



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

FELIPE ZEFERINO PÊ

**MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LEVANTAMENTO DE
DADOS DOS CONSELHOS TUTELARES DE CAMPINA GRANDE-PB.**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

FELIPE ZEFERINO PÊ

MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LEVANTAMENTO DE DADOS DOS CONSELHOS TUTELARES DE CAMPINA GRANDE-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel Licenciado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião

Co- Orientador: prof. Dr. José Roniere Morais Bastista

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P111m Pê, Felipe Zeferino.

Maus-tratos contra crianças e adolescentes [manuscrito] :
Levantamento de dados dos conselhos tutelares de Campina
Grande-PB / Felipe Zeferino Pê. - 2016.
23 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião, Departamento
de Psicologia".

"Co-Orientação: Prof. Dr. José Roniere Morais Bastista,
Departamento de Psicologia".

1. Maus-tratos. 2. Maus-tratos infantis. 3. Violência infantil.
4. Vulnerabilidade social. I. Título.

21. ed. CDD 362.76

FELIPE ZEFERINO PÊ


MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LEVANTAMENTO DE DADOS DOS CONSELHOS TUTELARES DE CAMPINA GRANDE-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel Licenciado em Psicologia.

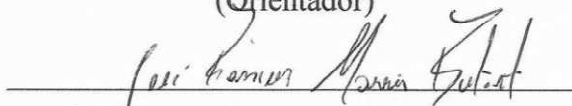
Aprovada em: 18 / 10 /2016.

Nota: **9.5**

Banca Examinadora



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião
Departamento de Psicologia/UEPB
(Orientador)



Prof. Dr. José Roniere Morais Batista
Departamento de Psicologia/UEPB
(Co-Orientador)



Profª. Ma. Márcia Candelaria da Rocha
Departamento de Psicologia/Faculdade Maurício de Nassau-CG
(Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente aqueles que de uma maneira ou outra contribuíram nessa jornada acadêmica, ou durante a fase de construção do TCC.

A minha avó Antônia (*in memoriam*), que me ajudou e me apoiou incondicionalmente ao longo de toda vida, a você que foi a minha segunda mãe, exemplo de simplicidade.

Ao meu pai pelo ensinamento de que com força e esperança na vida podemos abrir espaços para realizar nossos sonhos. À minha mãe, por todo amor demonstrado em conselhos, brigas, a carões! O apoio nos bons e maus momentos. A meu pai pela luta e coragem da qual me orgulho e me espelho, me ensinando a não desistir, e a não me intimidar frente aos problemas da vida. A minha tia que me deu todo apoio, e que com sua simplicidade me ensinou a ver a vida de uma forma melhor. E a minha irmã pela amizade e por todas intrigas, ajuda, sem a qual eu não teria chegado até aqui.

Agradeço a meus amigos que sorriram e lutaram junto comigo por esse sonho de psicólogo: A Patrick e Luan pelo melhor trio, batalhando a base de alegria em cada seminário, compartilhando conhecimento, e dedicando todos os dias a melhor amizade. A Laylla, por todos conselhos e por sua fofura incondicional. A Claudiane e a Melissa por todo apoio durante a construção dos sonhos de ser pesquisador. E a Mayara Nóbrega, por toda amizade e partilha, sendo a minha analista nos momentos mais difíceis.

Ao meus outros amigos, que desde a infância me ensinaram muito, e que contribuíram para fundamentar meu sonho: Mário, Tályson, Jessiely e Ramon.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia da UEPB, por todos esses anos de transmissão segura e paciente de conhecimento, e principalmente por adquirir um novo olhar frente as pessoas e ao mundo. Em especial, sou grato a professora Carla Brandão por tudo que ela me ensinou e transmitiu durante esses anos. Ao professor Jorge Dellane Brito, que desde o início me inspirou e me fez amar a psicologia através das suas aulas profundas. Ao professor José Roniere Moraes, que com vários conselhos, apoio, e compromisso, me dedicou a sincera amizade, sou grato de uma forma que jamais poderei retribuir. E agradeço ao professor Wilmar Gaião que prontamente me aceitou o convite de ser orientador desse trabalho, grato pela compreensão e confiança depositada.

À examinadora da banca, Márcia Candelária, que foi a primeira a me apoiar na construção desse trabalho, que corrigiu os primeiros erros e deu o pontapé inicial junto comigo para sua realização.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1- INTRODUÇÃO | 5 |
| 2- OBJETIVOS | 8 |
| Objetivo Geral: | 8 |
| Objetivos Específicos: | 8 |
| 3- METODOLOGIA | 8 |
| 4- RESULTADOS E DISCUSSÕES | 9 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 20 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 21 |

RESUMO

Maus-tratos é um termo usado para se referir à violência cometida contra infância e adolescência no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade. Engloba todo tipo de violência efetuado contra criança/adolescente incidido por qualquer uma das esferas que a envolvem. O objetivo foi realizar um levantamento acerca dos maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes na cidade de Campina Grande-PB, identificando o número de queixas contidas nos prontuários/fichas de ocorrência dos Conselhos Tutelares, e coletando dados referentes ao fenômeno: como a reincidência, o encaminhamento e procedência das denúncias. A amostra foi constituída pelas informações contidas nas fichas de ocorrência dos Conselhos tutelares. Foram feitas análises de frequências das informações, elencando os tipos de maus-tratos encontrados. Para a estatística inferencial foram realizadas análises de associação (Qui-Quadrado) entre as variáveis estudadas através do programa SPSS, e depois foram os dados obtidos foram discutidos com base na bibliografia sobre a temática. Foram coletados dados de 1147 vítimas de maus-tratos (561 do gênero masculino e 556 do gênero feminino), de 0 a 18 anos. A negligência (38,8%) foi o tipo de maus-tratos que apresentou a maior frequência nos casos. As maiores denúncias vieram por parte da família (25,8%) e 16% dos casos registrados são reincidentes. A maioria das distribuições referentes a frequência dos maus-tratos independem da frequência do gênero. O *abuso sexual* é mais frequente no gênero feminino, e o *trabalho infantil* e o *abandono* estão mais presentes no gênero masculino. A *vulnerabilidade social* é o maior motivo de reincidência (38,95%).

