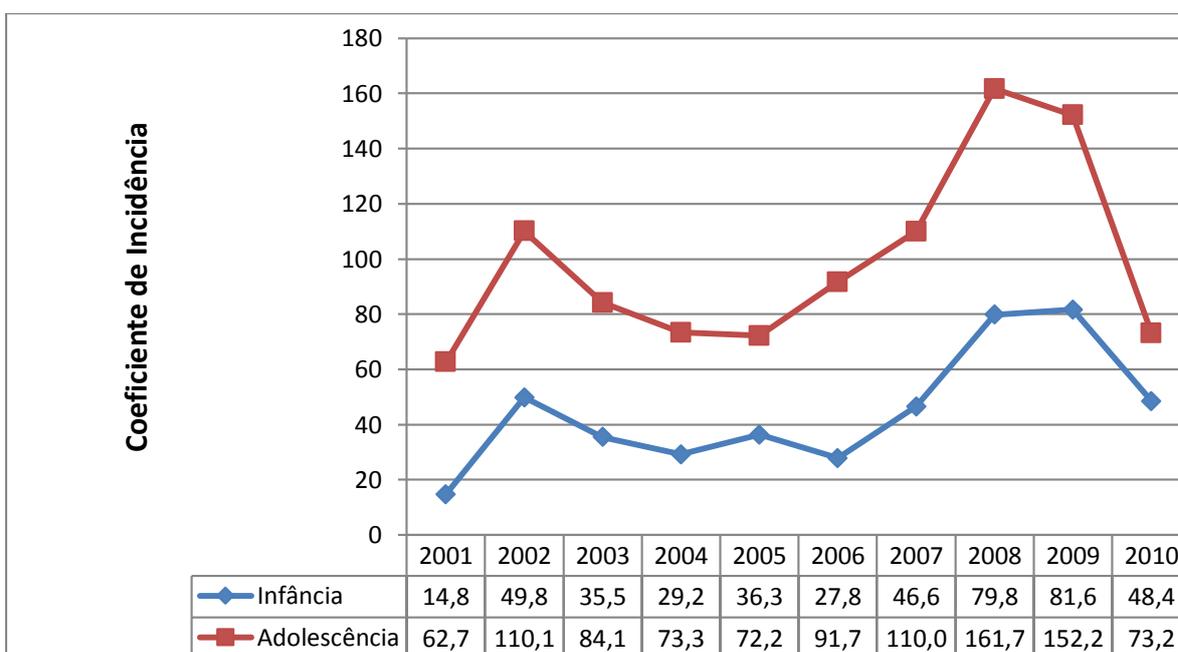


Gráfico 7: Coeficiente de incidência da **violência sexual (sem cocorrência)** contra crianças e adolescentes, **por faixa etária**, por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

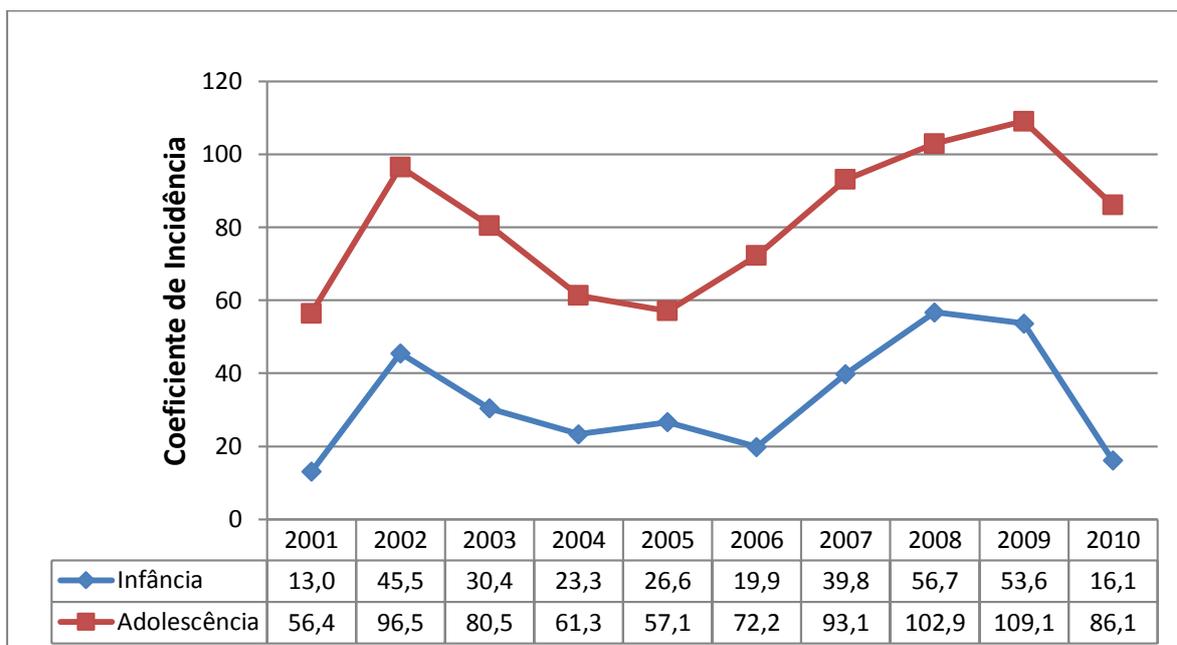


Gráfico 8: Coeficiente de incidência da **violência sexual (com cocorrência)** contra crianças e adolescentes, **por faixa etária**, por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.

