



ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL / ORIGINALE

## Violence with children and adolescents: profiles of victims, of aggression and of perpetrators

Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores  
Violencia con niños y adolescentes: perfil de las victimas, de la agresión y de los agresores

Adriano Ferreira Martins<sup>1</sup>, José Gomes Bezerra Filho<sup>2</sup>, Kellyanne Abreu Silva<sup>3</sup>, Marcos Aguiar Ribeiro<sup>4</sup>, Ana Carolina Melo Queiroz<sup>5</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to describe the profile of sponsored violence, the aggressor and the victim. **Methods:** Cross-sectional study with a random sample of 840 cases of 3926 cases of Guardianship Councils Fortaleza - CE 2011. Examination using percentages. Followed the ethical principles of Resolution 196/96. **Results:** Characteristics of Violence: Evidenced high prevalence of domestic and psychological violence. No anonymous complaints mostly by people from the community or family. Characteristics of the victim: Children were more victimized than adolescents, mostly female. 12.56% make use of some drugs. Characteristics of the offender: The abuser in most cases is the mother or father. 34.36% are drug users. 34.49% chemical used during the assault. High previous history of promoting attack as well as abused. **Conclusión:** Data showing violence as problematic multifactorial help prevent violence and intend dialogue between the Statute of Children and Adolescents and health system so that there is mutual responsibility for implementation of public policies in the area of childhood and adolescence.

**Keywords:** Violence. Child. Adolescent.

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil da violência promovida, do agressor e da vítima. **Metodologia:** Estudo Transversal com amostra aleatória de 840 processos dos 3926 processos dos Conselhos Tutelares de Fortaleza - CE de 2011. Análise realizada por meio de porcentagens. **Resultados:** Seguiram-se os princípios éticos da Resolução 196/96. Características da Violência: Evidenciado alta prevalência de violência doméstica e psicológica. Denúncias não anônimas em sua maioria por pessoas da comunidade, ou familiares. Características da vítima: Crianças foram mais vitimadas que adolescentes. Em sua maior parte do sexo feminino. 12,56% fazem algum uso de drogas. Características do agressor: O agressor, na maioria dos casos é a mãe ou pai. 34,36% são usuários de drogas. 34,49% usaram substância química durante a agressão. Elevada historia anterior de promover agressão, bem como de sofrer abuso. **Conclusão:** Dados que demonstram a violência como problemática multifatorial, ajudam a prevenção da violência e intentam diálogo entre o ECA e a saúde para que por responsabilidade mútua haja implementação de políticas públicas na área da infância e adolescência.

**Palavras-chave:** Violência. Criança. Adolescente.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil de la violencia, del agresor y de la víctima. **Metodología:** Estudio transversal con una muestra aleatoria de 840 casos de 3.926 casos de los registros del Consejo del niño y adolescentes de Fortaleza do año de 2011. Examen utilizando porcentajes. Seguido principios éticos de la Resolución 196/96. **Resultados:** Características de la violencia: Evidencia alta prevalencia de violencia doméstica y psicológica. Quejas anónimas en su mayoría son personas de comunidad o familia. Características de la víctima: Los niños fueron más victimizados que los adolescentes. Sobre todo las mujeres. 12,56% hacen uso de algunas drogas. Características del delincuente: El abusador en la mayoría de los casos es la madre o el padre. 34,36% son usuarios de drogas. 34,49% químico utilizado durante el asalto. High historia previa de promover ataque y abuso. **Conclusión:** Datos que muestran violencia como un problema multifactorial ayudan prevenir la violencia y la intención del diálogo entre el Estatuto de niños y adolescentes y el Sistema de salud para que haya responsabilidad mutua para la ejecución de las políticas públicas en el área de la infancia y la adolescencia.

