

Alessandra Araújo

**Violência contra crianças e adolescentes:
aspectos relativos aos atendimentos do Hospital de
Clínicas de Uberlândia e do Centro de Referência à
Infância e Adolescência Vitimizada, Uberlândia- MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Uberlândia-MG

2005

Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lindioneza Adriano Ribeiro

Co-orientador: Prof^o. Dr^o. Miguel Tanús Jorge

Coordenador do Programa: Prof^o. Dr^o. Miguel Tanús Jorge

Uberlândia-MG

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação

- A659v Araújo, Alessandra, 1979-
Violência contra crianças e adolescentes: aspectos relativos aos atendimentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia e do Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada, Uberlândia-MG / Alessandra Araújo. - Uberlândia, 2005.
118f. : il.
Orientador: Lindioneza Adriano Ribeiro.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.
1. Violência - Aspectos sociais - Teses. 2. Crianças e violência - Uberlândia, 1993-2003 - Teses. 3. Adolescentes e violência - Uberlândia, 1993-2003 - Teses. I. Ribeiro, Lindioneza Adriano. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.
- CDU: 301.162.2(043.3)

*À filha feliz que fui e à mãe que serei,
pela esperança e por me fazerem lutar
por um mundo melhor e menos
violento.*

Agradecimentos

Aos orientadores Dr^a. Lindioneza Adriano Ribeiro e Dr. Miguel Tanús Jorge pela orientação constante, exigente e companheira, motivo pelo qual foi possível a concretização deste trabalho.

Aos alunos da Faculdade de Medicina da UFU, Paulo Cezar, Mariana, Ludmila, Fernanda e Tatiana, pela ajuda na coleta dos dados, e às colegas Marilúcia e Claucymar, por compartilharem artigos e referências bibliográficas.

À bibliotecária Mayra, pela revisão das referências bibliográficas.

Aos colegas e amigos de trabalho no Ambulatório Central do HCU, principalmente ao Laerte, pelo apoio e compreensão no momento em que precisei me afastar.

Aos meus amigos, pelas gargalhadas e por respeitarem os momentos em que não pude estar presente, em especial ao Anderson, por fazer parte da minha vida.

Ao Luís Gustavo, meu porto seguro, pelos vários “colos”, olhares, carinhos, palavras de incentivo e, como não agradecer, pelas incansáveis revisões, pela enorme paciência e pelos pratos lavados.

Aos meus avós, pais, sogros e irmãos, por tudo que sou. Em especial, à minha mãe, pelo exemplo, por acreditar em mim e me fazer querer ser cada dia um pouco melhor.

“A violação dos direitos da infância serve a um projeto implícito de preservação dos padrões adultocêntricos e falocêntricos, característicos da cultura brasileira e sustentáculo de instituições tais como família, escola, igreja, trabalho etc. Para combater essa síndrome perversa, nós, profissionais universitários, só temos uma arma: a da palavra com que se pode construir escritos indignados (...). Só resta esperar que a mensagem neles implícita frutifique e que não tenham sido um triste exercício de escrever na água...”

(Maria Amélia Azevedo)

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes atinge dimensões alarmantes em todo mundo, em especial no Brasil, constituindo-se um grave problema de saúde pública por provocar forte impacto na morbi-mortalidade desta população.

O objetivo deste estudo foi caracterizar aspectos da violência contra crianças e adolescentes, de suas vítimas e de seus agressores no município de Uberlândia-MG.

Foram realizados levantamentos de prontuários dos casos de violência confirmada contra crianças e adolescentes (0 a 18 anos), em duas instituições públicas, referências no município de Uberlândia: o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), no período de 1996 a 2003, e o Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada (CRIAIV), de 1993 a 2003.

No HCU, foram analisados 663 prontuários e obtido registro de 711 violências. No CRIAIV, foram 1210 crianças e adolescentes vitimizados, totalizando 1389 violências. No Hospital, predominaram casos de violência física (607; 85,4%), vítimas do sexo masculino (437; 61,5%) e adolescentes (477; 71,9%). No CRIAIV, foram mais comuns os casos de violência física (586; 42,1%) e negligência (583; 42,0%), não houve grande diferença de gênero entre as vítimas (726; 52,3% do sexo masculino) e a maioria dessas tinha menos de 12 anos de idade (979; 80,9%). As violências ocorreram principalmente dentro do próprio lar das vítimas (HCU – 61,4% e CRIAIV – 94,2%). As lesões mais descritas no HCU foram as escoriações (191; 28,8%), os ferimentos corto-contusos (187; 28,2%) e os hematomas (143; 21,6%) e, no CRIAIV, os hematomas (106; 14,4%) e as contusões (82; 11,1%). No Hospital, 98 (14,8%) crianças ou adolescentes foram internados e 88 (13,3%) submetidos a cirurgias, 32 (4,8%) encaminhados ao Posto Médico Legal e 22 (3,3%) ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente. As principais condutas nos casos do CRIAIV foram orientações familiares (380; 51,6%) e acompanhamentos domiciliares (266; 36,1%). Os agressores eram familiares das vítimas na grande maioria dos casos do CRIAIV (911; 94,1%) e em cerca da metade dos prontuários médicos em que havia registro dessa informação (115; 53,7%). Dentre esses, a mãe foi a principal agressora no Centro de Referência (482; 52,9%) e o pai nos casos do Hospital (41; 35,7%). No CRIAIV, a maior parte dos agressores tinha de 20 a 40 anos de idade (446; 73,8%), possuía o ensino fundamental incompleto (321; 67,1%) e mantinha uma relação conjugal estável (484; 50,0%). Sobre o uso de drogas, 250 (25,8%) agressores relataram fazer uso de álcool e 99 (10,2%) de outras drogas (99; 10,2%).

Conclui-se que as características das vítimas e os tipos de violência variam conforme a instituição de atendimento. A violência que mais motiva atendimento no HCU é a física, atinge principalmente adolescentes do sexo masculino, com lesões que, em muitos casos, necessitam de internações e procedimentos cirúrgicos, não sendo rotina do serviço o encaminhamento dos casos para o Conselho Tutelar. As principais violências atendidas no CRIAIV são a física e a negligência e atingem principalmente crianças menores de 12 anos de idade, sendo decrescente o número de casos com o aumento da idade. Os agressores possuem de 20 a 40 anos de idade, não chegam a completar o ensino fundamental, cerca da metade é composta por casados ou amasiados, aproximadamente ¼ faz uso de álcool e cerca de 10% usam outras drogas. Independente da fonte de dados pesquisada, a violência ocorre frequentemente dentro do lar das vítimas e é perpetrada pelos próprios pais.

ABSTRACT

Violence against children and adolescents reaches alarming levels all around the world, especially in Brazil, where it is a deep public health problem as it causes strong impact on population morbidity and death rate.

The main purpose of this study is to distinguish the aspects of violence against children and adolescents, the victims and their aggressors in the town of Uberlândia.

Health records of violence cases confirmed against children and adolescents (from 0 to 18 years old) had been carried through in two public institutions, references in the city of Uberlândia: the “Hospital de Clínicas de Uberlândia” (HCU), in the period of 1996 to 2003, and the “Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada” (CRIAV), from 1993 to 2003. Later the information desired had been collected through forms of collection of data elaborated exclusively for the accomplishment of the research.

In the HCU, 663 medical records had been analyzed and 711 cases of violence were registered. In the CRIAV, 1210 adolescents and children had been victimized, totalizing 1389 cases. In the Hospital, they had been 607 (85.4 %) cases of physical violence, most of cases of violence were with male victims (437; 61.5 %) and mainly adolescents (477, 71.9%). In the CRIAV, the usual cases were: physical violence (586; 42.1%) and neglect (583; 42.0 %), there was no great difference between the genders of victims (726; 52.3 % were male) and most of them younger than 12 years old (979; 80.9%). The cases of violence had occurred mainly at home (HCU - 61.4% and CRIAV - 94.2%). The injuries most described in the HCU had been excoriations (191; 28.8%), the wounds cut-contusions (187; 28.2 %) and hematomas (143; 21.6%), in the CRIAV, hematomas (106; 14.4%) and bruises (82; 11.1%). At the Hospital, 98 (14.8%) children or adolescents had been interned and 88 (13.3%) submitted to surgeries, 32 (4.8%) cases had been directed to the Legal Medical Rank and 22 (3.3%) to the Tutorial Council for children and adolescents. The main behaviors in the cases of the CRIAV were family orientation (380; 51.6%) and domiciliary visits (266; 36.1%). The aggressors were victims’ relatives in the great majority of the cases from CRIAV (911; 94.1%) and about half of medical records where this information had been registered (115; 53.7%). Among these, the mother was the main aggressor at the Reference Center (482; 52.9 %) and the father in the cases at the Hospital (41; 35.7%). At CRIAV, most of the aggressors were between the age of 20 to 40 years old (446; 73.8%), didn’t finish elementary education (321; 67.1%) and kept a steady conjugal relationship (484; 50.0%). Considering drugs, 250 (25.8%) aggressors used to drink alcohol and 99 (10.2%) used to take other drugs (99; 10.2%).

The conclusions are that the characteristics of the victims and the types of violence vary according to the attendance institution. At the HCU, attendance is motivated mostly due to physical violence and it reaches mainly male adolescents, with injuries that, in many cases, request internments and surgical treatment. The service doesn’t include the guiding of the cases to the Tutorial Council. At CRIAV, the main cases are physical violence and neglect that mainly reach children younger than 12, (cases number decrease as the age goes up). The aggressors are between 20 to 40 years old, did not accomplish basic education, half of them are married or live with a partner, 1/4 have alcohol and about 10% take other drugs. At both institutions most cases of violence takes part at home and is perpetrated by victims’ own parents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tipos de violência contra crianças e adolescentes segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	36
Tabela 2 -	Sexo das vítimas segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	38
Tabela 3 -	Idade e sexo das vítimas de violência, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003)	41
Tabela 4 -	Idade das vítimas por tipo de violência segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	43
Tabela 5 -	Idade e sexo das vítimas de violência sexual segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.....	45
Tabela 6 -	Local de ocorrência da violência segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	46
Tabela 7 -	Lesões, sinais e sintomas decorrentes das violências cometidas contra crianças e adolescentes, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	47
Tabela 8 -	Regiões anatômicas acometidas pelas violências infligidas contra crianças e adolescentes, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG	48

Tabela 9 -	Conduta médica adotada frente às crianças e aos adolescentes violentados, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia -MG	49
Tabela 10 -	Encaminhamentos dos casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG	50
Tabela 11 -	Conduta adotada e encaminhamento dos casos, segundo o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	51
Tabela 12 -	Crianças e adolescentes afastados dos familiares agressores, segundo o tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	52
Tabela 13 -	Tipo de agressor segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) ou no CRIAV(1993 a 2003), Uberlândia-MG	54
Tabela 14 -	Grau de parentesco entre o agressor intrafamiliar e a vítima, segundo o tipo de violência, HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG	57
Tabela 15 -	Grau de parentesco entre o agressor intrafamiliar e a vítima segundo o tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia- MG	58
Tabela 16 -	Relação entre agressores extrafamiliares e vítimas, segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	59
Tabela 17 -	Sexo do agressor segundo o tipo de violência cometida e o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	60
Tabela 18 -	Idade dos agressores por sexo, segundo atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	61
Tabela 19 -	Estado civil dos agressores das vítimas atendidas no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	62

Tabela 20 - Grau de escolaridade dos agressores segundo o tipo de violência e o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	63
Tabela 21 - Uso de álcool e drogas pelos agressores segundo o tipo de violência e o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia- MG	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Tipos de violência contra crianças e adolescentes segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	37
Gráfico 2 -	Sexo das vítimas segundo os casos de violência registrados no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	39
Gráfico 3 -	Sexo das vítimas de violências sexual e física, HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG	39
Gráfico 4 -	Sexo das vítimas segundo tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	40
Gráfico 5 -	Idade e sexo das vítimas segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG	42
Gráfico 6 -	Idade e sexo das vítimas segundo o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	42
Gráfico 7 -	Idade das vítimas segundo tipo de violência, HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG	44
Gráfico 8 -	Idade das vítimas segundo tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	44
Gráfico 9 -	Relação do agressor com a vítima, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	54
Gráfico 10 -	Relação do agressor com a vítima segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	55

Gráfico 11 - Grau de parentesco entre agressores e vítimas da violência intrafamiliar, segundo atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG	58
---	----

LISTA DE ABREVIACOES

ABRAPIA	- Associao Brasileira Multiprofissional de Proteo à Infância e à Adolescência
CID	- Classificao Internacional de Doenças
CNRVV	- Centro de Referência às Vítimas de Violência
CRAMI	- Centro Regional de Registro e Ateno aos Maus-Tratos na Infância
CRIAV	- Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada
CTCA	- Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
EFC	- Ensino Fundamental Completo
EFI	- Ensino Fundamental Incompleto
EMC	- Ensino Médio Completo
EMI	- Ensino Médio Incompleto
ES	- Ensino Superior
HCU	- Hospital de Clínicas de Uberlândia
LACRI	- Laboratório de Estudos da Criança
OMS	- Organizao Mundial de Saúde
PML	- Posto Médico Legal
PS	- Pronto Socorro
UFU	- Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ABREVIACÕES	xiii
1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 – Histórico.....	2
1.2 – Tipos de violência.....	11
1.2.1 – Violência Física.....	13
1.2.2 – Violência Sexual.....	13
1.2.3 – Violência Psicológica.....	14
1.2.4 – Negligência.....	16
1.2.5 – Síndrome de Münchausen por Procuração.....	16
1.2.6 – Abuso Ritualístico.....	17
1.3 – Impacto e conseqüências da violência contra crianças e adolescentes.....	19
1.4 – Conduta e diagnóstico dos profissionais de saúde.....	22
1.5 – Epidemiologia da violência.....	25
1.5.1 - Mundo.....	25
1.5.2 - Brasil.....	26
1.5.3 - Uberlândia.....	27
2 – OBJETIVO	29

3 – CASUÍSTICA E MÉTODO	31
4 – RESULTADOS	35
4.1 – Tipos de violência	36
4.2 - Sexo e idade das vítimas.....	38
4.3 – Local de ocorrência.....	46
4.4 – Lesões, sinais e sintomas e regiões anatômicas acometidas	47
4.5 – Condutas e encaminhamentos dos profissionais.....	49
4.6 – Vínculo do agressor com a vítima	53
4.7 – Sexo e idade do agressor.....	60
4.8 - Características dos agressores: estado civil, escolaridade e uso de drogas	62
5 – DISCUSSÃO	65
5.1 – Tipos de violência.....	66
5.2 – Sexo e idade das vítimas	71
5.3 - Local de ocorrência	75
5.4 - Lesões, sinais e sintomas e regiões anatômicas acometidas.....	76
5.5 - Condutas e encaminhamentos dos profissionais	79
5.6 - Vínculo do agressor com a vítima	82
5.7 - Sexo e idade do agressor	87
5.8 – Características dos agressores: estado civil, escolaridade e uso de drogas.....	88
6 – CONCLUSÕES	92
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
9 – ANEXOS	112

1 – INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

1.1 – Histórico

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

(art. 5º. Estatuto da Criança e do Adolescente¹)

A violência vem ganhando cada vez mais espaço nos meios acadêmicos e de comunicação como um problema de relevância pública e social. Isso por tomar dimensões alarmantes em todo mundo e em especial no Brasil, constituindo-se um dos mais graves problemas de saúde pública, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade desta população (BRASIL, 1993a; JUNQUEIRA, 1998; BRASIL, 2001a; GOMES et al., 2002a; TEIXEIRA, 2004).

O conceito ampliado de saúde, conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS (World Health Organization, 2005) e a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 2000), contempla o tema da violência, pois abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas aos estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade em questão vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (1995) – situa a violência dentro do conjunto de causas externas à saúde, que inclui as causas ditas acidentais (devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões auto-provocadas) (BRASIL, 2001a).

¹ O Estatuto da Criança e do Adolescente foi publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção I, do dia 16 de julho de 1990 e sofreu uma emenda publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção I, do dia 16 de outubro de 1991.

Falar de violência é falar da história da humanidade e também de uma questão atual e recente. É falar de um fenômeno complexo, histórico e cultural, constituído com significações diversas e que “refere-se a uma conduta de abuso e poder, muitas vezes invisível e/ou encoberta, que envolve situações de força e tensão, assimetria e desigualdade social, danosas para a constituição do indivíduo e da sociedade” (FERRARI, 2002a, p.59). Segundo a linha de pesquisa da Teoria Crítica, a violência distingue-se da agressão porque a primeira só existe no domínio da cultura e a segunda, no domínio da natureza. Portanto, a percepção do que seja um comportamento violento é algo definido pela sociedade e varia tanto no espaço geográfico como na dimensão temporal (AZEVEDO, 1997a; AMAZARRAY; KOLLER, 1998).

Na área da infância e adolescência, a violência assume contornos dramáticos (AMAZARRAY; KOLLER, 1998; GOMES et al, 2002a). Pesquisas atuais indicam o Brasil como um dos três países com maior índice de violência contra seus jovens, assumindo o segundo lugar no ranking mundial de agravos por causas externas entre pessoas de 15 a 24 anos de idade (BEZERRA, 2004). O homicídio é a mais importante causa de mortalidade no grupo de 10 a 19 anos de idade, correspondendo a 49,5% entre todas as causas (SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

A violência contra crianças e adolescentes, também conhecida pelos termos maus-tratos ou abusos, acompanha a humanidade desde a Antigüidade. Registros históricos revelam essas crueldades:

- Na Grécia Antiga, as crianças deformadas eram eliminadas e as saudáveis poderiam ser oferecidas aos deuses. Para os romanos, o pai tinha o direito de decisão de vida ou de morte sobre seus próprios filhos e o abandono de crianças era costumeiro (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; DELGADO;

FISBERG, 1990; MUZA, 1994; ASSIS, 1995a; CUNHA, 1998; BACKES, 1999).

- A interpretação literal de algumas passagens da Bíblia pode levar à conclusão de que as Escrituras são favoráveis ao duro disciplinamento corporal de crianças² (GUERRA, 1998).
- No Brasil Colonial, são vários os registros que revelam a naturalidade com que os adultos espancavam, abandonavam, violentavam ou mesmo conviviam com a morte de crianças (MOTT, 1997). A idéia da aplicação de castigo físico em crianças foi introduzida no Brasil pelos jesuítas, pois os índios não utilizavam castigos para o disciplinamento dos filhos e, no período escravocrata, os castigos brutais foram aplicados tanto às crianças brancas, filhas dos senhores, quanto e sobretudo às crianças escravas (ASSIS, 1995a; CUNHA, 1998; GUERRA, 1998).
- Uma das instituições que mais contribuiu para a vitimização de crianças no Brasil foi a denominada “Roda dos Expostos”, criada em 1738, com o objetivo “caritativo-assistencial” de recolher as crianças abandonadas. O nome de roda deveu-se a assimilação da instituição ao dispositivo no qual eram depositadas as crianças. A roda era um cilindro de madeira que girava em torno de um eixo, com uma parte da superfície lateral aberta, por onde eram introduzidos os “expostos”. Este dispositivo logo se constituiu numa forma de vitimização, uma vez que servia como mecanismo oficial de segurança para esconder os filhos ilegítimos, aumentando o número da demanda de abandonados além da capacidade da instituição e, conseqüentemente, contribuindo para o aumento da mortalidade. Apesar das críticas e depois de algumas pequenas reformulações,

² “Aquele que poupa a vara, quer mal ao seu filho, mas o que o ama, corrige-o continuamente” (Provérbios 13:24); “Castigando-o com a vara, salvarás sua vida da morada dos mortos” (Provérbios 23:14)

a instituição “Roda dos Expostos” persistiu no Brasil até 1948 (COSTA 1989; ASSIS, 1995a).

- O Brasil Republicano traz à tona discursos veiculados em congressos que referendam o disciplinamento corporal como prática importante que conduz à obediência dos filhos no lar e nas escolas (GUERRA, 1998).

Embora o maltrato à criança seja identificado há muito na história da humanidade, a compreensão da infância como um período específico da vida que requer proteção e afeto originou-se há pouco mais de dois séculos (ARIÉS, 1981; MUZA, 1994).

Até o século XVIII, era considerado natural que a criança recém-nascida fosse afastada da família para amamentação e depois para ser entregue a professores. A partir dos sete anos, a criança ingressava na “comunidade dos homens”, participando de todas as atividades sociais, como qualquer outro adulto (as imagens que representavam as crianças eram desenhos de pequenos adultos) e não havia necessidade de trocas afetivas entre pais e filhos (ARIÉS, 1981).

Essa concepção começou a ser modificada no final do século XVII, coincidindo com a transição do feudalismo para o capitalismo e o processo de industrialização. Com o desejo da burguesia de educar seus filhos para as atividades que deveriam exercer quando adultos e prepará-los para enfrentar adequadamente o poder da aristocracia, surgem o sistema escolar e o conceito moderno de infância, nos quais a criança é “isolada” do meio social adulto. Com o início da escolarização ocorreu a institucionalização dos castigos como o método educativo mais eficaz e a violência contra crianças se tornou mais arraigada na sociedade (ARIÉS, 1981).

Em 1860, surge o primeiro estudo científico de que se tem notícia sobre violência doméstica. Ele foi escrito por um médico, Dr. Ambroise Tardieu, presidente da Academia de

Medicina de Paris na época. Seu trabalho propunha uma conexão entre violência doméstica e problemas sociais e revelava as crueldades dentro das famílias. Entretanto, devido a interesses políticos da época, seu trabalho não teve grande repercussão (Guerra, 1998).

É somente na segunda metade do século XIX, com o caso de Mary Ellen Wilson³, que se começa a compreender o abuso e a negligência contra a criança como um fenômeno capaz de comprometer seu potencial desenvolvimento (MÉRA, 1993; AZEVEDO; GUERRA, 1997; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002). Entretanto, os direitos das crianças só começam a ser discutidos oficialmente em 1924, em Genebra, quando foi proclamada a Primeira Declaração dos Direitos da Criança e a partir daí algumas declarações, encontros e convenções foram organizados para discutir e defender tais direitos: Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948; Declaração dos Direitos da Criança de 1959; Convenção Internacional do Direito da Criança em 1989; Encontro Mundial de Cúpula pela Criança em 1990; Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança de 1990 (CUNHA, 1998; GUERRA, 1998).

A partir de 1960, com o trabalho de Kempe et al. (1962), as situações de maus-tratos ganham maior visibilidade e tornam-se objeto de investigação. Eles descrevem a *Síndrome da Criança Espancada*, definida como um quadro clínico manifestado pelas crianças de baixa idade que apresentavam lesões inadequadas ou inconsistentemente explicadas pelos pais.

Em 1964, Fontana (1971) introduz o termo *criança maltratada*, o qual inclui, além da noção de maus-tratos físicos proposta por Kempe, as situações de negligência e privação emocional.

³ A primeira sentença condenatória a pais por maus-tratos a uma criança ocorre em 1874, nos Estados Unidos, quando os pais adotivos de Mary Ellen Wilson, uma criança de oito anos de idade, são acusados e julgados por severos maus-tratos físicos. “A inexistência, nessa altura, de leis que salvaguardassem os direitos das crianças impediu qualquer tipo de ação legal. Através da mediação da Sociedade Americana para a Prevenção da Crueldade contra os Animais, o caso foi apresentado em tribunal sob a alegação de que, se os animais se encontravam legalmente protegidos, e Mary Ellen, como humana, pertencia ao reino animal, deveria também ser-lhe garantida proteção. Desta forma se ditou nos Estados Unidos, em 1874, a primeira sentença condenatória a pais por maus-tratos a uma criança” (OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002, p.2).

Até a década de 1980, a sociedade brasileira regulamentava a existência de duas imagens de infância: uma, da criança da família considerada estruturada (pai-mãe-filhos), que era de responsabilidade dos pais, sendo sua vida definida e conduzida pelas leis particulares, tomadas no ambiente privativo da família (o lar); a outra, da criança marginalizada, abandonada, pobre, mais conhecida como “menor”, que se constituía como uma ameaça social e que, portanto, deveria ser controlada pelo Estado. Somente esta última, a “infância em situação irregular”, é que era considerada responsabilidade do Estado, por necessitar de amparo ou tutela nas situações caracterizadas por ato infracional ou omissão por parte da família. Essa divisão da infância é refletida nas políticas assistenciais e correccionais implantadas, como os Códigos de Menores de 1927 e 1979, e as Fundações Nacional e Estaduais do Bem Estar do Menor (FUNABEM e FEBEMs) (CUNHA, 1998; OLIVEIRA, 2004).

É só a partir de 1980 que, no Brasil, começa a se configurar a luta em defesa dos direitos da infância e adolescência, que passam a ser garantidos pela Constituição Federal de 1988, no art. 227 e, desde 1990, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão (BRASIL, 2000, p.125-126).

Com a elaboração do ECA (BRASIL, 1993b), crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos como seres em desenvolvimento, sujeitos de direitos e de cidadania, havendo uma importante mudança no enfoque doutrinário: de objetos de direitos passam a sujeitos de direitos, da situação irregular (proposta pelo antigo Código de Menores) para a de proteção integral (SOTTO MAIOR, 2002). Essa doutrina incumbe a lei de garantir os direitos fundamentais da criança e do adolescente. Segundo Sotto Maior (2002) o ECA,

materializou proposta de dar atenção diferenciada à população infanto-juvenil e, como fórmula para estabelecer *igualdade material*, entendeu-se indispensável que as crianças e adolescentes perseguidos, vitimizados, excluídos, marginalizados na realidade social (vale dizer, à margem dos benefícios produzidos pela sociedade) viessem a receber, pela lei, um tratamento *desigual* (porque desiguais na realidade), necessariamente *privilegiado*. Assim, pela nova legislação, as crianças e adolescentes não podem mais ser tratados como meros objetos de intervenção do Estado, devendo-se agora reconhecê-los *sujeitos dos direitos elementares da pessoa humana*, de maneira a propiciar o surgimento de verdadeira ‘ponte de ouro’ entre a marginalidade e a cidadania plena.

Dentre as implementações sociais propiciadas pelas diretrizes do ECA, visando a proteção e a garantia de direitos de crianças e adolescentes, estão os conselhos tutelares e os conselhos de direitos nacional, estadual e municipal (SEDA, 2001; OLIVEIRA, 2004).

O conselho tutelar é um órgão administrativo instalado na esfera da administração municipal, permanente e autônomo, encarregado pela sociedade de zelar por ela com prioridade no atendimento de crianças e adolescentes em “estado de necessidade”, ameaçados ou violados em seus direitos (SEDA, 2001). Tem como suas atribuições: o atendimento de crianças e adolescentes que tiverem seus direitos ameaçados ou violados e a aplicação das medidas de proteção (conforme o artigo 101 do ECA); a promoção do cumprimento de suas determinações, solicitando serviços e recorrendo à justiça para a responsabilização dos que descumprem a lei e não apresentam justificativa; a promoção do cumprimento das medidas educativas aplicadas pela justiça a adolescentes infratores; a participação junto ao Poder Executivo na elaboração de propostas orçamentárias para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; o atendimento aos pais ou responsáveis que tiverem violando os direitos de crianças e adolescentes e a aplicação das medidas cabíveis (conforme artigo 129 do ECA); o encaminhamento para o Ministério Público dos casos que demandem ações judiciais de perda ou de suspensão do pátrio poder; a fiscalização das entidades governamentais e não-governamentais que executem programas sócio-educativos e de proteção (conforme artigo 136 do ECA); dentre outras (OLIVEIRA, 2004).

Os conselhos de direitos nacional, estadual e municipal da criança e do adolescente são órgãos deliberativos e controladores das ações na área da infância e adolescência no que diz respeito a políticas públicas, com participação paritária em sua composição de membros do governo e da sociedade civil organizada (OLIVEIRA, 2004).

Estes são os instrumentos legais que possibilitam a proteção e promoção do bem-estar das crianças e adolescentes e sanções a quem aplica os maus-tratos, variando desde a simples advertência até a destituição da tutela, passando pela suspensão da guarda e do pátrio poder (DELGADO; FISBERG, 1990; GOMES et al., 2002b). Entretanto, depois de 15 anos de surgimento do ECA, ele ainda não foi implementado em sua totalidade, as pessoas o desconhecem por não haver uma difusão adequada da lei, o que por sua vez propicia que as crianças e os adolescentes continuem a sofrer violação de seus direitos e a ser vistas como parte de um mundo “menor”.

Assim, é possível verificar que, historicamente, se assiste a um crescente enfoque na problemática dos maus-tratos a crianças, fruto da crescente consciencialização em torno da importância da infância enquanto período desenvolvimental, com especificidades, necessidades e problemas próprios (...), do movimento dos direitos humanos e dos direitos das crianças, e do conseqüente aumento dos padrões culturais associados à saúde e ao bem-estar da criança (...) (OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002, p.89).

Apesar dos grandes avanços conseguidos na área dos direitos das crianças e dos adolescentes, algumas dificuldades impedem a real aplicação da lei. Uma delas é a falta de identificação e notificação dos casos, o que por sua vez impede a ação da Justiça (DELGADO; FISBERG, 1990; GOMES et al, 2002b). Outra dificuldade refere-se ao próprio Poder Judiciário, que ainda hoje encontra resistências em reconhecer a existência da violência contra crianças e adolescentes, principalmente o incesto. O Judiciário exige testemunhas, provas concretas e nega ou desclassifica laudos médicos e psicológicos, rejeitando as únicas provas possíveis de serem obtidas na maioria dos casos e reduzindo o fenômeno à minoria

percentual dos casos que podem ser provados. Além disso, devido à permanente impunidade, institui formalmente a invisibilidade da violência contra crianças e adolescentes (PEREIRA, 2004; SÜSSEKIND, 2004).

O poder Judiciário tem se mostrado extremamente recalcitrante na aceitação da existência do abuso sexual, especialmente quando praticado por parentes próximos. Caminhando no sentido oposto ao do respeito à cidadania infantil, entende que a palavra da vítima, a evidência de traumas, marcas físicas e mesmo testemunho de professores e laudos psicológicos não são suficientes para a condenação, ou mesmo para a suspensão de direitos como o da visitação e o pátrio poder. É muito importante desvendar os tecnicismos que amarram e limitam o entendimento e a adesão do Judiciário à efetiva e imediata proteção das vítimas de abuso sexual. Registrar as armadilhas ocultas através do tradicionalismo e do culto a instituições como a família e o amor entre pais e filhos, que não podem ser usados contra o melhor interesse da criança (PEREIRA, 2004, p.125).

Segundo Seda (2001), por muito tempo o Brasil teve juízes de menores que eram autorizados por lei a exercer arbitrariamente suas funções. Essa lei era o antigo e agora revogado Código de Menores, que dava poderes ao juiz, podendo este agir segundo seus próprios valores e ideais. O antigo Código de Menores era fruto de uma “doutrina antijurídica”, que não levava em conta direitos e deveres dos cidadãos. Com o ECA, foram criadas regras para abolir a prática do arbítrio em quaisquer situações e estabelecidas normas objetivas que dizem quais são os direitos e os deveres de idosos, adultos, adolescentes e crianças em suas relações com... *crianças e adolescentes*. Infelizmente, como se viu acima, a antiga concepção ligada ao Código de Menores ainda permanece presente nas condutas de muitos profissionais, inclusive os ligados ao setor jurídico.

Isto posto, deve se pensar a noção de maus-tratos infantis como um conceito historicamente construído, que, como qualquer outra violência, só pode ser estudada dentro da sociedade que a gerou, porque se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrossociais. Portanto, contextualizar o fenômeno “não significa descaracterizar a violência do ato, mas sim mostrar que ele é violento na nossa

cultura que, a partir de sua própria definição do que seja um ato de violência, o decodifica desta forma” (JUNQUEIRA, 1998, p.435).

1.2 – Tipos de violência

Para uma melhor compreensão da problemática em questão, é fundamental a explicitação dos conceitos aqui utilizados para definição de violência contra crianças e adolescentes.

Primeiramente, deve-se destacar o fato de que na literatura encontram-se diferentes definições de violência contra crianças e adolescentes, sendo ampla a lista de termos utilizados (CUNHA, 1998). Embora alguns autores questionem o uso indiscriminado desses termos por levantarem vários significados (AZEVEDO; GUERRA, 1995; FALEIROS, 2002; AZEVEDO; GUERRA, 2005), nesta pesquisa “violência contra crianças e adolescentes”, “maus-tratos”, “abuso” e “agressão” serão utilizados como sinônimos.

O Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA) considera que a *infância vítima de violência* compreende o contingente social de crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco pessoal e social, que vivenciam situações especialmente difíceis, ou daqueles que por omissão ou transgressão da família, da sociedade e do Estado estejam sendo violados em seus direitos básicos. Diversos são os meios e modos de violentar crianças e adolescentes que configuram o quadro perverso da *infância violada*. Dentro da *infância violada*, encontram-se as seguintes categorias: *infância pobre* – vítima de violência social mais ampla; *infância explorada* – vítima de violência no trabalho; *infância torturada* – vítima de violência institucional; *infância fracassada* – vítima de violência escolar; *infância vitimizada* – vítima da violência doméstica (AZEVEDO; GUERRA, 1997).

Abusos ou *maus-tratos* são atos que infligem sofrimentos ou danos físicos e/ou sexuais e/ou psicológicos a alguém, exercidos por um sujeito em condições “superiores” (idade, força, posição social ou econômica, inteligência e/ou autoridade), contrariamente à vontade da vítima ou por seu consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (DESLANDES, 1994a; MENEZES et al., 1996; BRASIL, 2001b).

Já a *violência doméstica* tem na família seu espaço privilegiado (BRASIL, 1993a; GUERRA, 1998) e é considerada uma relação interpessoal em que a força, a intimidação ou a ameaça subjagam a criança ao autoritarismo do adulto responsável, implicando de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância (AZEVEDO; GUERRA, 1995; MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; AZEVEDO; GUERRA, 2000). É uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade e a segurança (BRASIL, 1993a).

A partir destas definições é possível identificar a existência de vários tipos e sub-tipos de violência contra crianças e adolescentes, apesar da ausência de consenso conceitual em torno de tais demarcações tipológicas. Dentre as diversas formas que os maus-tratos podem assumir, as mais comumente utilizadas na literatura são violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência. Alguns autores ainda classificam outros tipos de violência como a síndrome de Münchhausen por procuração e o abuso ritualístico (REECE, 1990; AZEVEDO, 1997b; BACKES, 1999; GOMES et al, 2002b; SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

1.2.1 – Violência Física

Definida como qualquer ação intencional (ou não acidental) que provoque, ou potencialmente possa provocar, dor e dano físico (GUERRA, 1998; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002). Abrange quaisquer castigos corporais, aplicados usualmente com correias, chicotes, fios elétricos, cintas de fivela, ripas de madeira, cabos de vassoura, tapas, socos, pontapés, mordidas, arremesso do corpo da criança, queimaduras com cigarros, ferro de passar, água fervente etc. (CARIOLA et al., 1995; BACKES, 1999). Tradicionalmente, a punição corporal tem sido justificada e culturalmente aceita como método disciplinador de crianças e adolescentes. Entretanto essa idéia vem sendo combatida por se tratar de um método que causa danos a crianças e adolescentes e que geralmente está associada a práticas abusivas (JOHNSON, 1990; GUERRA, 1998; AZEVEDO; GUERRA, 2004).

1.2.2 – Violência Sexual

Refere-se ao envolvimento sexual de crianças e adolescentes em atividades sexuais que eles não compreendem totalmente, às quais são incapazes de dar um consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares. Esta violência fica caracterizada quando uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual por um adulto ou adolescente mais velho, através do uso da violência física, coação ou abuso de confiança. Pode ser cometida tanto por pessoas do ciclo familiar quanto por extrafamiliares conhecidos ou desconhecidos, e os principais abusadores são os adultos que cuidam (ou deveriam cuidar) da criança ou do adolescente (ZAVASCHI et al., 1991; JUNQUEIRA, 1998; SEABRA; NASCIMENTO, 1998; FERRARI, 2002b; ROCHA, 2004). Segundo Azevedo e Guerra (1988), ela pode ser classificada em três grupos:

- Não envolvendo contato físico: abuso verbal, telefonemas obscenos, vídeos/filmes obscenos, “voyeurismo”.
- Envolvendo contato físico: atos físico-genitais que incluem “passar a mão”, coito (ou tentativa de), manipulação de genitais, contato oro-genital e uso sexual do ânus; pornografia, prostituição infantil (ou seja, exploração sexual da criança para fins econômicos) e incesto (enquanto atividade sexual entre uma criança e seus parentes mais próximos, tanto de sangue quanto de afinidade).
- Envolvendo contato físico com violência: estupro, brutalização e assassinato, nos quais estão presentes a força, a ameaça ou a intimidação.

1.2.3 – Violência Psicológica

A violência mais destrutiva não quebra ossos, quebra mentes (BACKES, 1999).

Representa uma situação em que a criança ou o adolescente é desqualificado em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções, ou cobrado excessivamente por pessoas significativas (PITZNER; DRUMMOND, 1997).

Abrange hostilidade verbal crônica em forma de insulto, desprezo, crítica, depreciação, desrespeito, discriminação, cobrança exagerada ou ameaça de abandono, bem como constante bloqueio das iniciativas de interação da criança, desde o evitamento até o confinamento (GOMES et al., 2002b; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002).

Esse tipo de violência está sempre presente nas outras formas de abuso e é muito difícil sua comprovação quando ocorre isoladamente. Além disso, é uma violência ainda

pouco reconhecida pela sociedade brasileira, que ocupa muito pouco espaço na área da pesquisa e não constitui posição de destaque no atendimento oferecido pelos serviços de proteção à criança e ao adolescente (ASSIS; AVANCI, 2004). Somente em 2001, pela primeira vez em âmbito nacional, foi destacada a importância de seu diagnóstico e sua notificação pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a).

Segundo Garbarino, Guttman, Seeley (1986), essa violência impede significativamente o desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente, comprometendo o desenvolvimento do ego e da competência social. Esses autores afirmam que as famílias abusivas psicologicamente são aquelas que tendem a se manter mais afastadas de outras instituições sociais ou a própria sociedade as afastam pela maneira desrespeitosa pela qual se relacionam; em que os membros não se respeitam e consideram qualquer forma de contato aversiva (o sentido de unidade familiar costuma estar aniquilado); em que os pais costumam ter insuficiente conhecimento sobre desenvolvimento infantil para lidar com as necessidades e os comportamentos dos filhos e costumam dar respostas inapropriadas e parciais às necessidades da criança. Ainda segundo esses autores, na medida em que os pais dão respostas destrutivas às necessidades dos filhos, praticam o abuso psicológico e estimulam o aprendizado dessa forma de relacionamento.

Sem dúvida, as relações familiares ou no entorno do jovem são constituídas psicologicamente por uma verdadeira rede de tensões normais e, por vezes, de atritos anormais. A imagem que a criança vai formando da vida é, na sua essência, um desenvolvimento das experiências a que ela é sujeita no círculo mais próximo, o familiar. Se ali prevalece a harmonia, isso vai ajudá-la a integrar as suas orientações e a guiar os seus afetos. Se, ao contrário, imperar atitudes desrespeitosas e pouco afetuosas, influenciará severamente a sua atitude consigo mesma e com o mundo (ASSIS; AVANCI, 2004, p.64).

1.2.4 – Negligência

Caracteriza-se pelo descuido, ou simples omissão, da tarefa de prover o mínimo necessário ao desenvolvimento normal da criança ou do adolescente, tanto em seu aspecto físico quanto emocional e social (BRASIL, 1993a). As crianças negligenciadas são vítimas mais da omissão de seus pais ou responsáveis do que de uma agressão direta (DAVOLI; OGIDO, 1992). Em termos práticos, caracteriza-se por exposição aos fatores de risco: deixar de tomar precaução, deixar a criança em condições de sofrer acidente, desatenção à saúde, ao seu direito à educação, à alimentação etc., sendo o abandono considerado a forma extrema de negligência (CARIOLA et al., 1995; KORN et al., 1998; SOUZA; MELLO JORGE, 2004). Tais condutas só podem ser consideradas abusivas quando não são atribuídas à carência de recursos sócio-econômicos (BRASIL, 1993a).

Seu diagnóstico é de difícil detecção, pois como esta forma de abuso freqüentemente está associada às condições econômicas, torna-se complicado distinguir a participação da família na negligência. Contudo, mesmo em famílias mais favorecidas, pode-se constatar casos de negligência, principalmente a chamada “negligência afetiva”, nas quais as famílias delegam unicamente às babás ou às creches a tarefa de educar e dar afeto às crianças (CUNHA, 1998).

1.2.5 – Síndrome de Münchausen por Procuração

Definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis e que levam a intervenções e investigações desnecessárias e danosas à criança. Neste tipo de abuso os pais ou responsáveis infligem repetidamente doenças ou ferimentos em um filho, injetando toxinas

ou induzindo a criança a ingerir drogas de modo a causar diarreia, desidratação ou outros sintomas, para depois buscarem ansiosamente a atenção de profissionais de saúde (REECE, 1990; BACKES, 1999; GOMES et al., 2002b; SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

1.2.6 – Abuso Ritualístico

Compreendido como um abuso repetitivo, sexual, físico e/ou psicológico de crianças ou adolescentes, que inclui atividades religiosas e/ou sobrenaturais. Trata-se de um abuso que envolve múltiplas vítimas e agressores, que tem caráter cerimonial ritualizado, real ou aparentemente ligado ao plano divinatório/sobrenatural, cujas práticas são secretas e ocultas, que não se restringe à violação sexual, sendo, ao contrário, cumulativo em termos de agressão à vítima (AZEVEDO, 1997b).

Na prática, as delimitações entre os tipos de violência não são tão claras, pois geralmente a criança ou o adolescente é vítima de duas ou mais violências ao mesmo tempo, como afirma Sousa e Silva (2002, p.278),

(...) na prática de atendimento de casos de violência intrafamiliar existe o imbricar de um ou mais tipos de violência, isto é, crianças e adolescentes são vítimas, de modo geral, de pelo menos dois diferentes tipos de violência. Dificilmente há a ocorrência de um único tipo isolado. O mais comum é, ante um caso de denúncia, poder identificar o tipo mais evidente naquele contexto e momento. Todavia, tal identificação não resiste a uma análise mais profunda.

Dois exemplos clássicos do entrelaçamento entre as violências em um mesmo caso são as histórias reais relatadas nos livros de Pelzer (1999) e de Andrade (2004). Dave Pelzer foi uma criança norte-americana que sofreu em sua infância maus-tratos físicos, psicológicos e negligência por parte de sua mãe, com o consentimento de seu pai, pelo silêncio e omissão. A

violência, que começou com o castigo no quarto, se intensificou de tal maneira que Dave sofreu inimagináveis torturas, como ficar sem comida por vários dias, ter que engolir produtos de limpeza, ficar dentro de uma banheira de água gelada em pleno inverno norte-americano, dormir no chão do porão, ter que fazer todo o serviço doméstico, além de ser tratado como uma coisa que era chamada de “garoto”, enquanto via sua mãe ser carinhosa com seus irmãos.