Palavras chaves: Maus-tratos; Infância e Adolescência; Violência.

1- INTRODUÇÃO

A infância é uma fase primordial para o desenvolvimento da criança que deve ser respeitada enquanto fase do desenvolvimento físico, mental e espiritual de todo e qualquer ser humano (ROSAS e CIONEK, 2006). A violência contra a infância é um fenômeno multifatorial Atualmente no Brasil, é tida como relevante problema de saúde pública. Pelo seu caráter decisivo na saúde do indivíduo, se torna cada vez mais um fator emergencial de intervenção, mobilizando todos os setores da sociedade. Um dos termos utilizados para se referir as violências contra a infância, e também a adolescência é o de maus-tratos.

Maus-tratos é um termo amplo, e bem difundido, usado para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar (doméstico), no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade. Neste caso, o conceito de maus-tratos engloba todo tipo de violência efetuado contra criança/adolescente incidido por qualquer uma das esferas sociais que a envolve.

Segundo Adorno (1988 *apud* GUERRA, 2008), toda violência converte o sujeito em objeto, o coisificando, atentando contra sua liberdade, igualdade, e contra vida do indivíduo.

Ela não condena à morte, mas ameaça constantemente a vida, suprimindo-a e anulando-a, fazendo com que o sujeito não a possua em plenitude. Os estudos de Brown et al (1999 *apud* LORENZI, D. R. S. *et al*, 2001) confirmam que os maus-tratos têm relação direta com o aumento no índice de depressão e suicídio da juventude, “segundo estes autores, o risco de depressão e suicídio é três vezes maior entre crianças ou adolescentes que sofreram maus-tratos na infância, risco este que pode ser oito vezes maior quando a agressão foi de caráter sexual” (p. 5). Mais objetivamente, dados da Organização Mundial da Saúde de 1997, revelaram que já havia cerca de uma morte em cada 5000 a 10000 crianças no mundo vítimas da violência.

Dois tipos de relações determinam a violência, primeiramente uma centrada na questão estrutural, que tem por base as diferenças presentes entre as classes sociais, as desigualdades que fundamentam as estruturas sociais. E uma segunda determinação para violência, diz respeito a fatores de natureza interpessoal, presentes nas relações intersubjetivas entre os indivíduos. Entende-se que ela expressa um padrão de sociabilidade, um modelo de comportamentos presentes em um dado momento histórico de uma sociedade. Lorenzi, Pontalti e Flech (2001) trazem, o conceito de maus-tratos sociais, um tipo de violência cometida pela sociedade no sentido político e institucional. Já Faleiros, Matias e Bazon (2009) os exemplificam como: mendicância, trabalho infantil, corrupção, participação em ações delituosas, falta de controle parental. Tais maus-tratos sociais fazem parte do que eles apontam como violência estrutural. Entende-se que os maus-tratos à criança/adolescente podem ser concebidos como uma forma de violência estrutural, bem como de uma violência intersubjetiva manifesta nas relações individuais de poder. Percebe-se então que há um fato que une esses dois tipos de caracterização de violência: em ambos o elemento do poder se faz presente, seja entre as diversas classes sociais e estruturas sociais, como também entre os indivíduos.

Todo ato ou omissão potente a causar danos físico, psicológicos, ou sexual, é entendido como *maus-tratos* à criança e adolescente, que pode estar presentes tanto na violência doméstica quanto em outras esferas na qual a infância se faz presente.

Os quatro tipos de maus tratos, mais citados (LORENZI, PONTALTI, FLECH, 2001; GUERRA, 2008; FALEIROS, MATIAS e BAZON, 2009; VASCONCELOS e SILVA 2011), são o abuso sexual, a violência psicológica, violência física e a negligência:

- **Abuso Sexual:** se caracteriza pelo ato ou “jogo” sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente. O adulto, ou um adolescente mais velho, toma a criança como seu

objeto, buscando nela satisfação sexual. Portanto, estimulando sexualmente a criança ou adolescente, ou se utilizando desta para estimulá-lo sexualmente, objetiva tal satisfação. Assim, abusos verbais, “voyeurismo”, a exploração sexual, pornografia, exibicionismo, ato sexual com ou sem penetração, são entendidos como violência sexual.

- *Violência Psicológica:* ocorre quando um adulto deprecia constante a criança, seja com hostilidade, frieza, ou rejeição, aterrorização, ela causa um dano subjetivo da vítima, bloqueando os esforços de auto aceitação, causando sofrimento psíquico.
- *Violência física:* abuso físico; quando, ao exame físico, há a presença de lesões corporais;
- *Negligência:* implica em atos de omissão do adulto responsável, em termos de cuidados básicos, que não provê adequadamente os nutrientes para o corpo e para o psiquismo, ou não oferece supervisão e proteção adequada, podendo acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos e até morte.

Nota-se que fragilidade da infância/adolescência - por maior dependência do outro - faz desta uma fase de vulnerabilidade e por isso requer maior atenção da sociedade. Por seu caráter de vulnerabilidade, se configura por si só como um fator de risco para fenômenos como o de maus-tratos, que é entendido então como um problema de saúde pública e social.

A vulnerabilidade social da infância e adolescência diz respeito ao sujeito estar dependente de diversos fatores que viabilizem seus direitos e seu desenvolvimento como ser humano, portanto necessitam de assistência, proteção e vigilância, e também de uma política que garanta seus direitos enquanto cidadãos que convivem em um meio social, ou seja, de políticas de proteção. O artigo 4º do Estatuto da Criança e do adolescente- ECA (1990), diz que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2013, p.25).