**Palabras clave:** Violencia. Niño. Adolescente.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Violências e Acidentes. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. E-mail: [adrianoenfo@hotmail.com](mailto:adrianoenfo@hotmail.com)

<sup>2</sup> Estatístico, Professor Doutor. Adjunto IV do Departamento de Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Violências e Acidentes. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. E-mail: [gomes@ufc.br](mailto:gomes@ufc.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestrando em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. E-mail: [kellyanneabreu@gmail.com](mailto:kellyanneabreu@gmail.com)

<sup>4</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE. E-mail: [marcosaguiar61@hotmail.com](mailto:marcosaguiar61@hotmail.com)

<sup>5</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE. E-mail: [acmq28@hotmail.com](mailto:acmq28@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

Desde 1993, a violência vem sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como um fenômeno de natureza multicausal. Tem despertado no setor saúde grande preocupação, pois deixa de ser um problema exclusivo da área jurídica e social para ser agregado ao universo da saúde pública, devido a magnitude na violação aos direitos humanos, quanto pelo aumento nas taxas de morbimortalidade devido as repercussões físicas, emocionais e sociais que provoca<sup>(1)</sup>.

Em relação ao panorama nacional brasileiro, as crianças e adolescentes representam 62,9 milhões do total de 190,6 milhões habitantes registrados pelo Censo Demográfico de 2010, constituindo assim, 33% do total do país. Ao relacionar esse grupo etário às causas externas, observa-se que em 2010 foram responsáveis por 53,2% do total de mortes na faixa de 1 a 19 anos de idade. Isso justifica a preocupação com temática violência, reconhecendo-a como um fenômeno complexo que necessita de abordagens de diversos setores<sup>(2)</sup>.

Junto aos acidentes, as violências constituem as chamadas Causas Externas, que constituem juntos as geradoras de altos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo realizado em 2004 pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) mostra que esses custos com a violência permeiam 10% do PIB, algo em torno de R\$ 130 bilhões. A violência vem desde 2000 encontrando-se entre as primeiras causas de morte. No Mapa de Violência de 2012 encontram-se dados relacionados a mortalidade por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito e suicídios) e quando comparados as outras causas mortis, as causas externas ocupam indicadores bem mais elevados do que as causas naturais, confirmando dados do Ministério da Saúde da década de 90<sup>(2-3)</sup>.

No que concerne à violência dirigida à criança e ao adolescente, observa-se que a mesma passou a ser mais discutida a partir dos anos 80. Nessa época, os maus-tratos foram incluídos e tornou-se obrigatória suas notificações ao Conselho Tutelar de casos suspeitos ou confirmados, prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento<sup>(4)</sup>.

Em consonância com avanços nas áreas da Saúde, da Educação e da Segurança Pública, em relação à violência contra a criança e o adolescente, o Ministério da Saúde publicou, no Diário Oficial da União, a portaria 1968, de 25 de outubro de 2001, que estabelece a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do SUS, criando a Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos Contra Criança e Adolescente, fundamentadas nos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente<sup>(1)</sup>.

Para o setor Saúde, a notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória à autoridade sanitária da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde ou surto que deve ser feita por profissional de saúde ou qualquer cidadão, visando a adoção das medidas de intervenção pertinentes. Utilizando notificação compulsória como instrumento para a comunicação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde passou a atuar de forma sistêmica na própria rede de proteção, já que uma cópia do documento deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da área de moradia da criança ou adolescente para que se criem meios para o monitoramento da situação<sup>(5)</sup>.

Em estudo realizado em 27 municípios brasileiros, no período de 2006 a 2007, foram notificados 9.038 casos de violências. Destes, cerca de metade (47,6%) das notificações no período em estudo corresponde a crianças (1.934; 21,4%) e adolescentes (2.370; 26,2%)<sup>(2-3)</sup>.

A violência familiar ou violência doméstica pode se expressar nas formas de agressão física, abuso sexual, negligência e/ou abuso psicológico. Além disso, destacam-se as diversas manifestações que a violência contra crianças e adolescentes pode assumir, são elas: estrutural, intrafamiliar, institucional e delinquencial encontradas em larga escala na sociedade brasileira e que representam a amplitude dessa problemática que vitimiza grandes quantitativos, como também propicia diversas consequências negativas às vítimas<sup>(3)</sup>.

A violência causa transtornos não apenas físicos, mas também emocionais e psicológicos, afetando o bem-estar e a qualidade de vida. Vários estudos comprovam que os episódios de violência na infância e na adolescência afetam profundamente a vida das vítimas, deixando marcas negativas no desenvolvimento pessoal, social, sexual, escolar e no funcionamento psíquico, aumentando o risco de

envolvimento com drogas, transtornos psicológicos, suicídio, reedição da violência, aumento da agressividade, entre outros efeitos<sup>(6-7)</sup>.