Alguma coisa parecia errada. Muito errada! Fiz força para concentrar os olhos em mamãe. Ela havia começado a sacudir a faca com a mão direita. (...) Eu não pensava que ela fosse me atingir, mas mesmo assim meu corpo começou a se comprimir. (...) Nesse momento, seu tronco parecia uma cadeira de balanço descontrolada. Esquecendo suas ameaças inúteis, imaginei que a velha bêbada ia se estatelar de cara no chão. Concentrei toda a minha força no rosto de mamãe. Pelo canto do olho, vi um objeto embaçado voar de sua mão. Uma dor aguda explodiu bem em cima de meu estômago. Tentei ficar em pé, mas minhas pernas afrouxaram e meu mundo escureceu. (...) Quando recuperei a consciência (...) Tentei dizer alguma coisa. Sabia que fora um acidente. Queria que mamãe soubesse que eu a perdoava, mas me sentia fraco demais para falar. (...) Nunca duvidei, nem por um segundo, de suas habilidades de enfermeira. Apenas esperei que ela me embarcasse no carro e me levasse para o hospital. Tinha certeza de que levaria. (...) Mamãe levou quase meia hora para fazer o curativo em meu ferimento. Não havia nenhum remorso em seus olhos. Eu pensava que no mínimo ela tentaria me consolar com sua voz calmante. Olhando para mim sem nenhuma emoção, mamãe se levantou, lavou as mãos e me disse que agora eu tinha trinta minutos para terminar de lavar os pratos. (...) Da cozinha podia ouvir papai folheando o jornal na sala de estar. Respirei fundo, sentindo dor, esperando poder me afastar e dirigir para papai. (...) Eu me encaminhei para a sala de estar. Meu herói estava sentado na extremidade oposta do sofá. Eu sabia que ele cuidaria de mamãe e me levaria de carro para o hospital. Fiquei parado na frente de papai, esperando que virasse a página e me visse. Quando fez isso, eu gaguejei: *Papai...ma...ma...mamãe me esfaqueou.* Ele nem sequer levantou a sombrancelha. *Por quê?*, ele perguntou. *Ela disse que se eu não lavasse os pratos em tempo,... ela me mataria.* O tempo parou. Eu podia ouvir a respiração forçada de papai atrás do jornal. Ele pigarreou antes de dizer: *Bem...ah... é melhor você voltar lá e terminar os pratos.* (...) Fiquei parado diante de papai em completo choque. Ele nem sequer olhou para mim. Eu sentia que, por alguma razão, se ele pudesse pelo menos virar uma ponta do jornal e sondar meus olhos, ele saberia; sentiria minha dor, o quão desesperado eu estava por ajuda. (...) Afastei-me. Todo o meu respeito por papai tinha acabado. O salvador que eu imaginara durante tanto tempo era um impostor. Sentia mais raiva dele do que de mamãe (PELZER, 1999, p.83-87).

Já Fabiana Pereira de Andrade é brasileira, a segunda de cinco filhas, todas violentadas fisicamente por ambos os pais e abusadas sexualmente pelo pai. Fabiana teve duas filhas desse relacionamento incestuoso, que também foram assediadas pelo pai-avô, desde muito pequenas.

Sentia-me bastante indefesa. Meu pai vinha me acariciar e eu tinha medo de reagir. Se eu fizesse isso, acabaria apanhando. Ele nos perturbava o dia inteiro e à noite também. Quando chegava a hora de dormir, era sempre a mesma tortura: ele emendava a cama de casal dele com a nossa cama. Tudo então começava, quando a luz se apagava e minha mãe dormia – ou fingia estar dormindo. Do jeito que as coisas aconteciam em casa, era absurdo que minha mãe dissesse não saber de nada (...). Às vezes eu me olhava no espelho por várias horas e começava a chorar. Eu queria descobrir o que havia em meu corpo para que meu pai ficasse fazendo aquilo. A cada parte do meu corpo que eu olhava no espelho, eu sentia nojo de mim mesma. Eu não queria estar naquele corpo. Minha única vontade era morrer ou não ter existido: aquilo não era vida (...). Hoje, com lágrimas em meus olhos, pergunto: por que eu? Pai, o que eu fiz para merecer isso, onde errei? Mãe, por que você não levantou a mão por mim quando mais precisei? Por que vocês judiaram tanto e não me deixaram sequer abrir a boca? (...). Eu e minhas irmãs só éramos lembradas quando nos pegavam para usar violência contra nós. Tudo em nossas vidas era triste (ANDRADE, 2004, p.28 e 29).

Atualmente alguns autores oferecem uma outra proposta de classificação dos maus-tratos, que ao invés de fazê-la pelo tipo de violência, a faz pelo motivo e premeditação da violência: *categoria A* – abuso premeditado, no qual o abusador se satisfaz (“undertaken for gain”) ao perpetrar o ato violento; *categoria B* – maus-tratos cometidos impulsivamente, relacionados com pressões sociais e pessoais; *categoria C* – os ditos maus-tratos “moderados”, aceitos socialmente, justificados como necessários para o disciplinamento de crianças e adolescentes, como, por exemplo, palmadas no “bumbum” (SOUTHALL; SAMUELS; GOLDEN, 2003).

1.3 – Impacto e conseqüências da violência contra crianças e adolescentes

Recentemente, alguns estudos (MUZA, 1994; GUERRA, 1998; BACKES, 1999; FERRARI, 2002a,b) têm demonstrado os graves riscos que os maus-tratos representam para o desenvolvimento e aprendizagem da criança e do adolescente. Riscos que não se limitam ao momento em que ocorrem, mas que podem alargar suas conseqüências às demais fases da vida. Além das seqüelas físicas, as conseqüências psicológicas, apesar de menos visíveis,

deixam marcas mais profundas e duradouras no desenvolvimento da pessoa, influenciando negativamente diferentes áreas, dentre elas: desenvolvimento sócio-emocional, desenvolvimento cognitivo, linguagem, rendimento acadêmico, desenvolvimento da cognição social, desenvolvimento moral e conduta (OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002; ENGELHARDT, 2004). Como exemplos das conseqüências resultantes da experiência com a violência, pode-se citar a auto-imagem negativa, a inapropriada vazão aos impulsos agressivos, a falta de confiança em outros, a dificuldade de se relacionar com os pais e companheiros, o isolamento social, a falta de empatia para com os pares, os problemas alimentares graves, os distúrbios do sono, os problemas de atenção, as desordens de comportamento, as condutas anti-sociais e, por fim, a depressão e a tentativa de auto-extermínio. Atualmente, a neurobiologia revela que, em fases muito precoces do desenvolvimento, o impacto da violência (através de mecanismos complexos e na dependência da maturidade das estruturas afetadas) pode alterar de modo intenso e muitas vezes irreversível o desenvolvimento neural da criança (ENGELHARDT, 2004).

Geralmente, nas famílias agressoras há o estabelecimento de um tipo de “aliança solidária” entre os cônjuges pela qual um dificilmente exerce determinado tipo de violência sem a cumplicidade silenciosa do outro, sendo muito raro que o parceiro não-agressor revele o problema a terceiros. A manutenção do segredo é imposta por violência, ameaças ou mesmo em uma relação sem palavras e possui a função de manter uma coesão familiar e “proteger” a família do julgamento social. A realidade das conseqüências de uma acusação (prisão, perda do sustentáculo financeiro) faz com que, para algumas famílias, a revelação seja mais grave do que o próprio abuso, o que reforça a manutenção do segredo. É o chamado “Pacto de Silêncio” ou “Lei do Silêncio” (BRASIL, 1993a; BITTENCOURT, 1995; LAMOUR, 1997; CUNHA, 1998; GUERRA, 1998; BARBOSA, 2004).

Além dos cônjuges, as crianças e os adolescentes, incluindo as vítimas diretas da violência e as indiretas (irmãos), também são obrigados a guardar segredo, o que também é gerador de uma série de conseqüências negativas para o seu desenvolvimento (GUERRA, 1998). Segundo Azevedo, E. (2004, p.66), “quando tratamos uma criança que sofreu violência sexual incestuosa e que tem irmãos, é importante que fiquemos atentos de que eles podem estar sofrendo violência psicológica, violência física ou até violência sexual”. Como todos sofrem as conseqüências de terem sido criados em um ambiente marcado pelo silêncio e pela violência, é importante que toda a família seja alvo de cuidados e tratamento (FROMER, 2002, SCODELARIO, 2002, AZEVEDO, E., 2004).

As dificuldades de revelação dos abusos contra crianças e adolescentes por parte das vítimas e seus familiares se devem a diversos fatores, dentre os quais: temor pela reação da própria família; manutenção da aparência da “sagrada família”; conivência entre as pessoas que sabem do fato e não o denunciam; crença de que nada pode ser feito para resolver o problema; por ser um assunto tabu; por não se saber o que fazer (COHEN, 1997).

Como se não bastassem essas severas conseqüências, o contexto da revelação do ato abusivo, a reação freqüentemente negativa da família e de toda rede social da criança, bem como o despreparo dos profissionais apresentam um grande potencial gerador de danos psicológicos secundários à criança (AMAZARRAY; KOLLER, 1998, p.575).

Muitos estudos têm alertado para a questão da transmissão intergeracional como uma grave conseqüência dos maus-tratos. Segundo a teoria da transmissão intergeracional, muitos dos agressores também foram maltratados durante a infância ou adolescência, sendo grande a probabilidade de repetição deste comportamento na vida adulta se as crianças vítimas de maus-tratos não forem devidamente tratadas (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; GUERRA, 1998; GOMES et al., 2002a; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002). Segundo Vecina (2002), as pessoas que vitimizam também foram invadidas, maltratadas, abusadas física, sexual ou psicologicamente no decorrer de seu desenvolvimento e não

tiveram oportunidades suficientes de vivenciar experiências de cuidados e proteção durante o processo de formação de sua identidade que permitissem o desenvolvimento dos papéis de protetor e de cuidador para com o outro. Assim, quando adultas, reproduzem a situação de violência vivenciada e aprendida, assumindo, no entanto, o papel de vitimizador. “Quem hoje vitimiza, por meio da ação ou omissão, ao fazê-lo revivencia sua própria vitimização com os mesmos sentimentos de *sem saída*” (p.205). Entretanto Neves e Romanelli (2004), num estudo sobre famílias de camadas populares nas quais ocorre violência física doméstica, constataram que a violência física vivenciada pelo agressor na infância não pode ser considerada determinante na reedição da agressão dos próprios filhos, embora as vivências infantis de abandono e desamparo propiciem perturbações afetivas e dificuldades no estabelecimento de vínculos com os filhos.

1.4 – Conduta e diagnóstico dos profissionais de saúde

Um dia, depois de ler um folheto informativo sobre violência doméstica, o ex-presidente da Sociedade Americana de Ginecologistas e Obstetras, Richard Jones, perguntou a uma de suas antigas pacientes se seu marido já a havia lhe espancado alguma vez. Para seu assombro, ela respondeu: *Doutor, o senhor não imagina há quanto tempo eu esperava que me fizessem essa pergunta*. Agora, o Dr. Jones inquiriu todas as suas pacientes sobre a questão da violência e estimula seus alunos a fazerem o mesmo (POPULATION REPORTS, 12/99 apud ROCHA, 2004, p.94).

Segundo Rocha (2004), a notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é uma informação emitida pelo setor de saúde, ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o conselho tutelar, com a finalidade de promover cuidados voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos, ajudando a criança ou o adolescente e sua família. Segundo essa autora, a notificação não é um favor ou um ato de caridade e sim

uma obrigação que todos os adultos têm para com as crianças e adolescentes, sendo uma das armas mais importantes contra a violência intrafamiliar.

Os profissionais que lidam com crianças e adolescentes são os principais responsáveis para a quebra do pacto do silêncio e sua omissão significa a conivência com a situação e a permissão para que a violência se perpetue (SOUSA E SILVA, 2002). É dever dos profissionais de saúde, ao depararem com um caso (confirmado ou suspeito) de maus-tratos, identificá-lo, notificá-lo e encaminhá-lo adequadamente, sendo considerado crime passível de punição qualquer omissão de denúncia de maus-tratos a crianças e adolescentes (DELGADO; FISBERG, 1990; GOMES; SILVA; NJAINE, 1999).

Embora tenha havido um avanço na área legislativa, na prática, a maioria dos profissionais ainda não conhece devidamente o problema ou não se sente preparada para assumir as devidas responsabilidades exigidas nesses casos (GOMES, 1998; GOMES et al., 2002b).

Sabe-se que em muitos casos, os sinais da violência não são visíveis, entretanto, segundo Cunha (1998), mesmo quando o profissional de saúde que atende a criança ou o adolescente reconhece estes sinais, normalmente o diagnóstico oficial de violência doméstica não é realizado, sendo colocado um diagnóstico secundário. Isto ocorre por diversos motivos, entre eles: o medo do comprometimento, a desconfiança de que não seja verdade, o medo da reação dos pais, o descrédito nas instituições de atendimento ou a falta de preparo do profissional. Muitas vezes, o profissional se limita a atender o problema imediato apresentando o tratamento do sintoma físico, o que, por sua vez, contribui para a permanência da criança em situação de risco e para a subnotificação de casos (sendo este um dos motivos para que o percentual de notificações por parte dos serviços de saúde ainda não seja expressivo e geralmente se baseie nos casos mais graves).

Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao se depararem com um caso de maus-tratos está a comprovação do diagnóstico (BACKES, 1999). Resumidamente, o diagnóstico diferencial deve levar em conta os seguintes fatores: a discrepância entre a história fornecida pelos pais (ou entre os pais) e o quadro clínico da criança, assim como a demora em procurar assistência médica, em casos graves; o estado geral da criança, indicativo de negligência habitual (como desnutrição inexplicada); a presença de hematomas em diversos graus de evolução e fraturas ósseas em diversos graus de consolidação, indicando agressões repetidas; a indiferença dos pais para com a gravidade dos fenômenos; a relutância dos responsáveis em fornecer dados sobre o ocorrido; dentre outros fatores (DELGADO; FISBERG, 1990; DAVOLI; OGIDO, 1992).

No atendimento hospitalar, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência - ABRAPIA (1992) - propõe aos profissionais de saúde, ao se depararem com casos de maus-tratos: anamnese detalhada; avaliação da necessidade de exames complementares; notificação obrigatória dos casos suspeitos ou confirmados ao policial de plantão, às delegacias, aos Conselhos Tutelares ou ao Juizado da Infância e Juventude; acionamento de uma equipe multiprofissional para garantir a continuidade da assistência; internação obrigatória nos casos suspeitos ou confirmados visando proteger a criança, quando a mesma corre risco de vida.

Ainda são poucas as instituições de saúde brasileiras realmente engajadas no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes e que unam cuidados específicos no atendimento das lesões e traumas com práticas de promoção e prevenção.

Na cabeça de muitos brasileiros, talvez até da maioria, os pais continuam tendo poder de vida e morte sobre os filhos; crêem que a melhor educação só se consegue com punição e humilhação; e persiste a idéia de que é necessária a violência para conter a desobediência e a rebeldia dos jovens e das crianças (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.30).

Portanto, torna-se necessária e urgente uma capacitação sobre maus-tratos na infância e adolescência para os diversos profissionais de saúde sujeitos a lidarem com o assunto em sua prática profissional, sendo de fundamental importância a abordagem do mesmo sob uma ótica multidisciplinar (AMAZARRAY; KOLLER, 1998).

1.5 – Epidemiologia da violência

1.5.1 - Mundo

- Estudos de prevalência realizados na América do Norte e no Reino Unido sugerem que cerca de 50% das mulheres sejam submetidas à violência sexual na infância (LEVETT, 1994). Segundo DeMause (1991), nos Estados Unidos, pelo menos 60% das meninas e 45% dos meninos estariam propensos a sofrer violência sexual na infância.
- Pesquisa realizada na Universidade de Columbia nos Estados Unidos (CASTRO NETO, 1994) afirma que uma criança agredida, que chega ao pronto-socorro e é atendida e mandada de volta à sua família sem nenhuma medida de precaução, tem 5% de possibilidade de ser morta e 35% de possibilidade de retornar ao pronto-socorro com danos bem piores.
- Pesquisadores estimam que a taxa de recidivas para casos de violência física seja de 50 a 60% quando não se instauram as medidas de proteção para a vítima (GUERRA, 1998).
- Em 1994, dados da OMS estimam que cerca de 250 mil crianças são assassinadas anualmente por seus pais em todo o mundo (CASTRO NETO,

1994). Neste mesmo ano, só nos EUA foram notificadas às agências dos serviços de proteção à infância quase 3 milhões de casos de crianças como possíveis vítimas de abuso e negligência (PASCOLAT et al., 2001).

1.5.2 - Brasil

- A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas estima que por ano no país cerca de 4,5 milhões de crianças são vítimas de abuso e negligência (DESLANDES, 1994b).
- A média anual de registros de maus-tratos à criança de conhecimento da Justiça Brasileira é de 20.400 denúncias no início da década de 90 do século passado (SEABRA; NASCIMENTO, 1998).
- Pesquisa realizada entre adolescentes escolares de Duque de Caxias-RJ revela que 52,8% sofrem violência de um ou de ambos os pais (ASSIS, 1995b).
- Calcula-se que cerca de 14% das lesões em crianças menores de cinco anos observadas em pronto-socorros são provocadas (CASTRO NETO, 1994).
- Segundo diversos estudos, três entre dez crianças de zero a doze anos sofrem, diariamente, algum tipo de maus-tratos dentro da própria casa, perpetrados por pais, padrastos ou parentes (SOUSA E SILVA, 2002).
- Segundo dados do UNICEF, mensalmente cerca de 18 mil crianças brasileiras, com idade de sete a quatorze anos, são vítimas de violência física na privacidade de suas casas (GARCIA, 2002).
- Levantamentos do IBGE revelam que cerca de 20% das crianças e dos adolescentes brasileiros sofrem violência física e 80% dos agressores são seus próprios pais (SANCHEZ; MINAYO, 2004).

1.5.3 - Uberlândia

- Em Uberlândia-MG, a média de crianças e adolescentes vitimizados que chegam a cada conselho tutelar é de 250 por mês (BARCELOS, 2003).

É importante ressaltar que as taxas de ocorrência reais provavelmente sejam maiores do que as estimativas existentes, visto que muitas crianças maltratadas não são reconhecidas nem diagnosticadas (ROIG, 1997; AMAZARRAY; KOLLER, 1998). Nos Estados Unidos, estima-se que para cada caso de violência doméstica notificado, dois não o sejam, enquanto que no Brasil, para cada caso de violência física registrado, 10 a 20 não são, sendo grande o índice de subnotificação (PASCOLAT et al., 2001).

Uberlândia é uma cidade localizada em região comercial e industrial estratégica, no Triângulo Mineiro-MG (ANEXO A). Segundo o Censo 2000, realizado pelo IBGE, tem aproximadamente 4.116 Km², é a terceira cidade de Minas Gerais em número de habitantes (501.214 habitantes - 255.513 do sexo feminino e 245.701 do masculino), possui população urbana de 488.982 habitantes (159.605 menores de 18 anos) taxa de alfabetização de 95% (BRASIL, 2005) e taxa de crescimento anual de 3,31% (Uberlândia, 2005).

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), as Unidades de Saúde Pública (Unidades de Atendimento Integral e Unidades Básicas de Saúde), os Conselhos Tutelares da Criança e do Adolescente (CTCA) e o Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada (CRIAIV) são as principais instituições públicas responsáveis pelo atendimento e notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes ocorridos no município.

Os CTCA, estabelecidos pelo Estatuto (ECA - art. 131), são as unidades de referência para encaminhamento e denúncia dos casos. Atualmente existem duas unidades em funcionamento e a maior causa de atendimento está relacionada a problemas familiares (UBERLÂNDIA, 2004).

O CRIAV é uma instituição da Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Uberlândia que atua especificadamente no atendimento e prevenção da violência domiciliar cometida contra crianças e adolescentes e atende cerca de 120 famílias e 240 crianças por mês, encaminhadas pelos CTCA e Ministério Público (UBERLÂNDIA, 2004).

Levando-se em consideração a gravidade e a relevância social do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes brasileiros e reforçando que sua existência na sociedade fere legalmente a Constituição Federal e o ECA, torna-se fundamental uma maior compreensão do fenômeno e da realidade que o cerca, para que, posteriormente, novas políticas públicas que enfoquem o tratamento e a prevenção dos maus-tratos possam ser elaboradas e implementadas, visto que, quanto maior o conhecimento, maiores as chances de uma intervenção eficaz sobre o fenômeno.

Embora tenha crescido a atenção por parte das entidades responsáveis e dos pesquisadores brasileiros para o tema, em Uberlândia ainda são poucos os dados existentes neste campo. Considera-se, portanto, de extrema importância, a realização de trabalhos que sistematizem e organizem o conhecimento já existente na área, para que, a partir disso, se comece a pensar em soluções práticas para o problema.

2 – OBJETIVO

2 - OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é o de caracterizar, para o município de Uberlândia, em relação aos atendimentos realizados aos casos de violência física, sexual, psicológica e de negligência cometidas contra a criança e o adolescente:

- os tipos mais freqüentes;
- as características das vítimas;
- as características dos agressores;
- os locais de ocorrência mais comuns;
- os tipos de lesões infligidas;
- os tipos de atendimentos e de encaminhamentos mais freqüentemente dados aos casos.

3 – CASUÍSTICA E MÉTODO

3 – CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram avaliados os casos de violência cometida contra crianças e adolescentes com base nas informações registradas em duas instituições, o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) e o Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada (CRIAIV).

O HCU, hospital-escola ligado à Universidade Federal de Uberlândia (UFU), possui 503 leitos, é o único hospital público da cidade, 100% conveniado com o Sistema Único de Saúde. Presta atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência e oferece internações hospitalares de média e alta complexidade. Todo paciente possui um prontuário médico com número de identificação, no qual é registrado o atendimento realizado. Os atendimentos de urgência e emergência são registrados em fichas que são, posteriormente, anexadas aos prontuários médicos. O Setor de Nosologia é responsável por classificar as doenças/agravos à saúde e arquivar as informações num banco de dados, seguindo as normas da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente em sua décima revisão (CID-10). Os prontuários ficam arquivados por ordem numérica no Setor de Arquivo Médico.

Para a obtenção dos prontuários avaliados, foi solicitado ao Setor de Nosologia o levantamento de todos os casos referentes a crianças e adolescentes de zero a dezoito anos de idade incompletos, relativos aos seguintes diagnósticos: categorias E.960 a E.969 da CID-09 (1980), no período de agosto de 1996 a dezembro de 1998 (Anexo B) e categorias T74 e X85 a Y09 da CID-10 (1995), no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2003 (Anexo C). Após esse levantamento, a própria pesquisadora e colaboradores (acadêmicos do curso de medicina) analisaram todos os prontuários para confirmar o diagnóstico e coletar as informações. Foi utilizado um formulário próprio especialmente elaborado para a coleta, o Formulário de Coleta de Dados do HCU (Anexo D). Foram excluídos todos os casos nos quais os relatórios

de atendimentos não confirmaram o diagnóstico, ou quando a idade do paciente no momento do evento era de 18 anos ou mais.

O CRIAV substituiu o extinto SOS Criança (1993 a julho de 2002) e procura atender de forma integrada e abrangente o fenômeno da vitimização da infância e da adolescência, por meio de suas linhas de ações: diagnóstico, tratamento, prevenção e capacitação. Desenvolve uma série de procedimentos que têm por objetivo confirmar ou descartar a ocorrência de maus-tratos e encaminha crianças, adolescentes e seus familiares para instituições oficiais ou recursos da comunidade, de acordo com as necessidades detectadas durante a avaliação do caso. O atendimento realizado na instituição é registrado num prontuário relativo ao evento e não ao indivíduo, podendo envolver mais de uma vítima. Os prontuários são arquivados segundo ano de atendimento e número de registro.

Foram avaliados todos os prontuários de atendimento do CRIAV/SOS Criança, no período de 1993 a 2003, referentes às informações sobre as violências confirmadas contra crianças e adolescentes. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora e por colaboradores (acadêmicos do curso de Medicina), utilizando o Formulário de Coleta de Dados do CRIAV (Anexo E). Foram excluídos os relatos de casos que não se referiam aos tipos de violências pesquisadas ou nos quais não foi possível confirmar a denúncia.

Tanto o Formulário do HCU quanto o Formulário do CRIAV continham informações sobre:

- dados pessoais da criança/adolescente (sexo e idade);
- dados sobre a violência (tipo; local de ocorrência; lesões, sinais e sintomas; conduta adotada pelo serviço);
- dados sobre o agressor (relação agressor/vítima).

No Formulário do HCU, havia ainda informações complementares sobre o atendimento prestado (regiões anatômicas acometidas; conduta clínica adotada) e no

Formulário do CRIAV, informações sobre o agressor (sexo; idade; estado civil; escolaridade; uso de álcool/drogas ilícitas).

As informações obtidas de cada uma das duas fontes foram colocadas em bancos de dados individuais do programa Access® e, posteriormente, analisadas no Excel®.

Algumas comparações foram realizadas utilizando-se o Teste do Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fischer, através do *software* Epi-Info, versão 3.3. Considerou-se significante $p < 0,05$. Comparações entre os dados do HCU e do CRIAV foram realizadas avaliando-se, para ambos, somente os casos de violência física e sexual.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (Anexo F).

4 – RESULTADOS

4 - RESULTADOS

Foram avaliados 663 prontuários do HCU (711 violências) e 736 do CRIAV (1210 crianças e adolescentes vitimizados e 1389 violências).

4.1 – Tipos de violência

Embora quando comparadas apenas as proporções de casos de violência sexual e física atendidas nos dois serviços não se tenha encontrado diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), as porcentagens das violências registradas diferiram conforme a fonte de informação ($p < 0,0001$). Isto porque no CRIAV a violência psicológica (122; 8,8%) e, sobretudo, a negligência (583; 42,0%) foram muito mais frequentemente atendidas do que no HCU (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1 – Tipos de violência contra crianças e adolescentes segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de violência	Serviço de Atendimento			
	HCU		CRIAV	
	N.º	%	N.º	%
Sexual	95	13,4	98	7,1
Física	607*	85,4	586	42,1
Negligência	6	0,8	583	42,0
Psicológica	3	0,4	122	8,8
Total	711	100,0	1389	100,0

* Incluído um caso de Síndrome de Münchausen.
Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

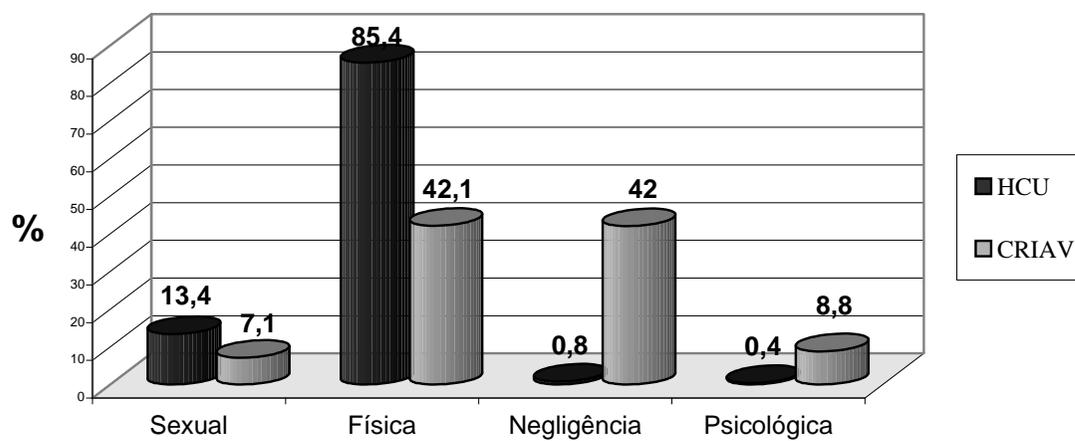


Gráfico 1 – Tipos de violência contra crianças e adolescentes segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

4.2 - Sexo e idade das vítimas

Houve predominância de violências com vítimas do sexo masculino (61,5% no HCU e 52,3% no CRIAV), que foi maior entre os casos atendidos no HCU ($p < 0,0001$) (Tabela 2 e Gráfico 2), diferença esta que se manteve também quando se avaliou somente casos de violência física ($p < 0,0001$). Entretanto, quando se avaliou somente os casos de violência sexual, a maioria das vítimas era do sexo feminino, e esta predominância foi maior no atendimento do HCU ($p < 0,01$) (Tabela 2 e Gráficos 3 e 4).

Tabela 2 – Sexo das vítimas segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de Violência	Serviço de atendimento											
	HCU						CRIAV					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sexual	21	22,1	74	77,9	95	100,0	41	41,8	57	58,2	98	100,0
Física	411*	67,7	196	32,3	607	100,0	328	56,0	258	44,0	586	100,0
Negligência	2	33,3	4	66,7	6	100,0	296	50,8	287	49,2	583	100,0
Psicológica	3	100,0	-	-	3	100,0	61	50,0	61	50,0	122	100,0
Total	437	61,5	274	38,5	711	100,0	726	52,3	663	47,7	1389	100,0

* Incluído um caso de Síndrome de Münchausen.

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

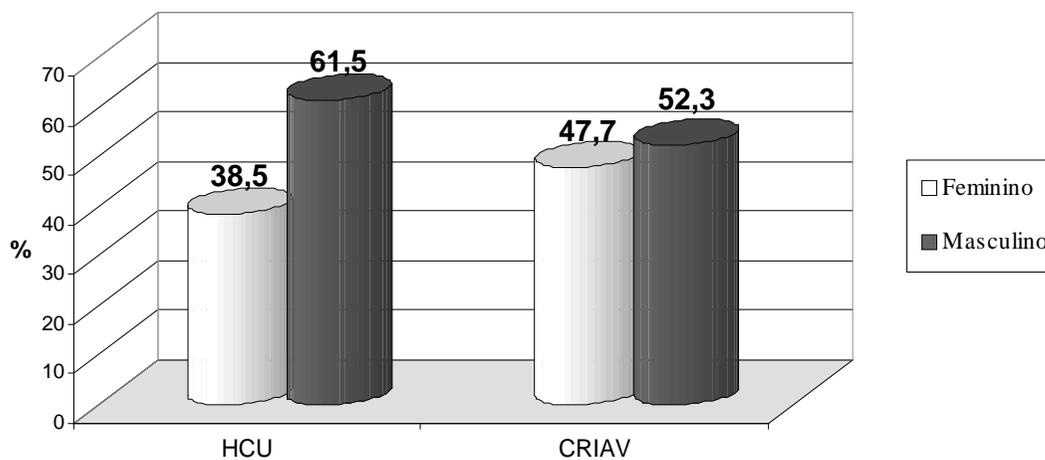


Gráfico 2 – Sexo das vítimas segundo os casos de violência registrados no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

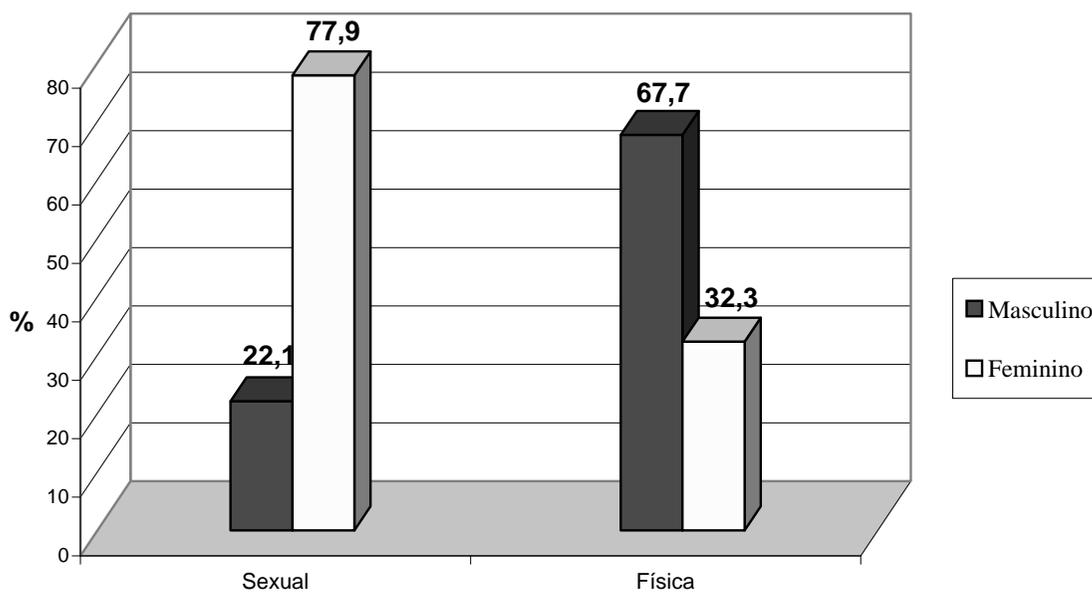


Gráfico 3 - Sexo das vítimas de violências sexual e física, HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

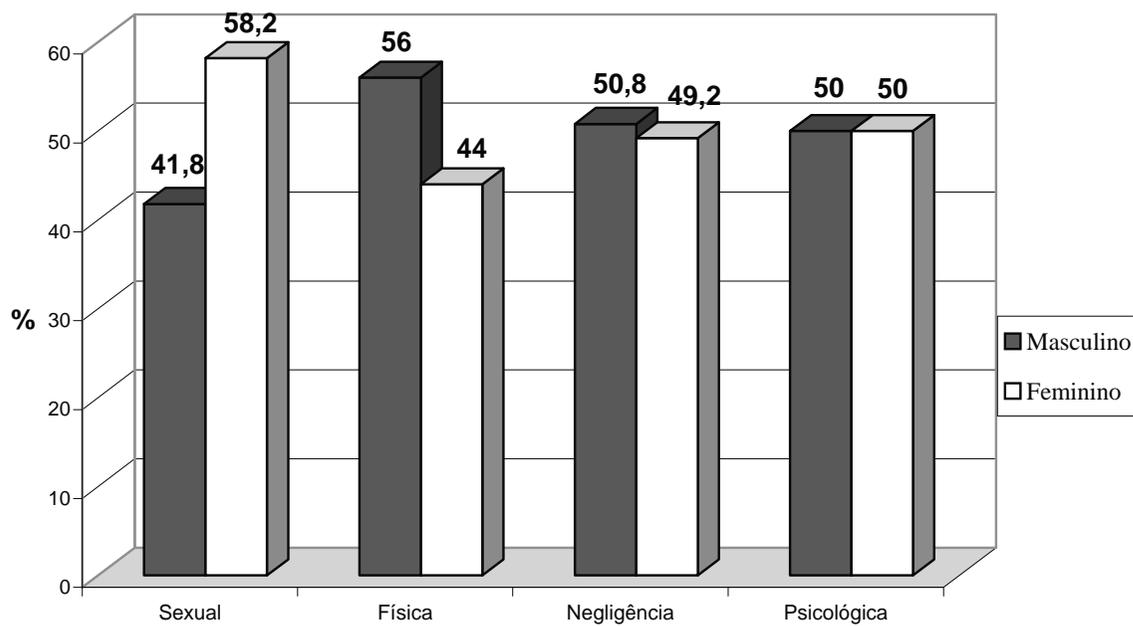


Gráfico 4 - Sexo das vítimas segundo tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

A faixa de idade das vítimas foi diferente entre os casos atendidos no HCU e no CRIAV ($p < 0,0001$). No HCU, para ambos os sexos, houve um aumento crescente do número de casos atendidos com o aumento da idade, predominando a violência na faixa etária de 12 a 18 anos incompletos (477; 71,9%), sendo que nesta faixa etária a proporção de vítimas do sexo masculino foi maior ($p < 0,05$). No CRIAV, diferentemente, houve predomínio de vítimas de 0 a 12 anos incompletos (979; 80,9%), decrescendo o número de atendimentos com o aumento da idade e não foi observada diferença estatisticamente significativa na distribuição dos gêneros segundo as faixas etárias das vítimas ($p > 0,05$) (Tabela 3 e Gráficos 5 e 6).

Tabela 3 – Idade e sexo das vítimas de violência, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003).

Idade (anos)	Serviço de atendimento											
	HCU						CRIAV					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 6	24	9,6	37	9,0	61	9,2	253	43,9	269	42,4	522	43,1
6 12	59	23,5	66	16,0	125	18,9	204	35,4	253	39,9	457	37,8
12 18	168	66,9	309	75,0	477	71,9	119	20,7	112	17,7	231	19,1
Total	251	100,0	412	100,0	663	100,0	576	100,0	634	100,0	1210	100,0

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

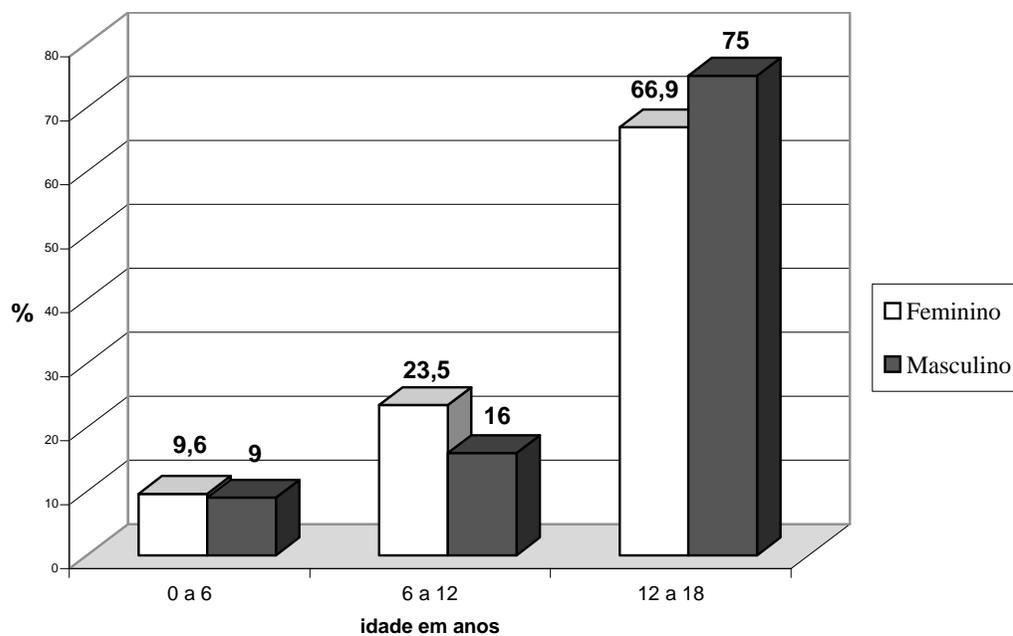


Gráfico 5 - Idade e sexo das vítimas segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

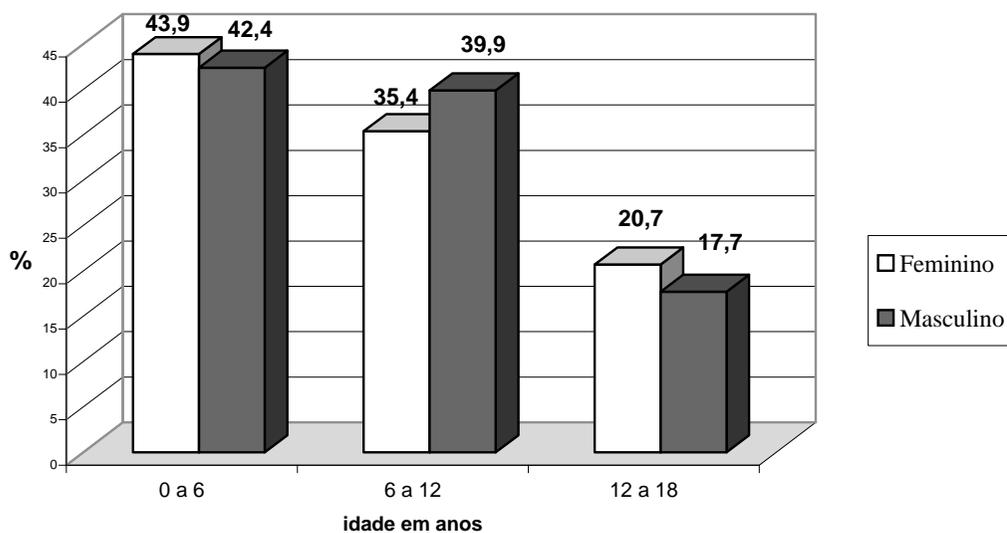


Gráfico 6 - Idade e sexo das vítimas segundo o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tanto as vítimas de violências sexual (46; 48,4%) quanto física (464; 76,5%) atendidas no HCU tinham mais freqüentemente entre 12 e 18 anos de idade. No CRIAV, a principal faixa etária das vítimas de violências sexual (38; 38,8%), física (236; 40,3%) e psicológica (47; 38,5%) foi de 6 a 12 anos de idade e a negligência foi mais comum entre as crianças de 0 a 6 anos (Tabela 4 e Gráficos 7 e 8).

Tabela 4 – Idade das vítimas por tipo de violência segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Serviço de atendimento	Tipo de violência	Idade (anos)							
		0 6		6 12		12 18		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HCU	Sexual	17	17,9	32	33,7	46	48,4	95	100,0
	Física	45	7,4	98*	16,1	464	76,5	607	100,0
	Negligência	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6	100,0
	Psicológica	1	33,3	2	66,7	-	-	3	100,0
CRIAV	Sexual	24	24,5	38	38,8	36	36,7	98	100,0
	Física	215	36,7	236	40,3	135	23,0	586	100,0
	Negligência	308	52,8	204	35,0	71	12,2	583	100,0
	Psicológica	46	37,7	47	38,5	29	23,8	122	100,0

* Incluído um caso de Síndrome de Münchausen.

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

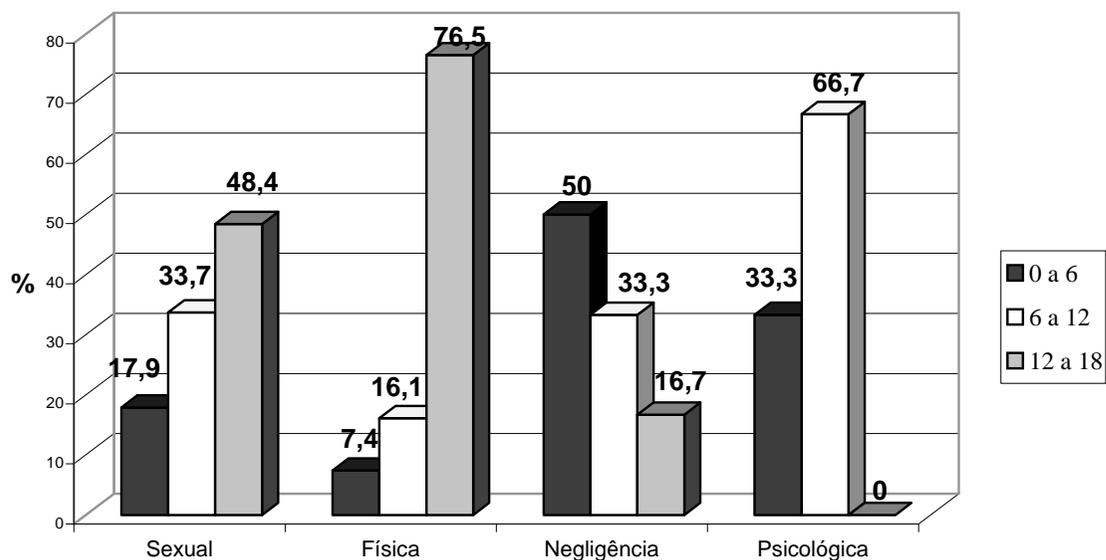


Gráfico 7 - Idade das vítimas segundo tipo de violência, HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

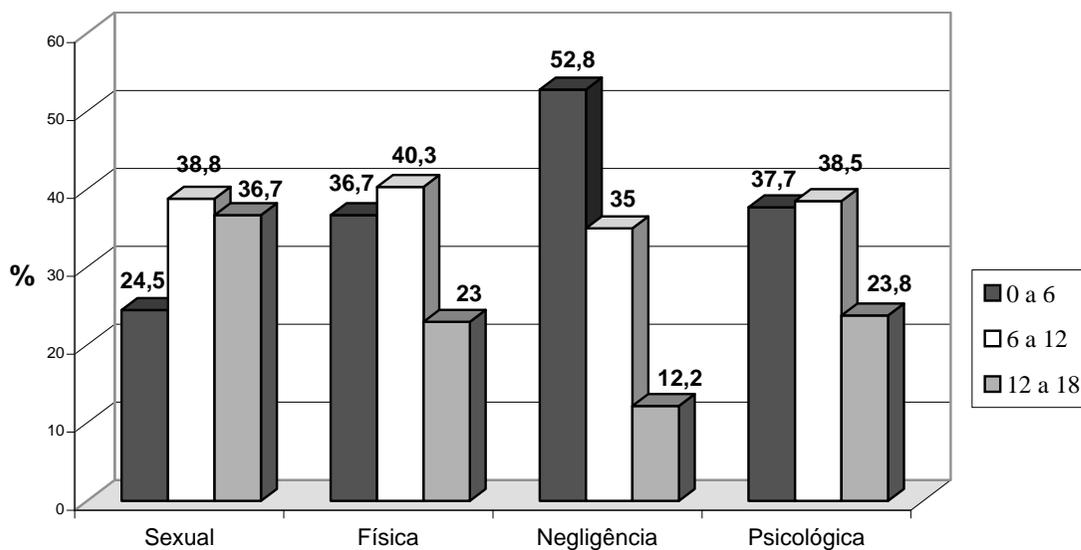


Gráfico 8 - Idade das vítimas segundo tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG

No HCU a faixa etária mais comum entre as vítimas do sexo feminino abusadas sexualmente foi de 12 a 18 anos de idade (55,4%) e do sexo masculino, de 6 a 12 anos (47,6%) ($p < 0,05$) (Tabela 5). No CRIAV esta diferença de gênero segundo a faixa etária não foi significativa ($p > 0,05$).

Tabela 5 – Idade e sexo das vítimas de violência sexual segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Serviço de atendimento	Sexo	Idade (anos)							
		0 6		6 12		12 18		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
HCU	Masculino	6	28,6	10	47,6	5	23,8	21	100,0
	Feminino	11	14,9	22	29,7	41	55,4	74	100,0
	Total	17	17,9	32	33,7	46	48,4	95	100,0
CRIAV	Masculino	9	22,0	19	46,3	13	31,7	41	100,0
	Feminino	15	26,3	19	33,3	23	40,4	57	100,0
	Total	24	24,5	38	38,8	36	36,7	98	100,0

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

4.3 – Local de ocorrência

A violência no lar, segundo dados dos prontuários nos quais havia registro do local de ocorrência, foi proporcionalmente mais freqüente no CRIAV (691; 94,2%) do que no HCU (86; 61,4%), entretanto, predominou em ambas as instituições ($p < 0,01$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Local de ocorrência da violência segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Local de ocorrência	Serviço de atendimento			
	HCU		CRIAV	
	N.º	%	N.º	%
Lar	86	61,4	691	94,2
Via Pública	11	7,9	35	4,8
Escola	22	15,7	7	1,0
Trabalho	6	4,3	-	-
Outros*	15	10,7	-	-
Total	140	100,0	733	100,0

* Festa (5), casa de vizinho (3), clube (2), casa de detenção (2), casa abandonada (1), creche (1), hospital – queda da maca (1), matagal (1).

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

4.4 – Lesões, sinais e sintomas e regiões anatômicas acometidas

Em 595 (89,7%) prontuários do HCU e em 201 (27,3%) do CRIAV havia registro de lesões decorrentes de violência. Nos demais prontuários, não havia registro ou não foi constatada nenhuma lesão. As mais descritas no HCU foram as escoriações (191; 28,8%), os ferimentos corto-contusos (187; 28,2%) e os hematomas (143; 21,6%) e, no CRIAV, os hematomas (106; 14,4%) e as contusões (82; 11,1%) (Tabela 7). As lesões perfuro-contusas, constatadas no HCU, ocorreram quase exclusivamente entre os adolescentes (39; 97,5%).

Tabela 7 – Lesões, sinais e sintomas decorrentes das violências cometidas contra crianças e adolescentes, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Lesões, sinais e sintomas	Local de atendimento			
	HCU		CRIAV	
	N.º	%	N.º	%
Hiperemia	35	5,3	3	0,4
Edema	84	12,7	2	0,3
Escoriações	191	28,8	38	5,2
Contusão*	38	5,7	82	11,1
Equimoses	48	7,2	3	0,4
Hematomas	143	21,6	106	14,4
Ferimentos perfuro-contusos**	40	6,0	-	-
Ferimentos corto-contusos	187	28,2	8	1,1
Fraturas	46	6,9	10	1,4
Lesões vaginais	54	8,1	9	1,2
Lesões anais	18	2,7	-	-
Outras lesões	65	9,8	45	6,1

Porcentagem calculada sobre o total de prontuários: HCU (663), CRIAV (736).

* Não especificada a lesão existente.

** Decorrentes de violência por armas de fogo.

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

As regiões anatômicas mais acometidas pelas lesões/ferimentos nas vítimas atendidas no HCU foram a cabeça e/ou pescoço (331; 49,9%) e os membros superiores (222; 33,5%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Regiões anatômicas acometidas pelas violências infligidas contra crianças e adolescentes, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

Região anatômica	N.º	%
Cabeça e/ou pescoço	331	49,9
Membros superiores	222	33,5
Tronco	189	28,5
Membros inferiores	146	22,0
Genitais	74	11,2
Não informada	7	1,1

Porcentagem calculada sobre o total de prontuários (663).

Fonte: prontuários do HCU.

4.5 – Conduas e encaminhamentos dos profissionais

Na maioria dos casos atendidos no HCU (428; 64,6%) a alta hospitalar ocorreu logo após a consulta médica. Foram submetidos à cirurgia 88 (13,3%) crianças e adolescentes, 98 (14,8%) foram internados (Tabela 9), 32 (4,8%) foram encaminhados ao Posto Médico Legal (PML) e 22 (3,3%) ao CTCA (Tabela 10).

Tabela 9 – Conduta médica adotada frente às crianças e aos adolescentes violentados, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

Conduta médica	N.º	%
Consulta médica sem internação	428	64,6
Observação (acima de 6 horas)	38	5,7
Sutura/gesso	82	12,4
Cirurgia	88	13,3
Internação	98	14,8

Porcentagem calculada sobre o total de prontuários (663).

Fonte: prontuários do HCU.

Tabela 10 – Encaminhamentos dos casos de violência contra crianças e adolescentes, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

Encaminhamentos*	N.º	%
Ambulatório	53	8,0
Serviço social	35	5,3
PML	32	4,8
CTCA	22	3,3
Serviço de psicologia	20	3,0
Vara da Infância/ delegacias	5	0,8

Porcentagem calculada sobre o total de prontuários (663).

PML - Posto Médico Legal.

CTCA - Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente.

* Não havia informações sobre encaminhamentos em 536 casos (80,8%).

Fonte: prontuários do HCU.

Na maior parte dos prontuários atendidos no CRIAV foram realizadas orientações familiares (380; 51,6%) e acompanhamentos domiciliares (266; 36,1%). Em 38 (5,2%) casos acompanhados pelo CRIAV a guarda da criança ou do adolescente foi retirada do agressor-parente e entregue a outro familiar e em 19 (2,6%) casos as vítimas foram abrigadas em alguma instituição (Tabela 11). As violências predominantes nos casos em que as crianças ou os adolescentes foram retirados do convívio com o familiar agressor foi principalmente a negligência ($p < 0,05$) e, entre os casos que permaneceram com os pais ou responsáveis, a física e a sexual ($p < 0,05$) (Tabela 12).

Tabela 11 – Conduta adotada e encaminhamento dos casos, segundo o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Conduta e encaminhamento	N.º	%
Orientações familiares	380	51,6
Acompanhamento domiciliar	266	36,1
Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente	185	25,1
Acompanhamento psicológico	157	21,3
Vara da Infância e Juventude	68	9,2
Solicitação da guarda para outro familiar	38	5,2
Posto Médico Legal	29	3,9
Programas Assistenciais e Centros de Formação	28	3,8
Abrigamento da criança	19	2,6
Delegacia/ SOS Mulher	9	1,2
Outros*	4	0,5

Porcentagem calculada sobre o total de prontuários atendidos no CRIAV (736)

* recambiamento (1), cancelamento a pedido da família ou mudança da família sem deixar novo endereço (2).

Fonte: prontuários do CRIAV

Tabela 12 – Crianças e adolescentes afastados dos familiares agressores, segundo o tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de violência	Crianças afastadas do convívio com o familiar agressor		Total de crianças violentadas	
	N.º	%	N.º	%
Sexual	5	5,1	98	100,0
Física	28	4,8	586	100,0
Negligência	50	8,6	583	100,0
Psicológica	8	6,6	122	100,0
Total	91	6,6	1389	100,0

Fonte: prontuários do CRIAV.

4.6 – Vínculo do agressor com a vítima

Foi possível obter a informação sobre o vínculo entre o agressor e a vítima em 196 (29,6%) casos do HCU e em 730 (99,9%) do CRIAV. Foram identificados 208 agressores no HCU e 838 no CRIAV que cometeram 214 e 968 violências, respectivamente. Um agressor pode ter cometido mais de uma violência e esta pode ter sido praticada por mais de um agressor.

Considerando o total de violências, nos casos atendidos no HCU e, principalmente entre aqueles atendidos no CRIAV, a maioria dos agressores foi um familiar da vítima (115; 53,7% e 911; 94,1%, respectivamente). No CRIAV, nos casos de violência sexual a proporção de agressores intra-familiares, em relação aos extra-familiares, foi menor do que nos casos de violência física ($p < 0,0001$). Dentre todas as situações apresentadas, somente nos casos de abuso sexual atendidos no HCU, a predominância foi de agressores fora do meio familiar da vítima (24; 57,1%) (Tabela 13 e Gráficos 9 e 10).

Tabela 13 – Tipo de agressor segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) ou no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de violência	Serviço de atendimento											
	HCU						CRIAV					
	IF		EF		Total		IF		EF		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sexual	18	42,9	24	57,1	42	100,0	56	63,6	32	36,4	88	100,0
Física	89*	56,7	68	43,3	157	100,0	408	95,3	20	4,7	427	100,0
Negligência	8	100,0	-	-	8	100,0	349	99,7	1	0,3	350	100,0
Psicológica	-	-	7	100,0	7	100,0	98	96,1	4	3,9	102	100,0
Total	115	53,7	99	46,3	214	100,0	911	94,1	57	5,9	968	100,0

* Incluído um caso de Síndrome de Münchausen.

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

IF – Agressor intrafamiliar.

EF – Agressor extrafamiliar.

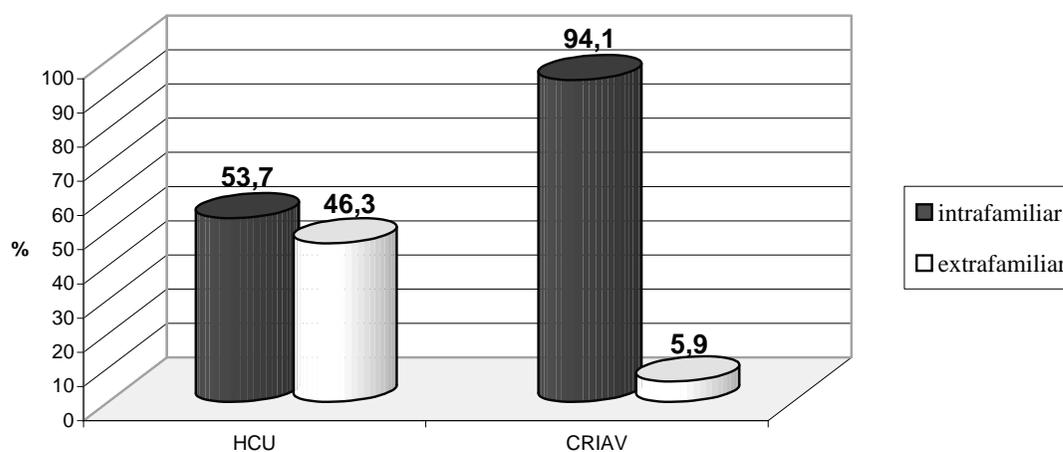


Gráfico 9 - Relação do agressor com a vítima, segundo o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

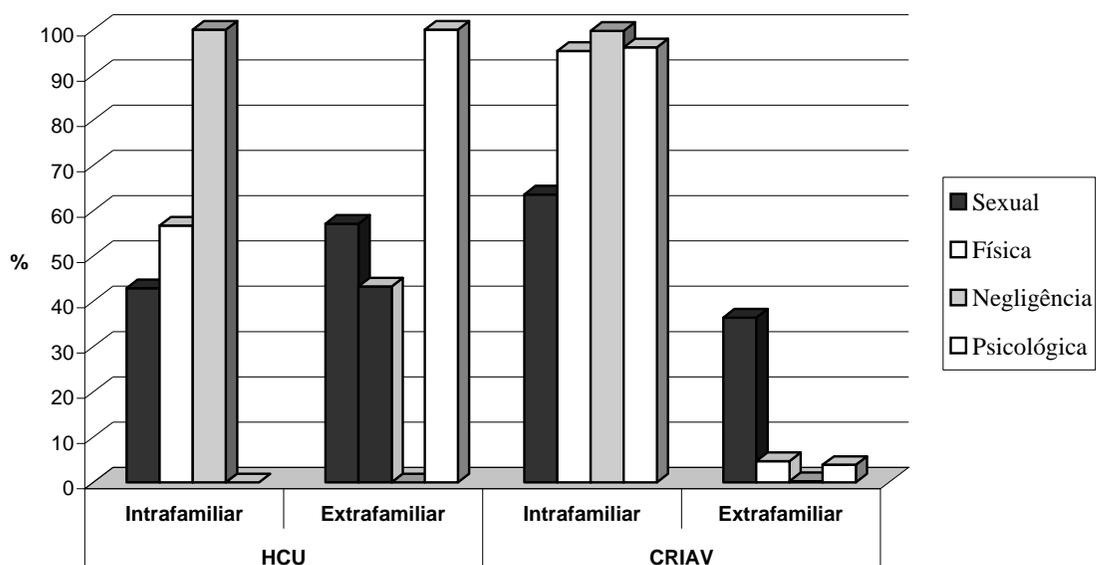


Gráfico 10 - Relação do agressor com a vítima segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Dentre os agressores intrafamiliares, predominaram os próprios pais das vítimas nos atendimentos de ambas as instituições, mas houve diferenças quanto ao agressor ($p < 0,0001$), sendo o pai o principal nos casos do HCU (41; 35,7%) e a mãe nos do CRIAV (482; 52,9%). Entretanto, nos casos de abuso sexual, os principais agressores nos atendimentos do HCU foram primos (5; 27,7%) ou padrastos (4; 22,2%) das vítimas e nos do CRIAV, foram pais (20; 35,8%) ou padrastos (18; 32,1%), porém, o número de casos foi pequeno para uma avaliação adequada. Segundo dados do CRIAV a mãe foi a principal agressora, principalmente quando se avalia a negligência, entretanto entre as violências praticadas pelo pai, a percentagem de física e sexual (166; 57,0%) foi maior do que entre as praticadas pela mãe (194; 40,2%) da vítima ($p < 0,0001$) (Tabelas 14 e 15 e Gráfico 11).