Desta forma o ECA estabelece os direitos da criança e o do adolescente e a quem cabe assegurá-los. Diante dessa realidade, percebemos que a vulnerabilidade se dá por uma questão de relação social: a criança e adolescente dependem das relações e de boas interações sociais

com a família e com a sociedade, para que se possa atingir um desenvolvimento significativo. Sobre os maus-tratos, percebe-se em plano objetivo a violação aos direitos da infância, por este motivo deve ser entendido como um problema de saúde pública, e a intervenção do problema deve ser encarada como responsabilidade social, envolvendo participação maciça da sociedade.

2- OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Realizar um levantamento acerca dos maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes acolhidos pelos os conselhos tutelares de Campina Grande-PB.

Objetivos Específicos:

- Levantar o número de queixas relacionadas a maus-tratos contra crianças e adolescentes, contidas nos prontuários/fichas de ocorrência dos conselhos tutelares;
- Identificar o tipo de mau- trato sofrido (físico, psicológico, sexual, e/ou negligência, e/ou outros);

3- METODOLOGIA

Tipo de pesquisa e população:

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de análise documental. A amostra do estudo foi constituída pelas informações a respeito do maus-tratos contra crianças e adolescentes, notificadas nos livros de denúncias dos Conselhos Tutelares (Norte, Sul, Leste, e Oeste) de Campina Grande, tomando como critério para inclusão na amostra o número total de casos notificados no ano de 2014. Foram coletados dados de 1147 crianças ou adolescentes que sofreram algum tipo de maus-tratos, sendo 561 delas do gênero masculino e 556 do gênero feminino (27 casos não continha informação a respeito do gênero do sujeito), com idades de 0 a 18 anos. Para coleta foi utilizado uma ficha de informações que buscava coletar dados a respeito do gênero, idade e bairro da vítima; bem como a procedência da denúncia, o tipo e o histórico dos mau- tratos sofridos, o encaminhamento e a reincidência. O primeiro contato com os conselhos se deu de forma burocratizada e demorada. Houve bastante demora na resposta dos conselheiros a respeito da autorização para pesquisa. Depois da autorização, a pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba. O processo de coleta de dados nos documentos foi realizado ali mesmo na instituição – Casa dos Conselheiros Tutelares de Campina Grande- PB, os dados coletados foram registrados diretamente no banco de dados do programa SPSS (Statistics Package Social Science 11.5).

Foi realizado análises de frequências das informações, elencando os tipos de maus-tratos encontrados. Para a estatística inferencial realizou-se análises de associação (Qui-Quadrado) entre as variáveis estudadas através do SPSS. Os dados obtidos serviram de base para uma discussão a respeito dos contextos que os maus-tratos se apresentam e do seu impacto na vida das vítimas.

4- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Análises Descritivas

Serão apresentadas neste tópico as frequências de distribuições da amostra, afim de analisar a predominância de determinadas variáveis sobre as outras. Antes de tudo, cabe lembrar que todas as terminologias utilizadas para categorizar as amostras desse estudo, tiveram como base as terminologias contidas nos documentos que foram estudados dos conselhos tutelares .

As frequências apresentadas nessa primeira tabela se referem aos seguintes dados: os maus-tratos sofridos pelas crianças e os adolescentes; a procedência da denúncia; o encaminhamento feito pelo o conselho tutelar; reincidência do caso no conselho, e o bairro que se localiza a moradia da vítima.

Tabela 1: Maus-tratos sofridos pelas crianças e os adolescentes

| Ocorrência | F | % |
|------------------------|------|-------|
| Negligência | 445 | 38,8 |
| Vulnerabilidade social | 286 | 24,9 |
| Violência física | 168 | 14,6 |
| Abuso sexual | 86 | 7,5 |
| Violência psicológica | 60 | 5,2 |
| Maus-tratos | 49 | 4,3 |
| Abandono | 26 | 2,3 |
| Trabalho infantil | 22 | 1,9 |
| Em branco | 5 | 0,4 |
| TOTAL | 1147 | 100,0 |

A tabela 1 apresenta os tipos de maus-tratos a crianças e adolescentes que foram notificados pelo conselho tutelar. A negligência (38,8%) foi o tipo de maus-tratos que

apresentou a maior frequência nos casos, seguido pela vulnerabilidade (24,9%) e a violência física (14,6%).

A negligência implica em atos de omissão do adulto responsável, em termos de cuidados básicos. Nesse sentido, quando o responsável pela criança ou o adolescente não provê adequadamente os nutrientes para o corpo e para o psiquismo, ou não oferece supervisão e proteção adequada, isto pode ser considerado negligência, que pode acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos e até morte. A negligência familiar acontece quando os pais ou responsáveis falham na provisão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social adequados. Estudos mostram que a negligência é a forma de violência mais frequente contra criança e adolescentes (DESLANDES, 1994; ASSIS e SOUSA, 1999; LAVORATTI, 2002; TROCMÉ *et al.*, 2003; Costa *et al.* 2007).

Assis e Sousa (1999), apontam que, nos Estados Unidos, cerca de 45% das agressões contra crianças constituem-se em negligência familiar, que se manifestam normalmente pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, devido à condição socioeconômica desfavorável da família; ou pelos atos omissivos infligidos pelos agressores, como o abandono da criança. Segundo Lavoratti (2002), alguns estudos também apontam para preponderância da negligência entre os outros tipos de maus-tratos. Como no caso do estudo realizado no Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) da Universidade de São Paulo (USP), em 142 municípios do estado (1996 a 2001), que verificou que 92,2% dos casos foram de violência doméstica, por negligência familiar, violência física e psicológica; e um estudo feito em Feira de Santana, que apresentou as maiores prevalências da negligência familiar, violência física e psicológica, entre os tipos de maus-tratos.