Visualizando a situação do estado do Ceará, as causas externas representam a terceira causa de morte na população geral e são responsáveis pelas maiores taxas de anos potenciais de vida perdidos, pois afetam principalmente jovens. Dados epidemiológicos da Secretaria de Saúde de Fortaleza registraram no município, no ano de 2012, 2.936 óbitos por causas externas, sendo que destes, 675 (22,99%) foram na faixa etária de 0 a 19 anos de idade. Somente os homicídios foram responsáveis por 552 óbitos de crianças e adolescentes cearenses no ano de 2012<sup>(2)</sup>.

Mediante a importância epidemiológica da violência cometida contra este grupo considerado vulnerável e das sequelas biopsicossociais associadas, objetiva-se descrever o perfil da violência promovida, do agressor e da vítima nos registros dos Conselhos Tutelares de Fortaleza - CE.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Transversal realizado em seis Conselhos Tutelares de Fortaleza, capital do estado do Ceará, Brasil. O estudo transversal é um excelente método para descrever as características de uma população, em uma determinada época, configurando-se como uma fonte imprescindível para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual<sup>(8)</sup>.

Foi tomada uma amostra aleatória simples a partir dos 3.926 processos de violência relacionados com crianças e adolescentes nos Conselhos Tutelares em 2011. O erro aceitável foi de 3%, intervalo de confiança de 95% e variabilidade máxima (50%) resultando em valor amostral de 840 processos. A coleta de dados ocorreu entre julho à dezembro de 2012. Após a coleta foram removidos 60 processos por não incluírem a autoria da agressão, a idade, por denúncias infundadas ou por não apuração da violência, contabilizando ao final 780 processos.

O instrumento de coleta apresenta dados das vítimas, dos agressores e as características das

Violence with children and adolescents: profiles of victims..

violências, baseado em estudos<sup>(9-10)</sup> que de Possuem como variáveis: Faixa Etária da Vítima, Sexo, Cursando a Escola, Trabalha, Doenças crônicas, necessidades especiais e Uso de drogas para Características da vítima; Idade, Sexo, Relação de parentesco com à vítima, Uso de drogas, Tipo de drogas, Uso de substância química durante a agressão, História passada de agressão ou abuso do agressor para as Características do Agressor; Conselho Tutelar onde foi notificada ou denunciada a violência, Mês de ocorrência, Local de ocorrência da Violência, Denunciante, Tipo de Denúncia, Tipologias da violência (Violência Sexual, Negligência, Violência física, Violência psicológica) para Características da Violência. Essas variáveis foram analisadas por meio do programa EPIINFO onde são apresentadas por meio de frequências e porcentagens.

Vale salientar que o estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará, seguindo a Resolução 196/96 CNS/MS e recebeu parecer favorável com o número do CAEE: 08978412.1.0000.5054.

## RESULTADOS

### Características da Violência

O mês que apresentou mais casos foi Outubro com 95 casos (12,18%), em seguida os meses de maio e novembro com 73 casos (9,36%). De todos esses casos notificados, 560 (71,79%) foram vítimas de violência doméstica. Quanto as denúncias, a maioria dos casos tem sido feita por pessoas da comunidade 197 (25,26%), pela mãe 190 (24,36%) ou o pai 111 (14,23%). Denúncia pela própria vítima são 5 (0,64%). Do total de casos denunciados, 521 constituíram-se em denúncias não anônimas (66,79%).

No que concerne o local de ocorrência da violência, o domicílio constituiu-se como o local da maioria dos casos 489 (62,69%), sendo seguido da vizinhança 117 (15,00%), da via pública 59 (7,56%) e das escolas 53 (6,79%). Os casos notificados foram divididos por tipologia da violência. Destes, a maioria dos casos foi por Violência Psicológica 531 (68,08%), seguidos pela Negligência 444 (56,92%), Violência Física 346 (44,36%), Violência Sexual 150 (19,23%).