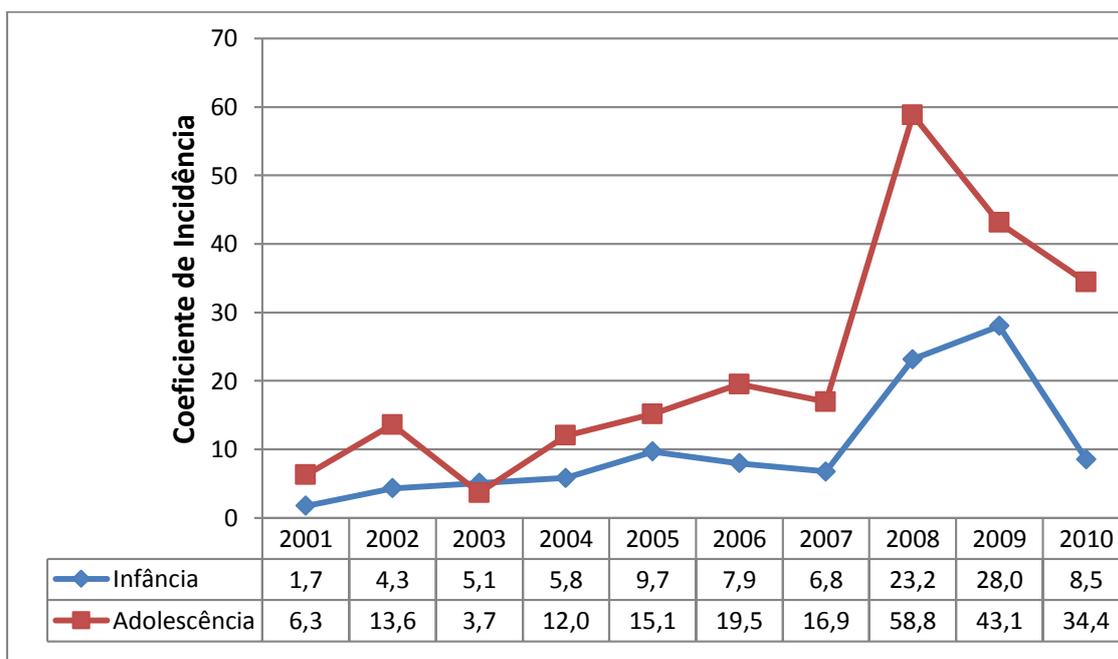
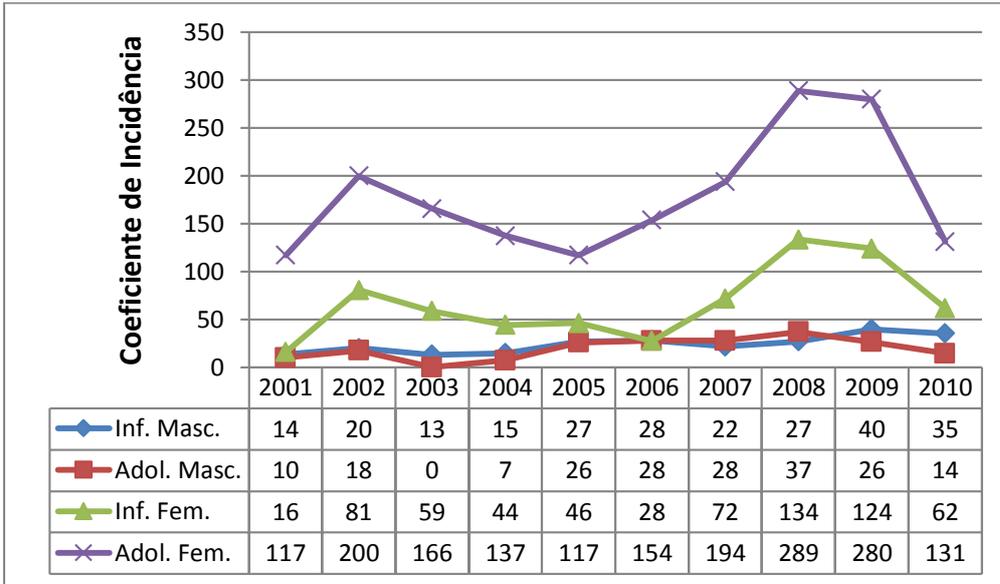


Gráfico 9: Coeficiente de incidência da violência sexual separados em crianças e adolescentes por sexo por 100.000 habitantes em uma década (2001-2010), Feira de Santana, BA.



ANEXOS

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



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

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

TIPO DE DENÚNCIA:

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

DENUNCIANTE: _____

FORMA DE DENÚNCIA:

Pessoal Ofício nº _____ Por Telefone Outros _____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA OU ADOLESCENTE:

PAI MÃE OUTROS: _____

NOME: _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

PONTO REF. _____ TEL: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ GRUPO ÉTNICO: _____

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

DADOS DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE:

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

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

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

ESCOLA: _____ SÉRIE: _____

RELAÇÃO VÍTIMA X AGRESSOR: _____

DADOS DO AGRESSOR:

NOME: _____ FONE _____

END: _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

P. DE REFERÊNCIA _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ GRUPO ÉTNICO: _____

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

OBS. _____

SÍNTESE DA OCORRÊNCIA:

