

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**RAFAELA GESSNER**

**VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE:  
UMA ANÁLISE À LUZ DAS CATEGORIAS  
GÊNERO E GERAÇÃO**

**SÃO PAULO  
2013**

**RAFAELA GESSNER**

**VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE:  
UMA ANÁLISE À LUZ DAS CATEGORIAS  
GÊNERO E GERAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Cuidado em Saúde

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

**SÃO PAULO  
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Gessner, Rafaela

Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração / Rafaela Gessner. -- São Paulo, 2013.

161 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Violência 2. Adolescentes 3. Saúde do Adolescente

RAFAELA GESSNER

**VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE: UMA ANÁLISE À LUZ DAS CATEGORIAS GÊNERO E GERAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

***Dedico este trabalho aos meus pais, Adilson e Denise,  
e ao meu irmão Alexandre, pelo apoio e por todo o amor.***

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, pelos ensinamentos, pelo apoio no caminho da pesquisa científica, pela compreensão, pela paciência, pela amizade e pelo carinho concedido a mim durante esses dois anos de estudo.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) por me receber como aluna e permitir a minha qualificação profissional.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP, pelas lições e pelo tratamento acolhedor.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Emiko Yoshikawa Egry, pelos ensinamentos transmitidos, pelas contribuições, pelo incentivo e pela acolhida durante o processo de construção desse trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Laura Christina Macedo Piosiadlo, atualmente doutoranda e colega de grupo de pesquisa, por me mostrar o caminho da pesquisa científica ainda durante a graduação e por ser uma grande incentivadora desse desafio.

Às amigas de grupo de pesquisa, Rebeca Guedes, Vânia de Souza, Maíra Apostólico, Lêda Albuquerque, Vânia Carnassale e Bianca Brancaglioni, pelo apoio e pelas valiosas contribuições a esse trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em especial à coordenação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em

Situação de Risco para a Violência, que disponibilizou parte dos dados desse trabalho.

Aos coordenadores das instituições de acolhimento pesquisadas, pela disponibilidade em participar desse estudo e, principalmente, aos adolescentes sujeitos da pesquisa, que me receberam sempre com um sorriso no rosto e me permitiram conhecer suas histórias de vida para enriquecer esse trabalho.

À CAPES, pela bolsa concedida durante os meus estudos.

Aos meus amados pais, Adilson e Denise, que em nenhum momento mediram esforços para a realização dos meus sonhos. Agradeço pelo carinho, ternura, pelos muitos conselhos nas horas de dificuldade e pelo abraço na hora do choro fácil.

Ao meu irmão Alexandre, por sua alegria e afeto, mesmo que a distância.

Ao meu primo Rafael, sua esposa Andrea e minha afilhada Daniella, por gentilmente me receberem em sua casa em São Paulo e por tornarem esse tempo muito mais divertido.

Às minhas amigas, Ana Luiza, Anna Alencar, Deisi, Cláudia e Liana, por acreditarem e confiarem em mim, pela dedicação, pelo companheirismo e pela alegria que é estar com vocês.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

A todos meu carinho e gratidão!

## **O adolescente**

*A vida é tão bela que chega a dar medo.  
Não o medo que paralisa e gela, estátua súbita,  
mas esse medo fascinante e fremente de curiosidade  
que faz o jovem felino seguir para a frente  
farejando o vento ao sair, a primeira vez, da gruta.*

*Medo que ofusca: luz!  
Cumplicemente, as folhas contam-te  
um segredo velho como o mundo:*

*Adolescente, olha! A vida é nova...  
A vida é nova e anda nua  
- vestida apenas com o teu desejo!*

**Mario Quintana**



Gessner R. Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra o adolescente é um fenômeno atual, que desperta grande preocupação, sobretudo devido aos altos índices de morbimortalidade a que está associada. **Objetivo:** Analisar o fenômeno da violência contra o adolescente à luz das categorias gênero e geração. Os objetivos específicos foram: conhecer as características da violência contra o adolescente a partir das notificações no município de Curitiba, identificar, analisar o perfil e conhecer a realidade da violência contra adolescentes abrigados. **Método:** Estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa. Compuseram os cenários de estudo a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência de Curitiba e quatro instituições de abrigamento do município. A fonte secundária foi constituída pela base de dados da Rede de Proteção, correspondente aos anos de 2010 a 2012. Os dados foram analisados pelo software SPSS, versão 20.0. Os dados das fontes primárias foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com 16 adolescentes abrigados, com idade entre 12 e 17 anos. As entrevistas foram gravadas e as falas submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Entre os anos de 2010 e 2012 foram notificados 6.677 casos de violência contra adolescentes: 2.093 em 2010; 2.322 em 2011 e 2.262 em 2012. Em 76,97% dos casos, a violência ocorreu no domicílio, incidindo discretamente mais sobre vítimas do sexo feminino (50,5%) e com idade entre 10 e 14 anos (63,95%). O principal tipo de violência foi a negligência (58,32%), seguida pela física (19,22%) e sexual (14,49%). A mãe foi a principal agressora (34,54%), contudo, o agressor altera-se a depender da natureza da violência praticada. A maioria das notificações (50,73%) foi realizada pelo sistema de saúde municipal, representado por Hospitais e Unidades Básicas de Saúde. Os dados permitiram ampliar o conhecimento da problemática no município no período analisado, embora falhas relacionadas ao processo de notificação e à qualidade dos dados gerados levaram a limitações do estudo. Os resultados qualitativos revelaram que os adolescentes estão expostos à violência cometida no ambiente doméstico e fora dele, podendo ora atuar como vítimas, ora como expectadores da violência. O medo, o temor e a impotência perante o agressor subjagam os

adolescentes na relação violenta, condição essa imposta pela posição que ocupam nas relações de gênero e geração. Foi constatado também que os adolescentes naturalizam a violência sofrida, especialmente a física, dificultando, assim, a possibilidade de ruptura da situação. O abrigo emergiu como recurso institucional que pode auxiliar o processo de superação da situação de subalternidade dos adolescentes abrigados. **Conclusão:** Mais que constatar a magnitude do problema, o estudo pode fornecer subsídios para melhorar a assistência prestada aos sujeitos vitimizados e o enfrentamento do fenômeno, sobretudo na saúde, se privilegiadas medidas de promoção da equidade entre os gêneros e que valorizem o adolescente como cidadão e portador de direitos nas relações sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Adolescente. Saúde do adolescente. Violência de gênero. Geração.

Gessner R. Violence against adolescents: an analysis based on gender and generation categories [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against adolescents is a current phenomenon that arouses great concern, especially due to high rates of morbidity and mortality that is associated. **Objective:** To analyze the phenomenon of violence based on gender and generation categories. The specific objectives were to understand the characteristics of violence against adolescents through reports recorded in the city of Curitiba, southern Brazil, as well as to identify, analyze profile and know the reality of violence against adolescents living in shelters. **Methods:** This is a descriptive study based on quantitative and qualitative methods. The scenario of the study was the Network for the Protection of Children and Adolescents at Risk for Violence and four shelters in the city. The secondary source consisted of data collection from the Network for the Protection of Children and Adolescents of this city regarding years 2010 to 2012. These data were analyzed using SPSS software 20.0. The primary data source was collected from semi-structured interviews of 16 sheltered adolescents, from 12 to 17 years of age. The interviews were taped and then submitted for content analysis. **Results:** Between the years 2010 and 2012 were reported 6.677 cases of violence against adolescents: 2.093 happened in 2010; 2.322 in 2011 and 2.262 in 2012. In 76.97% of these cases violence occurred at home, with a slight majority happening to the female gender (50.5%) from 10 to 14 years of age (63.95%). Neglect (58.32%) was the major form of maltreatment in the rank, followed by physical (19.22%) and sexual aggression (14.49%). The mother was the main aggressor (34.54%), however, the aggressor is altered according to the nature of the violence practiced. Most reports (50.73%) were made by the municipal health system such as hospitals and primary healthcare centers. The data allowed the expansion of knowledge on this issue in Curitiba over the analyzed period, although failures in the reporting system and quality of generated data led to limitations in this study. The qualitative outcome showed that adolescents are exposed to violence in their home and outside the home, and can be victims or viewers of violence. Fear and a sense of impotence in face of the aggressor dominate the adolescents in the violent relationship, caused by the position they hold in their gender and generation relationships. Moreover,

adolescents naturalize the violence suffered, mainly physical violence, making it more difficult to stop the situation. The shelter came as an institutional resource which can aid in the process to overcome the subalternity situation of sheltered adolescents. **Conclusion:** More than indicate the magnitude of the issue, this study could give information to improve the assistance given to victimized people and address how to face this phenomenon, especially in health, if measures to promote gender equality and to value teenagers as citizens and as having rights in social relationships are privileged.

**KEYWORDS:** Violence. Adolescent. Adolescent health. Gender violence. Generation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1** – Mapa das regionais administrativas e bairros do município de Curitiba .....59
- Figura 2** – Pirâmide etária de Curitiba.....60

### QUADROS

- Quadro 1** – Caracterização dos adolescentes sujeitos entrevistados para a parte qualitativa do estudo .....88
- Quadro 2** – Categorias e respectivos temas extraídos dos discursos.....91

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sociodemográficas dos adolescentes vítimas de violência notificada à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....71
- Tabela 2** – Cor/raça dos adolescentes vítimas de violência notificada à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....72
- Tabela 3** – Escolaridade dos adolescentes vítimas de violência notificada à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....72
- Tabela 4** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo o tipo da violência. Curitiba, 2010, 2011 e 2012 .....73
- Tabela 5** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo natureza da violência. Curitiba, 2010, 2011 e 2012 .....74
- Tabela 6** – Natureza da violência segundo a cor ou raça do adolescente, exceto amarelo e indígena e abandono. Curitiba, 2010, 2011 e 2012 .....75
- Tabela 7** – Natureza da violência cometida contra o adolescente segundo a idade. Curitiba, 2010, 2011 e 2012 .....76
- Tabela 8** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo a natureza da violência e o sexo da vítima. Curitiba, 2010, 2011 e 2012 .....77
- Tabela 9** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo o sexo do agressor. Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....78
- Tabela 10** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo a relação da vítima com o agressor. Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....78
- Tabela 11** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo a relação da vítima com o agressor e natureza da violência. Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....81

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 12</b> – Natureza das violências que tiveram como agressor a mãe do adolescente vitimizado. Curitiba, 2010, 2011, 2012 .....  | 82 |
| <b>Tabela 13</b> – Natureza das violências que tiveram como agressor o pai do adolescente vitimizado. Curitiba, 2010, 2011, 2012 .....  | 82 |
| <b>Tabela 14</b> – Agressores que utilizaram drogas no momento da violência contra o adolescente. Curitiba, 2010, 2011, 2012 .....      | 83 |
| <b>Tabela 15</b> – Notificações de violência contra o adolescente, segundo o equipamento notificador. Curitiba, 2010, 2011 e 2012 ..... | 83 |
| <b>Tabela 16</b> – Desfecho das notificações de violência contra o adolescente. Curitiba, 2010, 2011 e 2012.....                        | 85 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|          |  |
|----------|--|
| CONANDA  | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.  |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde   |
| CONEP    | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa   |
| CRAS     | Centro de Referência de Assistência Social   |
| ECA      | Estatuto da Criança e do Adolescente   |
| EF       | Ensino Fundamental   |
| EM       | Ensino Médio   |
| IDH      | Índice de Desenvolvimento Humano   |
| IPPUC    | Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba  |
| IML      | Instituto Médico Legal   |
| MS       | Ministério da Saúde  |
| NUCRIA   | Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente  |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde   |
| PAIR     | Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro |
| RN       | Recém-nascido  |
| SIH      | Sistema de Informações Hospitalares  |
| SIM      | Sistema de Informações sobre Mortalidade   |



|        |   |
|--------|---|
| SINAN  | Sistema de Informações de Agravos de Notificação              |
| SUS    | Sistema Único de Saúde  |
| TIPESC | Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva |
| VIVA   | Vigilância de Violência e Acidentes                           |

# SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>20</b> |
| 1.1      | A VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE COMO OBJETO DE ESTUDO  | 23        |
| 1.2      | AS DIFERENTES FORMAS E A NATUREZA DA VIOLÊNCIA  | 30        |
| 1.3      | INSTRUMENTOS LEGAIS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES NO BRASIL   | 32        |
| 1.4      | A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO | 36        |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>41</b> |
| 2.1      | GERAL   | 42        |
| 2.2      | ESPECÍFICOS   | 42        |
| <b>3</b> | <b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b>   | <b>43</b> |
| 3.1      | A ADOLESCÊNCIA COMO FENÔMENO HISTÓRICO-SOCIAL   | 44        |
| 3.2      | A VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA   | 46        |
| 3.3      | AS CATEGORIAS GÊNERO E GERAÇÃO PARA COMPREENDER A VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE  | 48        |
| <b>4</b> | <b>MATERIAL E MÉTODO</b>  | <b>55</b> |
| 4.1      | CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO  | 56        |
| 4.2      | FONTES DE DADOS EMPÍRICOS   | 62        |
| 4.3      | SUJEITOS DO ESTUDO  | 63        |
| 4.4      | TIPOS DE ANÁLISE  | 65        |
| 4.5      | ASPECTOS ÉTICOS   | 67        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS QUANTITATIVOS</b>   | <b>69</b> |
| 5.1      | PANORAMA GERAL DA VIOLÊNCIA NOTIFICADA PELA REDE DE PROTEÇÃO  | 70        |
| 5.2      | CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA  | 71        |
| 5.3      | SOBRE A VIOLÊNCIA   | 73        |
| 5.4      | SOBRE O AGRESSOR  | 78        |
| 5.5      | EQUIPAMENTOS NOTIFICADORES  | 83        |
| 5.6      | DEFECHO DO CASO   | 84        |
| 5.7      | QUALIDADE DOS DADOS NOTIFICADOS   | 86        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>6</b> | <b>RESULTADOS QUALITATIVOS</b>  | <b>87</b>  |
| 6.1      | CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES SUJEITOS DO ESTUDO  | 88         |
| 6.2      | CATEGORIAS EMPÍRICAS E TEMAS EXTRAÍDOS DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS   | 91         |
| <b>7</b> | <b>DISCUSSÃO</b>  | <b>93</b>  |
| 7.1      | PANORAMA GERAL DA VIOLÊNCIA NOTIFICADA PELA REDE DE PROTEÇÃO  | 94         |
| 7.2      | OS ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E A VIOLÊNCIA SOFRIDA  | 94         |
| 7.3      | SOBRE O AGRESSOR  | 104        |
| 7.4      | EQUIPAMENTOS NOTIFICADORES  | 110        |
| 7.5      | DESFECHO DO CASO  | 112        |
| 7.6      | QUALIDADE DOS DADOS NOTIFICADOS   | 113        |
| 7.7      | A VIDA MARCADA PELA VIOLÊNCIA   | 115        |
| 7.8      | O ADOLESCENTE FRENTE À VIOLÊNCIA: “NINGUÉM ACREDITA EM MIM”   | 120        |
| 7.9      | O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA VIDA DO ADOLESCENTE   | 122        |
| <b>8</b> | <b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>127</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>135</b> |
|          | <b>APÊNDICES</b>  | <b>147</b> |
|          | APÊNDICE A – Instrumento utilizado para coleta de dados – roteiro da entrevista   | 148        |
|          | APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o adolescente participante da pesquisa e coordenador da instituição  | 150        |
|          | APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a coordenação da instituição abrigadora  | 152        |
|          | <b>ANEXOS</b>   | <b>155</b> |
|          | ANEXO 1 – Ficha de notificação de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências   | 156        |
|          | ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo   | 158        |
|          | ANEXO 3 – Aprovação da instituição co-participante. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência | 161        |

## APRESENTAÇÃO

Os estudos voltados à Saúde Coletiva despertaram meu interesse desde a graduação em Enfermagem (2007 a 2011) na Universidade Federal do Paraná. Em 2008, iniciei como monitora da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva. Foi o começo de um processo de descobertas e da aquisição de novos conhecimentos e também de novos questionamentos.

Desde então, surgiu o interesse pela pesquisa científica e durante os anos de 2009, 2010 e 2011, fui bolsista de Iniciação Científica na área de Saúde Coletiva. A experiência adquirida nesses poucos anos deu um novo significado à minha carreira como enfermeira e me aproximou da visão de mundo materialista histórico dialética.

O interesse pela temática violência, em especial contra a mulher, e pelos estudos de gênero surgiu em 2011, quando realizei um estágio de seis meses no Setor de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. No entanto, o direcionamento para o estudo da violência contra o adolescente ocorreu já no Mestrado, após diversas discussões nos grupos de pesquisas Bases Conceituais e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva e Gênero, Saúde e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. As disciplinas que realizei também durante o Mestrado, sobretudo aquelas direcionadas ao estudo do fenômeno violência sob a ótica de gênero, foram essenciais para a delimitação do tema a ser estudado.

O pioneirismo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Violência do município de Curitiba direcionou meu olhar para a notificação da violência contra o adolescente, pois entendo que os dados podem auxiliar a produção de conhecimento sobre o tema, tendo em vista que esse tipo de trabalho ainda é escasso se comparado a outras áreas. Na medida em que dão visibilidade ao fenômeno podem

traçar um novo caminho para o enfrentamento da problemática da violência, em especial a perpetrada contra o adolescente.

A necessidade de colocar o tema violência contra o adolescente como objeto de reflexão é urgente. A falta de garantia de seus direitos assume, nos dias atuais, um caráter cada vez mais preocupante, capaz de produzir graves consequências para a população jovem, refletindo assim, em toda a sociedade.

Entendo que a decisão de estudar o tema violência contra o adolescente implica em assumir uma posição, não é possível manter-se neutro frente à ocorrência desse fenômeno, mas “é necessário produzir um conhecimento solidário, que se aproxima, que está ali onde a dignidade humana está ameaçada, onde não existe a palavra” (Trassi, 2006, p. 7), a fim de permitir a construção de territórios em que outros futuros sejam possíveis para a nova geração (Trassi, 2006).

# ***1 Introdução***

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno sócio-histórico, que, apesar de não se tratar de um problema de saúde típico, afeta diretamente a saúde das pessoas e dos grupos sociais ao provocar mortes, lesões físicas, problemas emocionais e espirituais e a conseqüente redução na qualidade de vida das pessoas e coletividades. Na assistência à saúde, a violência, sob suas mais variadas formas, permanece como um espaço de pouco investimento no campo da saúde, embora seu impacto esteja presente em todo o mundo (Minayo, 2006). O reconhecimento da violência como uma questão de importância também para a saúde não é fácil, dado que o fenômeno quase sempre é atrelado à segurança pública e ao judiciário (Schraiber et al., 2009).

Ao inserir novos problemas a serem considerados na assistência à saúde, o fenômeno da violência evidencia a necessidade de reestruturação da organização dos serviços, de atuação interdisciplinar, multiprofissional e engajada. A análise do fenômeno, portanto, deve considerar as diferentes estruturas em que se encontra imerso, estrutural, econômica, familiar e política (Minayo, 2006).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que a cada ano, mais de um milhão de mortes são ocasionados por violência interpessoal, coletiva ou autoviolência, sobretudo na população entre 15 e 44 anos de idade (WHO, 2002). Diante disso, a Organização caracteriza a violência como um dos principais problemas mundiais no que tange a área da saúde e a define como:

Uso da força ou do poder real em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo, ou contra uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2002, p. 30).

Minayo (1994) conceitua a violência como um complexo dinâmico que tem como cenário de desenvolvimento e criação a vida em sociedade. Diante disso, para compreender o fenômeno da violência faz-se necessário resgatar sua especificidade histórica, que contempla

“problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual” (Minayo, 1994, p. 7). Ao tratar da violência como parte da sociedade, a autora salienta que:

Na sua dialética de interioridade/exterioridade a violência integra não só a racionalidade da história, mas a origem da própria consciência, por isso mesmo não podendo ser tratada de forma fatalista: é sempre um caminho possível em contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização (Minayo, 1994, p. 7).

A violência é também apontada por Ferreira (2002) como um fenômeno que se difunde nas relações sociais e interpessoais, decorrente de uma relação de poder e que atinge intimamente todas as camadas sociais.

Atualmente, os homens são as principais vítimas da violência urbana, contudo, os grupos mais fragilizados da sociedade, principalmente mulheres, crianças e adolescentes são as principais vítimas da violência que acontece no meio intrafamiliar e doméstico (Traverso-Yépes, Pinheiro, 2002).

A violência contra a mulher responde por cerca de 7% das mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo. No Brasil, estima-se que 20 mil mulheres morreram vítimas de agressão, entre 2003 e 2007 (Meneguel, Hirakata, 2011).

Uma pesquisa sobre a violência contra a criança e o adolescente revelou que o Brasil possui a quarta maior taxa de homicídio (13 homicídios/100 mil crianças e adolescentes) entre 92 países. Esse índice é 150 vezes maior que os encontrados em países como a Inglaterra, Portugal, Espanha e Egito (Waiselfiz, 2012).

Ressalta-se que, embora a problemática da violência seja antiga e que o crivo da violência intrafamiliar e doméstica incida sobre todos os grupos sociais (Assis, Delandes, Marques, 1994), seu investimento em termos de políticas públicas, de ações interventivas e de produções científica é ainda restrito e recente no campo da saúde (Minayo, 2006).



No Brasil, os primeiros estudos, surgiram na década de 90, sendo ainda hoje mais direcionados à violência perpetrada contra a mulher e à criança (Bhona, 2011), ficando os adolescentes constantemente à margem dessa discussão.

Especificamente, acerca da violência contra crianças e adolescentes, um estudo de revisão de literatura, realizado nas bases de dados BIREME e MEDLINE, apontou que, no período de 1990 a 2008 foram encontradas 161 publicações sobre o tema, das quais 115 (71,3%) foram artigos completos; 27 (16,8%) foram livros-texto; e 19 (11,8%) foram documentos eletrônicos. Dos artigos completos, 65,2% (75) foram publicados em periódicos nacionais e 34,8% (40) em periódicos internacionais. Quanto ao período de publicação dos artigos, o de maior frequência foi a partir de 1999 (16,5%), seguido pelos anos de 2002 (12,1%), 2001 (11,3%), 2003 (10,4%), 2000 (9,6%), 2005 (9,6%), 2004 (7,0%) e 2006 (3,5%). O período anterior a 1999 totalizou apenas 20% dos artigos publicados (Martins, 2010).

## **1.1 A VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE COMO OBJETO DE ESTUDO**

Para compreender a violência praticada contra o adolescente é necessário enfatizar que este não é um fenômeno característico da atualidade, mas tem caráter histórico e acompanha as transformações da humanidade desde a antiguidade.

Durante a história da sociedade, constituíram-se dinâmicas de relações violentas entre crianças, adolescentes e adultos. Em muitos períodos, as crianças e adolescentes estiveram sujeitas aos mesmos castigos que eram destinados aos adultos. A história da infância e, por consequência, a da adolescência, é marcada por violências perpetradas sob a forma de escravidão, abandonos, mutilações, filicídio e espancamentos (Guerra, 1995).

Ariès (1986), em um retrospecto histórico sobre a construção do significado da infância, afirma que a criança como ser diferente do adulto

não existia para a sociedade medieval. Assim que apresentava condições de viver sem a presença da mãe ou da ama, a criança era considerada adulta e ingressava precocemente nessa sociedade, estando, assim, sujeita aos seus deveres e punições. Nesse período, portanto, não existia a noção de adolescência.

É possível encontrar relatos da prática de infanticídios e de outras violências perpetradas contra crianças e adolescentes desde épocas remotas da história da civilização, como, por exemplo, o massacre dos meninos judeus, jogados ao rio por ordem do faraó, descrito no Antigo Testamento (Guerra, 1985). Outra passagem bíblica, encontrada no livro de II Reis, relata que o povo hebreu costumava comer as crianças mais novas nos tempos de escassez de alimentos. Para o povo hebraico, havia uma lei – que data do período de 1250-1225 a.C. – que dizia que, caso os filhos não dessem ouvidos aos conselhos paternos, caberia aos anciãos puni-los, expondo-os ao apedrejamento ou à morte (Minayo, 2002).

Outro exemplo vem da sociedade espartana, em que crianças portadoras de deficiências físicas eram mortas, pois eram consideradas inadequadas para se tornarem guerreiras. O mesmo ocorria na sociedade romana, que assassinava meninos e meninas portadores de deficiências. Em Cartago, importante potência do mundo antigo, eram corriqueiros os sacrifícios de crianças aos deuses (Guerra, 1985).

No século XIX, marcado pelo fortalecimento do capitalismo e da sociedade industrial, crianças e adolescentes foram extremamente exploradas economicamente por meio do trabalho infantil. Tal característica se destacou especialmente na Inglaterra, palco da Revolução Industrial, onde, desde muito pequenas, as crianças e adolescentes trabalhavam até 16 horas por dia em fábricas ou minas (Guerra, 1985).

Na Idade Contemporânea, na Alemanha nazista, crianças e adolescentes que tinham alguma deficiência física, que possuíam, por exemplo, orelhas disformes, urinavam na cama ou as que fossem

consideradas difíceis de educar, eram enviadas às divisões infantis, onde eram envenenadas ou passavam fome até a morte (Guerra, 1985).

Destaca-se que o espancamento de crianças e adolescentes com o objetivo de educá-los tem origens remotas, visto que desde a Suméria, considerada a civilização mais antiga da humanidade, há registros da prática de castigos corporais. Nesse contexto, a proibição de castigos corporais em escolas é recente, ainda persistindo em muitos países. Na Inglaterra, por exemplo, tal prática só foi eliminada em 1969. (Guerra, 1985).

No Brasil, foi apenas nas últimas décadas do século XX que o Estado, pressionado por diferentes organismos de direitos humanos, assumiu alguma responsabilidade sobre a população infantil e adolescente, direcionando-lhes leis que as reconhecem como cidadãos e sujeitos de direito. Contudo, embora tal população esteja amparada por leis, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pouco tem sido realizado para que de fato elas usufruam os direitos conquistados, sobretudo para as que fazem parte da população menos favorecida economicamente (Amaral, Mattioli, 2004).

O fato é que, na sociedade atual, pautada por relações violentas, é comum e até mesmo banalizado ouvir falar e ocultar a existência cotidiana das mais variadas formas de violência. A valorização do espaço privado, em detrimento do espaço público, característica da nossa sociedade, perpetua o ideal de que na família há segurança e afetividade e não há espaço para a violência.

A violência, especialmente a praticada contra crianças e adolescentes, causa impacto e assusta quando diz respeito a casos graves, tais como homicídios e incestos. Porém, a violência considerada *comum*, como as palmadas e a humilhação dos menores, não costuma surpreender. Nesse contexto, não há, atualmente, a problematização da violência como efeito de relações de poder que se estabelecem em nossa sociedade, de maneira que o fenômeno é tratado de forma pontual e

casual, como um fenômeno que deve ser contido, punido e não problematizado (Lemos, Guimarães, Cardoso Júnior, 2004).

A violência perpetrada contra adolescentes é um fenômeno inerente às contradições existentes nas relações geracionais, de gênero, de classe e étnico-raciais, classificadas como assimétricas e que legitimam o seu caráter de dominação e exploração. Embora na nossa sociedade o adulto seja reconhecido como tendo maior poder em relação ao adolescente, tal poder se potencializa ainda mais no adulto homem, branco e rico exercido como forma de dominação, principalmente do polo mais fraco, ou seja, a criança, o adolescente e a mulher pobre, negra, indígena ou de outra raça-etnia. A naturalização do poder das majorias sobre as minorias é a marca que subjuga as últimas à autoridade representada supostamente pelo sexo, idade, cor da pele e detenção da riqueza (Saffioti; 1997). Desnaturalizados ou compreendidos socialmente, tais atributos biológicos transformam-se em gênero, geração, raça/etnia e classe social.

As relações de gênero permeiam todo o tecido social e, embora manifestem-se de formas particulares nos diferentes grupos sociais, mantêm a hierarquização como marca. Dessa forma, o cotidiano é fortemente influenciado pela organização de gênero que, vigorando para além do espaço doméstico, apresenta-se também nas relações intrafamiliares (Traverso-Yépes, 2005).

Certamente, a etapa de vida da adolescência é marcada pela exposição a novas situações de vulnerabilidades, tais como: a gravidez não planejada, a sexualidade precoce, a exposição a acidentes e outras formas de violência, maus tratos e abandono, exclusão social e barreira cultural, más condições de moradia, dificuldade de acesso à escola e a serviços de saúde. Contudo, tais vulnerabilidades são determinadas não só pelas mudanças biofísicas pelas quais passam os adolescentes, mas também pela situação de inserção social em que se encontram (Pessalacia, Menezes, Massuia, 2010).

Decorrente disso, entende-se que para a população adolescente, também se constitui “uma alquimia singular entre categorias sociais de

gênero e raça condicionada pelo ciclo geracional” – no caso dessa população ser jovem – e emoldurada pela estrutura de classe (Castro, 1992, p.71).

Dados do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) apontam que, anualmente, 6,5 milhões de crianças e adolescentes sofrem algum tipo de violência doméstica no Brasil; 18 mil são espancadas diariamente e 300 mil são vítimas de incesto (CONANDA, 2000).

Considerando a lacuna do monitoramento das violências para fins da vigilância epidemiológica, anteriormente realizada somente nos casos em que o desfecho havia sido o óbito, e por meio de informações obtidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), decidiu-se implantar, em 2006, o sistema VIVA (Vigilância de Violência e Acidentes) em 35 municípios brasileiros. Esse sistema tem a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes, a fim de conhecer a magnitude dessa problemática. Dados do Sistema VIVA apontam o registro de 9.038 casos de violência entre 2006 e 2007. Desse total, 2.370 (26,2%) ocorreram entre adolescentes de 10 a 19 anos e 15,2% na faixa etária de 10 a 14 anos. As principais formas de violência foram a física (54,9%), a psicológica (50,7%) e a sexual (32,6%) (Brasil, 2009).

Considera-se violência física aquela que se dá pelo uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir ou lesar a vítima, deixando ou não marcas aparentes em seu corpo, como hematomas, cortes, arranhões, manchas e fraturas. A violência psicológica é caracterizada por ações que coloquem em risco ou causem danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da vítima. E a violência sexual é caracterizada pelo ato ou jogo sexual em relações heterossexuais ou homossexuais em que o agressor tenha a intenção de estimular sexualmente a vítima ou utilizá-la para obter satisfação sexual (Minayo, 2006; Curitiba, 2008).

No Brasil, em 2011, a violência física foi revelada como a que mais acometeu os adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, correspondendo a 13,3% das notificações; em segundo lugar, apareceu a violência sexual, com 10,5%. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, a violência física foi responsável por 28,3% das notificações, seguida pela violência sexual (10,5%) e a violência psicológica (7,6%). Os dados apontam ainda que a maior parte das agressões ocorreu na residência da criança ou do adolescente (64,5%). Em 45,6% dos casos, o provável autor da violência era do sexo masculino - o pai, outro familiar ou alguém do convívio próximo à criança e ao adolescente, como amigos e vizinhos (Brasil, 2012).

Conforme determina o ECA, nas situações de violência envolvendo crianças e adolescentes, a notificação é de caráter compulsório e contínuo, embora sua subnotificação seja uma preocupante realidade (Oliveira et al., 2012). Azambuja (2005) ressalta que a subnotificação dos casos de violência contra crianças e jovens é um problema grave, pois é a partir dos dados epidemiológicos que os governos pautam suas ações sociais de prevenção.

Um estudo empreendido em Unidades de Saúde do município de São Joaquim do Monte (PE), acerca da violência perpetrada contra adolescentes, evidenciou que existem dificuldades na realização da notificação da violência, elencadas pelos profissionais como a falta de instrumentos necessários para um diagnóstico acurado, o medo de retaliação por parte do agressor, a falta de provas sobre a ocorrência da violência e o desconhecimento da obrigatoriedade em notificar (Oliveira et al., 2012). Minayo (1994) salienta a conseqüente escassez de dados concretos sobre a temática, visto que muitos dados são notificados de maneira errônea e com pouca precisão.

O estudo de Silva, Ferriani e Silva (2011), acerca da atuação da equipe de enfermagem, frente à violência sexual contra crianças e adolescentes, identificou que os membros da equipe de saúde têm dificuldade ao se depararem com crianças e adolescentes vítimas de violência, sobretudo a sexual. Em muitos casos, eles relacionam tais fatos

com questões ético-culturais, sem levar em conta os seus aspectos legais. Uma das ferramentas primordiais para o enfrentamento do problema – com o reconhecimento das necessidades das vítimas e a garantia de uma assistência de enfermagem adequada – é o conhecimento da legislação vigente acerca da temática.

Há que se destacar que na sociedade contemporânea, as práticas educativas parentais ainda são permissivas à prática da violência e incorporam castigos e punições físicas sobre os adolescentes. Um estudo realizado em Niterói (RJ) apontou que um em cada cinco pais ou responsáveis entrevistados, de um total de 278 famílias, praticavam maus tratos graves, tais como queimaduras, espancamentos e ameaças com facas, como medidas educativas aos seus filhos. Esse achado é semelhante ao encontrado em alguns países africanos e asiáticos, onde a violência é prática rotineira nas relações familiares (Rocha, Moraes, 2011). A família, embora seja caracterizada como cenário de desenvolvimento e proteção aos seus integrantes, pode, por vezes, constituir o palco principal da existência de contradições, conflitos e exposição à violência.

As transformações físicas – especialmente o desenvolvimento dos órgãos sexuais – e emocionais, aliadas ao desejo do adolescente de viver novas experiências e a pouca idade, são vistas pelo agressor como fragilidades, aumentando a vulnerabilidade do adolescente à ação sexual abusiva (Justino et al, 2011). A concentração de vítimas de violência sexual está na faixa etária entre 0 a 10 anos, principalmente devido a fragilidades físicas e afetivas, assim como maior dependência do cuidado dos pais. Tal dependência é responsável pela criação do “mito do amor maior”, ou seja, para a criança, tudo o que os pais ou responsáveis fizerem é para o seu bem, facilitando, assim, a ação do adulto agressor, principalmente nas relações incestuosas (Ferriani, Garbin, Ribeiro, 2004).

Entre todas as formas de violência, a sexual é a menos denunciada pelas famílias, principalmente pelo medo do rompimento da unidade familiar, caso seja descoberta. Geralmente, as vítimas, especialmente crianças e adolescentes, deixam de buscar atendimento devido a

sentimentos como vergonha, ignorância, culpa e tolerância (Baptista et al., 2008). As tentativas de denúncia são constantemente reprimidas pelo agressor, por meio de ameaças ou jogos sedutores. Os parentes não agressores, quando cientes do processo violento, costumam silenciar-se, no intuito de evitar escândalos capazes de danificar a estrutura familiar (Justino et al., 2011). Muitas vezes, a responsabilidade ou a *culpa* pela agressão sexual recai sobre a vítima. Tais jovens, especialmente meninas, passam por uma fase em que já não são mais consideradas crianças e que despertam para a feminilidade e em uma sociedade androcêntrica como a nossa, isso é, muitas vezes considerado como uma maneira voluntária de estimular o abusador a provocar o abuso (Ferriani, Garbin, Ribeiro, 2004).

As consequências e lesões produzidas pela violência são inúmeras. A vítima pode passar a enxergar seu corpo como profano, reduzir a sua autoestima, vivenciar sentimento de perda de integridade física, sofrer de angústia, depressão e inferioridade. É comum o aparecimento de perturbações e medos extremos, dificuldade em lidar com o sexo oposto e o entendimento do ato sexual como algo punitivo. Certamente, quanto maior o período de abuso, maior a sensação de culpa das vítimas (Garcia, Gomes, Almeida, 2005).

## **1.2 AS DIFERENTES FORMAS E A NATUREZA DA VIOLÊNCIA**

As situações de violência contra o adolescente podem ser do tipo física, psicológica, sexual ou negligência, praticadas sob diferentes formas. No entanto, é importante ressaltar que, comumente, os tipos de violência apresentam-se de modo combinado e superpostos entre si.

Diversos autores conceituam as diferentes formas de violência e sua natureza. No presente estudo, serão utilizadas essencialmente as definições de Minayo (2006), condizentes com as propostas pela OMS.



A **violência autoinfligida** é aquela que se caracteriza por comportamentos suicidas e autoabusos, como agressões a si próprio e automutilações (Minayo, 2006).

A **violência interpessoal** é classificada em dois segmentos, o intrafamiliar e o comunitário. Como violência intrafamiliar, entende-se aquela que ocorre entre os membros da família, sobretudo no ambiente da casa, porém, não exclusivamente. Nesse segmento, estão incluídas as diversas formas de agressão contra as crianças, os jovens, as mulheres ou homens e contra os idosos (Minayo, 2006). Apesar de esse tipo de violência ocorrer especialmente no âmbito doméstico, há distinção entre violência doméstica e intrafamiliar, embora em muitas situações elas acabem sobrepondo-se, sendo comum a violência familiar estar contida na doméstica. A violência doméstica acomete pessoas que não mantêm vínculos de consanguinidade ou afetivos, já a violência intrafamiliar é definida como decorrente de pessoas com vínculos consanguíneos e afetivos (Ferreira, 2002).

Para Azevedo e Guerra (1998), a violência doméstica é caracterizada por todo ato de omissão, praticado por pais, responsáveis ou outros familiares, contra a criança ou adolescente. É capaz de causar dano físico, sexual ou psicológico e está relacionada à transgressão do poder e dever de proteção do adulto e à coisificação da infância. Nega, assim, o direito de crianças e adolescentes serem tratados como sujeitos em desenvolvimento.

Entre os tipos de violência doméstica, está a violência sexual que, quando é cometida contra o adolescente, se dá, preferencialmente, sobre a menina. Nesses casos, os principais agressores são pais, padrastos, conhecidos ou outras pessoas do relacionamento familiar com a vítima, apresentando uma forte tendência à cronificação, sobretudo se a vítima for mulher. (Saffioti, 1997)

A **violência comunitária** é caracterizada como aquela que ocorre no ambiente social, tanto entre conhecidos quanto desconhecidos. São exemplos a violência juvenil, as agressões físicas, os estupros, os

ataques sexuais e as variadas formas de violência institucional (Minayo, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde, a violência institucional é aquela praticada, por ação ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos. Inclui desde a falta de acesso, a má qualidade dos serviços, até abusos perpetrados em decorrência das relações de poder desiguais entre usuário e instituição (Brasil, 2001).

Os atos violentos que ocorrem nos âmbitos macrossocial, político e econômico e que caracterizam a dominação de grupos e do Estado são caracterizados como **violências coletivas**. São exemplos desse tipo de violência os crimes cometidos por grupos organizados ou crimes de multidões (Minayo, 2006).

A **violência estrutural** diz respeito aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e intensificam processos de fome, miséria, desigualdades sociais, de gênero e de etnia (Minayo, 2006). É a partir dessa forma de violência que se conserva o domínio adultocêntrico sobre os grupos sociais, como, por exemplo, dos adolescentes.

A natureza da violência pode ser definida de acordo com quatro categorias: 1- abuso físico: caracterizado pelo uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade a outrem; 2- abuso psicológico: caracterizado por agressões verbais ou gestuais, com o intuito de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir ou isolar a vítima; 3- abuso sexual: ato ou jogo sexual nas relações hetero e homossexuais, tentando estimular ou utilizar a vítima para obter prazer sexual, práticas eróticas ou pornográficas, por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; 4- negligência: também chamada de abandono, trata-se da ausência, recusa ou desistência de cuidados necessários a alguém carente de atenção e cuidados específicos (Minayo, 2006).

### **1.3 INSTRUMENTOS LEGAIS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES NO BRASIL**

A promulgação da Constituição Federal em 1988 constituiu notório avanço para a proteção de crianças e adolescentes. Em seu Capítulo VII

e artigo 227, considera crianças e adolescentes como sujeitos portadores de direitos, alterando, assim, a legislação anterior, que considerava as crianças e adolescentes propriedades de seus pais (Brasil, 2002).

O ECA, promulgado pela Lei Federal nº 8.069, em 13 de julho de 1990, implicou em mais uma importante mudança nas políticas públicas de proteção às crianças e aos adolescentes. Fundamentado na Doutrina de Proteção Integral, o ECA reconhece crianças e adolescentes (de 12 a 18 anos) como sujeitos de direito nas diferentes condições sociais e individuais. Dessa forma, estabelece 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 alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2008, p.14).

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde incluem, além do ECA (Lei nº 8.069/1990), como primeiros instrumentos legais de proteção dos direitos dos adolescentes: as Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e Lei nº 8.142, de 28/12/1990), as quais regulamentam o modelo de descentralização e de universalização de atenção à saúde, como um direito de todos, independente de idade. E a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 07/12/1993), que realça como um de seus objetivos o amparo às crianças, adolescentes e jovens necessitados (Brasil, 2010).

Apesar de ter caráter compulsório desde a publicação do ECA, somente em 2009, as notificações de violência, não só contra crianças e adolescentes, mas também contra mulheres e idosos, passaram a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Brasil, 2009).

O SINAN foi desenvolvido entre 1990 e 1993 com o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos em todo o país, a partir do preenchimento eletrônico da notificação no nível local. Esse banco de

dados é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, presentes na Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Nessa portaria, estão definidas as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), além da relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, estabelecendo, assim, o fluxo, os critérios, as responsabilidades e as atribuições aos profissionais e serviços de saúde (Brasil, 2009).

Tratando-se especificamente da violência, Minayo (2006) afirma que, no Brasil, o reconhecimento do tema pela área da saúde se deu de maneira fragmentada e lenta, contudo progressiva. Além do ECA, a autora destaca como fundamentais no que tange a proteção à infância e à adolescência o Plano de Ação de Prevenção da Violência Contra Crianças e Adolescentes, criado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em 1998.

Importante movimento a favor do reconhecimento da violência como um tema decisivo para a saúde pública no Brasil foi o lançamento, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Tal documento trata do tema como um problema social e histórico, situando-o nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência apresenta um panorama geral da violência no país, em diferentes segmentos etários, incluindo as crianças, adolescentes e jovens na mesma discussão, bem como analisa como tal fenômeno afeta o setor saúde. Cabe destacar que toda política pública é fruto de uma demanda social, assim, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência veio para reunir desejos da sociedade internacional e nacional de tratar o tema da violência como um problema de saúde pública (Minayo, Lima, 2009).

Marco importante para a visibilidade da problemática violência contra crianças e adolescentes foi a promulgação da Portaria 1.968/2001, que

trata da notificação obrigatória pelos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Minayo, 2006).

Em 2002, foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil que, além de traçar um panorama da situação da violência sexual infanto-juvenil no Brasil, avançou no que diz respeito à criação de meio de defesa de crianças e adolescentes violentados (Minayo, 2006).

Outras ações legais no que concerne à violência praticada contra os adolescentes foram tomadas nos últimos anos. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou diversas normas técnicas que versam sobre o atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual e sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes. Em 2006, foi lançada a “matriz pedagógica” para a formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (Minayo, 2007).

Data de 2007 a publicação do decreto 6.230 que estabelece o compromisso da redução da violência contra crianças e adolescentes, com vistas à implementação de ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, por parte da União Federal, Estados e Municípios (Brasil, 2007). Mais recentemente, em 2011, foi sancionada a Lei Federal 4.730, que passa a caracterizar a notificação da violência contra a criança ou adolescente como compulsória em todo o território nacional (Brasil, 2011).

No entanto, apesar do grande avanço para o enfrentamento dessa problemática, proporcionado pelas políticas públicas que preconizam a contribuição do setor da saúde na detecção e no enfrentamento da violência, ainda não é comum a percepção dos profissionais de que o problema deva também ser enfrentado no âmbito da atenção básica. Trata-se de uma via de mão dupla. Se por um lado a implementação de políticas públicas - certamente impulsionadas também pelo maior número de notificações de casos de violência – são importantes, pois legitimam a

atuação voltada para a temática da violência, por outro, não são ações suficientes, pois o aumento de “normalização” tem o potencial de culminar em maior burocratização do problema, caso as políticas não se tornem centrais no debate público e dinamizadoras de ações (Minayo, 2007).

Alguns municípios criaram ações de sucesso no combate e na prevenção da violência. Considera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba foi pioneira no desenvolvimento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência, tendo em vista um estudo (Deslandes et al., 2011) que comprova que pouco se conhece sobre as iniciativas regionais direcionadas para o processo de notificação e qualificação de registro dos casos de violência contra crianças e adolescentes em outras regiões brasileiras.

Uma pesquisa empreendida em cinco capitais brasileiras (Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba), acerca da rede de serviços que compõem o SUS, apontou problemas semelhantes no que tange o atendimento às vítimas de violência nessas localidades. Os principais problemas encontrados foram: obstáculos para a articulação intersetorial; dificuldades no estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência para o atendimento; desconhecimentos dos gestores locais sobre as questões políticas setoriais; e a falta de atendimento para o ato violento e descontinuidade da capacitação das equipes de saúde. Contudo, entre as cinco capitais analisadas, Curitiba destacou-se por apresentar um sistema melhor estruturado e mais organizado para atender às necessidades de sua população (Minayo, Deslandes, 2007).

#### **1.4 A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO**

Desde o início do ano 2000, o município de Curitiba vem desenvolvendo ações de combate à violência contra o adolescente. Uma dessas ações foi a implantação do projeto piloto da Rede de Proteção à

Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, na Regional Portão, uma das nove regionais de saúde em que o município está dividido (Curitiba, 2008).

Como parte das ações de implementação da Rede de Proteção, no ano 2002, foi lançado o Programa Mulher de Verdade, para o atendimento de adolescentes e mulheres vítimas de violência sexual, em três hospitais de referência. Em outubro de 2003, a Rede de Proteção foi oficializada pela gestão municipal e, ao longo dos anos, houve a intensificação e a ampliação dos sistemas notificadores, permitindo que, em 2007, fosse implantado um sistema de monitoramento e acompanhamento formal das crianças, adolescentes e famílias notificadas, sobretudo no caso de reincidência. Em 2008, foi lançada a terceira edição do Protocolo da Rede de Proteção, pautada nessa nova concepção de trabalho, que dá ênfase à atuação em rede, congregando ações de diferentes setores municipais, instituições governamentais e não governamentais que desenvolvem atividades com crianças, adolescentes e suas famílias (Curitiba, 2008).

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente de Curitiba consiste em um conjunto de ações integradas e intersetoriais municipais para prevenir a violência, especialmente a doméstica/intrafamiliar e sexual, e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência. O objetivo geral é contribuir, de forma integrada, para a redução de casos de violência a esses grupos (Curitiba, 2008).

O uso do conceito de rede como método de gestão:

[...] permite o compartilhamento dos objetivos e procedimentos que visam à obtenção das interações necessárias com outras instâncias institucionais e a construção de vínculos horizontais de interdependência e complementaridade. Isso muda a percepção das instituições como órgãos centrais e hierárquicos e, dessa forma, possibilita o compartilhamento de responsabilidades e reivindicações por meio de objetivos e compromissos comuns (Curitiba, 2008, p. 25).

Atuar em rede significa preservar a articulação, vínculos, conexões, ações complementares, relações entre parceiros e a interdependência de serviços, a fim de garantir a atenção integral aos segmentos sociais que

apresentam vulnerabilidades específicas ou situação de risco pessoal ou social (Curitiba, 2008).

A Rede de Proteção desenvolve ações de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. Atua na criação de medidas preventivas com o objetivo de enfrentar o problema e contribuir para uma mudança cultural em relação a essa questão, no intuito de intervir precocemente nas situações de violência, cessando, dessa maneira, o processo de repetição e agravamento. Essas ações estão baseadas na notificação da violência, proporcionando maior visibilidade ao problema e permitindo a realização de um diagnóstico da realidade, que pode contribuir para a formulação de novas políticas públicas de atendimento (Curitiba, 2008).

A notificação é realizada em ficha específica desenvolvida pela Rede de Proteção de Curitiba (ANEXO 1), que agrega além dos campos de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN, outras informações específicas a respeito da notificação individual, dados da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, provável agressor, encaminhamentos e decisão de atenção compartilhada. O conjunto dessas informações compõe o banco de dados da Rede de Proteção, que é alimentado diariamente, a partir das novas notificações.

A Rede de Proteção está organizada em níveis: Coordenação municipal, Coordenação Regional e Redes Locais. Cada um desses níveis, na medida em que exerce seu papel, permite articular instituições governamentais e não-governamentais para a efetivação das ações integradas e intersetoriais nas instâncias municipal, regional e local. Para o funcionamento da Rede, são estabelecidas normas e atribuições diferentes a cada instituição e profissional que a compõem (Curitiba, 2008).

Segundo Apostólico et al. (2007) a Rede foi um marco na atenção à saúde de crianças e adolescentes do município, tendo em vista que o trabalho foi pautado em uma concepção inovadora, que inclui novas parcerias e iniciativas, tanto governamentais, quanto não governamentais.



O projeto não demandou investimentos significativos e, sim, uma mudança de paradigma ao buscar um olhar mais apurado dos profissionais para a detecção precoce do problema.

Para essa mudança, foi também essencial a integração dos programas e de recursos existentes. A partir de uma situação de risco para violência ou de violência identificada por qualquer profissional que compõe a Rede (professor, educador, médico, pedagogo, enfermeira, psicólogo, dentista, entre outros), tem início um processo de busca de informações que subsidiam a avaliação da situação de risco, a classificação em leve, moderado ou grave, e a tomada de decisão no intuito de garantir a proteção da criança ou do adolescente vítima da violência. Além do sigilo das informações, cada grupo de profissionais atua em sua área específica, assistindo e encaminhando os casos para outros setores, tais como saúde mental e educação, na tentativa de reduzir os danos decorrentes da violência e possibilitar a integração dos pais e da família em grupos de orientação e acompanhamento (Apostólico et al., 2007).

Além dos projetos explicitados, destaca-se ainda no município, em relação ao enfrentamento da violência contra o adolescente, o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro (PAIR), desenvolvido entre os anos de 2010 e 2011, como parte do Programa Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes. E, em 2011, a cidade de Curitiba assumiu o compromisso do “Pacto de Curitiba para o Enfrentamento ao Abuso, Exploração Sexual e Tráfico de Crianças e Adolescentes” (Curitiba, 2011).

Diante do exposto, e tendo em vista a repercussão mundial da temática da violência, devido ao aumento de sua incidência nas últimas décadas, e pelo fato da produção científica e de políticas públicas serem recentes, justifica-se a importância da discussão sobre o tema da violência contra o adolescente, bem como a escolha deste como objeto de estudo da presente pesquisa. Não há dúvida que o estudo do

fenômeno constitui um “desafio de construção na Saúde, de um conhecimento interdisciplinar e que resulte em articulação com as práticas do campo”. (Schraiber et al., 2009, p. 1020)

Ademais, reconhecendo a magnitude da problemática e entendendo que para alcançar a quebra do ciclo da violência intrafamiliar e extrafamiliar que afeta a sociedade atual e, assim, atuar diretamente na sua prevenção e enfrentamento, entendemos que se faz necessário, além da notificação eficaz dos casos, medidas de promoção de relações equitativas de gênero e geração, que valorizem o adolescente como cidadão e portador de direitos. Em função disso, nesse estudo, buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: qual a situação da violência contra o adolescente no município de Curitiba e qual sua articulação com questões de gênero e geração?

A finalidade desse estudo é subsidiar ações pautadas nos referenciais da Saúde Coletiva, levando em consideração as categorias gênero e geração para ampliar o reconhecimento e vislumbrar possibilidades de enfrentamento da violência contra o adolescente no trabalho em rede.

## ***2 Objetivos***

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Analisar o fenômeno da violência contra o adolescente à luz das categorias gênero e geração.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Conhecer as características da violência contra o adolescente a partir de dados obtidos pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência, no município de Curitiba.
- Identificar e analisar o perfil da violência contra o adolescente no município à luz das categorias gênero e geração.
- Conhecer as especificidades da realidade da violência contra adolescentes abrigados no município de Curitiba.

### ***3 Referencial teórico metodológico***

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 3.1 A ADOLESCÊNCIA COMO FENÔMENO HISTÓRICO-SOCIAL

Os principais critérios adotados para definir adolescência no Brasil são os utilizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos (Brasil, 2010) e o utilizado pelo Ministério da Saúde que considera adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos (Brasil, 2009), a despeito de partirem apenas do enfoque cronológico. Por estar inserido em uma fase de oposição à infância e à idade adulta, o adolescente acaba correndo o risco de se sentir desqualificado, na medida em que não é mais criança, mas também ainda lhe faltam a competência e a maturidade necessária para assumir a posição adulta (Oliveira, 1997).

O adolescente vive um período novo na vida, marcado pela definição do seu papel dentro do círculo social em que está inserido, pelo estabelecimento de novas relações sociais e pela criação da sua própria identidade. A adolescência representa um momento de transformação, transposição e autoafirmação, de modo que o que era novo deixa de ser e dá lugar a novas experiências, que irão contribuir para o seu amadurecimento (Brêtas et al., 2008).

Há definições que contrariam a visão exclusivamente cronológica e caracterizam o processo de adolecer a partir da visão de mundo materialista histórica e dialética, uma vez que a visão naturalizante e cronológica da adolescência opõem-se ao caráter sócio-construído do termo e à complexidade que o tema sugere, perpassado pela situação de gênero, classe social e contexto sócio-cultural (Traverso-Yépes, Pinheiro, 2002).

Em estudo pioneiro sobre a adolescência, Ayres (1994) propõe a utilização dos conceitos integrador e estratégico para definir a adolescência como foco das ações de saúde. Nas ações desenvolvidas sob a ótica do polo integrador, acaba por condicionar o objeto adolescência à dimensão biológica e a restringir as ações a esse público

àquelas decorrentes dessa condição naturalizada, especialmente nas perspectivas biológicas, psicológicas, sociológicas e epidemiológicas. Em oposição a essa ideia, há o conceito estratégico, ou seja, um *conceito rede*, capaz de apreender as demandas de saúde e a determinação social das necessidades de saúde concretas do público adolescente.

Ao adotar o conceito estratégico, a idade deixa de ser a perspectiva essencial do objeto adolescência, passando a ser apenas um dos elementos empíricos, e não necessariamente o melhor para caracterizar o público adolescente. Nesse sentido, compreendem-se ainda aspectos relacionados à raça, gênero, geração, além de outros associados à inserção escolar, a relação com o mercado de trabalho, conjugalidade e demais características de sociabilidade (Ayres, 1994).

A diversidade de experiências vividas, relacionadas ao grau e ao tipo de responsabilidade doméstica, à vivência na escola, à inclusão nas diferentes redes sociais, atividades de lazer e a prática da cidadania também geram diferenciações na identidade de adolescentes e jovens da mesma faixa etária e pertencentes a uma mesma classe socioeconômica (Ayres, 2012).

É necessário, portanto, romper com a naturalidade em que se divide a vida de qualquer indivíduo em infância, adolescência, vida adulta e velhice. Muito embora, sob a ótica da biologia, todos passem por essas etapas, faz-se necessário destacar o forte conteúdo social inerente a essas etapas, refletindo a própria organização e complexidade de diferentes culturas (Minayo, 1990).

Nesse conceito, é possível afirmar que, para os adolescentes, as manifestações do processo saúde-doença não se evidenciam principalmente sob a forma de agravos orgânicos, portanto, a promoção da saúde para essa população deve ser pensada como muito mais que apenas a ausência de doença. Assim, a ruptura das formas históricas de intervenção no processo saúde-doença ocorrerá quando os serviços de saúde responderem às necessidades de saúde da população, ao invés do atendimento às demandas por cuidados na vigência da doença. Nesse

sentido, a adolescência diz respeito à dimensão estrutural do processo, enquanto o adolecer refere-se à dimensão particular e o adolescente à dimensão singular (Oliveira, 1997).

Especificamente a respeito da violência contra o adolescente, esta assume características diferentes, se comparada à violência contra a criança ou contra o adulto, por exemplo. No caso do adolescente, assume características peculiares devido às mudanças físicas, intelectuais, sexuais e sociais vivenciadas nessa etapa de vida. As habilidades cognitivas de um adolescente estão mais desenvolvidas que a de uma criança. O adolescente possui força física comparável a de um adulto e as razões assemelham-se às de uma pessoa adulta. Há a ampliação das relações individuais e, normalmente, o início de relacionamentos afetivos e sexuais. Tais elementos podem estimular e desencadear mais conflitos familiares (Assis, Deslandes, Marques, 1994).

Considerar a etapa de vida adolescência sob o ponto de vista histórico, cultural e social significa olhá-la de uma maneira diferenciada, ultrapassando os aspectos biológicos e entendendo o adolescente como agente participante das transformações que ocorrem na sociedade. Isso remete para a importância e para a necessidade de visibilidade dos fenômenos que acometem essa população. É fundamental que os adolescentes sejam percebidos como participantes das relações humanas, como cidadãos e como sujeitos de direitos e que, por fim, tenham voz na sociedade.

### **3.2 A VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Para compreender o fenômeno da violência, especificamente a praticada contra a criança e o adolescente, é essencial desvinculá-la da visão unilinear de causa e efeito, contextualizando o fenômeno em sua dinâmica sócio-cultural e política, que repercute nas diferentes esferas do tecido social (Ferreira, 2002).



Partindo desse conceito para explicar a violência contra o adolescente, busca-se na teoria da determinação social do processo saúde-doença o alicerce que prevê que a causa última do comportamento do processo saúde-doença tem sua raiz na maneira como a sociedade se organiza para a construção da vida social (Fonseca, 2012).

Segundo Breilh (2006), o processo saúde-doença é a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, implicando, nos diversos grupos sociais, o surgimento de riscos ou potencialidades característicos. Cada grupo socioeconômico está exposto a diferentes níveis de qualidade de vida, portanto, está exposto a diferentes processos que levam ao aparecimento de doenças ou a formas de morte específicas. Os determinantes do processo saúde-doença desenvolvem-se mediante um conjunto de relações que compõem a sociedade e os modos de vida grupais, que podem adquirir propriedades protetoras – quando se convertem num favorecedor das defesas e suportes e estimulam uma direcionalidade favorável à vida humana, individual ou coletiva – ou destrutiva – quando se tornam um elemento destrutivo e provocam privação ou deterioração da vida humana, individual ou coletiva. Ressalta-se que um processo “pode corresponder a diferentes dimensões e campos da reprodução social e pode, além disso, tornar-se protetor ou destrutivo, conforme as condições históricas em que se desenvolva a coletividade correspondente” (Breilh, 2006, p. 203).

A partir dessa compreensão do papel central das relações entre o indivíduo, o coletivo e a organização da sociedade para o surgimento de potenciais de fortalecimento e desgaste que determinam diferentes formas de viver, adoecer e morrer, entende-se o fenômeno da violência como uma das vertentes do processo saúde-doença que acomete a população adolescente.

A determinação social do processo saúde-doença pressupõe uma relação dialética entre os fenômenos, que não se reproduzem igualmente em condições diferentes. Ou seja, além das causas diretamente relacionadas, é necessário observar o lugar que o indivíduo ou grupo

ocupa na sociedade (situação de classe) e a vivência social das diferenças biológicas que porta (gênero, geração e etnia) (Breilh, 2006).

A cultura, por meio do estabelecimento de diferentes normas, valores e costumes, constitui um dos determinantes na construção da violência, especialmente a que ocorre no interior do lar contra as crianças e os adolescentes (Ferreira, 2002). Quando perpetrada no ambiente domiciliar, a violência configura-se como um processo de dominação e demonstração de poder que emerge da dinâmica familiar, repercutindo, assim, em toda a família que a compartilha (Gomes et al., 2007).

Fonseca et al (2012) destaca que as relações desiguais de poder determinam a origem da violência que se passa no âmbito das relações familiares. De caráter cíclico e repetitivo, a violência constitui um fenômeno cujas consequências se estabelecem de duas maneiras: podem determinar ou ser determinadas por outras formas de violência.

### **3.3 AS CATEGORIAS GÊNERO E GERAÇÃO PARA COMPREENDER A VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE**

O conceito de gênero foi definido na década de 1980 em estudos feministas para compreender melhor as relações entre homens e mulheres, referindo-se ao sexo social e historicamente construído. Para a enfermagem, a utilização do conceito de gênero – iniciada no final da década de 1980 e início da década de 1990 – mostrou-se importante para compreender as consequências que decorrem das relações de gênero, sobretudo no processo saúde-doença de mulheres e homens (Fonseca, 2008).

Atualmente, o conceito de gênero é mais abrangente e busca a compreensão das relações sociais historicamente construídas que se estabelecem entre homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens, bem como romper a dualidade homem/mulher e as amarras da heterossexualidade (Fonseca, 2008).

Assim, gênero é definido como:

Gênero pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. O primeiro refere-se às diferenças anatomofisiológicas, portanto, biológicas, existentes entre homens e as mulheres; o segundo diz respeito à expressão que assumem essas diferenças nas distintas sociedades, no transcorrer da história (Fonseca, 2008 p. 19).

O sexo social e historicamente construído é, portanto, o resultado das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como um dos elementos que constituem essas mesmas relações, nas quais as diferenças entre homens e mulheres são apresentadas como naturais e inquestionáveis. A análise do sexo social revela condições desiguais de exercício de poder, nas quais as mulheres ocupam posições subalternas e secundárias em relação aos homens (Fonseca, 1997).

As origens das desigualdades de gênero são explicadas por Scott (1995) por meio de três proposições: teorias do patriarcado, teorias de orientação marxista e a teoria psicanalítica.

A primeira, teoria do patriarcado, aponta que a subordinação das mulheres está ligada à “necessidade” do macho dominar as mulheres. Scott (1995) afirma que a teoria do patriarcado é limitada, pois não explica a relação das desigualdades de gênero com outras desigualdades e, por estar baseada apenas nas diferenças físicas entre homens e mulheres, não permite a construção sócio, histórica e cultural do gênero.

A segunda teoria, de orientação marxista, apresenta uma abordagem mais histórica. Aponta o patriarcado e o capitalismo como sistemas separados, mas em interação, como os responsáveis pela dominação feminina. Pois, famílias, lares e sexualidade são produtos da mudança dos modos de produção. Contudo, Scott (1995) contrapõe a ideia ao afirmar que, ao tratar o conceito de gênero como subproduto de estruturas econômicas, não se permite o seu estudo como próprio estatuto de análise.

A terceira, teoria psicanalítica, está dividida entre a teoria anglo-americana das relações de objeto e a pós-estruturalista francesa. Baseia-

se na psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais, a partir das primeiras etapas do desenvolvimento da criança. Enquanto a escola das relações de objeto coloca a ênfase sobre a influência da experiência concreta na formação da identidade de gênero, a escola pós-estruturalista destaca o papel central da linguagem, comunicação, interpretação e representação de gênero. As escolas que compõem a teoria diferem também sobre o inconsciente, enquanto, para os pós-estruturalistas, o inconsciente é fundamental para a construção do sujeito, para a escola das relações de objeto não o é. Para Scott (1995), a teoria psicanalítica limita o conceito de gênero à família e à experiência doméstica, desligando-o de outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder.

Para a mesma autora, o conceito de gênero pode ser entendido como:

O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (Scott, 1995 p. 21).

Assim, o uso da categoria gênero é uma maneira de indicar as construções sociais, ou seja, a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis de homens e mulheres (Scott, 1995).

A afirmação de Beauvoir (2009), “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, demonstra que o gênero é uma construção cultural que ocorre ao longo dos séculos, marcada pelas relações sociais de homens e mulheres. Essa construção se estabelece no cotidiano e é reforçada pelos símbolos, leis, normas, costumes, valores, instituições e pela subjetividade. Assim, “a construção, tanto da feminilidade como da masculinidade, se dá sobre corpos biológicos imersos num social que os transforma e é transformado por eles” (Fonseca, 2008 p. 16).

Considerando que a categoria gênero não pode ser usada isoladamente para a interpretação dos fenômenos, faz-se necessário buscar a compreensão da realidade por meio de uma alquimia de categorias sociais (gênero, raça, geração), iluminando-se umas ou outras,

ou a junção de várias, a depender do fenômeno a ser estudado, pois, como afirma Fonseca (2008):

Reconhecer a articulação de diversas categorias (classe, etnia, gênero, geração, orientação sexual, religião) conduz também a perceber e a conceituar as relações de poder de modo diferenciado. Não é simplesmente compreender e aceitar a mulher como dominada e o homem como dominador. Isso seria uma grande simplificação de relações de poder muito mais complexas, que estão presentes como uma rede no social (Fonseca, 2008 p. 25).

O conceito de gênero permite visualizar que as relações de dominação e subordinação repetem-se entre e dentro das classes sociais, etnia e gerações. Em nossa sociedade, o valor é hierarquizado de tal maneira que, no gênero, vale mais o homem; nas etnias, o branco; nas classes sociais, o rico; e, na geração, o adulto (Franzoi, 2011).

A estrutura de gênero vigente possui implicações nas relações sociais e na maneira de viver das pessoas, nos diferentes grupos sociais, pois configuram contextos de interação específicos e repercutem nos processos de subjetivação individual, delineando, assim, possibilidades e limitações. Norbert Elias, citado por Traverso-Yépes e Pinheiro (2005), destaca que as relações de gênero e de classe social exprimem relações de poder, nem sempre experimentadas de modo reflexivo, apesar das contradições e hierarquias criadas.

Para Teles e Melo (2003), o conceito de violência de gênero demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pela ideologia androcêntrica, induzem relações violentas entre os sexos. Esse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. Assim, não é a natureza a responsável pelos padrões e limites sociais que determinam comportamentos agressivos aos homens e dóceis e submissos às mulheres, mas os costumes, a educação e os meios de comunicação que criam e preservam os estereótipos que reforçam a ideia de que o sexo masculino tem o poder de controlar a mulher, seus desejos, opiniões e liberdade.

A violência está amparada na existência de um agressor em condições superiores às da vítima, condições essas relacionadas à geração, força, poder social, condição econômica, inteligência e autoridade. Nessas condições, o agressor perpetra um dano físico, psicológico ou sexual, contrário à vontade da vítima ou por consentimento obtido por meio de indução ou sedução enganosa (Assis, Deslandes, Marques, 1994). Certamente, entre as condições de superioridade do agressor em relação à vítima, podemos incluir aquelas relacionadas ao gênero.

Assis, Deslandes e Marques (1994) afirmam que a violência contra o adolescente, embora repudiada pela sociedade, ainda é um fato cotidiano. Apesar de ser um fenômeno que acomete adolescentes de todas as classes sociais, sua ocorrência é maior nos grupos sociais que mais sofrem com as consequências negativas da desigualdade social.

No caso da população adolescente, o gênero determina o grau, maior ou menor, de autonomia, de possibilidades de escolha e de acesso à universalidade. O crivo da categoria gênero incide sobre grupos sociais favorecidos, intelectualizados e cosmopolitas, contudo, é ainda mais rigoroso ao tratar das classes mais pobres, excluídas do campo formal e esmagadas sob hierarquias e desigualdades (Lavinias, 1997).

A violência é inerente às contradições nas relações de gênero e nas relações étnico-raciais. As relações de classe e intergeracionais caracterizam-se como assimétricas e legitimam, portanto, o caráter de dominação e exploração da violência. Embora o adulto sempre caracterize o poder frente à criança e ao adolescente, tal força e autoridade duplicam-se quando o adulto é homem e a criança ou adolescente é mulher (Saffioti, 1997).

Sabe-se, no entanto, que o caráter androcêntrico e adultocêntrico da sociedade atual legitima a relação de dominação que se polariza entre homens, de um lado, e mulheres e crianças de outro. Dessa forma, é natural que mulheres, crianças e adolescentes sejam forçados a subjugarem-se à autoridade dos homens (Graziano, 2012).

As relações de gênero permeiam todo o tecido social e, embora se manifestem de formas particulares nos diferentes grupos sociais, elas mantêm a hierarquização como marca. Dessa forma, o cotidiano da família é fortemente influenciado pela organização de gênero que, vigorando para além do espaço doméstico, manifesta-se nas relações intrafamiliares. A hierarquização de gênero perpassa tempos e rotinas, jogos e brincadeiras, perspectivas e projetos de futuro, reproduzindo os papéis de gênero vigentes no grupo social, ao qual pertencem os sujeitos implicados (Traverso-Yépes, Pinheiro, 2005).

Para explicar como se dá a relação violenta entre pais ou responsáveis e filhos, Saffioti (1989) discorre sobre o conceito de Pequeno Poder. Define o poder como adulto, macho, branco e rico, estando, portanto, a criança e o adolescente no final dessa hierarquia do poder. A *síndrome do Pequeno Poder* ocorre por meio de relações interpessoais e transgeracionais, em que o agressor detém pequenas parcelas de poder e necessita alcançar cada vez mais poder nessa relação. Nesse caso, o agressor abusa da sua autoridade perante a criança ou o adolescente. Esse fenômeno é legitimado pela sociedade e está presente em todas as classes sociais.

Para compreender o fenômeno da violência contra o adolescente, é necessário incorporarmos também a categoria geração em sua análise. Sarmiento (2005) apresenta o conceito de Karl Mannheim (1993[1928]) para geração como um grupo de pessoas nascidas na mesma época, que viveu os mesmos acontecimentos sociais durante a sua formação e crescimento e que compartilha a mesma experiência histórica, significativa para todo o grupo, originando uma consciência comum que se estabelece ao longo da vida.

Em uma reconstrução do conceito de geração, que objetiva historicizar o conceito, sem perder de vista as dimensões estruturais e interacionais, Sarmiento (2005) o define como:

O conceito de geração não só nos permite distinguir o que separa e o que une, nos planos estrutural e simbólico, as crianças dos adultos, como as variações dinâmicas que nas

relações entre crianças e entre crianças e adultos vai sendo historicamente produzido e elaborado (Sarmiento, 2005, p. 367).

O autor acrescenta sobre o conceito de geração:

[...] é um constructo sociológico que procura dar conta das interações dinâmicas entre, no plano sincrônico, a *geração - grupo de idade*, isto é, as relações estruturais e simbólicas dos atores sociais de uma classe etária definida, e no plano diacrônico, a *geração - grupo de um tempo histórico definido*, isto é, o modo como são continuamente reinvestida de estatutos e papéis sociais e que desenvolvem práticas sociais diferenciadas os atores de uma determinada classe etária, em cada período histórico concreto. São as múltiplas implicações da infância como grupo de idade nas sucessivas infâncias historicamente datadas e suas relações com os adultos (Sarmiento, 2005, p. 367).

É importante ressaltar que, conforme citam Ayres (2012), Oliveira (1997) e Ozella (2008), a adolescência é um conceito construído historicamente e socialmente, e não mero produto de transformações hormonais e biológicas. É na dialética objetividade/subjetividade que são constituídos os significados sobre a adolescência, sendo essa trama de significados extremamente complexa, pois sofre as determinações de gênero, classe, cultura e geração (Ozella, 2008).

Sendo assim, considera-se que entender a violência contra o adolescente baseada na perspectiva de gênero e geração permite situar o fenômeno como um reflexo dos problemas sociais atuais, articulado às desigualdades e disputas de poder e pautado nas transformações históricas.



## ***4 Material e método***

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e transversal, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa sobre o fenômeno da violência contra o adolescente, notificada na Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município de Curitiba, e sobre as especificidades da realidade da violência contra adolescentes abrigados na capital paranaense.

A pesquisa quantitativa objetiva explicitar dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Ela é lógica em sua racionalidade científica, apresenta expectativas pré-concebidas, sendo útil em estudos que necessitam de mensuração (Minayo, 2008).

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das representações, das relações, das crenças, das percepções, das opiniões, que são o produto das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. É capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (Minayo, 2008).

Os métodos de pesquisa qualitativo e quantitativo são interdependentes, interagem e não podem ser pensados de forma dicotômica. Sabendo que o objeto de estudo da pesquisa social é o ser humano e a sociedade, não é possível a sua revelação e compreensão utilizando-se apenas números e resultados, mas sim é necessária a busca, pelo pesquisador, dos significados da ação humana que constrói a história (Minayo, 2008).

O marco teórico-metodológico que fundamenta esse estudo é a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), partindo da visão de mundo materialista, histórica e dialética. Conforme Egry (1996), a TIPESC:

Na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção (Egry, 1996, p. 103).

Existem três dimensões da realidade objetiva a serem consideradas na operacionalização da TIPESC: 1) a *dimensão estrutural*, que compreende os processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e do desenvolvimento das relações de produção, da formação econômica e social e das formas político-ideológicas derivadas; 2) a *dimensão particular*, que compreende os processos de reprodução social manifestos nos perfis epidemiológicos de classe, integrados pelos perfis de reprodução, perfil de saúde-doença e perfis de práticas e ideologias em saúde; 3) a *dimensão singular*, que compreende os processos que, em última instância, levam a adoecer e a morrer. Essas dimensões representam um âmbito ou enfoque, na qual a realidade objetiva será analisada a fim de intervir sobre ela (Egry, 1996).

A TIPESC apresenta como proposta sistematizadora cinco etapas, que são: 1) captação da realidade objetiva; 2) interpretação da realidade objetiva (busca das contradições dialéticas existentes na realidade objetiva); 3) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva (estabelecimento de prioridades, de acordo com as vulnerabilidades de espaço, conteúdo e forma); 4) intervenção da realidade objetiva (desenvolvimento do que foi planejado para a superação das contradições dialéticas da realidade objetiva); 5) reinterpretação da realidade objetiva (avaliação de processos e produtos a fim de explicitar as contradições dialéticas surgidas a partir da execução das fases anteriores) (Egry, 1996).

As etapas de descrição do cenário de estudos, análise da violência contra o adolescente notificada pela Rede de Proteção e análise das entrevistas com adolescentes abrigados, compreendem o

desenvolvimento de duas das cinco etapas propostas pela TIPESC: a Captação e a Interpretação da Realidade Objetiva.

Ressalta-se que para a realidade objetiva analisada nessa pesquisa, a dimensão estrutural é constituída pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência e pelo Plano de Ação de Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes; a dimensão particular é formada pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência e a dimensão singular diz respeito às instituições notificadoras da Rede Local e as unidades de abrigamento institucional.

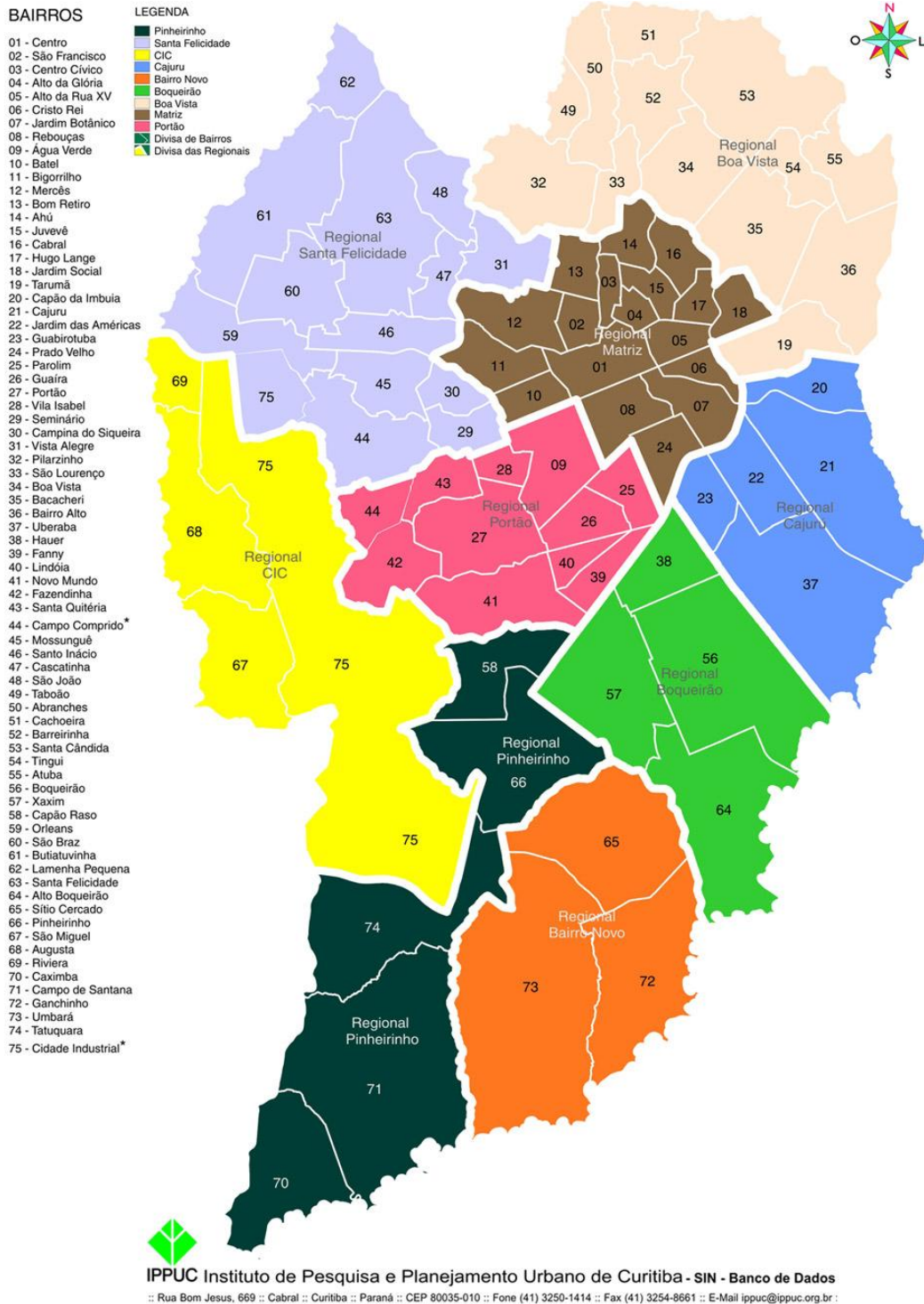
Como contradição dialética estabelecida na dimensão estrutural da Realidade Objetiva, pode-se citar a existência da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que orienta a atuação do setor saúde no contexto da violência e define a violência praticada contra crianças e adolescentes como alvo prioritário de atenção. Em oposição, está o fato de que adolescentes e jovens são, atualmente, os maiores afetados pela violência no Brasil (Brasil, 2012).

Estudar a violência contra o adolescente notificada no município de Curitiba implica perceber, primeiramente, em que contexto esses adolescentes e suas famílias produzem e reproduzem suas vidas. Dessa forma, surge a necessidade de buscar os fenômenos e contradições existentes nas diferentes dimensões da realidade objetiva que os acolhe.

#### **4.1.1 CENÁRIO DE ESTUDO**

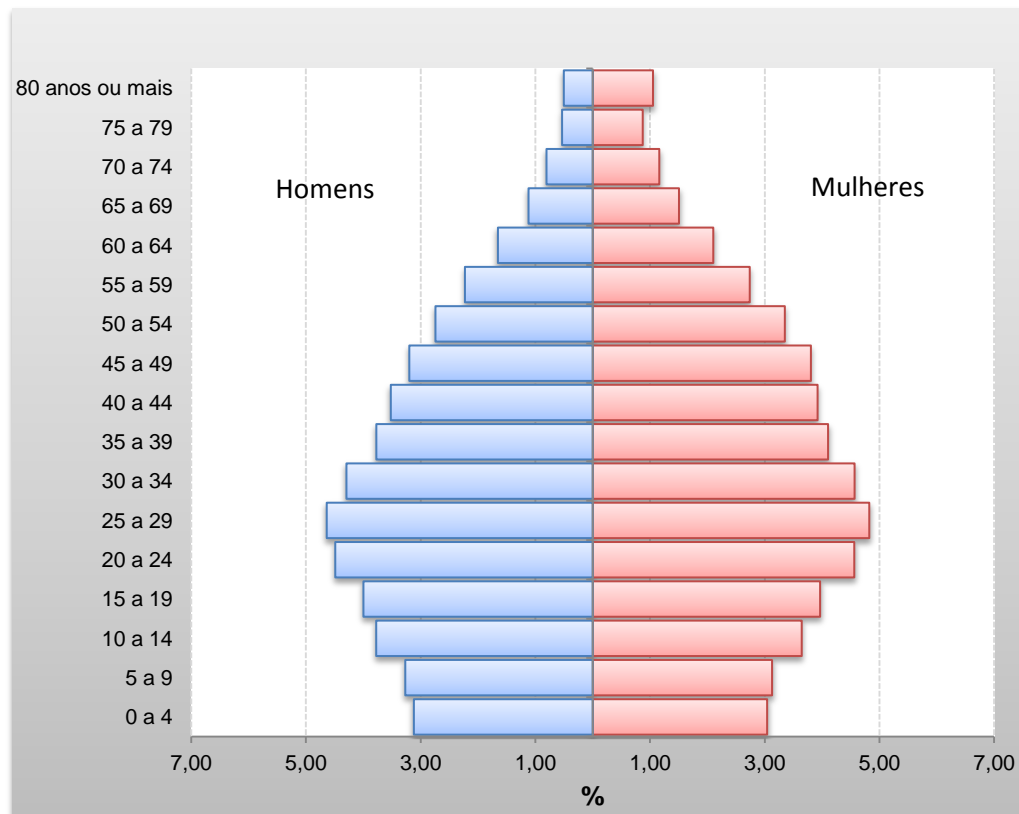
O estudo foi desenvolvido no município de Curitiba, capital do estado do Paraná. A cidade de Curitiba é composta por nove regionais administrativas (Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade), que abrangem 75 bairros (Figura 1).

**Figura 1 – Mapa das regionais administrativas e bairros do município de Curitiba**



**Fonte:** Guia Geográfico de Curitiba (2012)

A pirâmide populacional do município (Figura 2), caracterizada pela base larga e pelo afunilamento do topo da pirâmide, revela a existência de uma expressiva população jovem e adulta jovem.

**Figura 2 – Pirâmide etária de Curitiba**

**Fonte:** IPPUC (2012)

Entre as décadas de 1970 e 1980, o município de Curitiba apresentou um expressivo crescimento na sua população de jovens. Nesse período, a taxa de crescimento para a população jovem de 15 a 19 anos residente no núcleo urbano foi de 5,87% ao ano. Contudo, nas décadas seguintes, houve diminuição desse crescimento. Entre os anos de 1980 e 1991, e 1991 e 1996, e 1996 e 2000, as taxas de crescimento desse segmento foram 0,68%, 3,30%, e 0,71% ao ano, respectivamente; entre os anos de 2000 e 2010, a taxa passou a indicar redução no percentual de crescimento anual da população jovem, passando para 0,95% ao ano (IPPUC, 2012).

Dados do último censo demográfico, realizado em 2010, apontam que a população da cidade de Curitiba é de 1.751.907 habitantes. Desses, 269.505 são adolescentes entre 10 a 19 anos. Entre a população adolescente, há uma pequena prevalência de adolescentes do sexo masculino em relação ao feminino. Na faixa etária entre 10 e 14 anos, são

66.150 do sexo masculino e 63.843 do sexo feminino. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, 70.051 são do sexo masculino e 69.461 do sexo feminino. Em relação à cor da pele, 1.381.938 pessoas se declaram brancas, 49.978 pretas, 23.138 amarelas, 294.127 pardos e 2.693 indígenas (IPARDES, 2012).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) municipal é de 0,856 e o município ocupa a 16ª posição no ranking nacional de IDH. Já o Índice de Desenvolvimento Infantil é de 0,746 no município (IPARDES, 2012).

A população de crianças e adolescentes de Curitiba está concentrada nos bairros mais periféricos e de ocupação recente, como Cidade Industrial (40.666 jovens), Sítio Cercado (27.840 jovens) e Cajuru (21.329 jovens) (IPPUC, 2012).

A taxa de alfabetização na faixa etária de 10 a 14 anos é de 99,02% e, na faixa etária de 15 a 19 anos, é de 99,46%, revelando-se superior à taxa do estado do Paraná (91,9%). A taxa de analfabetismo na população jovem é de 3,4. Esse indicador é menor que os registrados no Brasil, na Região Sul do país ou no Paraná: 13,6; 7,7 e 9,5, respectivamente (IPPUC, 2012).

A principal causa de morte na população adolescente de Curitiba, no período de 2000 a 2007, foi decorrente de causas externas, entre as quais encontram-se as relacionadas à violência. No ano 2000, o fator “causas externas” foi responsável por 74% dos óbitos dos adolescentes. Em 2007, esse índice aumentou para 81% dos óbitos. As mortes por homicídio ocuparam o primeiro lugar, enquanto as causas por fatores não específicos e as causas de intenção indeterminada representaram a segunda causa de morte. Já os acidentes de trânsito ocuparam o terceiro lugar (Maier, 2012).

A seleção do município de Curitiba para o presente estudo deu-se devido ao pioneirismo de sua Secretaria Municipal de Saúde na notificação e enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, atribuindo à Rede de Proteção experiência e êxito na abordagem da problemática.

## 4.2 FONTES DE DADOS EMPÍRICOS

A coleta de dados aconteceu em duas etapas. A primeira, quantitativa, buscou caracterizar a violência contra o adolescente, notificada no município. A segunda etapa, qualitativa, dedicou espaço para aprofundar o conhecimento sobre a realidade da violência contra os adolescentes abrigados e notificados pela Rede de Proteção do Município de Curitiba.

As fontes secundárias foram constituídas pelas informações que compõem o banco de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, por dados sócio-demográficos do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) e por dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES).

As fontes primárias foram constituídas pelos discursos de adolescentes vítimas de violência, residentes em instituições de abrigo<sup>1</sup> não governamentais do município de Curitiba. Esses dados foram coletados nessas instituições, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, mediante a concordância dos participantes para utilização desse recurso.

Justifica-se a entrevista de adolescentes abrigados porque muitos deles, sobretudo aqueles com reincidência de notificação na Rede de Proteção, são encaminhados a essas unidades quando se encontram em situação de violência extrema.

---

<sup>1</sup> Os termos abrigo e acolhimento são utilizados como sinônimos, tanto em trabalhos como em documentos oficiais, porém, para a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, abrigo se refere à instituição e acolhimento “à formação de vínculo afetivo entre o profissional e o adolescente atendido” (Curitiba, 2008, p.79). Nesse trabalho será seguida a orientação da Rede de Proteção, exceto quando se tratar de documento oficial ou citação de autores.



Destaca-se que o Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento (Brasil, 2010), realizado nos anos de 2009 e 2010, contabilizou 36.929 crianças e adolescentes abrigados em todo o país: 2.114 na Região Centro-Oeste, 3.710 no Nordeste, 1.051 no Norte, 21.730 no Sudeste e 8.324 no Sul do Brasil.

No Brasil, as principais causas de abrigamento são a negligência (37,6%), seguida pela dependência química ou alcoólica dos pais ou responsáveis (20,1%) e pelo abandono dos pais ou responsáveis (19,0%). Dados apontam que 53% da população infanto-juvenil acolhida é do sexo feminino e 47% do sexo masculino. Em relação à faixa etária dos acolhidos, 24,7% têm até cinco anos, 35,7% têm entre 6 e 11 anos, 28,9% têm entre 12 e 15 anos, 10,1% têm entre 16 e 17 anos e 0,6% não têm a idade informada. Evidencia-se, portanto, que a população adolescente constitui parte significativa dos acolhidos no país, representando 39% do total (Brasil, 2010).

O município de Curitiba conta com 40 instituições de abrigamento para crianças e adolescentes. Dessas, 21 atendem crianças e adolescentes, 12 assistem apenas crianças e sete dedicam-se apenas aos adolescentes. Das 40 instituições da cidade, 32 são conveniadas com órgãos particulares (organizações não governamentais) e oito pertencem à Fundação de Assistência Social do Município.

### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os elementos da fonte secundária foram as notificações dos adolescentes na faixa etária entre 10 a 18 anos, 11 meses e 29 dias<sup>2</sup>, notificados pelos equipamentos da Rede Local e compilados na base de dados da Rede de Proteção do Município de Curitiba, no período de 2010 a 2012.

---

<sup>2</sup> O presente estudo respeita a classificação de adolescência do Ministério da Saúde que considera adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos (Brasil, 2009). Contudo, justifica-se que a Rede de Proteção de Curitiba compila em seu banco de dados as notificações de adolescentes até 18 anos, 11 meses e 29 dias completos.

A escolha do período de estudo se deu devido aos Grupos de Pesquisa a que esse projeto está vinculado já terem realizado estudos com a base de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente de Curitiba até o ano de 2009. Portanto, esse estudo dará continuidade a pesquisas já realizadas no cenário descrito sobre a temática violência.

Os sujeitos das fontes primárias foram adolescentes de 10 a 19 anos, notificados pelos equipamentos da Rede Local e residentes em unidades de abrigo institucional do município de Curitiba. A escolha dessa faixa etária respeita a classificação do Ministério da Saúde a respeito de adolescência (Brasil, 2009).

Foi realizado um contato prévio com as instituições de acolhimento e, após consentimento do coordenador da instituição, foi agendado o dia e horário para a realização do convite para a entrevista aos adolescentes residentes na instituição. Participaram adolescentes de quatro instituições vinculadas a organizações não governamentais do município de Curitiba. A seleção das instituições foi aleatória, bem como a seleção dos adolescentes entrevistados.

Os adolescentes foram convidados pela pesquisadora para participarem do estudo no próprio local em que estão abrigados. A conversa com eles se deu em ambiente reservado, a fim de apresentar o projeto e explicitar os objetivos, riscos e benefícios do estudo, de maneira clara e considerando a linguagem apropriada. Foi garantido que eles eram livres para não participarem da pesquisa se não o quisessem, bem como que a pesquisa poderia ser interrompida a qualquer momento e sem a necessidade de justificativa.

A entrevista foi realizada na própria instituição, em local reservado, a fim de garantir a privacidade dos participantes, visto que o envolvimento no estudo apresentava risco (mínimo) para o adolescente de constrangimento em responder às questões da entrevista e por suscitar a vivência de situações relativas à violência.

Como critério de inclusão, foram definidos: ser adolescente, possuir idade entre 10 e 19 anos, ter tido situação de violência notificada na Rede

de Proteção, estar abrigado em uma instituição do município e aceitar fazer parte da pesquisa. Como critérios de exclusão, foram considerados a idade inferior a 10 anos, não estar abrigado em uma instituição do município de Curitiba ou recusar-se a participar da pesquisa.

O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação, a partir da repetição das informações (Minayo, 2008).

Para assegurar o anonimato dos participantes e facilitar a compreensão sobre a contextualização das falas, os entrevistados foram identificados com a letra A, seguido da letra F ou M para indicar o sexo, e numerados a partir do algarismo arábico um, de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

#### **4.4 TIPOS DE ANÁLISE**

Os dados das fontes secundárias foram tabulados no programa Excel (2007). Posteriormente, os dados foram transportados para o Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0, e submetidos à análise estatística. No Programa SPSS, foram geradas as medidas de posição (média, mediana, valores máximo e valores mínimos) e de variabilidade (desvio padrão). Todos os resultados apresentados foram calculados com base no total de casos válidos (não brancos), ou seja, os que estavam preenchidos no banco de dados. Os dados que não estavam preenchidos não foram contabilizados.

Com base na caracterização do estudo, a análise foi fundamentada na estatística descritiva e na realização de testes para a comparação entre as variáveis qualitativas. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências e percentuais. Para comparar grupos em relação à média de idade, foi considerado o modelo de análise da variância com um fator (ANOVA) e o teste LSD (*least significant difference*) para comparações múltiplas. A associação entre duas variáveis qualitativas foi avaliada usando-se o teste de Qui-quadrado.

Quando o valor de significância calculado ( $p$ ) foi menor que 0,05, a diferença entre as associações foi considerada estatisticamente significativa.

Os dados das fontes primárias foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), caracterizada como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2009, p. 73).

A análise de conteúdo é constituída por quatro etapas: organização da análise, codificação, categorização e inferência.

A primeira etapa compreende a organização da análise e tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, para conduzir o desenvolvimento de operações consecutivas. É composta pela leitura flutuante do material, a fim de estabelecer o primeiro contato com o documento, permitindo-se “invadir por impressões e orientações” (Bardin, 2009, p.122). Dessa forma, a leitura torna-se mais precisa e daí emergem hipóteses e objetivos. A hipótese é a afirmação provisória que será verificada por meio dos procedimentos de análise. Trata-se de uma suposição originada da intuição e que necessita ser submetida à prova de dados seguros. O objetivo é a finalidade geral a que o pesquisador se propõe (Bardin, 2009).

A codificação corresponde à segunda etapa, a transformação dos dados, por recorte, agregação ou enumeração, que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, a unidade de registro. Trata-se da significação de um segmento de conteúdo, considerada como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial. As unidades de registro mais utilizadas são a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento e o documento (Bardin, 2009). Após a transcrição dos discursos e da leitura extenuante, foram destacados, com

canetas coloridas, os trechos dos discursos que continham informações significativas para o presente estudo.

A terceira etapa compreende a categorização que classifica os elementos constitutivos de um conjunto e os reagrupa segundo o gênero. As categorias reúnem um grupo de elementos com características comuns. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido) e expressivo. Essa etapa objetiva fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 2009).

A fim de organizar o conteúdo, todos os trechos destacados na etapa anterior foram reagrupados, originando um novo documento, como forma de desvendar os significados ainda ocultos. Após nova leitura, as unidades de significado foram selecionadas, permitindo interpretar e encontrar a essência do discurso.

A última etapa da análise de conteúdo é a inferência, que permite que os conteúdos recolhidos constituam dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações gerais e individuais das entrevistas (Bardin, 2009). Nessa etapa, emergiram as seguintes **categorias empíricas: A vida marcada pela violência; O adolescente frente à violência: “ninguém acredita em mim!”; O impacto da violência na vida do adolescente.**

A base teórica que alicerçou a análise dos dados foi constituída pelas categorias de análise gênero e geração.

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob protocolo nº 222.566 e seguiu a Resolução 196/96, substituída pela Resolução 446/2011 do CONEP (ANEXO 2).

No início de cada entrevista, cada adolescente recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que explicou os objetivos da pesquisa em linguagem clara, assim como lhes garantiu o anonimato em futuras publicações. O TCLE deixou claro que participar ou não dessa pesquisa não envolveria nenhum tipo de risco para o participante ou para a instituição em que ocorreram entrevistas, bem como informou o meio de contato com a pesquisadora responsável e com o Comitê de Ética que aprovou a pesquisa.

Devido aos participantes dessa pesquisa possuírem idade inferior a 18 anos, o TCLE destinados a eles também foi assinado pelo coordenador da instituição de abrigamento. Os coordenadores das instituições em que os adolescentes foram entrevistados também assinaram um segundo TCLE (APÊNDICE C), que assegurou a participação da instituição de abrigamento, de maneira anônima, nessa pesquisa.

Os TCLE foram assinados em duas vias, uma foi arquivada pela pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra via foi retida pelo responsável legal dos sujeitos entrevistados.

A permissão para a utilização do Banco de Dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência, que possibilitou o acesso aos dados secundários, havia sido obtida anteriormente junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sob Protocolo 75/2012 (ANEXO 3), com aprovação do projeto intitulado, Instrumentalizando os Profissionais da Atenção Básica para o Enfrentamento da Violência Contra a Criança, do qual a pesquisadora deste estudo atuou na fase de coleta de dados. O projeto supracitado é coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Emiko Yoshikawa Egry, coordenadora do grupo de pesquisa Bases Conceituais e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva e membro do grupo de pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem coordenado pela orientadora deste trabalho.

## ***5 Resultados quantitativos***

## 5 RESULTADOS QUANTITATIVOS

### 5.1 PANORAMA GERAL DA VIOLÊNCIA NOTIFICADA PELA REDE DE PROTEÇÃO

Entre 2010 e 2012, foram notificados 15.519 casos de violência contra a criança e o adolescente pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência no município de Curitiba. A violência contra crianças menores de 9 anos correspondeu a 56,07% das notificações e a violência contra adolescentes de 10 a 18 anos correspondeu a 43,03%.

Quanto à natureza, a negligência apareceu em 65,50% dos casos, seguida da violência física (15,14%), violência sexual (13,10%), violência psicológica (5,73%) e abandono (0,53%).

A violência doméstica representou 81,18% das notificações e a extrafamiliar foi indicada em 11,43% dos casos. Desses, 75,91% envolveram vítimas adolescentes.

Destaca-se que, entre as crianças, 94% das violências aconteceram no espaço doméstico, 5,37% foram extrafamiliares, 0,57% foram ignoradas e 0,06% foram autoagressões. Entre as vítimas adolescentes, o percentual de violências que ocorreram no espaço doméstico foi menor, correspondendo a 76,98% das notificações dessa faixa etária; a violência extrafamiliar foi notificada em 20,15% dos casos, autoagressões em 2,59% dos casos e 0,28% dos casos foram ignorados.

Os principais agressores foram a mãe – predominantemente negligência – (43,36%), outras pessoas que possuem relação com a vítima (24,64%) e ambos os pais (13,68%).

A negligência foi o tipo de abuso mais prevalente em ambos os sexos, sendo 70,09% para o masculino e 57,01% para o feminino.

Para o sexo masculino, destaca-se a violência física como o segundo tipo de violência mais notificado, atingindo 58,07% das notificações desse tipo de violência. Em relação ao sexo feminino, destaca-se a ocorrência de violência sexual, atingindo 77,07% das



notificações desse tipo de violência. Os principais autores da violência sexual são conhecidos da vítima, como vizinhos e amigos (26,75%), seguido do pai (12,77%) e do padrasto da vítima (10,49%).

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Nos anos de 2010, 2011 e 2012, houve 6.677 casos de violência contra adolescentes de 10 a 18 anos. Foram 2.093 casos em 2010, 2.322 em 2011 e 2.262 em 2012.

A caracterização dos adolescentes vítimas de violência no período estudado está na Tabela 1. O sexo feminino foi o mais acometido pela violência. A faixa etária que mais sofreu violência foi a de 10 a 14 anos, destacando-se o ano de 2010 com 66,79% (n=2093/6677) das notificações nessa faixa de idade. A média de idade das vítimas para os anos analisados foi de 13,4 anos, com desvio padrão (DP) de  $\pm 2,3$ .

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos adolescentes vítimas de violência notificada à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Variáveis           | 2010        |               | 2011        |               | 2012        |               | Total       |               |
|---------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
|                     | N           | %             | N           | %             | N           | %             | N           | %             |
| <b>Sexo</b>         |             |               |             |               |             |               |             |               |
| <i>Feminino</i>     | 1055        | 50,41         | 1180        | 50,82         | 1138        | 50,31         | 3373        | 50,52         |
| <i>Masculino</i>    | 1038        | 49,59         | 1142        | 49,18         | 1124        | 49,69         | 3304        | 49,48         |
| <b>Total</b>        | <b>2093</b> | <b>100,00</b> | <b>2322</b> | <b>100,00</b> | <b>2262</b> | <b>100,00</b> | <b>6677</b> | <b>100,00</b> |
| <b>Faixa Etária</b> |             |               |             |               |             |               |             |               |
| 10 —15              | 1398        | 66,79         | 1431        | 61,62         | 1442        | 63,75         | 4271        | 63,96         |
| 15 —19              | 695         | 33,22         | 891         | 38,37         | 820         | 36,25         | 2406        | 36,03         |
| <b>Total</b>        | <b>2093</b> | <b>100,00</b> | <b>2322</b> | <b>100,00</b> | <b>2262</b> | <b>100,00</b> | <b>6677</b> | <b>100,00</b> |

**Fonte:** CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

A violência prevaleceu na cor ou raça branca, seguida da parda e preta, como descrito na Tabela 2. Ressalta-se que a população do

município é majoritariamente branca (78,88%) (IBGE, 2010), justificando, assim, a maior ocorrência de casos nessa população.

**Tabela 2** – Cor/raça dos adolescentes vítimas de violência notificada à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Cor/raça     | 2010        |                | 2011        |               | 2012        |               | Total        |               |
|--------------|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--------------|---------------|
|              | N           | %              | N           | %             | N           | %             | N            | %             |
| Branca       | 1282        | 70,02          | 1523        | 74,08         | 1576        | 74,06         | 4381         | 72,83         |
| Parda        | 462         | 25,23          | 449         | 21,84         | 459         | 21,57         | 1370         | 22,78         |
| Preta        | 86          | 4,70           | 82          | 3,99          | 85          | 3,99          | 253          | 4,21          |
| Amarela      | ---         | ---            | 02          | 0,10          | 08          | 0,38          | 10           | 0,17          |
| Indígena     | 01          | 0,05           | ---         | ---           | ---         | ---           | 1            | 0,02          |
| <b>Total</b> | <b>1831</b> | <b>1000,00</b> | <b>2056</b> | <b>100,00</b> | <b>2128</b> | <b>100,00</b> | <b>6015*</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\*Em 662 notificações não foi registrado o dado sobre a cor ou raça dos adolescentes.

De acordo com a Tabela 3, os adolescentes que não possuem o Ensino Fundamental completo foram as maiores vítimas da violência.

**Tabela 3** – Escolaridade dos adolescentes vítimas de violência notificada à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Escolaridade       | 2010         |               | 2011          |               | 2012           |               | Total       |               |
|--------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|-------------|---------------|
|                    | N            | %             | N             | %             | N              | %             | N           | %             |
| Analfabeto         | 5            | 0,26          | 3             | 0,14          | 2              | 0,10          | 10          | 0,16          |
| Educação Infantil  | 7            | 0,36          | 2             | 0,09          | 2              | 0,10          | 11          | 0,18          |
| Ensino Fundamental | 1461         | 75,50         | 1623          | 74,45         | 1638           | 84,04         | 4722        | 77,87         |
| Ensino Médio       | 165          | 8,53          | 290           | 13,3          | 227            | 11,65         | 682         | 11,25         |
| Educação Especial  | 71           | 3,67          | 74            | 3,39          | 28             | 1,44          | 173         | 2,86          |
| Fora da Escola     | 226          | 11,68         | 188           | 8,63          | 52             | 2,67          | 466         | 7,68          |
| <b>Total</b>       | <b>*1935</b> | <b>100,00</b> | <b>**2180</b> | <b>100,00</b> | <b>***1949</b> | <b>100,00</b> | <b>6064</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\*Em 2010, em 158 notificações, não havia dados sobre escolaridade.

\*\*Em 2011, em 142 notificações, não havia dados sobre escolaridade.

\*\*\*Em 2012, em 313 notificações, não havia dados sobre escolaridade.

Em relação a vítimas portadoras de deficiências, observou-se que dentre todos os adolescentes notificados, 0,42% possuía alguma deficiência física e 1,96% possuía alguma deficiência mental.

Constatou-se também que, no momento da situação de violência, 440 adolescentes encontravam-se em período gestacional.

As vítimas residiam no município de Curitiba em 84,26% dos casos. Nos demais, 15,74%, os adolescentes residiam em algum município da Região Metropolitana de Curitiba, destacando-se os municípios de Colombo (3,23%) e Almirante Tamandaré (3,04%).

### 5.3 SOBRE A VIOLÊNCIA

Até 2011, quanto à frequência, a violência sofrida pelo adolescente era classificada como crônica (62,76%), primeira vez (34,37%) ou eventual (2,87%). Contudo, a partir de 2012, o dado deixou de ser registrado devido ao escasso preenchimento da informação na Ficha de Notificação.

A tabela 4 mostra que a violência contra o adolescente tem maior ocorrência no espaço doméstico, havendo, nesse universo, todas as naturezas de violência: negligência (75,48%), física (11,93%), sexual (6,79%), psicológica (5,35%) e abandono (0,45%). Os casos de violência extrafamiliar dizem respeito à violência física (49,70%), à violência sexual (44,80%), à violência psicológica (4,68%) e à negligência (0,82%).

**Tabela 4** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo o tipo da violência. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Tipo da Violência*   | 2010 |        | 2011 |        | 2012 |        | Total |        |
|----------------------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
|                      | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N     | %      |
| <b>Doméstica</b>     | 1625 | 78,13  | 1779 | 76,75  | 1736 | 76,78  | 5140  | 77,19  |
| <b>Extrafamiliar</b> | 411  | 19,76  | 473  | 20,41  | 462  | 20,43  | 1356  | 20,21  |
| <b>Autoagressão</b>  | 44   | 2,12   | 66   | 2,85   | 63   | 2,79   | 173   | 2,60   |
| <b>Total</b>         | 2080 | 100,00 | 2318 | 100,00 | 2261 | 100,00 | 6659  | 100,00 |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\* Em 18 notificações não foi registrado o tipo de violência.

Contraditoriamente, os locais em que mais ocorreram situações de violência nos anos analisados foram: via pública (73,34%), casa da vítima

(9,45%), instituição (7,26%) e casa do agressor (6,94%). No entanto, esse não é um dado confiável, visto que, em 95,25% das notificações, o campo não foi preenchido.

Conforme a Tabela 5, a natureza da violência que mais incide sobre os adolescentes é a negligência, seguida da violência física e sexual. No geral, as notificações mantiveram-se constantes no período analisado, excetuando-se a violência sexual, que aumentou 24%, de 2010 a 2012. Tal resultado pode ser mais devido ao aumento das notificações que da ocorrência de situações de violência, dado o incentivo que tem sido feito à notificação.

**Tabela 5** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo natureza da violência. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Natureza da Violência | 2010 |        | 2011 |        | 2012 |        | Total |        |
|-----------------------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
|                       | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N     | %      |
| <b>Negligência</b>    | 1211 | 57,86  | 1351 | 58,18  | 1331 | 58,83  | 3893  | 58,30  |
| <b>Física</b>         | 435  | 20,78  | 446  | 19,21  | 403  | 17,90  | 1284  | 19,23  |
| <b>Sexual</b>         | 282  | 13,48  | 335  | 14,43  | 351  | 15,50  | 968   | 14,50  |
| <b>Psicológica</b>    | 147  | 7,02   | 187  | 8,05   | 175  | 7,72   | 509   | 7,63   |
| <b>Abandono</b>       | 18   | 0,86   | 3    | 0,13   | 2    | 0,09   | 23    | 0,34   |
| <b>Total</b>          | 2093 | 100,00 | 2322 | 100,00 | 2262 | 100,00 | 6677  | 100,00 |

**Fonte:** CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

Houve associação estatística entre a condição de ser gestante e a natureza da violência sofrida ( $p < 0,001$ ). Entre as notificações de gestantes, 90,23% foram por negligência, 4,55% foram por abandono, 3,18% por violência sexual e 2,05% por violência psicológica.

A presença de lesões físicas decorrentes do ato violento foi indicada em apenas 24,13% ( $n=921$ ) dos casos. Considerando tais casos válidos, as principais lesões foram: hematomas na cabeça (21,97%), cortes na cabeça (15,37%), outros tipos de lesões (10,69%), hematomas em membro superior (10,53%), cortes em membro inferior (9,36%) e cortes em membro superior (9,02%). Os outros registros de lesões representaram 23,06%.

Percebeu-se que as lesões oriundas de violência sexual foram diferentes daquelas provenientes de outros tipos de violência. Em 99 casos de violência sexual, foram notificadas as lesões decorrentes dessa agressão. Em 25,3% dos casos foi registrada outra lesão em genital – diferente de corte ou hematoma – seguida de hematomas na cabeça (19,2%), cortes em genitais (18,2%) e hematomas no pescoço (17,2%), outras lesões corresponderam a 20,1% dos casos.

Na Tabela 6, pode-se observar que, no caso dos adolescentes brancos, pardos e negros, foi constatada associação estatística entre a cor ou raça e o tipo de violência sofrida ( $p=0,012$ ). Os adolescentes negros foram mais atingidos pela violência sexual, se comparados aos de cor branca e parda. Para essa análise, não foram considerados os indígenas, amarelos e o tipo de violência abandono em função do pequeno número de casos.

**Tabela 6** – Natureza da violência segundo a cor ou raça do adolescente, exceto amarelo e indígena e abandono. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Natureza da violência | Cor ou raça |        |       |        |       |        |
|-----------------------|-------------|--------|-------|--------|-------|--------|
|                       | Branca      |        | Parda |        | Preta |        |
|                       | N           | %      | N     | %      | N     | %      |
| <b>Negligência</b>    | 2527        | 57,84  | 791   | 58,03  | 129   | 50,99  |
| <b>Física</b>         | 829         | 18,97  | 284   | 20,84  | 46    | 18,18  |
| <b>Sexual</b>         | 663         | 15,18  | 188   | 13,79  | 58    | 22,92  |
| <b>Psicológica</b>    | 350         | 8,01   | 100   | 7,34   | 20    | 7,91   |
| <b>Total</b>          | 4369        | 100,00 | 1363  | 100,00 | 253   | 100,00 |

Valor de  $p$ : 0,012 (Teste de Qui-quadrado,  $p<0,05$ ).

**Fonte:** CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

A média de idade do adolescente vitimizado esteve estatisticamente associada com a natureza da violência sofrida ( $p<0,001$ ), como está descrito na Tabela 7.

Considerando-se que foi encontrada diferença significativa entre a natureza da violência e idade do adolescente, a comparação foi feita dois a dois. Percebeu-se que houve diferença estatística significativa entre a

média de idade dos adolescentes que sofreram negligência em relação aos que sofreram violência física ( $p < 0,001$ ), dos que sofreram violência psicológica em relação à violência física ( $p < 0,001$ ) e entre as vítimas de violência sexual em relação às vítimas de violência física ( $p < 0,001$ ). Os adolescentes que sofreram negligência, violência psicológica e violência sexual tiveram média de idade de 13,2 anos, 13,3 anos e 13,4 anos, respectivamente. Já a média de idade para aqueles que sofreram violência física foi maior, 14,3 anos.

**Tabela 7** – Natureza da violência cometida contra o adolescente segundo a idade. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Natureza da violência | Idade |       |         |        |        | Desvio padrão | Valor de p* |
|-----------------------|-------|-------|---------|--------|--------|---------------|-------------|
|                       | N     | Média | Mediana | Mínimo | Máximo |               |             |
| <b>Negligência</b>    | 3893  | 13,2  | 13      | 10     | 18     | 2,3           |             |
| <b>Psicológica</b>    | 509   | 13,3  | 13      | 10     | 17     | 2,2           |             |
| <b>Sexual</b>         | 968   | 13,4  | 13      | 10     | 18     | 2,1           |             |
| <b>Física</b>         | 1284  | 14,3  | 15      | 10     | 17     | 2,3           |             |
| <b>Abandono</b>       | 23    | 12,7  | 12      | 10     | 17     | 2,0           | <0,001      |

\*ANOVA com um fator,  $p < 0,05$ .

**Fonte:** CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

Constatou-se que, para os adolescentes do sexo masculino, entre a faixa etária de 10 e 16 anos, o número de casos de negligência diminuiu à medida que aumentaram as notificações de violência física. Houve uma queda de 130% nas notificações de negligência e um aumento de 79% nas notificações de violência física. Esse fato pode estar associado ao grau de autonomia que o adolescente adquire quando mais velho, ou seja, ele passa a ter maior competência para cuidar de si (ou necessitar menos que alguém cuide dele), mas também pode participar mais ativamente de situações de conflito.

A tabela 8 evidencia que a natureza da violência apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) em relação ao sexo da vítima. A negligência foi mais frequente em vítimas do sexo masculino (67,58%) do que em vítimas do sexo feminino (49,21%). A violência física

também foi mais prevalente no sexo masculino (22,70%) do que no sexo feminino (15,83%). Já a violência sexual apareceu mais entre as meninas (25,44%) do que entre os meninos (3,3%).

**Tabela 8** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo a natureza da violência e o sexo da vítima. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Natureza da violência | Sexo     |        |           |        |
|-----------------------|----------|--------|-----------|--------|
|                       | Feminino |        | Masculino |        |
|                       | N        | %      | N         | %      |
| <b>Negligência</b>    | 1660     | 49,21  | 2233      | 67,58  |
| <b>Psicológica</b>    | 309      | 9,16   | 200       | 6,05   |
| <b>Sexual</b>         | 858      | 25,44  | 110       | 3,34   |
| <b>Física</b>         | 534      | 15,83  | 750       | 22,70  |
| <b>Abandono</b>       | 12       | 0,36   | 11        | 0,33   |
| <b>Total</b>          | 3373     | 100,00 | 3304      | 100,00 |

Valor de p: 0,001 (Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ ).

**Fonte:** CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

Ao destacarmos o total (N) das notificações em cada natureza de violência, a distinção em relação ao sexo da vítima fica ainda mais evidente. Os dados apontam que, das 968 notificações de violência sexual, 858 (88,63%) acometeram vítimas do sexo feminino e 110 (11,37%) do sexo masculino. O mesmo ocorreu em relação à violência psicológica ( $n=509$ ), em que 60,70% das vítimas eram do sexo feminino e 39,30% do sexo masculino. Já as vítimas do sexo masculino sofreram 58,41% das 1284 agressões físicas notificadas, enquanto as do sexo feminino, 41,59%.

Denotou-se que não havia o preenchimento efetivo do tipo de violência sexual cometida contra o adolescente, possivelmente devido à recente inclusão desse campo nos instrumentos da Rede de Proteção. Assim, o tipo de violência sexual foi registrado em 493 casos ( $n$  violência sexual=968). Em 338 casos (68,6%), tratava-se de estupro; 61 (12,4%) assédio; 21 (4,3%) exploração sexual; 20 (4,1%) outro tipo de violência sexual; 8 (1,6%) atentado violento ao pudor e, em 3 casos (0,6%), tratava-se de pornografia infantil.

## 5.4 SOBRE O AGRESSOR

A Tabela 9 mostra que, em 57,22% dos casos, o agressor da violência contra o adolescente é do sexo feminino. Entretanto, esse dado mostra fragilidade, pois, quando a violência é praticada por ambos os pais, por exemplo, não há indicação do sexo do agressor e a descrição está no campo intitulado “Relação com o agressor”. Nos anos considerados, o sexo do agressor não foi registrado em 1894 (28,4%) notificações.

**Tabela 9** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo o sexo do agressor. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Sexo do Agressor* | 2010        |               | 2011        |               | 2012        |               | Total       |               |
|-------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
|                   | N           | %             | N           | %             | N           | %             | N           | %             |
| Feminino          | 933         | 57,91         | 1005        | 58,36         | 799         | 55,10         | 2737        | 57,22         |
| Masculino         | 678         | 42,09         | 717         | 41,64         | 651         | 44,90         | 2046        | 42,78         |
| <b>Total</b>      | <b>1611</b> | <b>100,00</b> | <b>1722</b> | <b>100,00</b> | <b>1450</b> | <b>100,00</b> | <b>4783</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\* O sexo do agressor não foi registrado em 1894 (28,4%) notificações.

A Tabela 10 evidencia que tanto para vítimas do sexo feminino quanto masculino, a mãe é descrita como a principal agressora (34,54%), seguida por ambos os pais (20,60%) e por desconhecidos (11,15%). O pai da vítima ocupa a quarta posição em relação aos agressores mais notificados (8,88%).

**Tabela 10** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo a relação da vítima com o agressor. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Relação com o agressor | Sexo do Adolescente |       |           |       |       |       |
|------------------------|---------------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|                        | Feminino            |       | Masculino |       | Total |       |
|                        | N.                  | %     | N.        | %     | N.    | %     |
| Mãe                    | 1082                | 32,08 | 1224      | 37,05 | 2306  | 34,54 |
| Ambos os Pais          | 520                 | 15,42 | 856       | 25,91 | 1376  | 20,60 |
| Desconhecido           | 354                 | 10,50 | 391       | 11,83 | 745   | 11,15 |
| Pai                    | 290                 | 8,60  | 303       | 9,17  | 593   | 8,88  |
| Conhecidos             | 327                 | 9,69  | 124       | 3,75  | 451   | 6,75  |
| Padrasto               | 159                 | 4,71  | 57        | 1,73  | 216   | 3,23  |

(continua)



(continuação)

| Relação com o agressor | Sexo do Adolescente |            |             |            |             |            |
|------------------------|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
|                        | Feminino            |            | Masculino   |            | Total       |            |
|                        | N.                  | %          | N.          | %          | N.          | %          |
| Própria vítima         | 135                 | 4,00       | 36          | 1,9        | 171         | 2,56       |
| Irmãos                 | 51                  | 1,51       | 59          | 1,79       | 110         | 1,61       |
| Avó                    | 56                  | 1,66       | 45          | 1,36       | 101         | 1,51       |
| Namorado/Companheiro   | 97                  | 2,88       | –           | –          | 97          | 1,46       |
| Não Informado*         | 59                  | 1,75       | 34          | 1,03       | 93          | 1,39       |
| Tio                    | 50                  | 1,47       | 28          | 0,85       | 78          | 1,18       |
| Outros                 | 39                  | 1,16       | 35          | 1,05       | 73          | 1,10       |
| Tia                    | 24                  | 0,71       | 31          | 0,94       | 55          | 0,81       |
| Familiares             | 35                  | 1,04       | 18          | 0,54       | 53          | 0,80       |
| Vizinho                | 31                  | 0,92       | 21          | 0,63       | 53          | 0,80       |
| Avô                    | 25                  | 0,74       | 14          | 0,42       | 39          | 0,58       |
| Primo                  | 19                  | 0,56       | 13          | 0,39       | 32          | 0,48       |
| Responsável            | 10                  | 0,3        | 9           | 0,27       | 19          | 0,28       |
| Madrasta               | 10                  | 0,3        | 6           | 0,18       | 16          | 0,24       |
| <b>Total</b>           | <b>3373</b>         | <b>100</b> | <b>3304</b> | <b>100</b> | <b>6677</b> | <b>100</b> |

(conclusão)

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\* O dado foi omitido no momento da notificação.

Entretanto, o autor da violência altera-se a depender da natureza da violência praticada, como está descrito na Tabela 11. O sexo do agressor apresentou associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) com a natureza da violência cometida.

No tocante à negligência, a mãe da vítima representa a principal agressora (52,93%), seguida por ambos os pais (33,64%). Ao pai da vítima é imputada a agressão negligência em apenas 6,36% dos casos.

Quanto à violência psicológica, os principais agressores registrados são a própria vítima, o pai e a mãe, com 33,20%, 17,88% e 17,68%, respectivamente. Ressalta-se que em 156, das 171 notificações que tiveram a própria vítima como autor, foi registrado que se tratava de tentativa de suicídio. Desses adolescentes, 87 ingeriram medicamentos, 30 ingeriram produtos químicos ou venenos, 24 provocaram cortes no

corpo, dois provocaram queimaduras, dois jogaram-se na frente de um veículo em movimento e outros sete tentaram outros meios de suicídio.

A violência caracterizada como abandono apresentou como principais agressores a mãe (56,52%), ambos os pais (30,43%) e irmãos (8,70%). O pai foi indicado como o principal agressor em apenas um caso.

Em relação à violência física destacam-se as agressões cometidas por desconhecidos (35,51%), as praticadas pelo pai (13,86%) e por conhecidos das vítimas (11,37%).

Especificamente sobre a violência sexual, destacou-se que 88,22% dos casos notificados foram cometidos por um agressor do sexo masculino. Os principais abusadores foram conhecidos das vítimas (27,69%), seguido de desconhecidos (27,58%) e do padrasto da vítima (12,70%). Chama atenção o percentual de violência sexual praticada por pessoas do relacionamento familiar da vítima. A soma dos percentuais de violência perpetrada pelo pai, padrasto, avô, tio, irmãos, primo e demais familiares corresponde a 33,16% das notificações de violência sexual.

Houve também 98 notificações de violência contra adolescentes perpetradas por seus companheiros ou namorados. Dessas, 68 eram agressões físicas, 23 violências sexuais, três negligências e três violências psicológicas. Destaca-se que apenas uma das vítimas era do sexo masculino.

Ressalta-se que as informações coletadas no banco de dados da Rede de Proteção indicavam uma notificação de violência sexual contra uma adolescente do sexo feminino cometida pela mãe. Contudo, ao investigar-se mais aprofundadamente, constatou-se que houve falha na alimentação do banco de dados. A violência sexual havia sido perpetrada pelo tio da vítima e não pela mãe, como estava registrado.

**Tabela 11** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo a relação da vítima com o agressor e natureza da violência. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Relação com agressor  | Natureza da violência |            |             |            |            |            |             |            |           |            |             |              |
|-----------------------|-----------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-------------|--------------|
|                       | Negligência           |            | Psicológica |            | Sexual     |            | Física      |            | Abandono  |            | Total       |              |
|                       | N                     | %          | N           | %          | N          | %          | N           | %          | N         | %          | N           | %            |
| <b>Mãe</b>            | 2061                  | 52,93      | 90          | 17,68      | ---        | ---        | 142         | 11,06      | 13        | 56,52      | <b>2306</b> | <b>34,54</b> |
| <b>Pais (ambos)</b>   | 1310                  | 33,64      | 38          | 7,47       | 1          | 0,10       | 20          | 1,56       | 7         | 30,43      | <b>1376</b> | <b>20,60</b> |
| <b>Desconhecido</b>   | 1                     | 0,03       | 21          | 4,13       | 267        | 27,58      | 456         | 35,51      | ---       | ---        | <b>745</b>  | <b>11,16</b> |
| <b>Pai</b>            | 248                   | 6,36       | 91          | 17,88      | 75         | 7,75       | 178         | 13,86      | 1         | 4,35       | <b>593</b>  | <b>8,88</b>  |
| <b>Conhecidos</b>     | 5                     | 0,13       | 32          | 6,29       | 268        | 27,69      | 146         | 11,37      | ---       | ---        | <b>451</b>  | <b>6,76</b>  |
| <b>Padrasto</b>       | 13                    | 0,33       | 18          | 3,53       | 123        | 12,70      | 62          | 4,83       | ---       | ---        | <b>216</b>  | <b>3,24</b>  |
| <b>Própria vítima</b> | ---                   | ---        | 169         | 33,20      | 1          | 0,10       | 1           | 0,08       | ---       | ---        | <b>171</b>  | <b>2,56</b>  |
| <b>Irmão(s)</b>       | 21                    | 0,54       | 6           | 1,18       | 18         | 1,86       | 63          | 4,91       | 2         | 8,70       | <b>110</b>  | <b>1,62</b>  |
| <b>Avó</b>            | 91                    | 2,33       | 4           | 0,79       | 1          | 0,10       | 5           | 0,39       | ---       | ---        | <b>101</b>  | <b>1,52</b>  |
| <b>Companheiro</b>    | 4                     | 0,10       | 3           | 0,59       | 23         | 2,38       | 67          | 5,29       | ---       | ---        | <b>97</b>   | <b>1,47</b>  |
| <b>Não Informado</b>  | 31                    | 0,80       | 4           | 0,79       | 41         | 4,24       | 17          | 1,32       | ---       | ---        | <b>93</b>   | <b>1,39</b>  |
| <b>Tio</b>            | 11                    | 0,27       | 5           | 0,98       | 45         | 4,64       | 17          | 1,32       | ---       | ---        | <b>78</b>   | <b>1,17</b>  |
| <b>Outros</b>         | 10                    | 0,25       | 8           | 1,57       | 7          | 0,72       | 48          | 3,74       | ---       | ---        | <b>73</b>   | <b>1,10</b>  |
| <b>Tia</b>            | 43                    | 1,07       | 3           | 0,59       | --         | ---        | 9           | 0,70       | ---       | ---        | <b>55</b>   | <b>0,81</b>  |
| <b>Familiares</b>     | 21                    | 0,56       | 5           | 1,00       | 17         | 1,76       | 10          | 0,78       | ---       | ---        | <b>53</b>   | <b>0,80</b>  |
| <b>Vizinho</b>        | ---                   | ---        | ---         | ---        | 38         | 3,93       | 15          | 1,17       | ---       | ---        | <b>53</b>   | <b>0,80</b>  |
| <b>Avô</b>            | 6                     | 0,14       | 2           | 0,40       | 20         | 2,07       | 11          | 0,86       | ---       | ---        | <b>39</b>   | <b>0,58</b>  |
| <b>Primo</b>          | 3                     | 0,08       | 6           | 1,18       | 23         | 2,38       | 3           | 0,23       | ---       | ---        | <b>32</b>   | <b>0,48</b>  |
| <b>Responsável</b>    | 16                    | 0,41       | 2           | 0,40       | ---        | ---        | 1           | 0,08       | ---       | ---        | <b>19</b>   | <b>0,28</b>  |
| <b>Madrasta</b>       | 1                     | 0,03       | 2           | 0,40       | ---        | ---        | 13          | 1,01       | ---       | ---        | <b>16</b>   | <b>0,24</b>  |
| <b>Total</b>          | <b>3893</b>           | <b>100</b> | <b>509</b>  | <b>100</b> | <b>968</b> | <b>100</b> | <b>1284</b> | <b>100</b> | <b>23</b> | <b>100</b> | <b>6677</b> | <b>100</b>   |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

É importante ressaltar que a principal violência cometida, tanto pela mãe (Tabela 12) como pelo pai (Tabela 13), foi a negligência. Entretanto, tais perpetradores são diferentemente responsabilizados por essa violência. Entre todas as violências praticadas pela mãe, 89,3% foram por negligência, enquanto que, entre as violências praticadas pelo pai, apenas 41,8% foram por negligência, ou seja, menos que a metade da negligência atribuída à mãe. A segunda violência mais praticada pela mãe

foi a física (6,2%), seguida da psicológica (3,90%). As mesmas relações se estabelecem em relação ao pai, mas com percentuais diferentes, 30,1% para a violência física e 15,3% para a violência psicológica.

**Tabela 12** – Natureza das violências que tiveram como agressor a mãe do adolescente vitimizado. Curitiba, 2010, 2011, 2012

| Natureza da violência praticada pela mãe | N           | %            |
|--|-------------|--------------|
| Negligência                              | 2061        | 89,3         |
| Física                                   | 142         | 6,2          |
| Psicológica                              | 90          | 3,9          |
| Abandono                                 | 13          | 0,6          |
| Sexual                                   | 0           | 0            |
| <b>Total</b>                             | <b>2306</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

**Tabela 13** – Natureza das violências que tiveram como agressor o pai do adolescente vitimizado. Curitiba, 2010, 2011, 2012

| Natureza da violência praticada pelo pai | N          | %            |
|--|------------|--------------|
| Negligência                              | 248        | 41,8         |
| Física                                   | 178        | 30,1         |
| Psicológica                              | 91         | 15,3         |
| Abandono                                 | 1          | 0,2          |
| Sexual                                   | 75         | 12,6         |
| <b>Total</b>                             | <b>593</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

Em 338 notificações, foi registrado se o perpetrador havia consumido álcool ou drogas ilícitas no momento da agressão. Dessas, 332 notificações apontavam para o consumo de álcool ou drogas e 06 apontavam o não consumo. De acordo com a Tabela 14, entre os agressores que consumiram algum tipo de droga, 50,90% havia feito uso de álcool, 40,96% usaram drogas ilícitas e 8,13% utilizaram álcool e drogas ilícitas.

**Tabela 14** – Agressores que utilizaram drogas no momento da violência contra o adolescente. Curitiba, 2010, 2011, 2012

| Droga utilizada*         | 2010       |               | 2011       |               | 2012      |               | Total      |               |
|--------------------------|------------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|
|                          | N          | %             | N          | %             | N         | %             | N          | %             |
| Álcool                   | 69         | 48,39         | 58         | 53,21         | 51        | 51,52         | <b>169</b> | <b>50,90</b>  |
| Drogas ilícitas          | 54         | 43,55         | 39         | 35,78         | 43        | 43,43         | <b>136</b> | <b>40,96</b>  |
| Álcool e drogas ilícitas | 10         | 8,06          | 12         | 11,01         | 5         | 5,05          | <b>27</b>  | <b>8,14</b>   |
| <b>Total</b>             | <b>124</b> | <b>100,00</b> | <b>109</b> | <b>100,00</b> | <b>99</b> | <b>100,00</b> | <b>332</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\* O consumo de drogas não foi registrado em 6.345 notificações.

## 5.5 EQUIPAMENTOS NOTIFICADORES

A maior parte das notificações foi realizada pelo sistema de saúde municipal, com as notificações realizadas em hospitais e unidades de saúde somando 50,73%. As escolas também constituíram importante local de notificações, pois escolas municipais e estaduais registraram 31,79% dos casos (Tabela 15).

**Tabela 15** – Notificações de violência contra o adolescente, segundo o equipamento notificador. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Equipamento notificador                                  | 2010 |       | 2011 |       | 2012 |       | Total       |              |
|--|------|-------|------|-------|------|-------|-------------|--------------|
|  | N    | %     | N    | %     | N    | %     | N           | %            |
| Hospitais  | 569  | 27,46 | 780  | 34,33 | 812  | 36,36 | <b>2161</b> | <b>32,86</b> |
| Escolas Municipais                                       | 433  | 20,90 | 508  | 22,36 | 498  | 22,30 | <b>1439</b> | <b>21,88</b> |
| Unidades de Saúde  | 377  | 18,19 | 455  | 20,03 | 343  | 15,36 | <b>1175</b> | <b>17,87</b> |
| FAS Regionais  | 303  | 14,62 | 245  | 10,78 | 233  | 10,43 | <b>781</b>  | <b>11,87</b> |
| Escolas Estaduais  | 227  | 10,96 | 184  | 8,10  | 241  | 10,79 | <b>652</b>  | <b>9,91</b>  |
| SAV (SOS Criança)  | 94   | 4,54  | 47   | 2,07  | 42   | 1,88  | <b>183</b>  | <b>2,78</b>  |
| Centro de Referência Especializado de Assistência Social | 13   | 0,63  | 27   | 1,19  | 36   | 1,61  | <b>76</b>   | <b>1,16</b>  |
| Outros   | 21   | 1,01  | 17   | 0,74  | 20   | 0,90  | <b>58</b>   | <b>0,89</b>  |
| Centro de Convivência Criança quer Futuro                | 28   | 1,35  | 6    | 0,26  | ---  | ---   | <b>34</b>   | <b>0,52</b>  |

(continua)

(continuação)

| Equipamento notificador                        | 2010        |            | 2011        |            | 2012        |            | Total       |            |
|--|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
|  | N           | %          | N           | %          | N           | %          | N           | %          |
| Centro de Educação Infantil (CEI) – Conveniada | 6           | 0,29       | 1           | 0,04       | 7           | 0,31       | 14          | 0,21       |
| Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI)   | 1           | 0,05       | 1           | 0,04       | 1           | 0,04       | 3           | 0,05       |
| Centro de Referência e Atendimento à Mulher    | ---         | ---        | 1           | 0,04       | ---         | ---        | 1           | 0,02       |
| <b>Total</b>                                   | <b>2072</b> | <b>100</b> | <b>2272</b> | <b>100</b> | <b>2233</b> | <b>100</b> | <b>6577</b> | <b>100</b> |

(conclusão)

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\* O equipamento notificador não foi registrado em 100 (1,5%) notificações.

A relevância da escola como equipamento notificador da violência contra o adolescente também foi percebida na análise dos meses que tiveram o maior e o menor número de notificações. Os oito meses que correspondem ao período letivo agruparam a maior parte das notificações (77,12%), enquanto que durante os quatro meses de férias, janeiro, fevereiro, julho e dezembro, foram notificados apenas 22,89% dos casos.

Os dados apontaram que o número de notificações de violência manteve-se constantes nos três anos analisados. Estima-se que esse fato seja um reflexo da consistência do trabalho que é desenvolvido pela Rede de Proteção de Curitiba, que iniciou os primeiros trabalhos de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes no ano 2000, colocando o município como pioneiro no que tange ao combate e prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

## 5.6 DESFECHO DO CASO

A Tabela 16 expõe que, em apenas 85 casos, foi possível identificar, por meio das informações que constavam no banco de dados da Rede de Proteção, um desfecho para o caso de violência notificado. Dessas 85 vítimas, 32% foram encaminhadas ao Instituto Médico Legal (IML), 33%

foram abrigadas em instituições de acolhimento e 8% das agressões registradas nesse campo resultaram em internação hospitalar.

É alarmante o registro de sete óbitos decorrentes de violência física, bem como dois suicídios – uma das vítimas sofria violência psicológica e outra física – e uma tentativa de suicídio, cuja vítima havia sofrido violência sexual.

**Tabela 16** – Desfecho das notificações de violência contra o adolescente. Curitiba, 2010, 2011 e 2012

| Desfecho                               | 2010      |            | 2011      |            | 2012     |            | Total     |            |
|--|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
|  | N         | %          | N         | %          | N        | %          | N         | %          |
| Encaminhada(o) ao IML                  | 23        | 46         | 6         | 22         | ---      | ---        | 29        | 32         |
| Acolhimento em instituição             | 15        | 30         | 13        | 48         | ---      | ---        | 28        | 33         |
| Internação hospitalar                  | 3         | 6          | 3         | 11         | 1        | 12         | 7         | 8          |
| Óbito                                  | 4         | 8          | ---       | ---        | 3        | 37         | 7         | 8          |
| Profilaxia realizada                   | 1         | 2          | ---       | ---        | ---      | ---        | 1         | 1          |
| Encaminhado(a) ao CRAS                 | 3         | 6          | ---       | ---        | ---      | ---        | 3         | 4          |
| Encaminhado(a) ao Hospital de Clínicas | 1         | 2          | ---       | ---        | ---      | ---        | 1         | 1          |
| RN foi a óbito                         | ---       | ---        | 1         | 4          | ---      | ---        | 1         | 1          |
| Encaminhado(a) ao NUCRIA               | ---       | ---        | 2         | 7          | ---      | ---        | 2         | 3          |
| Suicidou-se                            | ---       | ---        | 1         | 4          | 1        | 13         | 2         | 3          |
| Feto foi a óbito                       | ---       | ---        | 1         | 4          | ---      | ---        | 1         | 1          |
| Aborto                                 | ---       | ---        | ---       | ---        | 2        | 25         | 2         | 2          |
| Tentativa suicídio                     | ---       | ---        | ---       | ---        | 1        | 13         | 1         | 1          |
| <b>Total</b>                           | <b>50</b> | <b>100</b> | <b>27</b> | <b>100</b> | <b>8</b> | <b>100</b> | <b>85</b> | <b>100</b> |

**Fonte:** CE/SMS – Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2013.

\* O desfecho não foi registrado em 6.592 notificações.

Quando o caso de violência contra o adolescente é encaminhado ao Conselho Tutelar, o registro é feito em um campo especificamente destinado a essa informação. Assim, dos 6.677 casos notificados de violência contra o adolescente, 701 (10,50%) foram encaminhados ao Conselho Tutelar.

## 5.7 QUALIDADE DOS DADOS NOTIFICADOS

Nos últimos anos, houve avanço no processo de notificação da violência contra o adolescente na Rede Proteção de Curitiba, permitindo ampliar o conhecimento da problemática no Município e consolidar o serviço como referência no que tange ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Contudo, a análise dos dados apontou que ainda existem inconsistências no processo de notificação, refletindo na qualidade dos dados gerados. Ressalta-se que, para alguns desses dados, isso também pode ser resultado de falhas na alimentação do banco de dados da Rede de Proteção.

Tais inconsistências constituíram limitações para o presente trabalho e comprometeram a análise de algumas variáveis. Por exemplo, dados que permitiriam caracterizar melhor o agressor, como o consumo de álcool ou drogas ilícitas no momento da agressão, foram preenchidos em apenas 332 notificações. Outros dados escassos foram o local da agressão, com 317 registros e o desfecho do caso, apontado em apenas 85 notificações. Chamou atenção que, em 59 notificações que ocorreram no espaço doméstico, o agressor consta como *não informado* na notificação.



## ***6 Resultados qualitativos***

## 6 RESULTADOS QUALITATIVOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram das entrevistas 16 adolescentes abrigados: 11 meninas e cinco meninos. A idade variou de 12 anos a 17 anos; seis eram de cor/raça branca; seis eram pardos e quatro eram negros. A escolaridade variou da 3ª série do Ensino Fundamental (EF) ao 2º ano do Ensino Médio (EM). Três adolescentes eram mães e estavam abrigadas com seus filhos no único abrigo do município que aceita mães adolescentes e seus filhos.

A apresentação aprofundada dos dados que caracterizam os adolescentes participantes dessa pesquisa (Quadro 1) permitirá, ao leitor, conhecer uma parte de suas vidas e, assim, familiarizar-se com os discursos apresentados.

O motivo de abrigamento de cada um dos adolescentes foi informado pela coordenação da instituição.

**Quadro 1** – Caracterização dos adolescentes sujeitos entrevistados para a parte qualitativa do estudo

| Sujeito | Idade   | Sexo     | Cor da pele | Escolaridade | Composição Familiar                            | Ocupação do responsável                          | Motivo do abrigamento       | Tempo de abrigamento |
|---------|---------|----------|-------------|--------------|--|--|-----------------------------|----------------------|
| AF1     | 16 anos | Feminino | Negra       | 8º ano EF    | Mãe, padrasto e irmã                           | Mãe era empregada doméstica e padrasto motorista | Negligência                 | Um ano               |
| AF2     | 13 anos | Feminino | Negra       | 5º ano EF    | Mãe e três irmãos                              | Mãe atuava como empregada doméstica              | Abandono                    | Um ano               |
| AF3     | 16 anos | Feminino | Parda       | 2º ano EM    | Mãe, pai, dois irmãos                          | Mãe era dona de casa. Pai não informado          | Violência sexual e abandono | Um mês               |
| AF4     | 15 anos | Feminino | Branca      | 5º ano EF    | Madrasta, primo (pai de criação) e três primas | Madrasta era cozinheira                          | Abandono                    | Cinco meses          |

(continua)

(continuação)

| Sujeito | Idade   | Sexo      | Cor da pele | Escolaridade                                    | Composição Familiar   | Ocupação do responsável   | Motivo do abrigo                         | Tempo de abrigo |
|---------|---------|-----------|-------------|---|---|---|--|-----------------|
| AF5     | 14 anos | Feminino  | Negra       | 7º ano EF                                       | Mãe, padrasto, quatro irmãos, duas sobrinhas e um cunhado     | Mãe era coletora de materiais recicláveis e o cunhado pedreiro            | Risco social                             | Quatro meses    |
| AF6     | 17 anos | Feminino  | Parda       | 1º ano EM                                       | Pai e madrasta  | Pai era motorista de ônibus e madrasta esteticista                        | Violência física e abandono              | Dois meses      |
| AF7     | 17 anos | Feminino  | Parda       | 7º ano EF                                       | Pai, irmã e irmão   | Pai era açougueiro  | Abandono                                 | Nove meses      |
| AF8     | 17 anos | Feminino  | Parda       | 7º ano EF                                       | Ex-companheiro  | Ex-companheiro era caixa de supermercado                                  | Abandono                                 | Três meses      |
| AF9     | 14 anos | Feminino  | Branca      | 6º ano EF                                       | Um tio, uma tia, três primos e o filho de um ano e três meses | O tio atuava como vendedor em uma funerária                               | Abandono                                 | Dois meses      |
| AF10    | 17 anos | Feminino  | Parda       | 7º ano EF                                       | Ex-companheiro, o filho (um ano e um mês) e o sogro           | Sogro era funcionário público   | Abandono                                 | Seis meses      |
| AF11    | 17 anos | Feminino  | Branca      | Afastada da escola, pois o filho possui 28 dias | Ex-companheiro  | Ex-companheiro era servente de pedreiro                                   | Abandono                                 | Um mês          |
| AM12    | 12 anos | Masculino | Branco      | 4º ano EF                                       | Mãe, pai e dois irmãos  | Pai era coletor de materiais recicláveis, mãe trabalhava em um lava-carro | Negligência                              | Dois anos       |
| AM13    | 14 anos | Masculino | Branco      | 9º ano EF                                       | Pai   | Não informou  | Abandono                                 | Oito anos       |
| AM14    | 13 anos | Masculino | Negro       | 8º ano EF                                       | Pai, mãe, uma irmã e dois irmãos                              | Pai atuava como pedreiro e a mãe como empregada doméstica                 | Negligência                              | Três anos       |
| AM15    | 12 anos | Masculino | Pardo       | 4º ano EF                                       | Mãe, irmão, dois sobrinhos                                    | Mãe pedia dinheiro na rua e levava o adolescente consigo                  | Violência física e negligência           | Um ano          |
| AM16    | 12 anos | Masculino | Branco      | 7º ano EF                                       | Avô, avó e duas primas  | Os avós eram aposentados e uma prima era atendente de padaria             | O próprio adolescente solicitou o abrigo | Um ano          |

(conclusão)

Entre os adolescentes entrevistados, 15 informaram terem sofrido pelo menos um episódio de violência, intrafamiliar ou extrafamiliar, antes de serem abrigados. Uma adolescente informou não se recordar de nenhuma violência que tenha sofrido antes do abrigamento, contudo, seu relato é marcado por diversas menções a negligência e a violência física.

A violência sexual esteve presente apenas nos relatos das vítimas do sexo feminino, foram oito meninas as que informaram terem sofrido abuso sexual durante a adolescência. A violência física foi mencionada por 12 entrevistados (nove meninas e três meninos). A negligência foi mencionada no discurso de nove adolescentes (seis meninas e três meninos) e a violência psicológica foi narrada por oito adolescentes (seis meninas e dois meninos). Cabe destacar que muitos relataram terem sofrido mais de um tipo de violência, muitas vezes, superpostas.

A fim de compreender a trajetória dos adolescentes entrevistados nessa pesquisa, é importante ressaltar que o artigo 101º do ECA determina a aplicação de medidas de proteção quando alguma criança ou adolescente sofrer violação de seus direitos, tanto por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, como pela falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis. O ECA estabelece medidas protetivas que incluem não somente a criança ou o adolescente, mas a sua família, e, como medida excepcional e provisória, estabelece o abrigo em instituição de acolhimento. O abrigo caracteriza medida provisória e excepcional, utilizável como forma de reintegração da criança ou adolescente à família de origem ou, quando isso não é possível, de transição para a colocação em família substituta (Rosseti-Ferreira, Serrano, Almeida, 2011).

O percurso de um adolescente até a instituição de acolhimento é complexo. Diante de alguma ameaça ou violação de seus direitos, por exemplo, uma violência grave – física, sexual, psicológica ou negligência – o Conselho Tutelar, após constatar prejuízos significativos para o adolescente, poderá aplicar medidas de proteção que visam contribuir para a mudança na situação familiar. Caso a violação de direitos persista, ou seja, avaliado que o adolescente esteja numa situação que implique algum risco para a sua vida e saúde, o Conselho Tutelar encaminhará o

caso para o Ministério Público e para o Poder Judiciário, para que seja efetuado o acolhimento institucional. Contudo, o Conselho Tutelar só pode fazê-lo uma vez que demonstre, de forma fundamentada, que esgotou anteriormente todas as alternativas protetivas (Rosseti-Ferreira, Serrano, Almeida, 2011).

As unidades de acolhimento institucional devem oferecer às crianças e aos adolescentes institucionalizados a garantia de bem-estar e a possibilidade de construção de novos vínculos e de desenvolvimento de projetos de vida, independente do tempo de acolhimento (Rosseti-Ferreira, Serrano, Almeida, 2011).

O acolhimento na adolescência é uma realidade, sobretudo em famílias menos favorecidas economicamente. Tal situação evidencia a histórica desigualdade socioeconômica presente na sociedade brasileira e caracteriza uma dimensão de estudo relevante na atualidade (Carinhanha, Penna, 2012).

## 6.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS E TEMAS EXTRAÍDOS DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

Por meio da análise dos discursos, emergiram temas que foram agrupados, permitindo, assim, a organização de blocos de significados que orientaram a construção de três categorias empíricas descritas no Quadro 2.

**Quadro 2** – Categorias e respectivos temas extraídos dos discursos

| <b>Categorias Empíricas</b>          | <b>Temas</b>   |
|--------------------------------------|--|
| <b>A vida marcada pela violência</b> | Violência física   |
|                                      | Violência sexual   |
|                                      | Violência psicológica                                      |
|                                      | Negligência  |
|                                      | Violência doméstica perpetrada pelo companheiro            |
|                                      | O adolescente como expectador da violência                 |
|                                      | Naturalização da violência                                 |
|                                      | Exploração do adolescente (trabalho infantil, mendicância) |

(continua)

*(continuação)*

| <b>Categorias Empíricas</b>   | <b>Temas</b>                         |
|---|--------------------------------------|
| <b>O adolescente frente à violência:<br/>“Ninguém acredita em mim!”</b> | Impotência frente ao agressor        |
|   | Pacto de silêncio                    |
|   | A culpa recai sobre o adolescente    |
| <b>O impacto da violência na vida do adolescente</b>                    | Sentimentos gerados após a violência |
|   | Medo de se relacionar com homens     |
|   | A vida no abrigo                     |

*(conclusão)*

Nessa pesquisa, os dados qualitativos foram utilizados para vivificar a realidade, exemplificando situações retratadas pelos dados quantitativos. Trazem à tona, portanto, questões e detalhes da vida dos adolescentes que os dados quantitativos não têm potência para revelar.

Nesse sentido, os dados qualitativos que descrevem situações de violência sofridas pelos adolescentes entrevistados serão apresentados no decorrer da discussão dos dados quantitativos, a fim de aprofundar a discussão e enriquecer os comentários e considerações. Tais informações referem-se aos temas: “violência física”, “violência sexual”, “violência psicológica”, “negligência” e “violência doméstica perpetrada pelo companheiro”, que compõem parte da categoria empírica “a vida marcada pela violência”.

As demais categorias empíricas, por trazerem uma visão ainda não revelada pelos resultados quantitativos, a respeito da violência contra o adolescente, serão abordadas em seguida.

## ***7 Discussão***

## **7 DISCUSSÃO**

### **7.1 PANORAMA GERAL DA VIOLÊNCIA NOTIFICADA PELA REDE DE PROTEÇÃO**

O panorama geral das notificações que compõem o banco de dados da Rede de Proteção revela que, sob alguns aspectos, a violência incide de maneira muito similar sobre as minorias de menor poder, tais como crianças, mulheres, idosos e negros; porém, diferencia-se em outros aspectos, cuja explicação pode residir na diferenciação geracional. Enquanto as pessoas adultas conseguem, de alguma maneira, mobilizar recursos para o enfrentamento da violência, as crianças e adolescentes possuem, normalmente, potenciais menores para isso.

Conforme Sarmiento (2005), a geração constitui categoria relevante na análise dos processos de construção das relações sociais, na medida em que se conjuga com os efeitos de classe, gênero e raça. Assim, o conceito de geração permite entender o processo historicamente construído que atribuiu um estatuto social, elaborou as bases ideológicas, normativas e referenciais do lugar de crianças e adolescentes em nossa sociedade (Sarmiento, 2005).

### **7.2 OS ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E A VIOLÊNCIA SOFRIDA**

Em relação à caracterização dos adolescentes estudados, os dados apontaram que, de maneira geral, as principais vítimas da violência foram meninas que pertenciam à faixa etária de 10 a 14 anos. Contudo, é pequena a diferença entre os percentuais encontrados entre vítimas do sexo feminino e do sexo masculino, indicando que a violência, de maneira geral, está pulverizada entre ambos os sexos. Esse quadro pode ser explicado em parte pela determinação de geração, pois a violência contra o adolescente está amparada na existência de um agressor (a mãe, o pai, familiares, conhecidos ou desconhecidos) detentor de poder superior ao



da vítima, no que tange a hierarquia da geração (Assis, Deslandes, Marques, 1994).

Embora a categoria gênero não possa explicar o quadro geral de violência que se apresenta entre a população adolescente, ela passa a explicar e problematizar os perfis que se expressam ao analisarmos as diferentes formas de violência de maneira separada, como será abordado posteriormente, por exemplo, no caso da violência sexual, na medida em que, para a população adolescente, o gênero determina o grau maior ou menor de autonomia, de possibilidades, de escolha e de acesso à universalidade. Os papéis criados e preservados historicamente, que reforçam que o sexo masculino é o detentor do poder sobre o sexo feminino, induzem relações violentas entre os sexos, caracterizando a violência de gênero (Assis, Deslandes, 2006).

Nesse estudo, chamou atenção a cronicidade da violência perpetrada contra o adolescente. Possivelmente, esses casos não se iniciaram propriamente nessa faixa etária e, sim, na infância. Muitos desses adolescentes já possuem outras notificações na Rede de Proteção. Abre-se, portanto, um novo campo para futuras pesquisas, que possa vir a responder qual é o perfil do adolescente reincidente na Rede de Proteção e se existe um padrão ou continuidade de violência, desde a infância até a adolescência.

O espaço doméstico apareceu como o local que mais concentra a violência contra o adolescente, à semelhança do que foi identificado em estudos que se dedicaram a compreender a violência notificada contra crianças e mulheres (Apostólico et al., 2012; Lucena et al., 2012). Cabe considerar que o núcleo familiar encontra-se permeado por relações desiguais de poder, potencialmente geradoras de conflitos (Gomes et al., 2007).

No entanto, o percentual de violência doméstica encontrado nesse estudo é superior ao descrito no relatório VIVA 2006-2007, que identificou que 50% das notificações de violência contra adolescentes de 10 a 19 anos, em 23 municípios brasileiros investigados, ocorreu no ambiente

doméstico (Brasil, 2009). Esse dado é importante, pois evidencia que a maior parte das violências notificadas no período analisado foi cometida por uma pessoa que deveria estar cuidando e protegendo o adolescente. Apesar de a violência intrafamiliar ocorrer especialmente no âmbito doméstico, há distinção entre violência doméstica e intrafamiliar, embora em muitas situações elas acabem se sobrepondo, sendo comum a violência familiar estar contida na doméstica.

Os dados apontaram que as notificações de violência extrafamiliar estão particularmente associadas à violência física e sexual. Isso difere do encontrado em outros estudos, os quais apontam que a violência sexual que atinge o adolescente tem como lócus principal o espaço familiar (Moreira et al., 2013; Martins, Jorge, 2010). Contudo, naqueles estudos, a coleta de dados foi realizada diretamente com os adolescentes vitimados e, por isso, podem apresentar informações distintas das reportadas nas notificações dessa pesquisa. Estima-se que os casos cometidos por desconhecidos e os que ocorreram em via pública, por exemplo, são mais facilmente notificados pela vítima, visto que não estão diretamente ligados aos agressores e, por isso, não estão submetidos ao pacto de silêncio.

Diversos autores salientam que, entre as diferentes naturezas da violência, a sexual é a menos denunciada pelas famílias, sobretudo pelo medo do rompimento da unidade familiar, se a violência for descoberta. Dessa forma, o espaço familiar pode favorecer que a violência, especialmente a sexual, contra o adolescente seja encoberta, sustentando, assim, altos índices de impunidade e subnotificação (Gutiérrez, Cifuentes, Escobar, 2009; Justino et al., 2011). Isso também pode ser evidenciado nos dados qualitativos da presente pesquisa, tendo aparecido em pelo menos duas falas de adolescentes entrevistadas:

*“O meu padrasto e o meu tio também [cometeram abuso sexual]. Eu sempre contava pra minha mãe, mas ela falava deixa nas mãos de Deus. Ela queria o quê?” (AF5)*

*“Eu tinha 10 anos quando ele [o pai] me estuprou. Depois disso, continuou e a minha mãe, sempre que eu contava, ela ligava*

*pra ele [pai] perguntando se era verdade ou não, ele falava que não era verdade. Ele não ia falar que era verdade! Ele falava: Capaz que eu vou fazer isso com a minha filha! E aí minha mãe acreditava.” (AF9)*

Ambos os trechos dizem respeito ao que Faleiros e Faleiros (2008) caracterizam como pacto do silêncio entre o agressor e a vítima que encobre o ocorrido, beneficiando a negação das evidências e os sinais de abuso, em nome da lealdade e da união familiar. Crianças e adolescentes são vitimizados tanto pelos agressores, como pela existência de redes e pactos de silêncio, tolerância, cumplicidade, medo e impunidade, não só por membros da família, mas também por vizinhos, amigos, profissionais da educação e saúde, entre outros, que, ao silenciarem sobre situações de violência que conhecem ou suspeitam, acabam por proteger o agressor. Muitas vezes, ele mantém sob sua dominação outras pessoas, além das vítimas.

Importante fato revelado nessa pesquisa foi a expressividade das notificações de negligência. Segundo o protocolo desenvolvido pela Rede de Proteção de Curitiba, a negligência acontece quando há omissão, ou seja, o não provimento das necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social do adolescente (Curitiba, 2008). Embora seja uma forma de violência caracterizada pela difícil definição e identificação, pois envolve aspectos sociais, culturais e econômicos (Apostólico et al., 2012), foi a mais notificada nos três anos compreendidos nesse estudo.

Outros estudos identificaram a negligência como a forma de violência que mais atinge a população adolescente. Um estudo realizado no estado da Bahia, acerca de casos registrados de violência contra o adolescente de 10 a 19 anos, indicou que, entre 20% e 30% dos casos registrados, eram de negligência (Costa et al., 2007). Estudo retrospectivo acerca da prevalência da violência no Reino Unido identificou que 13,3% dos adolescentes de 11 a 17 anos sofreram negligência (Radford, et al., 2013). Contudo, há que se destacar que o percentual de notificação dessa forma de violência foi consideravelmente maior no presente estudo

(58,30%). Tal fato pode ser reflexo da atuação da Rede de Proteção que, ao investir na capacitação dos profissionais e equipes que atuam no enfrentamento da violência e ao realizar a manutenção do seu processo de formação como uma das medidas de gestão em rede, favorece a identificação e notificação desses casos.

Adolescentes entrevistados também relataram a negligência como forma rotineira da violência doméstica, sobretudo no que diz respeito à escolaridade, moradia e alimentação, como pode ser constatado nas seguintes falas:

*"[...] não tinha onde eu ficar, porque o meu quarto ela [mãe] deu pra outra pessoa, pra ele [companheiro da mãe]."* (AF5)

*"Ela [mãe] não comprava nada de bom para comer, eu ficava com fome, quando ela saía e eu não ia com ela trabalhar, eu ia comer na casa de outras pessoas."* (AM15)

Quanto à violência física, revelada como a segunda forma de violência predominante nesse estudo, é importante ressaltar que essa passa por uma construção histórica, social e cultural e está intimamente arraigada na cultura familiar na nossa sociedade. O valor cultural de educação doméstica de crianças e adolescentes preserva o conceito de que os filhos são seres em construção, de propriedade dos pais e que, para serem educados, é necessário que sejam punidos quando errarem ou mostrarem-se insubordinados (Ristum, 2010).

Nesse contexto, a prática da agressão física continua sendo uma forma habitual de resolução de conflitos familiares, podendo ser evidenciada nos seguintes trechos:

*"Toda vez que ele [pai] queria alguma coisa e eu falava que não ia fazer pra ele, ele vinha e me batia."* (AF6)

*"Minha mãe me batia por nada. Quando eu queria brincar lá fora minha mãe falava vai brincar o quê? Porra! Você não vai brincar."* (AM15)

O conceito de violência física traz em si a ideia de poder, de controle, de força e de relações culturalmente construídas, em que o

agressor, em uma posição superior na hierarquia de gênero e geração, tenta obter o que deseja, por meio de tortura, terror e dor (Assis, Deslandes, 2006).

Ademais, a violência física contra o adolescente também é perpetrada por outros agentes, em outros ambientes comunitários e sociais. É um mecanismo utilizado em conflitos entre grupos de jovens, por exemplo, em boates, clubes, nos bairros e nas escolas. Essa dinâmica alimenta um padrão de convivência com a violência física e, conseqüentemente, de resposta a ela (Assis, Deslandes, 2006). O reflexo disso pode estar relacionado ao alto índice de violências físicas que se deram no espaço extrafamiliar nesse estudo.

Na presente pesquisa, houve associação estatística significativa com a cor ou raça do adolescente vítima e o tipo de violência sofrida, cabendo mais aos adolescentes negros a violência sexual do que aos brancos, possivelmente porque os negros encontram-se em uma posição inferior na hierarquia de poder. Ademais, ao atentar para o fato de que a violência sexual atingiu sobretudo as meninas, pode-se concordar com o conceito de Guiraldelli e Engler (2007), que afirmam que as mulheres brancas e negras nunca estiveram no mesmo patamar de igualdade, pois, na nossa sociedade androcêntrica e eurocêntrica, a mulher negra ocupa uma posição inferior à da mulher branca na hierarquia social.

Apesar de as lesões decorrentes da violência só terem sido identificadas em 24,13% das notificações, destacaram-se os hematomas e cortes na cabeça das vítimas. Os dados corroboram os de um estudo realizado em uma delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador (BA), que demonstrou alta prevalência de lesões centradas em cabeça e pescoço das vítimas (Carvalho et al., 2009). Analisada sob uma perspectiva de gênero, o ato de agredir a face representa o caráter simbólico de humilhação e de afronta à dignidade pessoal que o agressor imprime à vítima quando atinge o seu rosto (Schraiber et al.; 2002).

Exemplo disso foram as falas de duas adolescentes (sexo feminino), agredidas na cabeça e pescoço. A primeira, pelo padrasto, e, a segunda, pelo pai, conforme os trechos a seguir:

*“Ele me deu um tapa [...] eu caí e aí ele [padrasto] começou a chutar a minha cabeça.” (AF1)*

*“Eu tava dormindo, ele [pai] chegou, me jogou no chão, começou a me chutar, apertar meu pescoço com o pé, começou a me bater.” (AF6)*

Depreende-se desses discursos a violência extrema a que estavam sujeitas essas adolescentes, mantendo-as impotentes, incapazes de se defenderem e de esboçarem qualquer reações contra os seus agressores. O fato de as agressões iniciarem-se diretamente no rosto e pescoço carrega em si a expressão máxima de quem é o detentor de poder nessa relação, ou seja, aquele que pode marcar a vítima, atingir sua beleza (atributo valorizado socialmente, especialmente entre os adolescentes) e, assim, deixar impresso seu rosto a marca física do poder.

Especificamente no que tange às lesões oriundas da violência sexual, os resultados dessa pesquisa apontaram para a prevalência de lesões e cortes em genitais e hematomas no pescoço. Justifica-se a presença de hematomas no pescoço da vítima que sofreu violência sexual como uma maneira de imobilização, por meio da associação da agressão física e possível tentativa de asfixia, impedindo, portanto, qualquer tentativa de defesa por parte da vítima.

A literatura aponta que violência física atinge os adolescentes de mais idade de maneira diferente que atinge as crianças e adolescentes menores. Quanto maior o adolescente, maior o número de lesões mais graves, intensas, menos regulares e que não evidenciam o instrumento utilizado na agressão, como cintos, fivelas, dentes e cordas. Por já possuir mais condições de reagir, o adolescente tende a impedir as reproduções dos castigos físicos. Devido a essa característica, as agressões passam a ser mais severas e traumáticas, ocasionando graves

consequências físicas (Assis, Deslandes, 2006). Corroborando essa afirmação, nessa pesquisa, houve diferença estatística significativa entre a natureza da violência e a idade do adolescente, sendo a média de idade dos que sofreram violência física maior do que a média dos que sofreram negligência, violência psicológica ou sexual.

Os dados apontaram que, especificamente para o adolescente do sexo masculino, os casos de violência física aumentaram na medida em que diminuíram os de negligência, indicando que o grau de autonomia que o adolescente adquire quando mais velho implica que ele se torne menos alvo da negligência. Contudo, essa característica não se mostra verdadeira para a adolescente menina, que, possivelmente por estar inserida numa sociedade que privilegia os meninos às meninas, mostra-se mais dependente de seus pais ou responsáveis. O uso da categoria geração permite compreender que as condições de extrema dependência favorecem uma menorização das crianças e, pode-se adicionar, dos adolescentes, potencializam a assimetria de poder nas relações intergeracionais, reforçam a vulnerabilidade e caracterizam grande obstáculo para o exercício de uma vida social plena (Sarmiento, 2005).

Nessa pesquisa, houve ainda diferença estatisticamente significativa entre a natureza da violência cometida e o sexo do adolescente. Sendo os meninos os mais vitimados pela negligência e pela violência física e as meninas pela violência sexual, o que corrobora os achados de Assis e Deslandes (2006), que afirmam que a violência atinge diferentemente meninos e meninas.

A violência sexual, em sua maioria perpetrada por agressores masculinos, contra vítimas do sexo feminino, está associada a uma violência de gênero. Para subsidiar essa análise, utiliza-se a definição da categoria gênero, como um elemento que compõem as relações sociais e é baseado nas diferenças entre os sexos biológico e social (Fonseca, 2008). Entende-se, portanto, o sexo social como historicamente construído a partir das relações sociais entre homens e mulheres.

Teles e Melo (2003) chamam atenção para a maneira natural com que se convive com a violência de gênero, devido à sua presença tão arraigada no âmbito das relações humanas. A ideologia androcêntrica hegemônica em nossa sociedade sustenta os pactos familiares, comunitários, institucionais e societários de aprovação, tolerância, silêncio e impunidade ligados à violência de gênero (Faleiros, 2007). Assim como as relações de gênero, as relações intergeracionais são assimétricas e legitimam, portanto, o caráter de dominação e exploração da violência, oferecendo condições da perpetuação do poder do homem, branco, rico e adulto (Saffioti, 1989).

Nesse sentido, Apostólico et al. (2012) compreendem a violência sexual como um fenômeno determinado por uma dupla subalternidade – de gênero e de geração – em que a violência de gênero é acentuada pela violência intergeracional. Assim, o lugar social que as vítimas ocupam, segundo idade e sexo, as desqualifica de qualquer autonomia, extinguindo, portanto, a decisão sobre o seu corpo.

Essa dupla subalternidade, de gênero e geração, que, muitas vezes, perdura durante anos, pode ser demonstrada pelo relato de uma adolescente, a respeito da violência sexual que sofreu do pai:

*“Aconteceu muitas vezes [violência sexual cometida pelo pai]... Eu tinha 10 anos quando foi o estupro, um tempo a minha mãe não me deixou mais ver ele, mas, dos 10 aos 13, ele abusava de mim.” (AF9)*

Na situação descrita, a adolescente encontrava-se numa posição de menor poder vinculado tanto ao gênero como à geração. A superioridade geracional e de gênero, que subjuga as adolescentes às atitudes sexuais violentas cometidas por homens normalmente mais velhos, estabelece uma grande dificuldade de rompimento dessa ordem social. Ou seja, para as adolescentes, e também para as mulheres, torna-se difícil romper a ordem social que dá sentido à sua existência, isto é, o mundo familiar. As suas trajetórias de vida construíram-se nesse universo social e, por isso, não é fácil desvincular-se do agressor, seja ele pai, padrasto, irmão ou companheiro (Brandão, 2007).



Embora os resultados analisados indiquem um aumento na notificação de violência sexual, sabe-se que existe uma grande lacuna entre os casos que são notificados e os que de fato acometem os adolescentes. No entanto, autores afirmam que a problemática da subnotificação é ainda maior quando a vítima é do sexo masculino, justificando, assim, o menor número de notificações de violência sexual contra meninos encontrado nesse estudo. As causas apontadas para essa subnotificação são: o impacto subestimado da agressão sexual nos meninos; a maior dificuldade dos garotos para relatar a violência sofrida; o temor e a vergonha pela exposição, tendo em vista que pode suscitar o questionamento de papel e orientação sexual (Inou, Ristum, 2008; Teixeira-Filho, Rondini, Araújo, 2013).

A pequena incidência de notificações de violência psicológica, se comparada às demais naturezas de violência, pode estar relacionada à maior dificuldade de identificação desse tipo de violência, pois não deixa marcas visíveis. A literatura indica que esse tipo de violência não deve ser ignorado, uma vez que é uma forma grave de violência e que traz prejuízos aos sujeitos vitimizados (Apostólico et al., 2012).

O abandono apresentou um pequeno índice de ocorrência nos anos analisados. Contudo, mostra-se relevante pelo impacto e prejuízos futuros que pode significar para um adolescente. Por representar a forma mais severa de negligência, e devido à sua magnitude, os casos de abandono são inseridos separadamente no Banco de Dados da Rede de Proteção e não são computados apenas como negligência, como indica o referencial adotado pelo Protocolo da Rede de Proteção (Curitiba, 2008).

É importante mencionar que, normalmente, as diferentes naturezas da violência não acontecem de modo separado, mas sim em conjunto, emaranhadas entre si. Assim, não é raro que na violência física ou sexual estejam presentes também a psicológica (Guedes, Moreira, 2009). Portanto, é necessário que os profissionais de saúde e demais profissionais que, de maneira direta ou indireta, lidam com adolescentes e suas famílias, sejam capacitados e desenvolvam saberes para a identificação e o enfrentamento em rede da violência.

### 7.3 SOBRE O AGRESSOR

A mãe foi indicada como a principal perpetradora da violência contra o adolescente, tanto do sexo feminino quanto masculino. Certamente, esse achado é influenciado pelo elevado número de notificações de negligência (2306 registros) que, em mais da metade dos casos (52,93%), foi imputada à mãe. Apenas 6,36% das notificações dessa violência indicavam o pai como agressor. Assim como acontece nas notificações de negligência, a mãe é responsabilizada por mais da metade dos casos de abandono de adolescentes.

Essa disparidade pode estar relacionada ao aumento significativo de mulheres que assumem a chefia da família, portanto, a responsabilidade total pelo cuidado das crianças e adolescentes. No município de Curitiba, 41,46% dos domicílios estão sob responsabilidade de mulheres. Esse percentual é superior ao encontrado no Paraná (35,64%) e no Brasil (38,74%) (IBGE, 2010). Embora esse índice represente, de um lado, uma mudança no perfil socioeconômico das mulheres brasileiras e sua maior presença no mercado de trabalho, de outro, representa um percentual expressivo de mulheres encarregadas do suporte integral da família e que concentram a responsabilidade pela criação dos filhos, muitas vezes, sem o apoio mínimo necessário.

O aumento na proporção de mulheres chefes de família é um dos aspectos que demonstra que elas têm sofrido mais intensamente os processos de subvalorização do trabalho, característica da pós-modernidade. São marcas desse processo: o trabalho de baixa qualificação e a desvalorização social; agudização do peso da tripla carga de trabalho para possibilitar condições de sobrevivência familiar (trabalho reprodutivo remunerado, trabalho doméstico, de cuidado e o trabalho de geração de novos sujeitos sociais sem a participação masculina) e a agudização da falta de bens de consumo e serviços para dar suporte às suas atividades (Fonseca, 2005).

Como resultado, observa-se que as relações desiguais de gênero acentuam as desigualdades relacionadas às classes sociais e à geração.

A precariedade da situação social que as mulheres vivenciam, aliada às suas condições de vida subalternas – que as impedem de oferecer condições de vida dignas para si mesmas e para seus filhos – podem traduzir a elevada ocorrência de casos de negligência (Apostólico et al., 2012), tal como apontado nesse estudo.

Ao longo da história da humanidade, o cuidado sempre foi atribuído à mulher. Embora ela também assuma o trabalho no espaço público, o trabalho doméstico e de cuidado dos filhos ainda é uma função exclusivamente feminina (Apostólico et al., 2012). Preservam-se, assim, alguns dos papéis impostos às mulheres, como amar incondicionalmente, ser mãe e zelar pelo lar (Guedes, Moreira, 2009).

Carloto e Mariano (2010) apontam que a maneira tradicional de diferenciar o privado e o público é parte de um discurso de dominação, que legitima a opressão das mulheres no âmbito privado. Dessa forma, mantém-se de um lado o paradigma do privado, espaço da vida doméstica, das relações interpessoais, ambiente do feminino e da subjetividade, e, de outro, identifica-se o domínio do público, dos interesses pessoais, civis e universais, espaço da política e de negócios, lugar exclusivamente masculino.

No Brasil, apesar da inserção, nos últimos anos, de políticas, leis, normas e propostas direcionadas ao enfrentamento da violência contra o adolescente, o Estado ainda mostra-se falho em relação ao enfrentamento do fenômeno. Tanto de maneira direta, quanto indireta, por meio da promoção de um crescimento econômico capaz de melhorar a distribuição de renda, pela adoção de uma política pública de geração de emprego, pelo acesso universal a serviços públicos de qualidade e pela melhoria da qualidade de vida da população, voltada, sobretudo à promoção do protagonismo cidadão (Ristum, 2010). Nesse sentido, ao falhar no seu papel de construir políticas públicas que proporcionem a correção das desigualdades que privam os adolescentes de um crescimento emancipatório (Assis, Deslandes, 2006) e de construção de cidadania, o Estado acaba por favorecer a ocorrência da negligência

sobre os adolescentes, atuando, portanto, como mais um agente negligenciador, nesse caso, no nível estrutural.

Nesse estudo, diferentes naturezas de violência estiveram mais associadas a determinados agressores. Por exemplo, no tocante à violência psicológica, mais de um quarto das notificações (33,20%) indicou a própria vítima como o autor da agressão. Tais casos tratam, em sua maioria, de tentativas de suicídio cometidas pelos adolescentes. Esse dado levanta uma questão importante a respeito da saúde mental desse segmento populacional e como a problemática vem sendo enfrentada, por exemplo, pelos serviços de saúde e educação. Constituem situação extremas, evidenciando que o jovem passa por algum tipo de conflito emocional e que, potencialmente, poderia ter culminado na sua morte.

Nos últimos anos, os índices de tentativas e de suicídio aumentaram entre os jovens. As equipes que atuam na Atenção Básica, por estarem inseridas na comunidade, possuem papel relevante no enfrentamento dessa problemática, favorecendo o compartilhamento de informações e orientações relativas a esse assunto. Bem como, os profissionais da Educação, que podem atuar como facilitadores dos programas em rede que abordam a temática, disseminando conceitos, identificando situações de vulnerabilidade e direcionando os adolescentes para o atendimento adequado (Hildebrandt, Zart, Leite, 2011).

Nessa pesquisa, os principais perpetradores da violência física foram desconhecidos (35,51%). Acreditamos que os adolescentes estão mais expostos à violência perpetrada por desconhecidos dada a sua maior exposição em situações de brigas, lutas, vandalismo e à violência comunitária, por exemplo. Outra possibilidade refere-se à omissão do autor da violência por medo ou ameaças feitas pelo perpetrador.

Em relação à violência sexual, assim como demonstrado pela literatura (Tavares et al., 2010), os principais agressores foram do sexo masculino. A violência sexual perpetrada por homens, sobretudo contra a adolescente, constitui uma violência de gênero e está relacionada às relações desiguais de poder historicamente construídas.

Destacaram-se, entre as notificações de violência sexual, em primeiro lugar os abusos cometidos por conhecidos, seguido de desconhecidos e do padrasto da vítima. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Lugão et al. (2012), que identificaram os conhecidos como os principais perpetradores do abuso sexual crônico, cometidos contra crianças e adolescentes atendidos em um hospital fluminense. Um estudo realizado com 236 adolescentes do interior paulista demonstrou que os principais autores da violência sexual não possuíam vínculo parental com o adolescente vitimizado em 54% dos casos; desses, 78% eram desconhecidos (Teixeira-filho et al., 2013). Assim como no presente estudo, o padrasto do adolescente também é recorrentemente apontado como um importante autor da violência sexual, sobretudo em relação ao abuso crônico (Martins, Jorge, 2010; Lugão et al., 2012).

O fato de a maior parte dos perpetradores da violência sexual serem conhecidos (não familiares) das vítimas pode ser explicado pelo aumento de relações construídas no espaço público na etapa de vida da adolescência, se comparada à infância, por exemplo. Tais relações também são determinadas pelos constructos de gênero e geração e estabelecem novas vulnerabilidades à população adolescente. Contudo, não se pode descartar a hipótese que os abusos cometidos por conhecidos não familiares podem ser mais facilmente denunciados pelos adolescentes vitimados, visto que, nesses casos, a cronicidade e o pacto de silêncio, comuns quando o abuso ocorre no ambiente doméstico, podem não estar presentes.

Diante do exposto, mostrou-se relevante, apesar de não configurarem os principais agentes agressores, o elevado percentual de violências sexuais que foram perpetradas por familiares da vítima. Tal achado está de acordo com os resultados de um estudo empreendido nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana (BA) a respeito das notificações de violência contra o adolescente (Costa et al., 2007). E também corrobora os achados de um estudo realizado em Cali (Colômbia), acerca

do registro da violência sexual contra adolescentes (Gutiérrez, Cifuentes, Escobar, 2009).

A família constitui o primeiro sistema que o indivíduo interage, ou seja, o microsistema no qual cada membro tem uma posição e um papel socialmente definido, que reflete sua organização estrutural e funcional. Seu cotidiano é fortemente influenciado pela organização de gênero, que mantém a hierarquização como marca e se manifesta nas relações intrafamiliares mais profundas (Gomes et al., 2007). Nesse sentido, conforme cita Saffioti (1989), as crianças e os adolescentes estão sujeitos à Síndrome do Pequeno Poder, em que há, nas relações interpessoais e intergeracionais, o abuso da autoridade do agressor perante a vítima, traduzido, muitas vezes, pela ocorrência da violência.

Nessa pesquisa, foi relevante o número de adolescentes do sexo feminino que foram agredidas por seus namorados e companheiros, indicando que essa violência inicia-se precocemente nos relacionamentos das mulheres. Essa discussão está respaldada pelo relatório produzido pela OMS acerca da prevalência de violência cometida por parceiros, que demonstrou alta incidência (29,4%) de violência doméstica contra mulheres jovens de 15 a 19 anos em todo o mundo (WHO, 2013).

Incorporar a questão de gênero para discutir a violência doméstica contra a mulher possibilita entender que a situação de subalternidade que a configura e a agrava está relacionada à capacidade da mulher de autodeterminar-se sexual e socialmente. Assim, a mulher torna-se mais vulnerável à violência física e psicológica cometida pelo homem, à medida que não é sujeito da própria vida (Andrade, Fonseca, 2008). Soma-se a essa questão a desigualdade geracional que incide sobre a vítima adolescente e que a coloca em uma posição ainda mais subalterna e oprimida em relação ao seu agressor, como descrito nos trechos a seguir:

*“Ele [companheiro] me batia e queria que eu fizesse sexo ainda. Eu não queria e ele me batia. Aconteceu umas três vezes, quatro.” (AF10)*

*“Ele [companheiro] começou a me bater porque não aceitava que eu falasse nada. Eu falava, nossa, você tem coragem de fazer isso com seu próprio filho? E se você mata ele? Ele falou bem assim: tô nem aí, eu quero que vocês dois morram.” (AF9)*

Depoimentos como esses revelam o domínio masculino existente nas relações de gênero. O processo de construção histórico e social das desigualdades de gênero impõe à mulher, de qualquer faixa etária, a condição “natural” de ser submissa, frágil e inferior, bem como a desqualifica de qualquer poder de decisão nas relações conjugais. Isso porque a ideologia androcêntrica dominante proporciona e legitima ao homem a gerência da vida social, sexual, familiar e financeira feminina.

Frente aos resultados evidenciados nesse estudo, faz-se importante destacar que o consumo imoderado de álcool e entorpecentes pode estar relacionado ao desenvolvimento de situações que culminem na violência, sobretudo o álcool, de ampla aceitação social (Bes et al., 2013). Reza et al. (2009) verificaram que, em mais de um quarto dos casos (29,1%) de violência sexual vividas por garotas até 18 anos, houve a suspeita de uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelo agressor. Contudo, nesse estudo, poucas foram as notificações que indicaram o consumo de drogas pelo agressor (334/6677). Estima-se que esse número possa ser ainda maior, mas, por questões relacionadas a ameaças, medo ou até mesmo à possível proteção do agressor, é provável que muitas vítimas tenham omitido tais informações, principalmente quando houve o consumo de drogas ilícitas.

Em síntese, os dados desse estudo apontam para a maneira diferente que a violência incide sobre meninas e meninos adolescentes. Evidenciando que a violência contra tal população é determinada por relações desiguais de gênero e geração. As meninas, que, em número geral, foram as mais violentadas, sofreram mais violência psicológica, violência sexual e abandono. Já os meninos sofreram mais negligência e violência física.

Os dados indicaram ainda que as desigualdades historicamente construídas também podem traçar um caminho que permite explicar a

relação entre o agressor e a natureza da violência cometida. A mulher foi mais responsabilizada pelas agressões referentes ao cuidado e à proteção. O homem ganha destaque como autor da agressão, no momento em que usa de seu poder e força física para submeter o adolescente aos seus desígnios, sob o pretexto de educá-lo, puni-lo ou para satisfazer o seu desejo de prazer.

#### **7.4 EQUIPAMENTOS NOTIFICADORES**

O presente estudo apontou os serviços de saúde como os responsáveis por mais de 50% das notificações de violência contra o adolescente nos três anos analisados. Diferentemente, estudo realizado com uma amostra de 2.073 denúncias de violência contra crianças e adolescentes, ocorridas entre 1997 e 1999, em Salvador (BA), não identificou nenhum registro feito por profissionais de saúde. Apesar da alta incidência de lesões de cabeça e pescoço, que poderiam alertar os profissionais para a ocorrência de uma agressão, bem como da obrigatoriedade da notificação desses casos (Carvalho et al., 2009). A diferença percebida entre os estudos pode estar relacionada à atuação da Rede de Proteção no município de Curitiba, que, desde a sua implantação, no ano 2000, objetiva, entre outros, a capacitação dos profissionais para a percepção da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial (Curitiba, 2008). Certamente, o número de notificações produzidas pelo setor saúde guarda relação com a atuação do profissional de Enfermagem, envolvido diretamente nesse processo.

Frente à complexidade que o fenômeno da violência estabelece para o seu enfrentamento nos serviços que atendem adolescentes e suas famílias, pode-se afirmar que não é possível atuar sobre ele envolvendo apenas uma categoria profissional. Aragão et al. (2013) destacam que é necessário um olhar multiprofissional e ações intersetoriais, sendo o agir da categoria Enfermagem importante parte dessas ações coletivas. Os autores salientam que é necessário que a Enfermagem estenda seu



campo de atuação para além do atendimento episódico e individualizado, inserindo-se em redes sociais, refletindo sobre as questões de vulnerabilidade que marcam essa população e sobre a garantia de seus direitos, construindo, assim, potenciais de ações para o enfrentamento da problemática.

Contudo, a literatura ressalta que a formação acadêmica dos enfermeiros ainda é carente no que tange a problemática da violência, principalmente devido ao caráter sócio-histórico do fenômeno. Portanto, é necessária maior inserção curricular do assunto, pois ela prepararia o enfermeiro para uma melhor identificação desse grave problema de saúde coletiva, apresentando-se como um fator relevante na intervenção precoce dos cuidados e prevenção à violência contra a criança e o adolescente. A atuação do enfermeiro frente à violência, sobretudo a intrafamiliar, deve ocorrer nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Em relação ao enfrentamento da violência, o enfermeiro pode atuar como um facilitador junto à criança e ao adolescente, do agressor e da equipe de saúde. Para isso, é primordial a ampliação das discussões a respeito do fenômeno da violência, para que utilizem o conhecimento científico construído na atuação frente ao desafio de identificar, notificar, cuidar, diminuir e prevenir a violência perpetrada contra os adolescentes (Algeri, Souza, 2006).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), devido à aproximação dos profissionais com a população de um determinado território, constitui um modelo de atenção à saúde que pode facilitar o processo de identificação dos casos de violência na comunidade (Fonseca et al., 2009). Contudo, Guedes, Fonseca e Egry (2013) acrescentam que, na perspectiva de gênero, embora a ESF apresente potencialidades para o reconhecimento e enfrentamento da violência de gênero como inerentes ao setor da saúde, na medida em que possibilita a criação de vínculos entre equipes de saúde e comunidade, existem ainda limitações importantes, como o modelo biomédico de atenção à saúde e a excessiva medicalização identificada nas práticas dos profissionais que atendem vítimas de violência.

Nesse estudo, as escolas também constituíram importante local de notificações dos casos analisados. No entanto, o pequeno número de registros provenientes de escolas particulares pode estar relacionado à maior subnotificação dos casos de violência nesses espaços. Um estudo (Carvalho et al., 2009) concluiu que a subnotificação é, provavelmente, um aspecto mais recorrente nos grupos sociais mais favorecidos socialmente. Tal fato é preocupante, pois acaba por contribuir com a manutenção do conceito errôneo, que associa violência à pobreza.

## 7.5 DESFECHO DO CASO

O pequeno número de notificações que continham o desfecho ou encaminhamento tomado no ato da notificação (85 casos) impediu, certamente, a análise real dessas proporções. Contudo, torna-se importante a reflexão a respeito do impacto da violência sobre os adolescentes, bem como sobre a qualidade dos dados notificados.

Diante do registro de sete casos que culminaram em óbito, uma tentativa de suicídio e dois suicídios, percebemos que estamos perante uma realidade complexa, que implica, por vezes, em desfechos fatais à vida do adolescente.

Com relação a isso, a literatura indica que a exposição à violência ao longo do seu desenvolvimento pode gerar graves problemas de saúde mental, sobretudo o abuso sexual, o mais estudado no que tange à relação entre a ocorrência de transtornos mentais e a violência. Esse tipo de violência está associada a sentimentos depressivos, insônia, ao aumento no consumo de bebidas alcoólicas e a pensamentos suicidas (Reza et al., 2009). Dois estudos indicaram percentuais semelhantes de ideações suicidas entre vítimas adolescentes de abuso sexual: 39,8% das vítimas do estudo de Teixeira-Filho et al. (2013) e 25,3% dos sujeitos do estudo de Reza et al. (2009) pensaram em suicídio após a violência. Esses estudos podem ter apresentado percentuais maiores de informações relativas a ideações suicidas do que a presente pesquisa por terem sido baseados em dados primários, coletados diretamente com os

adolescentes, corroborando a hipótese que, se houvesse melhor coleta de informações e preenchimento da ficha de notificação da Rede de Proteção de Curitiba, os achados poderiam revelar melhor o perfil e o impacto da violência para a vítima adolescente.

Ressaltamos que, no campo intitulado “desfecho do caso”, consta apenas uma tentativa de suicídio em virtude de uma violência sexual sofrida por uma adolescente. As demais 154 tentativas de suicídio descritas anteriormente dizem respeito às notificações de violência psicológica cometida pelo próprio adolescente. Portanto, não é possível identificar se esses jovens que atentaram contra a própria vida também eram vítimas de outras violências, física, psicológica ou sexual, por exemplo, cometidas no âmbito intra ou extrafamiliar.

Diante do exposto, depreende-se a necessidade de contínuos investimentos por parte dos órgãos notificadores no que tange à capacitação dos profissionais, a fim de que o conjunto de notificações possa, cada vez mais, ser um reflexo da realidade da população que sofre violência nos territórios e, assim, possibilitar o direcionamento de medidas de prevenção e proteção efetivas.

## **7.6 QUALIDADE DOS DADOS NOTIFICADOS**

A qualidade dos dados que compõem o Banco da Rede de Proteção também merece destaque, visto que falhas no registro da violência podem ser prejudiciais para o seu enfrentamento. Os dados desse estudo mostram que informações, tais como o consumo de álcool e drogas ilícitas pelo agressor no momento da violência, o local da agressão, o desfecho dos casos, o sexo do agressor e a identificação de perpetradores que conviviam na mesma residência que a vítima apresentaram um elevado percentual de não preenchimento.

A literatura aponta que são as informações registradas que subsidiam a identificação de pontos prioritários a serem abordados por políticas públicas de saúde. A ausência de determinados registros pode

prejudicar o conhecimento mais aprofundado do fenômeno, dificultando ações de planejamento, organização e operacionalização de diversos serviços, inclusive o de saúde (Assis et al., 2012).

Nessa pesquisa, houve casos de violência que ocorreram na esfera doméstica e que não tiveram o agressor identificado. Demais estudos realizados a respeito da violência notificada contra crianças e adolescentes apontaram questões semelhantes e afirmaram tratar-se de um elemento contraditório, visto que o ambiente doméstico é de moradia comum tanto do agressor como da vítima. Isso indica que esses casos podem estar relacionados ao pacto de silêncio entre ambos (Tavares et al., 2012; Costa et al., 2007).

A despeito dos avanços em relação ao combate à violência contra o adolescente trazidos pela implementação da Rede de Proteção em Curitiba, a subnotificação ainda é uma preocupante realidade. Trata-se de um problema grave, pois são a partir dos dados epidemiológicos que são pautadas novas ações de prevenção e de criação de políticas públicas (Azambuja, 2005; Turner, Garwick, Seppelt, 2013). A própria falta de registro, o desconhecimento ou a pequena ênfase nessa realidade já se configura como mais uma forma de violência, ocorrida no nível estrutural, pela invisibilidade e pelo descaso (Azambuja, 2005).

Minayo (1994) salienta a conseqüente escassez de dados concretos sobre a temática em virtude da notificação de maneira errônea e com pouca precisão. Demais estudos (Silva, Ferriani, Silva, 2011; Aragão et al., 2013) realizados com profissionais da Atenção Básica apontam que são muitas as dificuldades enfrentadas para a identificação e notificação da violência. Destacam-se as lacunas na formação acadêmica, hábitos profissionais baseados no modelo biomédico, falta de instrumentos necessários, o medo de retaliação por parte do agressor, sensação de impotência frente à detecção da violência e o desconhecimento sobre a obrigatoriedade em notificar.

Portanto, fazem-se necessárias medidas de educação continuada por parte dos órgãos notificadores, a fim de capacitar profissionais para a

importância da comunicação de cada caso, de maneira que possam refletir suas ações no âmbito da saúde coletiva. Ressalta-se ainda a importância da discussão da temática violência também direcionada à sociedade. Esses são, com certeza, como cita Minayo (1994), alguns dos desafios na tentativa de estabelecer uma sociedade pautada pela equidade e pela preservação dos direitos.

Medidas como, o investimento na educação permanente, a ampliação de redes de suporte profissional e a melhoria de órgãos protetores direcionados às crianças e aos adolescentes são capazes de diminuir a insegurança dos profissionais ao lidar com situações de violência e, conseqüentemente, aumentar o número de notificações (Oliveira et al, 2012).

A seguir, encontram-se as categorias empíricas que elucidam a realidade da violência contra o adolescente a partir dos seus próprios relatos, apresentando nuances que os dados quantitativos não apresentam potência para revelar, conforme dito anteriormente.

## 7.7 A VIDA MARCADA PELA VIOLÊNCIA

Os relatos dos adolescentes abrigados revelaram que a violência está presente no seu entorno e marca suas experiências diárias. A violência se faz presente nas relações familiares e nos espaços da comunidade, caracterizando o adolescente ora como vítima, ora como expectador do fenômeno:

*"O bairro era meio favelento, era muito tiro, muita morte e tal."*  
(AF4)

*"Só uma vez que eu vi que aconteceu uma coisa errada, um drogado matou o outro. Ele entrou dentro da minha casa e pulou o muro."* (AM14)

Tais situações, assim como descrito no estudo de Carinhanha e Penna (2012) acerca da violência vivenciada por adolescentes em instituições de abrigamento, ilustram o cotidiano violento das grandes

idades brasileiras, marcadas pela intensa desigualdade social e econômica, impulsionadas pelo modo de produção capitalista, propulsor das tensões sociais.

Em um contexto de extrema desigualdade social, falta de oportunidades, crescente desemprego, exclusão social, cultural e moral a que os jovens estão expostos, a violência passa a caracterizar uma escolha viável, a partir da inclusão de crianças e adolescentes no crime organizado. Para os jovens, sobretudo os pobres e que residem nas grandes periferias urbanas, a geração os coloca em posição de maior vulnerabilidade para a entrada no mundo do crime, dado que estão excluídos do mercado de trabalho na etapa de vida em que estão exacerbadas as expectativas, as manifestações de revolta, de contestação e de violência (Minayo, 2006).

A essa violência que incide sobre condições de vida dos adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, diminuindo suas possibilidades de crescimento e desenvolvimento como cidadão, dá-se o nome de violência estrutural (Minayo, 2006).

Os depoimentos revelaram que os adolescentes, por vezes, são expectadores também da violência doméstica perpetrada pelo pai contra a mãe, conforme os trechos:

*“Meu pai chegava bêbado em casa, minha mãe chegava cansada e ele ficava batendo na minha mãe.” (AM12)*

*“O meu pai deu uma garrafada na cabeça dela [mãe], de vidro.” (AM15)*

Para o adolescente, ser expectador da violência perpetrada contra a mulher nas relações familiares é mais um dos elementos que pode vir a reforçar a construção social de gênero, em que a mãe/mulher está sempre em posição de poder inferior, se comparada ao homem/pai, e, dessa forma, naturalizar esse fenômeno, abrindo, assim, possibilidade para reproduzir tal comportamento nas diferentes relações familiares e sociais.

Estudo aponta a relação existente entre a exposição de crianças e adolescentes à violência doméstica, tanto como vítimas quanto como observadores, e o surgimento de comportamentos agressivos, pois os adolescentes poderiam incorporar no seu comportamento algumas atitudes violentas que observam em casa (Calvete, Orue, 2013). Contudo, entende-se que é necessário estabelecer um contraponto a essa visão, visto que o desenvolvimento de relações violentas não corresponde a uma relação de causa e consequência (Batista, 2011), mas sim a um fenômeno social historicamente construído e que, portanto, não pode ser explicado por causas pré-definidas.

Duas adolescentes entrevistadas tiveram dificuldade em reconhecer a violência vivida, embora tenham relatado episódios de agressões físicas. Esse comportamento pode estar relacionado ao fato de terem sido agredidas por aqueles que deveriam protegê-las e cuidá-las, ou seja, seus familiares, tornando o episódio de violência de certa forma tão banalizado que não foi mais percebido como algo incomum e, sim, como natural, como descrito nos trechos:

*“Nessa parte, graças a Deus, nunca aconteceu.”  
[entrevistadora: você comentou sobre uma situação em que seu padrasto te bateu antes]: “Ah... Bater sim!” (AF1)*

*“Não, nunca, comigo não [ocorreu violência], mas meu pai me batia.” (AF3)*

Carinhanha e Penna (2012) alertam que, muitas vezes, para o adolescente vitimizado, a violência é entendida como algo muito maior ou mais grave, diferente do que acontece comumente no seu cotidiano, por exemplo, a violência física. Daí decorre a dificuldade de se perceber como vítima e reconhecer as relações violentas em que está inserido. Para os autores, a naturalização da violência representa uma “ordem social injusta”, que leva à aceitação da violência, considerando-a como um dispositivo comum de negociação e solução de conflitos.

Certamente, essa naturalização da violência também pode ser compreendida à luz da categoria geração, em que a pessoa mais velha,

no caso os pais ou os responsáveis, detêm o poder perante o filho adolescente. Esse poder assume tamanha importância nas relações intergeracionais que é usado para legitimar agressões físicas, psicológicas, entre outras, como recursos permitidos e apropriados para a educação de crianças e adolescentes.

Os discursos revelaram a exploração do adolescente para fins econômicos, expressos pela situação de mendicância e pelo trabalho, como nos trechos que seguem:

*“Minha mãe levava eu pra andar por aí pra pedir dinheiro. Por causa que lá na minha casa não tinha nada pra comer. Ela voltava com uma sacolona assim de dinheiro. Eu queria dormir e ela falava: não, filho, você não vai dormir, e brigava comigo. Eu não queria [pedir dinheiro], queria ficar dormindo, porque ela me acordava 5 horas da manhã, ficava andando bastante tempo. Cansava...” (AM15)*

*“Minha mãe me trancava em casa pra mim fazer o serviço, aí não tinha como sair. Na escola, eu não estudava.” (AF4)*

A exploração dos adolescentes e sua inserção precoce em atividades de trabalho não possibilitam condições de vida dignas a esses sujeitos. O ambiente da rua em que muitas vezes estão inseridos oferece perigos e adversidades, como a falta de condições saudáveis de vida, envolvimento com drogas, alcoolismo, gravidez precoce, exposição à violência, entre outros. A exploração do trabalho ainda está relacionada ao abandono escolar, consequência comum nos casos de trabalho infanto-juvenil, dada as longas jornadas de trabalho (Martins, Jorge, 2009).

Nesse contexto, pode-se afirmar que a exploração do adolescente para o trabalho caracteriza uma dupla violência, marcada pela extrema negligência – de educação, de proteção e de cuidado – e pela responsabilidade pelo próprio trabalho, que não deveria ser própria desses sujeitos.

O estudo de Martins e Jorge (2009) apontou que a exploração do trabalho entre adolescentes não pode ser explicada apenas pela categoria gênero, visto que seus resultados permitiram concluir que a



incidência de tal exploração é similar para ambos os sexos. Contudo, no presente estudo, observou-se que a divisão sexual do trabalho pode ser entendida pelos determinantes de gênero, pois a menina, desde muito nova, é responsabilizada pelo trabalho doméstico e o menino pela provisão do dinheiro para a subsistência. Entende-se que essa divisão é mais uma maneira de perpetuar o espaço doméstico como destinado à figura feminina e o espaço público como destinado à figura masculina.

Embora relatos como esses tenham sido menos frequentes entre os entrevistados, trata-se de uma discussão importante, pois caracteriza um tipo particular de exploração e que produz diversas vítimas. Basta atentar para o grande contingente da população adolescente em situação de mendicância e de trabalho informal (venda de balas, malabarismos, limpeza de automóveis, coleta de material reciclável, entre outros) que é possível observar diariamente nas esquinas e cruzamentos das grandes cidades.

A essa problemática pode ser acrescentada as questões relativas ao trabalho doméstico, prática comum entre as adolescentes, sobretudo as que estão inseridas em famílias menos favorecidas economicamente. Trata-se de um tipo de exploração de difícil identificação, visto que compõem uma atividade velada entre a família, entendida, muitas vezes, como obrigação e transmitida de geração em geração.

É necessário ressaltar que a origem do trabalho infanto-juvenil está pautada em questões como a miséria, a má distribuição de renda, o desemprego e a violência estrutural. Seu enfrentamento não é simples e precisa estar baseado no desenvolvimento de estratégias que possibilitem melhores condições de vida e na melhoria dos sistemas públicos de atendimento a crianças, adolescentes e suas famílias, que vivem em situação de risco social (Martins, Jorge, 2009).

## 7.8 O ADOLESCENTE FRENTE À VIOLÊNCIA: “NINGUÉM ACREDITA EM MIM”

Os discursos dos adolescentes evidenciaram a sua impotência perante o agressor, condição essa imposta pela posição que ocupam nas relações de gênero e geração. Os depoimentos revelaram que o poder que o agressor exerce sobre a vítima pode ser expresso de diferentes maneiras, pela dominação econômica, pela dominação física e, principalmente, pela dominação psicológica, que acirra o medo, o temor e se faz presente nos diferentes tipos de ameaças, conforme aparece nos seguintes trechos:

*“Eu vi meu pai e minha irmã na cama. Minha irmã tinha nove anos, e tinha mais dois irmãos meus, mas só que meu pai trancou a porta [...] e aí eles [irmãos] não podiam fazer nada, o que eles iam fazer? O que eles iam fazer com meu pai se eles apanhavam também?” (AF3)*

*“Meu tio falou que se eu não fizesse nada com ele, se eu não tivesse relação [sexual] com ele eu não ia ter nada pra mim e pro meu filho.” (AF9)*

*“Ele [pai] apontava a arma pra mim, ele tinha arma em casa. Eu não tinha o que fazer, ou morria ou... [faz um gesto com as mãos indicando o ato sexual].” (AF9)*

Os depoimentos apontam o impacto que as desigualdades de gênero causam a essas adolescentes, configurando, nesses casos, o controle e o poder sobre o outro, em que, para a vítima, não há autonomia e tampouco há liberdade de escolha. Conforme Guedes, Silva e Fonseca (2009), a desigualdade de gênero caracteriza uma das grandes contradições da sociedade, que se mantém ao longo da história da civilização, e tem submetido às mulheres um lugar social de subordinação. Uma das formas extremas de manifestação é a violência contra a mulher (nesse estudo, a violência contra a mulher adolescente), que deriva de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação.

O crivo da categoria geração, no caso dos adolescentes, adiciona mais uma assimetria de poder à relação entre vítima e agressor, e

acentua ainda mais a dificuldade do primeiro se desvencilhar da situação violenta, na medida em que legitima o *status quo* de dominação do mais velho sobre o mais novo. Ademais, o adolescente vivencia também uma posição de dependência econômica perante seus familiares ou responsáveis, estando sujeito aos desígnios daquele que o provê financeiramente.

O depoimento de AF9, vítima de abuso sexual pelo pai sob a mira de um revólver, representa a forma maior de coerção imputada à vítima pelo agressor, a ameaça à vida para satisfazer seus desejos e lhe proporcionar prazer. Nesse contexto, as violências físicas, as ameaças, os sentimentos de medo e de impotência são elementos que contribuem para a manutenção do abuso sexual em segredo (Habigzang et al., 2005).

Outro fator preocupante, especialmente no que tange à violência sexual perpetrada contra as adolescentes, é que essas, muitas vezes, acabam sendo responsabilizadas e apontadas como sedutoras, sendo, portanto, culpadas pela violência a que são submetidas. O depoimento a seguir demonstra essa realidade, enfatizando o discurso socialmente aceito e legitimado de que determinadas mulheres, por sua maneira de se comportar, vestir, falar ou andar, “pedem” para serem abusadas sexualmente.

*“Ele [pai] me pegava a força e ela [mãe] via a situação de violência, só que ela falava que era eu que me entregava pra ele [...] Pra minha família eu não presto [...] O meu jeito de ser é um jeito alegre, sabe? De dar risada, e aí as pessoas acham que é um assanhamento. Então, pra minha família era isso, eu tava me assanhando pro meu pai. Aí, por isso, que aconteceu [o estupro], é o que eles diziam claro, você fica se assanhando, claro que vai acontecer isso.” (AF09)*

Nesse caso, há uma perigosa inversão de papéis que perpetua a naturalização desse tipo de violência de gênero em que o abusador passa a assumir a posição de vítima e de refém de seus instintos sexuais, ao invés de ser responsabilizado pela agressão. Para Giffin (1994), as análises de gênero permitem explicar que essa visão de sexualidade como impulso biológico é historicamente direcionada à sexualidade

masculina, que domina, controla e violenta por ser de difícil controle do homem.

A violência perpetrada contra o adolescente seja ela física, psicológica, ou, como no depoimento acima, sexual, reduz a vítima a objeto do outro. O adulto, nessa relação, expressa, por meio da violência, o seu poder sobre o mais fraco. Para a vítima adolescente, a depreciação e a baixa autoestima geradas por esses episódios podem ser responsáveis pela sua perpetuação nas relações afetivas posteriores e por dificuldades no seu desenvolvimento como sujeito da própria história (Guedes, Moreira, 2009).

## 7.9 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA VIDA DO ADOLESCENTE

Nos depoimentos, evidenciou-se o desejo dos adolescentes de pertencerem a uma família em que sejam cuidados, protegidos e que lhes proporcione a possibilidade de um futuro melhor. Tais percepções podem estar ligadas à representação idealizada de família a qual os adolescentes entrevistados possuem o desejo de integrar, ou seja, a família nuclear, composta por pais e seus filhos, em que os primeiros são responsáveis pela proteção, pela criação de vínculos e manutenção da família. Os relatos também permitiram observar que os sentimentos gerados após as situações de violência estiveram relacionados, principalmente, ao ódio, à raiva e à tristeza, a exemplo do que é relatado nos seguintes trechos:

*“Ah eu não sei, eu me sentia muito triste [...] Eu me sentia um nada, porque se ninguém me protegia, o que ia ser de mim? Nada”. (AF5).*

*“Senti muita raiva. Por causa que eu sentia cansaço, sentia raiva, queria que a minha mãe mudasse e meu pai também, eu queria que a gente tivesse um futuro melhor.” (AM15)*

*“Ódio, eu sinto ódio. Vontade de nunca mais olhar na cara deles [...] Eu tenho pavor de ver ele e minha madrasta. Não gosto, não gosto dele.” (AF6)*

Para os adolescentes entrevistados, a experiência da violência fez emergir sentimentos densos em suas vidas, que foram relatados por eles com pesar e dor. A situação de violência doméstica vivenciada na família, perpetrada, muitas vezes, por aqueles que deveriam ser a referência de cuidado e proteção gera, para a vítima, um sentimento de desagregação das relações familiares, de insegurança, de não pertencimento, de incertezas, de impotência e de medo. Tais sentimentos foram traduzidos pelos adolescentes, sobretudo, como tristeza e como raiva dos perpetradores da violência.

A substituição de sentimentos negativos pela aparente indiferença também foi evidenciada nos discursos, indicando que, para esses adolescentes, o processo de reconstrução do significado das relações entre eles e seus agressores, após a vivência da situação de violência, pode levar muito tempo e produzir efeitos significativos na vida desses sujeitos, como nos trechos que seguem:

*"[Hoje] eu nem penso, nem ligo mais [...] Eu nem lembro mais disso. Não sinto nada."* (AF01)

*"Agora fico normal. Não sinto nada assim."* (AF11)

Os participantes da pesquisa expressaram que, após sofrerem violência sexual, ocorreram ideações suicidas, corroborando estudo (Oliveira, 2008) que indica que esse tipo de violência está associado à maior vulnerabilidade para depressão e pensamentos suicidas.

*"Vontade de sumir, de me matar, de nunca mais voltar."* (AF6)

*"Sabe, praticamente destruída. Pensei até em me suicidar."* (AF8)

Para a adolescente, ser abusada sexualmente aniquila seu exercício de poder sobre aquilo que lhe é mais seu, o próprio corpo. Nesse contexto, diversos são os sentimentos que emanam: o medo do abusador, a vergonha (dos amigos, dos irmãos, dos outros familiares, dos vizinhos), a impotência e o desejo de se livrar da situação acima de qualquer coisa. Para muitas vítimas, à medida que não identificam

estratégias para se desvencilharem dos agressores e romperem com a situação de violência, o único caminho vislumbrado para a fuga é o de não existir mais.

No caso das adolescentes do sexo feminino abusadas por homens, o abuso sexual tem implicações no modo como elas se relacionam com o sexo oposto. Mais uma vez, o temor e a impotência perante o agressor, e todos aqueles que a ele se assemelham, ou seja, outros homens são expressivos, conforme os relatos que se seguem:

*“Então ... Até hoje eu tenho medo de homem.” (AF4)*

*“Porque depois que a menina é estuprada, eu fiquei assim... Depois quando eu chegava perto de piá [menino] eu não queria saber [...] Eu falava: eu tenho nojo. (AF9)*

Embora a violência sexual possa deixar cicatrizes físicas no corpo da vítima, ela é responsável também por deixar diferentes tipos de cicatrizes emocionais e sociais que, muitas vezes, são carregadas ao longo da vida (Oliveira, 2008).

É uma constante que meninas e mulheres violentadas sexualmente sintam-se marcadas, sujas e imundas por dentro e por fora. Esse sentimento tem um significado simbólico que associa a violência sofrida à sujeira, que não parece possível de ser limpa e as faz desejar um novo corpo. As cicatrizes no corpo sexual da vítima também são comuns, sobretudo se o ato da violência se dá no lócus real e simbólico do prazer no corpo. Para essas mulheres, é preciso um longo e doloroso tempo para compreender que esse prazer pode não ter sido destruído por completo. Existem ainda as cicatrizes no corpo afetivo, tendo em vista que todas as suas relações afetivas (amigos, família, namorado, entre outras) ficam comprometidas pelos sentimentos de medo, vergonha e culpa, produzidos após a violência (Oliveira, 2008).

Porém, uma das cicatrizes mais difíceis de ser superada é a que se estabelece no corpo social, expressa pela desvinculação da vítima como sujeito de direitos, de maneira que existe a pessoa, mas não a mulher (adolescente) como sujeito de si. Ultrapassar essa experiência e

readquirir a autoconfiança em novas relações interpessoais configura uma grande dificuldade (Oliveira, 2008).

Os depoimentos mostraram ainda que, para os adolescentes, o fato de estarem abrigados pode significar um recomeço, uma vida com mais oportunidades e benefícios.

*"Eu vi que era bem diferente, aqui todo mundo me trata com educação, fiz amizades e comecei a ter mais privilégios aqui do que fora, entendeu?" (AF1)*

*"Acho um benefício por causa que aqui tem mais, vamos dizer....Mais benefícios que a vida lá fora." (AM16)*

O vínculo estabelecido com os cuidadores e com os demais adolescentes nas instituições de abrigo, as atitudes de comprometimento e companheirismo que lá são incentivadas, bem como o sentimento de proteção e cuidado gerados, podem atuar como medidas de fortalecimento e de superação dos danos causados pela violência para esses adolescentes. As novas oportunidades que lhes são apresentadas no abrigo, como o incentivo à educação, à construção de redes sociais, à autonomia, a autopercepção como sujeito e o incentivo a pensar em novos projetos, faz com que os adolescentes percebam a possibilidade de um futuro melhor, apesar do rompimento do vínculo familiar, pois a realidade em que estavam inseridos anteriormente lhes trazia mais sofrimento e restringia seus direitos.

Um estudo a respeito de quais são os fatores de proteção que os adolescentes abrigados estão submetidos ou têm acesso concluiu que as instituições podem ser potencialmente positivas se oferecerem um ambiente que atente para as singularidades e que se configure como proteção aos adolescentes acolhidos. Foram apontados pelos adolescentes estudados como fatores de facilitação a interação, a confiança e o vínculo estabelecidos com os profissionais do serviço, com a religiosidade e com os amigos (Carlos et al., 2013).

Não se quer com isso minimizar os aspectos negativos que podem estar imbricados na retirada do adolescente do convívio familiar e do

---

território. O que se pode apontar é que o abrigo tem potencial para se constituir como propulsor de superação da vida dos adolescentes que ali estão inseridos. Portanto, constituem locais que merecem mais destaque e atenção das políticas e ações públicas que abranjam a proteção dos adolescentes.



## **8 Conclusões e considerações finais**

## 8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência perpetrada contra o adolescente constitui um fenômeno atual e complexo. O seu entendimento como processo social insere-se na compreensão de diferentes questões relacionadas: às diferenças de poder entre os sexos; às diferenças de poder entre as gerações; às diferentes classes sociais; às diferentes raças e etnias; às relações intrafamiliares que norteiam regras, hierarquias e papéis sociais diferenciados para meninos e meninas desde a mais tenra infância; e, sobretudo, à compreensão de que o espaço privado pode, sem dificuldades, ser capaz de silenciar aqueles que estão em situação de violência, tanto a própria vítima, como demais familiares ou conhecidos.

Tais relações são historicamente determinadas pelos processos de produção e reprodução da vida. Para os adolescentes, tratam-se de relações especialmente importantes, pois é nessa fase de vida que eles constroem novas e diferentes interações com a sociedade que os cerca.

Considerando que os objetivos desse trabalho foram analisar o banco de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência nos anos de 2010 a 2012, referente à violência contra o adolescente, a fim de compreender as suas características e identificar e analisar o perfil dessa violência à luz das categorias gênero e geração, pelos resultados obtidos, entendeu-se que os objetivos foram alcançados.

A análise dos dados provenientes das fontes secundárias permitiu concluir que a violência perpetrada contra o adolescente é sustentada pelas assimetrias de poder entre gerações e gêneros. Apesar de incidir, de maneira geral, similarmente sobre ambos os sexos, a análise das notificações constatou que a violência se estabelece de maneira diferente para meninos e meninas. Tal fato indica, portanto, que a determinação de gênero, em alguns casos, supera a de geração no que tange à violência contra o adolescente, a exemplo dos casos de violência sexual que

incidiram majoritariamente sobre meninas e os de violência física que se destacaram entre os meninos.

Os dados apontam para o adolescente vítima de violência como não protagonista da sua cidadania e como não sujeito de direitos, tanto no ambiente doméstico como no ambiente extrafamiliar, onde está exposto às mais diversas mazelas – desigualdades sociais, desemprego, pouca ou nenhuma possibilidade de ascensão social, violência comunitária, entre outros – intensificadas, em grande parte, pelo modo de produção neocapitalista que caracteriza a sociedade em que vivemos.

A pesquisa possibilitou constatar que a construção social das relações familiares naturaliza o poder do adulto perante o adolescente e, assim, justifica a dominação do mais fraco no ambiente privado. Isso porque os adolescentes vivenciam, nas relações que compõem o espaço doméstico, posições subalternas no que tange ao gênero e à geração.

Também foram constatadas questões relacionadas às desigualdades de gênero que determinam a construção do papel social da mulher como responsável pelo trabalho doméstico, pelo cuidado dos filhos, e que acentuam as desigualdades sociais por meio da subvalorização do trabalho feminino. Tal processo determina a responsabilização das mães e mulheres como as principais agressoras em relação à negligência e perpetuam o discurso que legitima e naturaliza a opressão das mulheres.

Essa não é uma questão que se encerra em si, ao contrário, ela fomenta novos questionamentos científicos: quais as características das mães que negligenciam, uma vez que elas são as principais cuidadoras dos adolescentes? Como são as relações entre pessoas dessas famílias em que a mãe é responsabilizada pela negligência? De que maneira a inserção social da mulher e mãe, aliada às desigualdades de gênero que vivencia (por exemplo, a subvalorização do trabalho, a falta de acesso a bens de consumo e a chefia da família) determinam sua responsabilização pelos casos de negligência contra o adolescente?

Os aparelhos de saúde são os que mais notificam a violência contra o adolescente. Podemos, então, afirmar que a Enfermagem possui papel crucial nesse processo, na medida em que desenvolve sua prática em locais privilegiados para a identificação e atuação frente aos casos de violência, no nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Contudo, é necessário que os profissionais sejam capacitados para o enfrentamento do fenômeno, a partir de uma visão de adolescência que supere a biológica e que a compreenda como uma etapa do desenvolvimento humano, sob o ponto de vista cultural e social. Nesse sentido, as ações em saúde direcionadas a essa população precisam ir além das direcionadas ao corpo biológico e responder às suas necessidades de saúde específicas, entre elas, as que são determinadas por relações desiguais de gênero e geração.

Buscou-se com esse trabalho contribuir para repensar o modo de atenção dispensado pelos serviços e profissionais de saúde, sobretudo os da Enfermagem, aos adolescentes e suas famílias, quando em situação de violência, privilegiando medidas de promoção à saúde equitativas que valorizem o adolescente como cidadão e portador de direitos na sociedade e nas relações sociais que ela encerra.

Apesar dos avanços no que tange à notificação dos dados, evidenciados pelos altos índices de notificação da Rede de Proteção de Curitiba, quando comparados a outros municípios de até maior população, é ainda indispensável o investimento nesse âmbito, pois sabe-se que muitas das situações de violência ainda se passam longe do alcance de equipes de saúde, educação e assistência social. Acredita-se que a notificação é fundamental para constatar a magnitude da problemática da violência em um dado território, e assim contribuir para aumentar sua visibilidade e despertar o olhar de todos os segmentos sociais para a urgência da necessidade de atuação frente ao fenômeno, com o intuito de estabelecer condições de vida que permitam a não violência nos espaços intra e extrafamiliar.

Esse estudo apresentou limitações na análise de variáveis que poderiam caracterizar melhor o agressor e as condições que estão

ligadas à ocorrência da violência contra o adolescente e que, portanto, poderiam contribuir para a melhor compreensão do fenômeno. As inconsistências caracterizaram uma nova contradição, ligada à qualidade dos dados que compõem o banco da Rede de Proteção de Curitiba e evidenciaram a necessidade de intervenção, a fim de revelar toda a potencialidade do banco de dados como ferramenta de conhecimento da realidade objetiva e que possibilita a sua ressignificação. Entende-se, portanto, que o trabalho desenvolvido pela Rede de Proteção ainda carece de novos investimentos, especialmente na capacitação dos profissionais notificadores para a melhoria da qualidade dos dados produzidos.

Outra necessidade de intervenção que esse estudo pode indicar é referente à cronicidade da violência entre os adolescentes notificados na Rede de Proteção, despertando, assim, o interesse para novos estudos que venham a responder questões como: quais são as características da violência que incidem cronicamente sobre o adolescente? Quais as possibilidades de ação sobre esse fenômeno no sentido de romper sua perpetuação, desde a infância até a adolescência?

Ressalta-se que o fato de essa pesquisa revelar que muitos adolescentes notificados residiam em cidades da Região Metropolitana evidencia a importância da Rede de Proteção não só para a cidade de Curitiba, mas também para os municípios que a circundam, pois, nessas cidades, não há serviços de referência articulados em rede para o atendimento de adolescentes em situação de violência. Muitas vezes, as vítimas são direcionadas a fazer a notificação, o atendimento e o acompanhamento nos serviços de referência da capital.

Pode-se dizer, portanto, que a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência constitui uma estratégia que aponta para a possibilidade de enfrentamento e superação da problemática da violência contra o adolescente, uma vez que se propõe e desenvolve ações que contribuem para a mudança do paradigma que toma a violência contra o adolescente como um fenômeno natural, que não incide sobre todas as classes sociais e de impossível

transformação. Destarte, incentiva-se a replicação da estratégia desenvolvida pela Rede de Proteção em outros municípios brasileiros.

Acredita-se que as informações apresentadas e debatidas nesse estudo, apesar das limitações, revelam a magnitude e as características da violência contra o adolescente na realidade estudada. Espera-se que essas informações sejam usadas por outros profissionais da saúde, bem como possam atingir profissionais que atuem em contextos diferenciados com adolescentes e suas famílias. Assim, o estudo poderá contribuir para que o silêncio acerca da violência, em suas mais variadas formas, seja rompido, pois é a partir da sua problematização que poderão ser traçados novos caminhos em busca da superação da violência, pautados na equidade entre os gêneros e gerações.

A etapa qualitativa do estudo permitiu alcançar o objetivo de conhecer as especificidades da realidade da violência contra os adolescentes abrigados, com o intuito de aprofundar o entendimento sobre essa realidade. Os dados evidenciaram a construção social de gênero e geração como determinantes dos processos violentos em que os adolescentes estavam inseridos, bem como destacaram os impactos gerados por ela.

Os depoimentos dos adolescentes abrigados revelaram que eles estão expostos a violências perpetradas tanto no ambiente doméstico como fora dele, atuando, ora como vítimas, ora como expectadores da violência. A vivência numa sociedade que lhes apresenta, na maior parte do tempo, realidades violentas é preocupante. Seja em casa, na comunidade ou na escola, seus direitos são tolhidos de maneira tão drástica que é impossível pensar que sua inserção social não seja comprometida.

A violência também foi explicitada através dos relatos como um fenômeno cotidiano que assume as mais variadas formas (desde a violência física, sexual, psicológica até o abandono, caracterizando a principal forma de negligência) e que, por esse fato, é naturalizada tanto pelos adolescentes como por aqueles que o cercam.

A impotência frente ao agressor desqualifica o adolescente nas relações intergeracionais e intergênero. O medo dos agressores, construído a partir de ameaças, até mesmo contra a vida, os silencia em relação às agressões sofridas. Essa relação de poder extremamente desigual entre vítima-agressor-família constitui uma tríade em que a violência é velada, naturalizada e silenciada não só pela vítima, mas pelos demais membros.

Pode-se afirmar que tal comportamento perpetua as desigualdades de gênero e geração e impossibilita que a vítima adolescente se desvencilhe desse processo. É necessário atentar que a população adolescente, devido à inserção social que sua geração, condição econômica, gênero, cor, escolaridade, entre outros, determinam, encontra-se totalmente subjugada a seus agressores e não reúne condições de enfrentar a situação da mesma maneira que uma vítima adulta poderia fazê-lo. Evidencia-se, portanto, a necessidade de intervenção, pelos diferentes segmentos que atendem aos adolescentes e suas famílias, no sentido de empoderá-los e protegê-los de maneira a garantir seu desenvolvimento físico, moral, psicológico e social.

Ao falarem sobre os sentimentos gerados após a ocorrência da violência, os adolescentes enfatizaram aspectos relacionados à tristeza, pesar e também à sua vulnerabilidade e necessidade de proteção que esperam, sobretudo, dos pais. Dado o contexto em que se inserem, pode-se dizer que suas representações acerca da violência estão intimamente relacionadas ao sentimento de abandono e à rejeição que vivenciam. Foi constatado que, para os sujeitos entrevistados, a violência imprime significados profundos em suas vidas, determinados pela própria situação que atinge a família de onde foram retirados, pela posterior quebra do vínculo familiar e com a comunidade, pela carência de direitos fundamentais e pela necessidade de reinserção social.

É nesse contexto que o abrigo surge como potencial positivo para superação das dificuldades, na medida em que apresenta aos adolescentes abrigados realidades não violentas, favorecendo a criação de novos vínculos como forma de fortalecimento e promovendo condições

que os levam a vislumbrar um futuro melhor. No entanto, a condição de abrigo encerra novas inquietações que necessitam ser exploradas para que o abrigo seja visto como elemento real do enfrentamento da violência e não apenas como uma medida transitória.

Finalmente, tendo em vista a finalidade dessa pesquisa, entende-se que o enfrentamento da violência contra o adolescente no trabalho em rede deve estar articulado a medidas que priorizem o reconhecimento das categorias gênero e geração nas relações de poder que podem culminar em eventos violentos. É de fundamental importância que medidas interventivas se deem em cada uma das três dimensões que compõem a realidade objetiva. Na dimensão estrutural, podem ser destacadas as intervenções direcionadas à construção de uma política nacional que promova a visibilidade do fenômeno da violência e o adolescente como sujeito de direitos, considerando a sua especial inserção na sociedade, a partir das categorias de gênero, geração, classe social e raça etnia; na dimensão particular, políticas locais que favoreçam a criação de redes articuladas para a atuação frente ao fenômeno da violência, com intuito de identificar e enfrentar o problema, considerando as especificidades de cada território; e, na dimensão singular, ações que permitam instrumentalizar os profissionais que atendem os adolescentes e suas famílias, em uma perspectiva pautada nos referenciais da saúde coletiva, de gênero e geração.



## ***Referências***

## REFERÊNCIAS

Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2006 [citado 2013 fev. 12];14(4):625-631. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt\\_v14n4a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf).

Amaral LROG, Mattioli OC. Acidentes infantis e violência doméstica. In: Araújo MF, Mattioli OC, organizadoras. *Gênero e Violência*. São Paulo: Arte e Ciência; 2004.

Andrade CMJ, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):591-5.

Apostólico MR, Cubas MR, Altino DM, Pereira KCM, Egry EY. Contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):453-62.

Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2012;20(2):266-73.

Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2013;21(N. esp.):172-9.

Ariès P. *História social da criança e da família*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.

Assis SG, Deslandes SF, Marques MAB. Violência contra crianças e adolescentes em busca de uma definição: In: Marques MAB, organizadora. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: *Violência faz mal a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2305-17.

Ayres JRCM. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Rev Saúde em Debate*. 1994;(42):54-8.

Ayres JRJM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2012;16(40):67-81.

Azambuja MPR. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão.* 2005;25(1):4-13.

Bardin L. *Análise de Conteúdo. Edição revisada e atualizada.* Lisboa: Edições 70; 2009. p.281.

Beauvoir S. *O segundo sexo.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.

Bes TM, Lopes FAR, Morgan GJ, Ribeiro MS, Duarte WR. Relação da violência intrafamiliar e o uso abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. *Rev AMRIGS.* 2013;57(1):9-13.

Bhona FMC, Lourenço LM, Brum CRS. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. *Arq. Bras. Psicol.* 2011;63(1):87-110.

Brandão ER. Juventude, sexualidade e gênero: mudanças e permanências. In: *violência contra a mulher adolescente-jovem.* Tarquette SR, organizadora. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.* Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.737, de 16 de setembro de 2001. *Aprova a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.* In: *Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.* Brasília; 2001 [citado 2012 jan. 02]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>.

Brasil. 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/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente.* 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica.* 7ª ed. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília; 2009.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 7. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2010. 226 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento. 2010 jun. [citado 2012 jan. 02]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/vigilancia/padroes-de-servicos/projeto-de-implementacao-das-acoes/levantamento-nacional-de-criancas-e-adolescentes-em-servicos-de-acolhimento>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência, doméstica, sexual e outras violências. Brasília; 2011.

Brasil. Portal da Saúde do SUS [internet]. Brasília; 2012. [atualizado 2012 maio. 24; citado 2013 jan. 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>

Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Characterization of sexual abuse in children and adolescents notified in a Sentinel Program. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):602-8.

Batista JMS. A resiliência na história de vida de adolescentes vítimas de violência doméstica: possibilidades para a prática de enfermagem. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.

Breihl J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Brêtas JRS, et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):404-11.

Calvete E, Orue I. Cognitive mechanisms of the transmission of violence: exploring gender differences among adolescents exposed to family violence. *Journal Fam Viol.* 2013;28:73-84.

Carinhanha JI, Penna LHG. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituições de abrigo. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):68-76.

Carlos DM; Ferriani MGC; Silva MAI; Roque EMST; Vendruscolo TS. O acolhimento institucional como proteção a adolescentes vítimas de violência doméstica: teoria ou prática? *Rev Latino-am Enfermagem.* 2013 [citado 2013 mai. 20];21(2):[07 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0579.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0579.pdf).

Carloto CM, Mariano SA. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social. *Estudos Feministas.* 2010;18(2):451-71.

Carvalho QCM, Cardoso MVLML, Silva MJ, Braga VAB, Galvão MTG. Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. *Rev RENE.* 2008;9(2):157-64.

Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência Saúde Coletiva.* 2009;14(2):539-46.

Castro MG. Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos. *Estudos Feministas.* 1992;57(0):57-73.

Costa MCO, Carvalho RC, Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Souza HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência Saúde Coletiva.* 2007;12(5):1129-41.

Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. Apresentação dos dados referentes á notificações de crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência. Curitiba; 2011.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Encontros de articulação do CONANDA com os conselhos tutelares. Brasília; 2000.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília; 2009.

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 Publica*. 2011;27(8):1633-45.

Egry EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY. *As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone Editora; 2008.

Faleiros E. Violência de gênero. In: *violência contra a mulher adolescente-jovem*. Tarquette SR, organizadora. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007.

Faleiros VP, Faleiros ES. *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. 2008.

Ferreira KMM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes-nossa realidade. In: Silva LMP, organizadora. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Recife: EDUPE; 2002.

Ferreira AL, Moura ATMS, Morgado S, Gryner S, Branco VMC. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

Ferriani MGC, Garbin LM, Ribeiro MA. Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(1):45-54.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):450-9.

Fonseca, RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. PROENF- Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008, v.3, p.9-39.

Fonseca RMGS, Leal AMRB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2009 [citado 2013 fev. 13]; 17(6):[07 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_08.pdf).

Fonseca RMGS. Gênero e saúde da mulher: uma releitura do processo saúde doenças das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. 2ª ed. Santana do Parnaíba: Manole; 2012.

Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Recurrence of violence against children in the municipality of Curitiba: a look at gender. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(6):895-901.

Franzin LCS. Violência doméstica: caracterização da mãe notificada em casos de negligência contra criança e o adolescente [tese]. Curitiba: Escola de Saúde e Biociências, Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2012.

Garcia L, Gomes RF, Almeida AP. Perfil da violência sexual na Paraíba: levantamento dos crimes entre 1998 e 2005. *Revista Artemis.* 2005;2(N. esp.):1-17.

Giffin K. Gender violence, sexuality and health. *Cad Saúde Públ.* 1994;10(1):146-55.

Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):504-8.

Graziano AP. Violência sexual infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na Atenção Básica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: procuram-se culpados. São Paulo: Cortez; 1985.

Guedes MEF, Moreira ACG. Gênero, saúde e adolescência: uma reflexão a partir do trabalho com a violência doméstica e sexual. *Advances Health Psychology.* 2009;17(2):79-91.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(3):631-5.

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry E. The evaluate limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP [internet].* 2013 [cited 2013 jun. 15];47(2):304-11. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf).

Guia geográfico de Curitiba [internet]. Curitiba [citado 2012 out. 7]. Disponível em: <http://www.curitiba-parana.net/mapas/bairros.htm>.

Guiraldelli R, Engler HBR. Mulher negra e violência: dilemas atuais. Serviço Social e Realidade. 2007;16(1):205-23.

Gutiérrez AC, Cifuentes MS, Escobar AB. Violencia sexual en jóvenes de 10 a 19 años. Cali, 2001-2006. Rev Salud Publica. 2009;11(6):887-97.

Habigzang LF et al. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. Psicologia: reflexão e crítica. 2005; 21(2): 338-344.

Hildebrandt LM, Zart F, Leite MT. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. Rev Eletr Enfer. [internet]. 2011 [citado 2013 jul. 25];13(2):219-226. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a08.htm>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [internet]. 2010 [citado 2013 ago. 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.

Inoue RSV, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. Estudos de Psicologia. 2008;25(1):11-21.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimentos Econômico e Social. Caderno estatístico município de Curitiba [internet]. Curitiba; 2012. [citado 2012 set. 16]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOk=ok>.

IPPUC – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. Curitiba em dados [internet]. Curitiba; 2012. [citado 2012 out. 2]. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/default.php>.

Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(4): 781-7.

Lavinas L. Gênero, cidadania e adolescência. In: Madeira FR. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos tempos; 1997.



Lemos FCS, Guimarães JL, Cardoso Junior HR. A produção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Araújo MF, Mattioli OC, organizadoras. Gênero e Violência. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.

Leventhal JM, Gaither JR. Incidence of Serious Injuries Due to physical abuse in the United States: 1997 to 2009. *Pediatrics*. 2013;130(5):847-52.

Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1111-21.

Lugão KVMSF, Gonçalves GE, Gomes IM, Silva VP, Jacobson LSV, Cardoso CAA. Abuso sexual crônico: estudo de uma série de casos ocorridos na infância e na adolescência. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(3):179-82.

Maier A. Adolescentes e mortalidade por causas externas: conhecendo a realidade de Curitiba [internet]. Curitiba; 2012 [citado 2012 out. 14] Disponível em: [http://www.corenpr.org.br/artigos/adolescentes\\_ctba.pdf](http://www.corenpr.org.br/artigos/adolescentes_ctba.pdf).

Martins CBG, Jorge MHPM. Situação de mendicância, trabalho precoce e prostituição infantil envolvendo crianças e adolescentes em Londrina, Estado do Paraná-2006. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2009;31(1):23-9.

Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(2):246-55.

Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):660-5.

Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):564-74.

Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad Saúde Publica*. 1990;6(3):278-92.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Públ*. 1994;10(1):7-18.

Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizadora. *Violência e criança*. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo; 2002.

Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008

Minayo MCS, Deslandes SFD, organizadoras. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Minayo MCS, Lima CA. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. Impactos da Violência na Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Moreira DP, et al. Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1273-82.

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

Oliveira EM. O feminismo desconstruindo e re-construindo o conhecimento. *Estudos Feministas*. 2008;16(1):229-45.

Oliveira MAC. A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):166-78.

Ozella S. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos Pesquisa*. 2008;38(133):97-125.

Penna LHG, Santos NC, Souza ER. A produção científica sobre violência doméstica na área da Saúde Pública. *Rev Enferm UERJ*. 2004;12:192-8.

Peres F, Rosenberg CP. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 1998;7(1):53-86.

Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia E. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Revista Bioethikos*. 2010; 4(4):423-30.

Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência. Curitiba; 2008.

Radford L, Corral S, Bradley C, Fisher HL. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child abuse and neglect*. 2013 March 21. [Epub ahead of print]

Reza A, Breiding M, Gulaid J, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z, Bamrah S, Dalhber LL, Anderson M. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*. 2009;373(9679):1966-72.

Ristum M. A violência doméstica contra crianças e as implicações da escola. *Temas em Psicologia*. 2010;18(1): 231-42.

Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3285-96.

Rosseti-Ferreira MC, Serrano AS, Almeida IG. O acolhimento institucional na perspectiva da criança. São Paulo: Hucitec Editora; 2011.

Saffioti HIB. A síndrome do pequeno poder. In: Azevedo MA, Guerra VNA. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu; 1989.

Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil. In: Madeira FR. *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos tempos; 1997.

Sarmiento MJ. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. *Educ. Soc*. 2005; 26(91): 361-78.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):470-7.

Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):919-24.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação e Realidade*. 1995;20(2):16-28.

Tavares LC, Iwamoto HH, Gontijo DT, Medeiros M. Situações de violência sexual infantojuvenil registradas no conselho tutelar de Uberaba/MG. REAS. 2012;1(1):1-14.

Teles MA, Melo M. O que é violência contra a mulher. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.

Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes no interior paulista na infância e/ou adolescência. Psicologia e Sociedade. 2013;25(1):90-102.

Traverso-Yépes MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. Psicologia e Sociedade. 2002;14(2):133-47.

Traverso-Yépes MA, Pinheiro VS. Socialização de gênero e adolescência. Estudos Feministas. 2005;13(1):147-62.

Trassi ML. Adolescência e violência: desperdício de vidas. São Paulo: Cortez; 2006.

Turner MS, Garwick A, Seppelt A. Characteristics of violence among high-risk adolescent girls. Journal of Pediatric Health Care. 2013 Apr. 25. [Epub ahead of print]

Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. Rev Asso Med Bras. 2012;58(4):465-71.

Zanatta EA, Pai DD, Resta DG, Argenta C, Mota MGC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. Enfermagem em Foco. 2012;3(4):165-68.

Waiselfiz JJ. Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos; 2012.

World Health Organization. World report on violence and health. World Health Organization; 2002.

World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization; 2013.

## ***Apêndices***

## APÊNDICE A – Instrumento utilizado para coleta de dados – roteiro da entrevista

**Violência contra o adolescente:  
uma análise à luz das categorias gênero e geração**

**Entrevista com adolescentes abrigados**

| Data | Instituição/ DS | Entrevistador | Código da Entrevista |
|------|-----------------|---------------|----------------------|
|      |                 |               |                      |

### A. CARACTERIZAÇÃO

1. Iniciais: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Sexo: ( ) F ( ) M
5. Cor da pele/ etnia: ( ) Branca ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
6. Escolaridade: \_\_\_\_\_
7. Características familiares:
  - a) Quantas pessoas vivem na residência em que você morava antes de vir para o abrigo? Quem são? (*acrescentar a idade*) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - b) Quantas pessoas trabalham e em que trabalham? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - c) Como é o ambiente familiar, como é o bairro e como são os amigos? (*descrever características do relacionamento no ambiente familiar, bairro, escola e amigos*) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. Motivo pelo qual está institucionalizado (*pesquisar também a fonte instituição*)

---

---

9. Tempo de institucionalização \_\_\_\_\_

---

---

**B. ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Conte com detalhes sobre a situação que te trouxe até aqui.

2. Conte com detalhes uma ou mais situações em que você sofreu algum tipo de violência ou se sentiu violentado por seu pai, mãe, pai e mãe, parente, vizinho, desconhecido ou por seu responsável:

- Quantas vezes isto aconteceu? \_\_\_\_\_

- Quando ocorreu? \_\_\_\_\_

- Você poderia me contar como isto aconteceu? \_\_\_\_\_

3. Como você se sentiu naquela época? \_\_\_\_\_

---

---

4. E, hoje, como se sente em relação a esta situação? \_\_\_\_\_

---

---

5. No seu entendimento, qual é o significado de estar abrigado nessa instituição e estar separado de seus pais, responsáveis ou cuidadores? \_\_\_\_\_

---

---

6. Gostaria de acrescentar algo mais? \_\_\_\_\_

---

---

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o adolescente participante da pesquisa e coordenador da instituição**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “*Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração*”, que tem o objetivo de compreender melhor a violência contra o adolescente, no município de Curitiba/PR. O benefício esperado é melhorar o atendimento da violência contra o adolescente nesse município. As pesquisas podem gerar conhecimentos importantes para o avanço da assistência à população, inclusive a você, adolescente.

Participar desta pesquisa traz riscos mínimos para você, como por exemplo, ficar constrangido (envergonhado) ou emocionado ao responder às perguntas da entrevista, pois podem fazer com que você lembre-se de situações difíceis, como uma violência sofrida. Caso você ache necessário, poderá contar com apoio psicológico especializado.

A pesquisadora responsável é a Rafaela Gessner, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. Se você quiser esclarecer alguma dúvida com a pesquisadora pode ser pelo telefone (41)8519-6434 ou pelo e-mail [rafaelagessner@usp.br](mailto:rafaelagessner@usp.br). Caso continue com dúvidas que não tenham sido esclarecidas pela pesquisadora, você pode entrar em contato com o comitê de ética que aprovou este projeto. O e-mail é [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br) e o telefone é (11) 3061-7548. Se você quiser mais alguma informação sobre a pesquisa, poderá perguntar antes, durante e depois do estudo.

Você participará do estudo sendo entrevistado pela pesquisadora, a entrevista será gravada e depois será transcrita (copiada) na íntegra pela pesquisadora. A duração da entrevista será de aproximadamente 30 minutos.

A sua participação é voluntária. Na hora que você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta este documento que está assinando agora e o que você tenha dito na entrevista até esse momento será desconsiderado. Se você não quiser participar, isso não trará qualquer tipo de consequência para você e para a instituição da qual você faz parte.

As suas informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa e não serão reveladas para a coordenação da instituição que você faz parte ou a qualquer um de seus membros.



As informações dessa entrevista poderão ser divulgadas em relatório ou publicação científica, mas seu nome não aparecerá em nenhum documento ou publicação, somente um código, para que a confidencialidade seja mantida.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Por sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Esse TCLE será assinado em duas vias, uma será arquivada por mim, pesquisadora responsável, e a outra via será disponibilizada ao coordenador dessa instituição.

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e entendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A pesquisadora me explicou sobre os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que essa decisão me prejudique de qualquer maneira. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e tenho a concordância do coordenador da instituição para participar.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Coordenador(a) da instituição: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável: Rafaela Gessner

Endereço: Rua Croata, 353, ap. 54. Lapa, São Paulo-SP

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo- SP

## **APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a coordenação da instituição abrigadora**

A instituição que você coordena e os adolescentes que ali residem estão sendo convidados para participar de uma pesquisa chamada “*Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração*”, que tem o objetivo de compreender melhor a violência contra o adolescente, no município de Curitiba/PR. O benefício esperado é melhorar o enfrentamento e o atendimento da violência contra o adolescente nesse município. As pesquisas podem gerar conhecimentos para o avanço da assistência à população. Precisamos da sua autorização para que a pesquisa possa ser desenvolvida nessa instituição.

A pesquisa utilizará informações coletadas por meio de visitas à instituição e de entrevistas com os adolescentes abrigados, que possuam idade entre 10 e 19 anos e que aceitem voluntariamente participar da pesquisa.

Participar dessa pesquisa não trará consequências ruins nem para você, nem para a instituição que você coordena. Para os adolescentes entrevistados, os riscos serão mínimos, como, por exemplo, sentir-se constrangido ou emocionado ao responder às perguntas da entrevista, pois pode suscitar questões relativas à violência sofrida por eles. Em caso de necessidade, será solicitado apoio psicológico especializado.

A pesquisadora responsável é a Rafaela Gessner, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que desenvolve esse trabalho sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. Se você quiser esclarecer alguma dúvida com a pesquisadora, pode ser pelo telefone (41)8519-6434 ou pelo e-mail [rafaelagessner@usp.br](mailto:rafaelagessner@usp.br). Caso continue com dúvidas que não tenham sido esclarecidas, você pode entrar em contato com o comitê de ética que aprovou esse projeto. O e-mail é [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br) e o telefone é (11) 3061-7548. Se você quiser mais alguma informação sobre a pesquisa, poderá tê-las antes, durante e depois do estudo.

A participação do adolescente é voluntária, não poderá, portanto, ser imposta nem negociada entre a coordenação e o participante visando a qualquer outra finalidade que não a pesquisa. Se, em algum momento, o adolescente não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá manifestar esse desejo e solicitar de volta o documento assinado. Os dados fornecidos por ele até aquele momento serão desconsiderados.

A entrevista será gravada e depois será transcrita na íntegra pela pesquisadora. A duração será de aproximadamente 30 minutos e será realizada nessa própria instituição.

O material de entrevista será utilizado somente para fins de pesquisa, respeitando-se o sigilo e as normas éticas quanto à identificação nominal dessa instituição, bem como dos adolescentes participantes em futuras divulgações e publicações científicas.

Ressalta-se que a participação dessa instituição é feita por um ato voluntário e que a pesquisa não trará qualquer tipo de apoio financeiro ou despesa para a instituição ou para o adolescente. Fica explicitada também a possibilidade de interrupção da participação da instituição na pesquisa a qualquer momento, sem que essa decisão traga quaisquer consequências.

A pesquisa poderá também ser interrompida mesmo após o contato com a coordenação, caso não se encontrem nessa instituição os participantes que se encaixem nos critérios para esse fim ou que expressem concordância em participar da pesquisa.

Esse TCLE será assinado em duas vias, uma será arquivada por mim, pesquisadora responsável, e a outra via será disponibilizada a você, coordenador dessa instituição.

Eu, \_\_\_\_\_, coordenador da instituição \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual a instituição que coordeno foi convidada a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que a instituição a qual represento é livre para interromper sua participação no estudo a qualquer momento sem justificativas e sem que essa decisão afete de qualquer maneira a instituição ou os adolescentes ali abrigados. Concordo voluntariamente com a realização do estudo nessa instituição.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Coordenador(a) da instituição: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável: Rafaela Gessner

Endereço: Rua Croata, 353, ap. 54. Lapa, São Paulo-SP

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola de Enfermagem da Universidade  
de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo- SP

***Anexos***

## ANEXO 1 – Ficha de notificação de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências



FOLHA 01

Nº \_\_\_\_\_

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

|   |  |  |   |  |  |   |   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|--|---|--|--|---|---|--|---|--|---|--|--|
| Dados gerais  | *3- Data do Atendimento  |  | A- Hora do Atendimento (00:00 - 23:59)                    |  | *4- UF   | 5- Município de Notificação             |   | Código (IBGE)  |   |  |   |  |  |
|   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                   |  | P   R  | CURITIBA                                |   | 4106902  |   |  |   |  |  |
| *6- Número da Unidade Notificadora  |  |  |   |  | *7- Data da Ocorrência da Violência  |   |   | *8- Nome   |   |  |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  |   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |   |  |   |  |  |
| Notificação individual  | *10- Idade   |  | *11- Sexo   |  | *12- Gestante  |   |   | *13- Raça/Cor  |   |  |   |  |  |
|   | 1 - Hora [ ] [ ]<br>2 - Dia [ ] [ ]<br>3 - Mês [ ] [ ]<br>4 - Ano [ ] [ ]  |  | M - Masculino [ ]<br>F - Feminino [ ]<br>I - Ignorado [ ] |  | 1- 1º Trimestre [ ]<br>2- 2º Trimestre [ ]<br>3- 3º Trimestre [ ]<br>4 - Idade gestacional ignorada [ ]                            |   |   | 5 - Não [ ]<br>6 - Não se aplica [ ]<br>9 - Ignorado [ ] |   |  | 1 - Branca [ ]<br>2 - Preta [ ]<br>3 - Amarela [ ]<br>4 - Parda [ ]<br>5 - Indígena [ ]<br>9 - Ignorado [ ] |  |  |
|   | *14 Escolaridade   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |   |  |  |
|   | 0 - Analfabeto/sem escolaridade [ ]<br>1 - 1º ao 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (1º grau) [ ]<br>2 - 5º ano completo do Ensino Fundamental (1º grau) [ ]<br>3 - 5º ao 8º série incompleta do Ensino Fundamental (1º grau) [ ]<br>4 - Ensino fundamental completo (1º grau) [ ]<br>5 - Ensino médio incompleto (2º grau) [ ] |  |   |  |  |   |   |  |   |  |   |  |  |
|   | 6 - Ensino médio completo (2º grau) [ ]<br>7 - Educação superior incompleto [ ]<br>8 - Educação superior completo [ ]<br>9 - Ignorado [ ]<br>10 - Não se aplica [ ]  |  |   |  |  |   |   |  |   |  |   |  |  |
| B Educação infantil / Pré-escolar [ ]   |  |  | C Fora da Escola (para crianças e adolescentes) [ ]       |  |  | D Educação Especial [ ]                 |   |  |   |  |   |  |  |
| *15 Número do cartão SUS  |  |  | *16 Nome da mãe / responsável                             |  |  | E Nome do pai / responsável             |   |  |   |  |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                   |  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   |  |   |  |   |  |  |
| Dados de residência   | *17 UF   |  | *18 Município de residência                               |  |  | Código (IBGE)                           |   | *19 Distrito / Regional                                  |   |  |   |  |  |
|   | [ ] [ ]  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                   |  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |   |  |   |  |  |
|   | *20 Bairro   |  | *21 Logradouro (rua, avenida...)                          |  |  | Código                                  |   | *22 Número   |   |  |   |  |  |
|   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                   |  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |   |  |   |  |  |
|   | *23 Complemento (apto, casa...)  |  | F Vila  |  |  | *24 Geo Campo 1                         |   | *25 Geo Campo 2  |   |  |   |  |  |
|   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                   |  |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |   |  |   |  |  |
| *26 Ponto de Referência   |  | *27 CEP  |   |  | *28 (DDD) Telefone   |   | *29 Zona  |  |   |  |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   | 1 - Urbana [ ]<br>2 - Rural [ ]<br>3 - Periurbana [ ]<br>9 - Ignorado [ ]                             |  |   |  |   |  |  |
| *30 País (se reside fora do Brasil)   |  | *31 Ocupação   |   |  | *32 Situação conjugal / Estado civil   |   | *33 Relações sexuais  |  |   |  |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |  | 1 - Solteiro [ ]<br>2 - Casado / União consensual [ ]<br>3 - Viúvo (a) [ ]<br>4 - Separado (a) [ ]<br>9 - Ignorado [ ]             |   | 1 - Só com homens [ ]<br>2 - Só com mulheres [ ]<br>3 - Com homens e mulheres [ ]<br>9 - Ignorado [ ] |  |   |  |   |  |  |
| *34 Possui algum tipo de deficiência / transtorno?  |  | *35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?   |   |  | *36 UF   |   | *37 Município de ocorrência   |  |   |  |   |  |  |
| 1 - Sim [ ]<br>2 - Não [ ]<br>9 - Ignorado [ ]  |  | 1 - Sim [ ]<br>2 - Não [ ]<br>3 - Física [ ]<br>4 - Visual [ ]<br>5 - Mental [ ]<br>6 - Auditiva [ ]<br>7 - Transtorno de comportamento [ ]<br>8 - Não se aplica [ ]<br>9 - Ignorado [ ] |   |  | [ ] [ ]  |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  |   |  |   |  |  |
| *36 UF  |  | *37 Município de ocorrência  |   |  | Código (IBGE)  |   | *38 Distrito / Regional   |  |   |  |   |  |  |
| [ ] [ ]   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  |   |  |   |  |  |
| *39 Bairro  |  | *40 Logradouro (rua, avenida...)   |   |  | Código   |   | *41 Número  |  |   |  |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  |   |  |   |  |  |
| *42 Complemento (apto, casa...)   |  | G Vila   |   |  | *43 Geo Campo 1  |   | *44 Geo Campo 2   |  | *45 Ponto de Referência                 |  |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |   |  |  |
| *46 Zona  |  | *47 Hora da ocorrência   |   |  | *48 Local de ocorrência  |   | *49 Ocorreu outras vezes  |  |   |  |   |  |  |
| 1 - Urbana [ ]<br>2 - Rural [ ]<br>3 - Periurbana [ ]<br>9 - Ignorado [ ]   |  | (00:00 - 23:59) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |  | 1 - Residência [ ]<br>2 - Habitação coletiva [ ]<br>3 - Escola [ ]<br>4 - Local de prática esportiva [ ]<br>5 - Bar ou similar [ ] |   | 1 - Sim [ ]<br>2 - Não [ ]<br>9 - Ignorado [ ]  |  |   |  |   |  |  |
| 6 - Via pública [ ]<br>7 - Comércio / serviços [ ]<br>8 - Indústrias / construção [ ]<br>9 - Outro [ ]<br>99 - Ignorado [ ] |  | *50 A lesão foi autoprovocada?   |   |  | *51 Tipo de violência  |   | *52 Meio de agressão  |  |   | *53 Natureza   |   |  |  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  | 1 - Sim [ ]<br>2 - Não [ ]<br>9 - Ignorado [ ]   |   |  | 1 - Sim [ ]<br>2 - Não [ ]<br>9 - Ignorado [ ]   |   | 1 - Sim [ ]<br>2 - Não [ ]<br>9 - Ignorado [ ]  |  |   | [ ] Doméstica / intrafamiliar [ ]<br>[ ] Extrafamiliar [ ]<br>[ ] Autoagressão [ ]<br>[ ] Institucional [ ]<br>[ ] Violência fetal [ ] |   |  |  |
| *54 Se negligência, de:   |  | *55 Objeto perfurante  |   |  | *56 Força corporal / Espancamento  |   | *57 Objeto contundente  |  |   | *58 Ameaça   |   |  |  |
| [ ] Proteção [ ] Saúde [ ] Educação [ ] Estrutural [ ]  |  | [ ] Cortante [ ]<br>[ ] Substância/objeto quente [ ]<br>[ ] Objeto contundente [ ]<br>[ ] Outro [ ]  |   |  | [ ] Envenenamento [ ]<br>[ ] Arma de fogo [ ]  |   |   | [ ] Ameaça [ ]<br>[ ] Outro [ ]                          |   |  | [ ] Ameaça [ ]<br>[ ] Outro [ ]   |  |  |

\* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| Nome  |  | FOLHA 02  |   |  |
| Violência Sexual  | <input type="checkbox"/> <b>53</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?<br>1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Exploração sexual<br><input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____   | <input type="checkbox"/> <b>54</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo?<br>1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal  | <input type="checkbox"/> <b>J</b> Fazia uso de:<br>1 - Sim 2 - Não<br><input type="checkbox"/> Anticoncepcional<br><input type="checkbox"/> Laqueadura  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>55</b> Procedimento realizado<br>1 - Sim 8 - Não se aplica 2 - Não 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B  | <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmem <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal  | <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>56</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____  |   |   |  |
| Lesão   | <input type="checkbox"/> <b>57</b> Natureza da lesão (Considerar somente o diagnóstico principal)<br>1 - Contusão 7 - Traumatismo crânio-encefálico<br>2 - Corte / perfuração / laceração 8 - Politraumatismo<br>3 - Entorse / luxação 9 - Intoxicação<br>4 - Fratura 10 - Queimadura<br>5 - Amputação 11 - Outros _____<br>6 - Traumatismo dentário 88 - Não se aplica 99 - Ignorado  | <input type="checkbox"/> <b>58</b> Parte do corpo atingida (Considerar somente o diagnóstico principal)<br>1 - Cabeça / face 6 - Abdome 11 - Múltiplos órgãos / regiões<br>2 - Pescoço 7 - Quadril / pelve<br>3 - Boca / dentes 8 - Membros superiores 88 - Não se aplica<br>4 - Coluna / medula 9 - Membros inferiores 99 - Ignorado<br>5 - Tórax / dorso 10 - Órgãos sexuais / ânus   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>59</b> Número de envolvidos _____<br>1 - Um 2 - Dois ou Mais 9 - Ignorado  | <input type="checkbox"/> <b>60</b> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Outro _____<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado (a) <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe <input type="checkbox"/> Outro parente<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-namorado (a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional<br><input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/Conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/Ag. da lei<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecidos <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Própria vítima | <input type="checkbox"/> <b>61</b> Sexo do provável agressor _____<br>1 - Masculino 3 - Ambos os sexos<br>2 - Feminino 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> <b>62</b> Suspeita de álcool e/ou drogas<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> <b>K</b> Qual? _____ |  |
| Encaminhamentos   | <input type="checkbox"/> <b>63</b> Encaminhamentos no setor de saúde 1 - Ambulatorial/Hospital 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado  |   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>64</b> Encaminhamentos da pessoa atendida para outros setores 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança / adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher<br><input type="checkbox"/> Vara da Infância e Juventude <input type="checkbox"/> NUCRIA <input type="checkbox"/> CREAS / CRAS <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Casa Abrigo / Acolhimento Institucional <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML - Instituto Médico Legal<br><input type="checkbox"/> Programa Sentinela/CREAS Cristo Rei <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros: _____ |   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Atendimento emergencial <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> SAV <input type="checkbox"/> Orientações sobre direitos legais <input type="checkbox"/> Saúde mental   |   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>65</b> Violência relacionada ao trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> <b>66</b> Se sim, foi enviada a comunicação de acidente de trabalho (CAT) 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> <b>67</b> Circunstância da lesão CID 10 - CAP XX _____  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>* 68</b> Classificação final _____<br>1 - Confirmado 2 - Suspeito / provável  |  | <input type="checkbox"/> <b>69</b> Evolução do caso _____<br>1 - Alta 3 - Óbito por violência 9 - Ignorado<br>2 - Evasão / fuga 4 - Óbito por outras causas   |   |  |
| Nome do acompanhante  |  | Vínculo / grau de parentesco  | (DDD) Telefone _____  |  |
| Dados importantes para a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência (mulheres acima de 18 anos)<br><input type="checkbox"/> <b>M</b> A vítima tem filhos? _____ <input type="checkbox"/> <b>N</b> O agressor é reincidente? _____<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Quantos? _____ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  |  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Q</b> DECISÃO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA<br>Autorizo o envio das informações dessa ficha para o serviço de saúde próximo de onde resido / para o município onde resido.<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Assinatura da vítima ou responsável: _____<br>Testemunha: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Nome completo: _____<br>Autorizo o envio das informações para a Delegacia da Mulher<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>RG da Testemunha: _____ CPF: _____<br>Endereço da testemunha: _____<br>FAX: (41) 3219-8628 - Enviado FAX <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |  |   |   |  |
| <b>Breve relato da ocorrência:</b> _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____   |  |   |   |  |

\* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

## ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE: UMA ANÁLISE À LUZ DAS CATEGORIAS GÊNERO E GERAÇÃO

**Pesquisador:** Rafaela Gessner

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12453213.5.0000.5392

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 222.566

**Data da Relatoria:** 19/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e transversal, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa sobre o fenômeno da violência contra o adolescente no município de Curitiba. O estudo terá como marco teórico-metodológico a teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), partindo da visão de mundo materialista, histórica e dialética. O estudo utilizará dados primários por meio de entrevista gravada com duração de 30 minutos e dados secundários. Os sujeitos das fontes primárias serão adolescentes de 10 a 19 anos, notificados pelos equipamentos da Rede Local e residentes em unidades de acolhimento Institucional do município de Curitiba. Os sujeitos da fonte secundária serão as notificações dos adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos, notificados pelos equipamentos da Rede Local e compilados na base de dados da Rede de Proteção do município de Curitiba, no período de 2010 e 2011.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:**

- Analisar o fenômeno da violência contra o adolescente à luz das categorias gênero e geração.

**Específicos:**

- Conhecer as características da violência contra o adolescente a partir de dados obtidos pela Rede

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3081-7548 Fax: (11)3081-7548 E-mail: edpesq@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência, no município de Curitiba, no período de 2010 e 2011.

- Identificar e analisar o perfil da violência contra o adolescente no município, à luz das categorias gênero e geração.

- Conhecer as especificidades da realidade da violência contra adolescentes abrigados no município de Curitiba.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa oferece riscos mínimos ao adolescente por possibilitar o constrangimento em responder à entrevista e por suscitar a vivência de situações relativas à violência. No entanto, os pesquisadores descrevem como oferecerão apoio psicológico ao adolescente, caso necessário.

Benefício: melhorar o atendimento da violência contra o adolescente no município de Curitiba e construir o perfil da violência contra o adolescente no município.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto retornou ao CEP após adequação do TCLE com linguagem adequada à idade dos sujeitos; melhor especificação da abordagem dos sujeitos de pesquisa, descrição do suporte psicológico a ser oferecido aos adolescentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está bem redigido em linguagem adequada para o adolescente e o termo de consentimento da Instituição também apresenta as informações necessárias

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da Instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



SAO PAULO, 19 de Março de 2013

---

Assinador por:  
Celia Maria Stivalli Campos  
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3081-7548 Fax: (11)3081-7548 E-mail: edpesq@usp.br

### ANEXO 3 – Aprovação da instituição co-participante. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência

---

**Assunto:** Re: prot 75/2012

---

**De:** Maira Apostolico (maira\_eeusp@yahoo.com.br)

---

**Para:** maira\_eeusp@yahoo.com.br;

---

**Data:** Quinta-feira, 13 de Dezembro de 2012 10:41

---

De: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

**Para:** [emiyegry@usp.br](mailto:emiyegry@usp.br), [ledaenf@gmail.com](mailto:ledaenf@gmail.com)  
**Enviadas:** Quinta-feira, 13 de Dezembro de 2012 10:25:46  
**Assunto:** prot 75/2012

Olá Emiko Egry e Leda Maria Albuquerque

O seu projeto Prot 75/2012 intitulado " Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra crianças. Subprojeto A : Avaliação das necessidades em saúde e vulnerabilidade das famílias e das crianças em situação de violência intrafamiliar " foi analisado quanto à viabilidade e foi considerado aprovado.

Entretanto reforçamos que a aprovação se refere apenas ao sub- projeto A : Avaliação das necessidades em saúde e vulnerabilidade das famílias e das crianças em situação de violência intrafamiliar. Os demais sub-projetos que possam vir a ser desenvolvidos deverão ser submetidos à avaliação quanto a viabilidade em separado no seu tempo.

A coleta de dados numéricos da Rede de Proteção pode ser realizada no Banco de dados do Centro de Epidemiologia com a Dra Hedi Muraro - CE - favor agendar pelo fone 3350-9431

Cópia do seu projeto foi enviado ao DS Boa Vista e nos próximos dias você poderá entrar em contato com as ASL das unidades de saúde envolvidas para verificar o aceite da pesquisa e organizar a coleta de dados.

Lembramos que ao término da pesquisa deverá ser enviado para este Comitê o Relatório Final conforme o modelo CEP/SMS ( em anexo) e cópia do trabalho final completo em CD.

Atenciosamente,

Magrit Fabian Sarturi  
Secretária Executiva  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro de Educação em Saúde- CES  
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba  
Fone para contato 3350-9450