**Tabela 01 - Caracterização da violência promovida em crianças e adolescentes, Fortaleza, 2011.**

Variável	Categoria	n	%
Violência Doméstica	Não	220	28,21
	Sim	560	71,79
Mês que ocorreu a Violência	Janeiro	67	8,59
	Fevereiro	61	7,82
	Março	58	7,44
	Abril	57	7,31
	Maio	73	9,36
	Junho	49	6,28
	Julho	64	8,21
	Agosto	71	9,10
	Setembro	60	7,69
	Outubro	95	12,18
	Novembro	73	9,36
	Dezembro	52	6,67
Denuncia Anônima	Não	521	66,79
	Sim	259	33,21
Denunciante	Pai	111	14,23
	Mãe	190	24,36
	Vizinho	72	9,23
	Outros familiares	97	12,44
	Pessoa da Comunidade	197	25,26
	Escola/Professor	27	3,46
	Própria Vítima	5	0,64
	Outras Instituições	81	10,38
Local da Ocorrência	Domicílio	489	62,69
	Vizinhança	117	15,00
	Habitação Coletiva	10	1,28
	Pratica Esportes	1	0,13
	Bar ou similar	12	1,54
	Via Publica	59	7,56
	Escola	53	6,79
	Trabalho	5	0,64
Outro	34	4,36	

**Tabela 02 - Tipologia da violência praticada contra crianças e adolescentes, Fortaleza, 2011.**

Tipologia de violência (N=780)	n	%
Violência Psicológica	531	68,08
Negligência	444	56,92
Violência Física	346	44,36
Violência Sexual	150	19,23

**Características da vítima**

Dos casos notificados, a maioria das vítimas eram crianças e adolescentes, 456 (58,46%) crianças e 269 (34,49%) adolescentes. O restante foram casos relacionado a agressões promovidas por crianças e adolescentes: em mães 21 (2,69%), professores 10 (1,28%), avós 9 (1,15%), pai 8 (1,03%), vizinhos 4 (0,51%). Apresenta-se em sua maior parte ser do sexo feminino 420 (53,85%). Dados relacionados com o grau de escolaridade não foram informados em 99,87%, porém 398 (51,03%) estão cursando a escola. Encontram-se 60 (7,69%) trabalhando. Não apresentam doenças crônicas em 98,49% e não possuem nenhuma necessidade especial em 94,36%. Quanto ao uso de drogas, 98 (12,56%) fazem algum uso. 50 (6,41%) são usuárias de crack, 49 (6,28%) maconha, 39 (5%) álcool, e 13 (1,67%) cigarro.

**Tabela 03 - Características das vítimas, Fortaleza, 2011.**

Variável	Categoria	N	%
Vítimas	Criança	456	58,46
	Adolescente	269	34,49
	Outros (Pai, Mãe, Avó)	55	7,05
Sexo	Masculino	360	46,15
	Feminino	420	53,85
Cursando a Escola	Sim	398	51,03
	Não	381	48,85
	Não informado	1	0,13
Trabalha	Sim	60	7,69
	Não	720	92,31
Doenças Crônicas	Sim	82	10,51
	Não	698	89,49
Necessidades Especiais	Sim	44	5,64
	Não	736	94,36
Uso de Drogas (N=98; 12,56%)	Maconha	49	6,28
	Crack	50	6,41
	Cola	8	1,03
	Cocaína	3	0,38
	Álcool	39	5,00
	Cigarro	13	1,67
	Outras	3	0,38
	Total	780	100,00

**Características do agressor**

O agressor, na maioria dos casos, 249 (31,92%) a mãe, 111 (14,23%) seguida do pai, 82 (10,51%) por adolescentes, ou 74 (9,49%) por outro familiar, 70 (9,49%) padrastos/madrastas. Predomina 399 (51,15%) do sexo feminino, 355 (45,51%) do sexo masculino e, 24 (3,08%) sexo masculino e feminino. A idade dos agressores não foi em 95,13%. A escolaridade do agressor não foi informada em 99,74%, bem como o grau de escolaridade e profissão, 98,46% não foi informado.