Percebe-se que a negligência sempre se evidencia como um dos principais tipos de maus-tratos contra criança e adolescência, e que no entanto, este índice é sempre acompanhado pela violência psicológica, e também a violência física, que em nossa amostra foi o segundo maior índice entre os tipos de maus-tratos.

Em um estudo realizado no Canadá, com dados primários de uma amostragem em 51 instituições de atendimento às crianças vitimizadas, totalizando 7.672 investigações, apontou 23% dos maus-tratos eram de violência física, e 46% foi de negligência, isto é, desde a falta de supervisão familiar, a exposição indevida da criança aos riscos ambientais, incluindo violência sexual (TROCMÉ *et al.*, 2003 *apud* Costa *et al.*, 2007). Costa e colaboradores (2007), apontam em seu estudo, realizado com prontuários de conselhos tutelares, que dos 1.293 registros de violência, 56% dos casos eram de negligência e 35% eram de violência física.

Entende-se então que os dados retirados dos conselhos tutelares, ajudam a corroborar os dados já encontrados sobre a temática do maus-tratos, que apontam para necessidade de analisar as questões relacionadas a negligência e a violência física, sendo elas as principais formas de violência contra crianças e adolescentes no atual contexto.

Tabela 2: Procedência da denúncia

| Procedência | F | % |
|---------------------------|-------------|--------------|
| Família | 296 | 25,8 |
| Comunidade/vizinhos | 217 | 18,9 |
| Disque 100 | 214 | 18,7 |
| Outra instituição pública | 132 | 11,5 |
| Anônima | 79 | 6,9 |
| Em branco | 65 | 5,7 |
| Hospital | 57 | 5,0 |
| Delegacia | 39 | 3,4 |
| Disque 123 | 22 | 1,9 |
| Outro conselho tutelar | 20 | 1,7 |
| Vítima | 6 | 0,5 |
| TOTAL | 1147 | 100,0 |

A tabela 2 indica a frequência a respeito da procedência das denúncias que levaram a criança ao conselho tutelar. As maiores denúncias vieram por parte da família (25,8%), seguido de denúncias feitas pela comunidade/vizinhos (18,9%). Seis das denúncias foram realizadas pelas próprias vítimas (5%), o que é um fato que nos chama atenção.

Frequentemente as denúncias são realizadas por vizinhos, ou pessoas conhecidas que não querem se envolver, optando assim pelo anonimato, o que pode dificultar a obtenção de detalhes que ajudem a confirmar os maus-tratos (HEBE, 1999.)

O contexto da violência doméstica envolve os tipos mais frequente de maus-tratos, como negligência e a violência física. Portanto, na maioria das vezes a violência ocorre dentro dos lares ou no convívio familiar. Segundo Deslandes (1999), isso costuma prolongar-se por muito tempo, uma vez que a família tende a acobertar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador. Na maioria das vezes, em casos de violência doméstica, as denúncias são feitas por vizinhos ou pelo disque denúncia. No presente estudo as denúncia feitas pela comunidade foi a segunda maior tipo de denúncia, isso nos permite entender que reside uma importância no que tange as

denúncias por partes da comunidades, pois isso ajuda a notificar e combater os tipos de maus-tratos que surgem da violência doméstica e que, normalmente, ficam silenciadas pela cumplicidade familiar. No entanto, a própria família, foi a que apresentou mais denúncia de maus-tratos a crianças e adolescentes. Assim como no estudo de Deslandes (1999), sobre atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, onde as principais denúncias também partiram dos familiares, seguidos por anônimos e pela comunidade. Nota-se o interesse da família de resolver a questão, principalmente quando o agressor é externo, ou quando a violência já causou algum dano evidente a vítima que impulsionou a família a tomar uma posição.

Faleiros (2003), em seu estudo sobre efetividade no atendimento a crianças abusadas, aponta que 52,1% das denúncias foram de iniciativas das mães e que 10,4% foram das próprias vítimas. Nesse estudo seis das denúncias foram realizadas pelas próprias vítimas (5%). Segundo Guimarães, Farias, e Barbosa (2006 *apud* BRASIL, 2006), na intervenção contra os maus-tratos é necessário um atendimento que interrompa imediatamente o contato entre os envolvidos na denúncia, até que a situação seja esclarecida e que se instale um trabalho reflexivo com a família, de tal forma que os sujeitos sejam convocados a fazer do pensamento e da palavra um auxílio para mediação de suas relações e conflitos. Entende-se que a desmistificação da denúncia, bem como sua retirada do espaço privado para a denúncia pública, fazem parte de processos de respeito à vida, à saúde física e psicológica das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, todas denúncias devem ser notificadas, e averiguadas, e em todos os casos, principalmente quando a própria vítima realiza a denúncia, deve se tomar as devidas medidas de proteção, para que a criança e/ou o adolescente não seja exposta a mais riscos a partir dali. Em tal contexto, a atuação dos conselhos tutelares e a disponibilidade de serviços especializados no atendimento de maus-tratos contra crianças e adolescentes são fundamentais.

Tabela 3: Encaminhamento feito pelo conselho tutelar

| Encaminhamento | F | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Notificação | 435 | 37,9 |
| Visita Domiciliar | 242 | 21,1 |
| Outra instituição | 123 | 10,7 |
| Averiguação | 83 | 7,2 |
| Orientação e/ou advertência | 81 | 7,1 |

| | | |
|------------------|-------------|--------------|
| Delegacia | 51 | 4,4 |
| Outro conselho | 21 | 1,8 |
| Termo de entrega | 18 | 1,6 |
| TOTAL | 1147 | 100,0 |

Como é sabido, o Conselho Tutelar (CT) é um órgão público municipal, de caráter autônomo e permanente, cuja principal função é fiscalizar e fazer cumprir os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), realizando atendimento e encaminhamento dos casos de violência denunciados. Nesse sentido, a tabela 3 apresenta o principal encaminhamento feito pelo conselho tutelar em relação aos casos de maus-tratos. A maioria dos encaminhamentos foi a notificação (37,9%), que significa a abertura do processo no conselho tutelar, com a convocação dos responsáveis da vítima. A visita domiciliar (21,1%), apresentou a segunda maior frequência, seguido por o encaminhamento do conselho a outra instituição (10,7%).

Ao receber uma denúncia de maus-tratos, dois procedimentos devem ser tomados pelo profissional: investigar a veracidade da denúncia e das circunstâncias que resultaram no abuso, e ao mesmo tempo impedir a continuidade do abuso, interromper a violência e com ajuda dos demais órgãos públicos garantir a proteção da vítima.

A notificação, assim como a denúncia, é um dos instrumentos mais importantes de prevenção e de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A notificação de maus-tratos pelos profissionais de saúde contra crianças e adolescentes já é obrigatória no País a partir do ECA, embora nem todos façam esse tipo de encaminhamento, sua efetuação é de responsabilidade de todo profissional ou do serviço que recebeu o caso, seja como suspeita ou confirmação.

O ECA apresentou a notificação como obrigatória, por parte do profissional de saúde, de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares. Mas foi o Ministério da Saúde que, em 16 de maio de 2001, abriu Portaria de nº 1968/2001, que estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e ao adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006). Segundo Pires e Miyazaki (2005), apesar desta obrigatoriedade, há uma subnotificação sendo realizada, isto é, uma notificação que não convoca os responsáveis, e apenas documenta o ocorrido. As autoras estimam que, para cada caso notificado, 10 a 20 deixam de ser. Um dos problemas para a subnotificação é o fato dos

profissionais de saúde terem dificuldade para identificar os casos, por falta de informações básicas que permitam o diagnóstico. Percebe-se então a importância de definir e estudar a ocorrência dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, o que pode contribuir na obtenção de maiores dados sobre o problema, favorecendo o treinamento adequado de profissionais, o manejo e a prevenção. Contudo, Pires e Miyazaki (2005), apontam que é necessário que os profissionais tenham conhecimentos básicos para reconhecer e diagnosticar maus-tratos, conhecimentos sobre aspectos legais como a obrigatoriedade da notificação, sobre políticas públicas de saúde adotadas no país e municípios, dados epidemiológicos, fatores de risco e consequências do problema.

Costa et al. (2007) em seu estudo, aponta que de 1.525 procedimentos em encaminhamentos 720 casos notificados; 425 realizadas sindicâncias; 165 aconselhamentos. Nesse sentido observa-se que a notificação é o principal procedimento realizado entre os encaminhamentos. Entende-se que este fato deve-se a obrigatoriedade desse procedimento, e de ser ele carro chefe que abre o processo de averiguação para confirmação dos maus-tratos.

Tabela 4: Reincidência do caso no conselho

| Reincidência | F | % |
|---------------------|-------------|--------------|
| Sim | 183 | 16 |
| Não | 651 | 56,8 |
| Não se sabia | 249 | 21,7 |
| TOTAL | 1147 | 100,0 |

Observa-se na tabela 4 a distribuição de frequência a respeito da reincidência dos casos de maus-tratos sofridos pelas crianças e adolescentes. Percebe-se que 16% dos casos registrados são reincidentes na instituição do conselho tutelar. Também nota-se o grande número de casos registrados que não se sabia a reincidência (21, 1%), isto é, que não continha informações a respeito da reincidência nas fichas de denúncia.

Deslandes (1994) aponta que na rede que faz as notificações dos casos – rede essa composta por diversos órgãos com a delegacia, hospitais, incluindo as redes públicas de saúde e de assistência – ainda é precária, pois a comunicação entre os órgãos é deficiente, e o alcance entre eles e a realidade das famílias ainda é pequeno, o que aumenta as probabilidades de que um caso reincidente seja novamente reportado. Em seu estudo feito com 1645 famílias,

a autora observou um baixo percentual de reincidências notificadas (de 10% a 24% dos Casos). Deslandes especula que a ação dos serviços, por mais eficazes que sejam, não desenvolve mecanismos adequados para captar as reincidências.

Observando o aumento de coeficientes de notificações de episódios de todos os tipos de violência contra crianças e adolescentes, Martins e Jorge (2009), apontaram que 10,6%, isto é, 172 casos de uma amostra 1620, eram reincidentes. Observa-se mais uma vez que há um pequeno número de casos que são notificados como tal, pequenos pois especula-se que há falta de informações sobre esse dado devido a precarização da comunicação entre os órgãos que dão assistência ao fenômeno do maus-tratos. No entanto cabe dizer que tais dados já podem ser considerados alarmantes, pois como nos aponta Arcos, Uarac e Molina (2003), as reincidências, revelam o caráter contínuo que a violência contra a criança e ao adolescente assume. Nesse sentido aponta-se que tais características só corroboram para o fato de que a violência é envolvida em uma rede de fatores e contexto complexo, marcado pela multicausalidade.

Martins e Jorge (2009), dizem que é necessário avaliar a eficácia dos serviços que recebem as denúncias, analisando para poder construir medidas adequadas de encaminhamento. As autoras defendem a necessidade de atendimento integral e integrado em uma rede de apoio, que possa contribuir para a intervenção precoce, redução de sequelas, acompanhamento das vítimas, reabilitação e formas efetivas de prevenção. Percebe-se que combatendo com estratégias especializadas a reincidência, pode-se contribuir para diminuição do sofrimento físico, moral e psicológico causado em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Tabela 5: Regiões dos bairros das vítimas

| Região | F | % |
|---------------|-------------|--------------|
| Sul | 573 | 50 |
| Norte | 241 | 21 |
| Leste | 161 | 14 |
| Oeste | 29 | 2,5 |
| TOTAL | 1147 | 100,0 |

Na tabela 5 observa-se que a região que mais apresenta casos de maus-tratos é majoritariamente a região sul, como metade da amostra registrada (50%). A região Oeste apresenta o menor número de casos (2,5%), isso se deve ao fato de não ter sido possível

acessar a amostra total do conselho tutelar oeste do ano de 2014. Torna-se necessário dizer que a divisão das zonas é feita pelo próprio conselho tutelar, que tal divisão de tempos e tempos é modificada, visto a nova configuração das gestões de conselheiros. Nesse sentido, região categorizada pelo conselho, com maior número de bairros é a região sul, exatamente a que apresentou o maior número de casos.

- Análises de Associação:

Neste tópico serão expostas as associações entre as frequências das variáveis por meio do teste não paramétrico Qui-Quadrado. Apenas os resultados significativos dos testes são apresentados. Inicialmente foi realizado um teste de associação entre o tipos de maus-tratos sofridos e o gênero das vítimas. Conforme pode ser observado na Tabela 6, o resultado do teste foi significativo ($\chi^2 = 33,66$; gl = 7; $p < 0,05$).

Tabela 6: Distribuição da frequência de Maus-tratos sofridos pelas crianças e adolescentes em função do gênero (n=1115)

| | | Maus-Tratos | | | | | | | Total | |
|--------|-----------|-------------|------------------|-----------------------|------------------------|--------------|----------|-------------------|-------|----------|
| | | Negligência | Violência física | Violência psicológica | Vulnerabilidade social | Abuso sexual | Maltrato | Trabalho infantil | | Abandono |
| Gênero | Masculino | 214 | 80 | 27 | 157 | 21 | 28 | 14 | 17 | 558 |
| | Feminino | 226 | 81 | 33 | 120 | 63 | 17 | 8 | 9 | 557 |
| Total | | 440 | 161 | 60 | 277 | 84 | 45 | 22 | 26 | 1115 |

Percebe-se que a maioria das distribuições referentes a frequência dos maus-tratos independem da frequência do gênero. No entanto, observa-se que o *abuso sexual* é mais frequente no gênero feminino, e que o *trabalho infantil* e o *abandono* estão mais presentes no gênero masculino.

O Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo – LACRI, apresenta um levantamento quantitativo sobre os casos de violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes. Essa pesquisa aponta que de 16.425 casos notificados de abuso sexual, 75,4% deles foram realizados contra crianças e adolescentes do sexo feminino (ROMERO, 2007). A maioria das pesquisas também corroboram com esse resultado,

apontando como principal alvo da violência intrafamiliar as mulheres e crianças do sexo feminino (Azevedo e Guerra, 1993;; SAFITOTTI, 1997 apud ARAÚJO, 2002; MARCELLI e COHEN, 2010).

Araújo (2002) destaca que dois fatores estão presentes no fenômeno do abusos sexual: a questão de gênero e o fator econômico. A dominação masculina e a submissão feminina, cristalizadas, naturalizam a produção e repetição de comportamentos abusivos por parte do homem, e desse lugar esse lugar que eles reproduzem comportamentos abusivos. Ao se colocarem na condição de inferioridade, as próprias mulheres delegam poderes a seus maridos, companheiros e pais. Nesse sentido denunciar implica questionar esses próprios lugares, desconstruindo essa relação de poder desigual que fora construída socialmente.

No que tange o trabalho infantil, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD (2003), aponta que de uma amostra de 17,6 milhões, 18, 7% das crianças trabalhavam, e 87,4 % dessas era do sexo masculino. Para Silva (2009) a questão do trabalho infantil ultrapassa a linha da pobreza e se engendra em outros horizontes. Temos portanto que ter em mente que este fenômeno é multi-determinado, e abarca diversos problemas como: política educacional deficitária; legislação inapropriada; falhas governamentais no que concerne à inspeção; indiferença social sobre o assunto; interesse econômico, quando os próprios empregadores estimulam e exploram a atividade infantil.

Entende-se que as diferenças entre maus-tratos e o gênero respondem, portanto a questões culturais e sociais, o que necessita de uma análise mais profunda para compreender suas determinações.

Para executar os testes de associação seguintes, a variáveis *trabalho infantil e abandono* foram removidas da análise devido ao número reduzidos de casos o que violava as condições para execução do teste. O primeiro teste de associação foi feito entre a frequência dos tipos de maus-tratos sofridos pelas crianças e a frequência de reincidência dos casos. O resultado do teste foi significativo ($\chi^2 = 46,09$; gl = 8; $p < 0,05$).

Em seguida foi realizado um teste de associação entre os tipos de maus-tratos sofridos pelas crianças e a região de ocorrência dos casos. Assim como o teste anterior, o resultado foi significativo ($\chi^2 = 69,96$; gl = 8; $p < 0,05$). As frequências de ocorrências dos casos podem ser observadas respectivamente nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7: Distribuição da frequência de Maus-tratos sofridos pelas crianças e adolescentes em função da reincidência no conselho tutelar (n=996)

| | Reincidência | | | Total |
|------------------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | Sim | Não | Sem registro | |
| Maus-tratos | | | | |
| Negligência | 57 | 246 | 124 | 427 |
| Vulnerabilidade social | 67 | 181 | 30 | 278 |
| Violência física | 23 | 89 | 45 | 157 |
| Abuso sexual | 19 | 45 | 14 | 78 |
| Violência psicológica | 6 | 37 | 13 | 56 |
| Total | 172 | 598 | 226 | 996 |

Observa-se que mesmo a *negligência* tendo o maior número de casos registrados (42,9%), e com uma elevada frequência de reincidência (33,1%), a *vulnerabilidade* ainda é o maior motivo de reincidência (38,95%) no conselho tutelar, a respeito dos maus-tratos sofridos pela criança e o adolescentes.