**Tabela 04 - Características dos agressores, Fortaleza, 2011.**

Variável	Categoria	N	%	
Agressores	Mae	249	31,92	
	Pai	111	14,23	
	Adolescente	82	10,51	
	Outros Familiares	74	9,49	
	Padrasto / Madrasta	70	8,97	
	Serviço Publico	42	5,38	
	Vizinho	41	5,26	
	Traficantes	32	4,10	
	Desconhecido	26	3,33	
	Mae e Pai	22	2,82	
	Criança	20	2,56	
	Companheiro	11	1,41	
	Sexo do agressor	Masculino	355	45,51
		Feminino	399	51,15
Masculino e Feminino		24	3,08	
Não informado		2	0,26	
Uso de drogas (N=268; 34,36%)	Maconha	47	6,03	
	Crack	114	14,62	
	Cola	3	0,38	
	Cocaína	20	2,56	
	Álcool	192	24,62	
	Cigarro	31	3,97	
	Outras	4	0,51	

História de agressão anterior	Sim	442	56,67
	Não	334	42,82
	Não informado	4	0,51
História de sofrer Abuso anterior	Sim	381	48,85
	Não	394	50,51
	Não informado	5	0,64
Uso de Substância química durante	Sim	269	34,49
	Não	510	65,38
	Não informado	1	0,13

Quanto ao uso de drogas, 268 (34,36%) agressores são usuários, desses, 114 (14,62%) usuários de crack, 192 (24,62%) álcool, 47 (6,03%) maconha (6,03%), e 31 (3,97%) cigarro. Em 269 (34,49%) os agressores fizeram uso de alguma substâncias químicas durante a agressão. Em 442 (56,67%) o agressor tem historia anterior de ter promovido agressão e 381 (48,85%) os agressores sofreram algum abuso durante a vida.

## DISCUSSÃO

Apresenta-se elevado índice de violência doméstica contra crianças e adolescentes mesmo quando comparados a diversos estudos <sup>(2; 6; 11)</sup>.

O domicílio corresponde como o local de maior ocorrência da violência. Esse dado é relevante, uma vez que evidencia que a violência está ocorrendo dentro da família, por alguém que deveria proteger a criança e o adolescente, o que demonstra a vulnerabilidade deste grupo etário em relação aos adultos.

Nos domicílios, a proteção que deveria ser proporcionada pela família tem sido negligenciada, por medo dos vitimados, por não revelarem ou por convivência dos adultos em manter relacionamentos familiares conflituosos <sup>(6; 5; 12)</sup>.

Essa denuncia é o elemento que torna pública a violência contra a criança ou o adolescente, e pode ser considerado um ato importante. Compreender o caráter da maioria corresponder a denúncias não anônimas diverge de alguns estudos e corrobora na perspectiva da participação social que surge como forma de reação às manifestações de violência. Essas últimas são aqui expressas pelas resultantes advindas do descumprimento aos direitos humanos e do enfraquecimento da manutenção da ordem pública - entendida como aquela que compreende não apenas a vida coletiva, mas, igualmente a esfera privada <sup>(13)</sup>.

A comunidade mesmo sendo o local de maior promoção de violência permanece sendo o mais sensível para atuação. Os pais e mães ao mesmo tempo que são os que mais promovem a violência permanecem sendo os que mais denunciam.

Corroborando com nossos achados um estudo realizado sobre violência contra crianças e adolescentes na Região Metropolitana de Fortaleza, em 2008, observou-se que a maioria das vítimas era do sexo feminino e pertencentes à faixa etária de 10 a 14 anos <sup>(14)</sup>.

Estudo realizado em 2012 corrobora com nossos achados pois os pais também são os principais

responsáveis pelas agressões <sup>(2)</sup>. Outro também encontra o pai como principal agressor, seguido do padrasto e da mãe <sup>(14)</sup>. Vale salientar ainda que os principais agressores são os pais até os 14 anos de idade, já no final da adolescência, esse papel é assumido por amigos ou conhecidos, e também por desconhecidos <sup>(2; 4; 14)</sup>.

Além disso, observou-se um discreto quantitativo de denúncias de Escola/Professores e do outras instituições o que indica a necessidade da intersectorialidade para a identificação da violência neste grupo etário.

O trabalho na área da violência contra criança e o adolescente requer intervenção interdisciplinar, onde ação torna-se mais eficaz quando promovida pela articulação de diferentes atores e áreas que compõem o trabalho de atenção integral e intersectorial a esse fenômeno, atuando de modo coordenado, na perspectiva de rede <sup>(4; 15)</sup>.