É necessário demarcar o que toma-se aqui por vulnerabilidade social. Fora atribuído a vulnerabilidade social a toda aquela criança ou adolescente que vive negativamente as consequências das desigualdades sociais; da pobreza e da exclusão social; da falta de vínculos afetivos na família e nos demais espaços de socialização; da passagem abrupta da infância à vida adulta; da falta de acesso à educação, trabalho, saúde, lazer, alimentação e cultura; da falta de recursos materiais mínimos para sobrevivência; da falta de perspectivas de entrada no mercado formal de trabalho; da falta de perspectivas profissionais e projetos para o futuro; do alto índice de reprovação e/ou evasão escolar; da oferta de integração ao consumo de drogas e de bens, ao uso de armas, e ao tráfico de drogas (ABRAMOVAY *et al.*, 2002). Percebe-se que pelo caráter multifatorial atribuído a vulnerabilidade social, e por ser ela um fenômeno inteiramente ligado aos problemas sociais e econômicos que atingem a população, ela atingem questões como educação, lazer, trabalho, alimentação e cultura. Demarcada como um problemas minucioso, requer apoio tanto da assistência (como as políticas presentes no CRAS e CREAS), das políticas de educação, da rede de saúde, e da justiça. Visto isso, entende-se que esse tipo de violência demanda ainda mais a comunicação e atuação entre os órgãos e instituições, e como fora dito anteriormente, a reincidência é um dos grandes problemas que é afetado pela precarização do trabalho que atualmente é realizado em rede. Um trabalho em rede preconizado aumenta as probabilidades de que um caso recorrente seja novamente reportado, e que tal tipo de violência continue se propagando. Nesse sentido, as possíveis

soluções para dar conta da vulnerabilidade social só são alcançadas quando o trabalho de atuação em rede realmente funciona, e quando ele é defasado, temos apenas paliativos a um dado problema, o que não diminui em a vulnerabilidade dos indivíduos.

Portanto, compreende-se que deve haver um fortalecimento dos vínculos entre as políticas de proteção à criança e ao adolescente. Muitas vezes, apenas as políticas de assistência são confrontadas a resolver os problemas de vulnerabilidade social e, no entanto, por ser um fenômeno multicausal, cabe a toda esfera da rede de proteção à infância e juventude vir a responder, para que se possa minimizar a reincidência de casos de vulnerabilidade.

Tabela 8: Distribuição da frequência de Maus-tratos sofridos pelas crianças e os adolescentes em função das regiões dos bairros das vítimas.

| | | Região | | | Total |
|-------|-----------------------|--------|-------|-------|-------|
| | | Sul | Norte | Leste | |
| | Negligência | 256 | 97 | 39 | 392 |
| | Vulnerabilidade | 116 | 55 | 71 | 242 |
| | Violência física | 83 | 31 | 16 | 130 |
| | Abuso sexual | 27 | 29 | 11 | 67 |
| | Violência psicológica | 25 | 9 | 20 | 54 |
| Total | | 507 | 221 | 157 | 885 |

Para executar esse teste de associação removemos a região Oeste devido ao baixo número de casos obtidos para análise. Observa-se que a *negligência* foi o tipo de maus-tratos mais frequente tanto na região sul quanto na região norte. No entanto, na região leste, a *vulnerabilidade* teve o maior número casos registrados, se situando como o maior tipo de maus-tratos nos bairros do leste.

Segundo Fonseca et. al. (2013), os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, são os principais fatores de vulnerabilidade que acometem crianças e adolescentes no Brasil. Tais fatores tornam os sujeitos testemunhas de agressões e de toda forma de violência. Outro fator de risco citado pelos os autores, está relacionado ao lugar de moradia, que muitas, que nesse contexto inclui “a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas” (FONSECA *et al.*, 2013, p. 260). Nesse sentido entende-se que, a realidade de vida, marcada pela precariedade na convivência social, expõe as crianças e os adolescentes

a diversos de fatores de risco, como o uso de drogas, a prostituição por sobrevivência e a falta do suprimento das necessidades básicas, o que coloca esses indivíduos frente a uma situação de extrema vulnerabilidade social.

A vulnerabilidade social é um fenômeno multifatorial, que é vivenciada no cotidiano, manifestada na violência urbana e no contexto familiar e escolar. Segundo Pereira e Eni (2013), o contexto de vulnerabilidade social gera sujeitos passivos e dependentes, com a auto estima comprometida, eles introjetam como atributos negativos pessoais as falhas próprias de sua condição histórico-social, elas então percebem-se como inferiores, incapazes, desvalorizadas, sem o reconhecimento social mínimo que as faça modificar sua condição de vulnerabilidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus-tratos são um fenômeno de violência estrutural e intersubjetiva, que está arraigado a diversos fatores sociais e inter-relacionais. Por sua natureza complexa, e fazendo parte da atual realidade social, seu acolhimento - tanto em forma de denúncia, quanto de intervenção e proteção- deve ser entendido como uma responsabilidade da saúde pública e da justiça, como também de todos os membros da comunidade. Entende-se que muitos de fatores de risco que podem incidir sobre a vulnerabilidade da criança a deixando-a exposta a maus-tratos.