Alta prevalência de Violência Psicológica foi observada divergindo de estudos realizados nacional e internacionais <sup>(2; 14; 16)</sup>. Todavia, outros autores encontraram mais de 90% de casos deste tipo de violência.

O percentual de violência psicológica encontrado representa um avanço na identificação deste tipo de violência, uma vez que alguns estudos constataam a dificuldade da identificação e notificação da violência psicológica, uma vez que ela não deixa vestígios no corpo, sendo, portanto mais difícil de ser percebida <sup>(9)</sup>. A Negligência evidencia quantitativo considerável concordando com os estudos onde a apresenta-se com grandes percentuais de notificação <sup>(10; 16)</sup>. Já a Violência Física constituiu apesar de não constitui a principal de causa de violência, como a maioria dos estudos, ainda corresponde a um alto quantitativo, que pode ser justificado por sua alta aceitação social, como medida punitiva às crianças devido às transgressões de normas de convivência vigentes <sup>(1)</sup>.

A respeito da violência sexual, esta constituiu a quarta tipologia com maior percentual, todavia, em

comparativo com os dados apresentados pela Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no período de 2006 e 2007, o quantitativo encontra-se percentualmente abaixo.

Esses achados divergem do nosso em porcentagem porém conseguem mostrar que os altos índices de violência são preocupantes. Para a violência física concentrar mais de 40,5%, a violência sexual com 20%, a violência psicológica com 17% e a negligência foi motivo em 16% dos casos <sup>(2)</sup>. Em outro estudo a violência física obteve 50,1% e a violência sexual 48,7% <sup>(14)</sup>, sendo evidências preocupantes.

Quanto ao acometimento da violência, a maioria ocorreram contra crianças de 0 à 11 anos e, em seguida, contra adolescentes de 12 à 19 anos. Considerando o sexo da criança e do adolescente, observou-se maior prevalência de violência sexual no sexo feminino, semelhante a maioria dos estudos. Há evidências de que a violência é mais frequentemente observada no sexo feminino, principalmente a violência sexual <sup>(1; 17)</sup>.

A maioria dos casos notificados no presente estudo dizia respeito à violência contra crianças e adolescentes que estavam cursando. Este dado discute a necessidade da co-responsabilização pelos diversos setores, em especial as escolas e professores, o que possibilita dizer que estes profissionais devem ter um olhar mais atento aos sinais de risco de violência, de forma a contribuir no processo de identificação, prevenção e promoção <sup>(18)</sup>.

No que refere-se as características do agressor, o estudo pôde identificar que na maior parte dos casos de violência o agressor foi da própria família, tendo a mãe como principal responsável, seguido do pai. Esses achados são similares a estudos nacionais que colocam os pais como principais responsáveis pela violência doméstica contra crianças e adolescentes <sup>(1; 6; 17)</sup>.

Este dado corrobora para a reflexão de que um grande quantitativo de pais considera como medidas disciplinadoras e educativas a violência, constituindo-se na maioria das vezes, em reprodução de hábitos dos quais eles já foram vítimas em sua infância e adolescência. Assim, por não perceberem os danos acarretados à saúde dos filhos, o pais acreditam estar adotando a melhor conduta para sua educação, quando na verdade estão ensinando o exercício da violência, que passa a se repetir de forma habitual <sup>(10)</sup>.

Em relação ao perfil do agressor identificou-se que a maioria correspondia a pessoa do sexo feminino, em situação de desemprego e fazendo uso de Drogas. Existem condições predisponentes para a violência contra crianças e adolescentes, dentre elas a situação de desemprego, pobreza, valores culturais que justifiquem condutas violentas, conflitos conjugais, problemas psicológicos e afetivos, alcoolismo e falta de serviços básicos, como creches e escolas <sup>(3; 7)</sup>.

Pode-se observar que a Violência contra crianças e adolescentes em Fortaleza - CE representa um problema de grandes proporções, tanto quantitativas quanto qualitativas, uma vez que perpassa por questões sociais e culturais muito marcantes <sup>(14)</sup>.

Esse problema perpassa pelo desrespeito aos direitos humanos, pelas desigualdades sociais, pela insuficiência das políticas públicas e pelas diferenças regionais. Dessa forma, é necessário que sejam adotadas ações multidisciplinares e intersetoriais, bem como o comprometimento dos envolvidos para sustentar políticas e desenvolver condutas contra a violência <sup>(19-20)</sup>.

## CONCLUSÃO

Ao desejável enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes é necessário reconhecer o caráter multifatorial da problemática, de forma a responsabilizar e acima de tudo integrar os vários segmentos. No entanto, ainda existem algumas barreiras que limitam o enfrentamento da violência a este grupo etário, dentre elas, a inexistência da intersetorialidade e a falha na execução das ações planejadas que se mostram eventuais e frágeis na sua maioria, e muitas vezes pautadas em um cuidado descontínuo, fragmentado e frequentemente focado em aspectos biológicos.

Além disso, a notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes tem papel fundamental no enfrentamento do problema, porém, o desconhecimento do problema, descrédito no sistema, receio em se envolver em questões familiares, medo de retaliação do agressor e temor de ser chamado a depor representam empecilhos para a denúncia de violência, o que acarreta na permanência de crianças e adolescentes na situação de violência, seja ela física, psicológica, sexual e/ou relacionada a negligência e abandono.

A complexidade da violência contra crianças e adolescentes constitui-se como um desafio exaustivo e processual, todavia é necessário o incremento das políticas voltadas para a prevenção da violência contra este grupo etário, com estratégias integradas e intersetoriais que possam vir a favorecer a melhoria da qualidade de vida e saúde das vítimas, como também proporcionar medidas continuadas de educação e suporte familiar que possam apoiar tanto vítimas quanto familiares e agressores.

## REFERÊNCIAS

1. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Cien. saúde coletiva*. 2005; 10(1):143-9.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos (CEBELA); 2012.
3. Deslandes S, Mendes CHF, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(8): 1633-1645.
4. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 1998; 4 (3):513-531.
5. Deslandes S, Mendes CHF, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(8): 1633-1645.
6. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11): 1452-61.
7. Maia AC, Barreto M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. *Psicol. Estud*. 2012; 17 (2): 195-204.
8. Klein CH, Bloch KV. Estudos Seccionais. In R. A. Medronho, K. V. Bloch, R. R. Luiz & G. L. Werneck, *Epidemiologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 193-219.
9. Hester M. Asking about domestic violence: implications for practice. In: *Domestic Violence and Child Protection Directions for Good Practice*. 1 ed. London: Jessica Kingsley, London. 2006. p. 97-109.
10. Costa COM, Carvalho, RC, Barbara JFRS, Santos CAS, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressões e manifestações de violência. *Ciê. Saúde Coletiva* 2007; 12(5):1129-41.
11. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (2): 323-32.
12. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14 (2): 349-36.
13. Shavers CA. Exposures to Violence and Trauma among Children and Adolescents in Our Global Society. *Psychology*. 2013; 4 (2), 133-135.
14. Barbosa IL, Pereira AS, Moreira DP, Luna GSM, Oliveira AKA, Ferreira RC, Pordeus AMJ, Vieira LJES. Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus - CE. *Cadernos Esp*. 2009; 3(1): 24-32.
15. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. O Poder Judiciário como última instância de proteção às crianças e aos adolescentes: ações intersetoriais, investimento em recursos humanos e estruturação dos serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(3): 444-452.
16. Franzin LCS, Franzin FM, Moysés ST. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Prevalência em cidade do Sul do Brasil. *Colloquium Vitae,jul/dez 2012 4(2): 79-84*.
17. Siqueira CG, Vieira IYD, Santiago SR. Domestic violence against children: an analysis from the perspective of parents. *Rev Enferm UFPI*. 2013. Jan-Mar; 2(1):49-55.
18. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4):1124-33.
19. Souza MKB, Santana JSS. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2009; 14 (2): 547-555.
20. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (9): 1749-1758.

**Sources of funding:** No  
**Conflict of interest:** No  
**Date of first submission:** 2013/08/26  
**Accepted:** 2013/12/12  
**Publishing:** 2014/01/02

**Corresponding Address**

Adriano Ferreira Martins  
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE.  
Rua Balbino 320. Bairro Expectativa. CEP 62040-200.  
Sobral - Ceará.  
Contato: +55(85)9940-2739.  
E-mail: [adrianoenfo@hotmail.com](mailto:adrianoenfo@hotmail.com).