Marcelli e Cohen (2010), afirmam que as crianças menores são mais vulneráveis a maus-tratos, e que muitas vezes não há medidas de proteção. Fatores como baixo nível econômico, promiscuidade, exiguidade da moradia, e a presença de usuários de drogas ou de álcool na família, mudança de casa que leva ao isolamento social, perda de trabalho e a hospitalização de um membro da família, isto é, situações familiares irregulares, são alguns exemplos de fatos que podem prejudicar a situação do casal, levando a falta de cuidado com o filho e posteriormente a abusos. Estes constituem alguns exemplos de fatores de risco que podem contribuir para situações de maus-tratos. É necessário, pois, identificar tais fatores, para que se possa agir de maneira preventiva em relação aos maus-tratos. Medidas de proteção podem ser efetuadas a partir da percepção de fatores de risco, que pode vir a ajudar na realização de uma intervenção sócio-familiar. Deve-se agir *à priori*, pois a identificação dos maus-tratos é muito mais árdua e complicada. Para tanto faz-se necessário conhecer o fenômeno de perto, nesse sentido, entende-se que o presente estudo apresentou de maneira descritiva alguns aspectos que colaboram para uma análise preliminar dos maus tratos no contexto de Campina Grande-PB. Espera-se em

estudos futuros fomentar novas análises sobre a temática a partir de novas formas metodológicas, contudo, os dados obtidos aqui permite visar caminhos a serem seguidos, para abordar esse fenômeno que é influenciado por diversos fatores, muitos deles até então desconhecidos.

ABSTRACT

Maltreatment is a term used to refer to violence against children and adolescents in the family, in the broader institutional context or society. It encompasses all forms of violence made against child / adolescent focused by any of the spheres that surround it. The objective was to conduct a survey on the ill-treatment of children and adolescents in the city of Campina Grande-PB, identifying the number of complaints contained in the medical records / occurrence of records of Guardianship Councils, and collecting data on the phenomenon: as the recurrence, routing and origin of complaints. The sample consisted of the information contained in the records of the occurrence of Guardianship Councils. frequency analyzes were made of the information, listing the types of maltreatment found. For the inferential statistics were performed association analysis (chi-square) between variables using SPSS, and then have the data were discussed based on the literature on the subject. Data were collected from 1147 victims of ill-treatment (561 males and 556 females), 0-18 years. Negligence (38.8%) was the kind of abuse that had the highest frequency in the cases. The biggest complaints came from the family (25.8%) and 16% of reported cases are repeat offenders. Most distributions on the frequency of abuse depend on the frequency of the genre. Sexual abuse is more common in females, and child labor and abandonment are more present in males. Social vulnerability is the greatest recurrence of reason (38.95%)

Key words: Maltreatment; Childhood and Adolescence; Violence.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M; CASTRO, G. M.; PINHEIRO, L. C.; LIMA, F. S.; MARTINELLI, C.C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas.** Brasília: UNESCO/ BID, 2002.

ARAÚJO, M. F. **VIOLÊNCIA E ABUSO SEXUAL NA FAMÍLIA.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2002.

ARCOS E., UARAC M., MOLINA I. **Impacto de la violencia doméstica e la salud infantil.** Revista Médica de Chile 2003;131:1454-1462.

ASSIS S.G., SOUSA E.R. **Criando Caim e Abel – pensando a prevenção da infração juvenil.** Rev C S Col 1999; 4 (1):131-144.)

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Violência Doméstica contra a criança e adolescentes.** In: Direitos negados. Unicef- 2009, p. 15- 27.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: disposições constitucionais pertinentes: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** 6. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2013;

BRASIL. **Violência Faz Mal à Saúde.** Ministério da Saúde, 2006. 1.^a edição 2.^a reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2006;

COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; BÁRBARA, J. F. R. S.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(5):1129-1141, 2007.

DESLANDES S. F. **Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço.** Cad Saúde Pública 1994; 10(Supl 1):177-187.)

FALEIROS, E. T. **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

FELEIROS, J. M.; MATIAS, A. da S. A.; BAZON, M. R. **Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev., 2009.

FONSECA, F. F.; SENA R. K. R.; SANTOS R. L. A. dos; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. **As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção.** Rev. paul. pediatri. vol.31 no.2 São Paulo, 2013.

GUERRA, V. N. **Violência de pais contra filhos: Uma tragédia revisitada.** – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

HEBE, SG et al. **Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica.** Rev Saúde Pública, 33 (6): 547-53, 1999.

LAVORRATI C. **O enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes do Município de Ponta Grossa, Paraná.** Anais do I Seminário sobre Violência contra a Criança e o Adolescente; Londrina. Editora UEL; 2002. p. 223-231.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; PONTALTI, Loiva; FLECH, Rosane Maria. **Maus tratos na infância e adolescência: Análise de 100 casos.** Rev. Cient. AMECS 2001, 10, 1 - 47 – 52.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e Psicopatologia.** Porto Alegre: ARTMED: 2010.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. **A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006.** Epidemiol. Serv. Saúde, 18(4):315-334, Brasília, 2009. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a02.pdf>> Acesso em: 10/03/2016

PEREIRA, Sandra; ENI F. N. **Crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social: articulação de redes em situação de abandono ou afastamento do convívio familiar.** Aconchego-DF, 2013. Disponível em: <www.aconchegodf.org.br/biblioteca/artigos/artigo01.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016.

PIRES, Ana L.D; MIYAZAKI, Maria C.O.S. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde.** FAMERP, Vol. 12. Ciências da Saúde. 2005.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – IBGE,** Rio de Janeiro, 2003.

ROSAS, F. K.; CIONEK, M. I. G. D. **O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem.** *Conhecimento interativo*, São José dos Pinhais, PR, v. 2, nº 1, p. 10-15, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.pm.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/impacto.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

ROMERO, Karen Richter Pereira dos Santos. **Crianças Vítimas de Abuso Sexual: Aspectos psicológicos da dinâmica familiar.** Curitiba, Paraná, 2007.

SILVA, Sofia Vilela de Moraes e. **Trabalho infantil: aspectos sociais, históricos e legais.** OLHARES PLURAIS – Revista Eletrônica Multidisciplinar, Vol. 1, Núm. 1, Ano 2009.

VASCONCELOS, A. K. B.; SILVA, M. A. A. **Caracterização dos atendimentos a criança e adolescente na perícia forense do Ceará, Núcleo Sobral.** Sanare, Sobral, V.10, n.2.,p. 40-49, jul./dez. – 2011.