Tabela 14 – Grau de parentesco entre o agressor intrafamiliar e a vítima, segundo o tipo de violência, HCU (1996 a 2003), Uberlândia-MG.

Grau de parentesco do agressor intrafamiliar	Tipo de violência							
	Sexual		Física*		Negligência		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	(%)
Mãe	1	5,6	17*	19,2	3	37,5	21	18,3
Pai	2	11,1	36	40,5	3	37,5	41	35,7
Padrasto	4	22,2	6	6,7	-	-	10	8,7
Tio(a)	3	16,7	2	2,2	-	-	5	4,3
Avô(ó)	-	-	2	2,2	-	-	2	1,7
Irmão(ã)	2	11,1	13	14,6	-	-	15	13,0
Primo	5	27,7	-	-	-	-	-	-
Outro familiar**	1	5,6	13	14,6	2	25,0	21	18,3
Total	18	100,0	89	100,0	8	100,0	115	100,0

* Incluído um caso de Síndrome de Münchausen.

** Nos casos de violência sexual: não informado grau de parentesco (1). Nos casos de violência física: marido (7), filho do padrasto (2); ex-marido da tia (1) e não informado grau de parentesco (3). Nos casos de negligência: não informado grau de parentesco (2).

Fonte: prontuários do HCU.

Tabela 15 – Grau de parentesco entre o agressor intrafamiliar e a vítima segundo o tipo de violência, CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Grau de parentesco do agressor intrafamiliar	Tipo de violência									
	Sexual		Física		Negligência		Psicológica		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mãe	6	10,7	188	46,2	241	69,0	47	48,0	482	53,0
Pai	20	35,8	146	35,8	91	26,0	34	34,7	291	31,9
Padrasto	18	32,1	41	10,0	3	0,9	10	10,2	72	7,9
Tio(a)	4	7,1	11	2,7	3	0,9	1	1,0	19	2,1
Avô(ó)	1	1,8	9	2,2	8	2,3	3	3,1	21	2,3
Irmão(ã)	4	7,1	7	1,7	1	0,3	2	2,0	14	1,5
Madrasta	1	1,8	5	1,2	1	0,3	1	1,0	8	0,9
NI*	2	3,6	1	0,2	1	0,3	0	-	4	0,4
Total	56	100,0	408	100,0	349	100,0	98	100,0	911	100,0

* Não informado o grau de parentesco.
Fonte: prontuários do CRIAV.

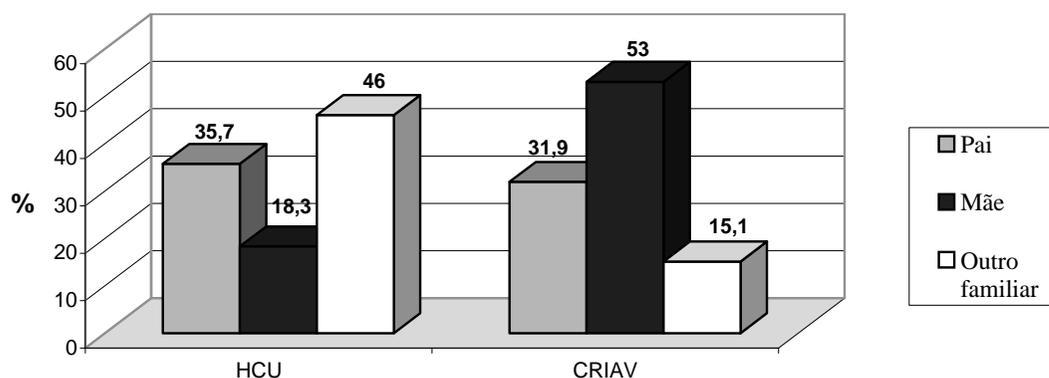


Gráfico 11 - Grau de parentesco entre agressores e vítimas da violência intrafamiliar, segundo atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

No HCU, dentre os casos perpetrados por agressores extrafamiliares, predominaram os desconhecidos das vítimas (59; 59,6%), embora nos de abuso sexual, os agressores tenham sido principalmente pessoas conhecidas das mesmas (14; 58,3%). Diferentemente nos atendimentos do CRIAV, a maior parte dos agressores extrafamiliares eram conhecidos (39; 69,6%) ($p < 0,001$). Entre os casos atendidos no HCU, comparando-se apenas as violências física e sexual, nesta última a proporção de agressores conhecidos foi maior ($p < 0,05$), o que não ocorreu com os casos atendidos no CRIAV ($p > 0,05$) (Tabela 16).

Tabela 16 – Relação entre agressores extrafamiliares e vítimas, segundo o tipo de violência e o atendimento no HCU (1996 a 2003) e no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de violência	Serviço de atendimento											
	HCU						CRIAV					
	EFC		EFD		Total		EFC		EFD		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sexual	14	58,3	10	41,7	24	100,0	19	59,4	13	40,6	32	100,0
Física	19	27,9	49	72,1	68	100,0	16	84,2	3	15,8	19	100,0
Negligência	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Psicológica	7	100,0	-	-	7	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Total	40	40,4	59	59,6	99	100,0	39	69,6	17	30,4	56	100,0

Fontes: prontuários do HCU e do CRIAV.

EFC – agressor extrafamiliar conhecido.

EFD – agressor extrafamiliar desconhecido.

4.7 – Sexo e idade do agressor

Houve diferença quanto ao tipo de violência perpetrada por agressores do sexo masculino e feminino nos casos do CRIAV ($p < 0,0001$). Entre os agressores predominaram pessoas do sexo feminino (528; 54,5%), mas nos casos de abuso sexual predominaram as do masculino (81; 92,0%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Sexo do agressor segundo o tipo de violência cometida e o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de violência	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sexual	81	92,0	7	8,0	88	100,0
Física	210	49,1	218	50,9	428	100,0
Negligência	98	28,0	252	72,0	350	100,0
Psicológica	51	50,0	51	50,0	102	100,0
Total	440	45,5	528	54,5	968	100,0

Fonte: prontuários do CRIAV.

Os agressores dos casos atendidos no CRIAV tinham principalmente idade entre 20 e 40 anos (446; 73,8%), a maioria dos homens tinha de 30 a 40 anos (94; 37,0%) e, das mulheres, de 20 a 30 (189; 54,1%) ($p < 0,0001$) (Tabela 18 e Gráfico 12).

Tabela 18 – Idade dos agressores por sexo, segundo atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 20	22	8,7	40	11,4	62*	10,3
20 30	75	29,5	189	54,1	264	43,7
30 40	94	37,0	88	25,1	182	30,1
40 50	47	18,5	27	7,7	74	12,3
50 70	16	6,3	6	1,7	22	3,6
Total**	254	100,0	350	100,0	604	100,0

* Apenas 2 casos de agressores menores de 10 anos de idade.

** Não havia informação sobre a idade de 234 agressores.

Fonte: prontuários do CRIAV.

$p < 0,0001$.

4.8 - Características dos agressores: estado civil, escolaridade e uso de drogas

A metade dos agressores mantinha uma relação conjugal estável (casado/amasiado) no momento em que praticou a violência (484; 50,0%) (Tabela 19).

**Tabela 19 – Estado civil dos agressores das vítimas atendidas no CRIAV (1993 a 2003),
Uberlândia-MG.**

Estado civil do agressor	Tipo de violência									
	Sexual		Física		Negligência		Psicológica		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Solteiro	26	29,5	95	22,2	138	39,4	13	12,7	272	28,1
Casado/amasiado	36	41,0	233	54,5	143	40,9	72	70,6	484	50,0
Separado	4	4,5	43	10,0	32	9,1	11	10,8	90	9,3
Viúvo	-	-	13	3,0	14	4,0	-	-	27	2,8
Não informado	22	25,0	44	10,3	23	6,6	6	5,9	95	9,8
Total	88	100,0	428	100,0	350	100,0	102	100,0	968	100,0

Fonte: prontuários do CRIAV.

A maior parte dos agressores possuía apenas o ensino fundamental incompleto (321; 67,1%). Agressores com pelo menos EFC apresentaram maior proporção de violências psicológicas (21; 16,5%) do que os demais (25; 7,1%) ($p < 0,01$) (Tabela 20).

Tabela 20 – Grau de escolaridade dos agressores segundo o tipo de violência e o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Grau de escolaridade	Tipo de Violência									
	Sexual		Física		Negligência		Psicológica		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Analfabeto	2	8,3	12	5,5	12	6,3	4	8,7	30	6,3
EFI	16	66,7	145	66,9	139	72,8	21	45,7	321	67,1
EFC	3	12,5	22	10,1	26	13,6	12	26,1	63	13,2
EMI	1	4,2	11	5,1	6	3,1	3	6,5	21	4,4
EMC	2	8,3	20	9,2	4	2,1	4	8,7	30	6,3
ES	-	-	7	3,2	4	2,1	2	4,3	13	2,7
Total*	24	100,0	217	100,0	191	100,0	46	100,0	478	100,0

* Não havia informação sobre o grau de escolaridade de 490 agressores: agressão sexual (64); agressão física (211); negligência (159); violência psicológica (56).

Fonte: prontuários do CRIAV.

EFI – ensino fundamental incompleto

EFC – ensino fundamental completo

EMI – ensino médio incompleto

EMC – ensino médio completo

ES – ensino superior

Houve diferença na frequência de uso de álcool ($p < 0,001$) e de drogas ilícitas ($p < 0,0001$) entre os agressores segundo diferentes tipos de violências, sendo a maior frequência entre aqueles que praticaram negligência (33,1 % e 17,1%, respectivamente). Para 250 agressores (25,8%) havia relato de uso de álcool e para 99 (10,2%) de drogas ilícitas (Tabela 21).

Tabela 21 – Uso de álcool e drogas ilícitas pelos agressores segundo o tipo de violência e o atendimento no CRIAV (1993 a 2003), Uberlândia-MG.

Tipo de violência	Álcool		Drogas ilícitas	
	Sim	%	Sim	%
Sexual*	10	11,4	4	4,5
Física*	99	23,1	25	5,8
Negligência*	116	33,1	60	17,1
Psicológica*	25	24,5	10	9,8
Total*	250	25,8	99	10,2

* Porcentagens calculadas sobre os totais de agressores por tipo de violência: sexual (88); física (428); negligência (350); psicológica (102); total (968).

Fonte: prontuários do CRIAV.

5 – DISCUSSÃO

5 - DISCUSSÃO

Diferenças nas frequências das variáveis pesquisadas entre o HCU e o CRIAV devem-se sobretudo às características específicas dessas instituições, visto serem serviços distintos, com clientela e modalidade de atendimento diferentes. Enquanto o HCU é um hospital, possui um pronto-socorro e atende casos graves que demandam atendimento médico, muitas vezes de urgência, oriundos de vários tipos de violência, não se limitando aos maus-tratos domésticos, o CRIAV, por sua vez, é uma instituição especializada no atendimento a casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, que oferece atendimento psico-social às vítimas e suas famílias, mas que não oferece atendimento clínico ou de urgência. Conforme já exposto por Assis e Constantino (2003), os tipos de maus-tratos que mais demandam atendimento dependem da modalidade de serviço oferecido pelas instituições (hospitalar, ambulatorial, organização não-governamental etc.).

5.1 – Tipos de violência

A predominância de casos de violência física no atendimento hospitalar foi também referida por outros autores em pesquisas realizadas em instituições hospitalares (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; KORN et al., 1998). O atendimento à vítima de violência física predomina neste tipo de instituição por ser a violência que mais freqüentemente provoca lesões que requerem atendimento médico. Nos pronto-socorros, são altas as porcentagens de casos de espancamento, pois este tipo de violência geralmente provoca lesões graves, mais facilmente diagnosticadas e que, devido ao seu caráter de urgência, não são passíveis de omissão de socorro pelos familiares e/ou responsáveis (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995).

Embora a violência física também tenha sido uma das principais causas de atendimento no CRIAV, o percentual (42,1%) foi menor do que o obtido por Camargo e Buralli (1998), em seu estudo realizado em várias instituições responsáveis pela notificação de casos de maus-tratos no município de Maringá-PR (63,8%) e por Sousa e Silva et al. (2002), no Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae (CNRVV) em São Paulo (84,2%). E esteve mais próximo dos obtidos em pesquisas nas quais a negligência, e não a violência física, foi considerada a de maior ocorrência, como as realizadas por Cariola et al. (1995), no Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus-Tratos da Infância (CRAMI) de Bauru-SP e pelo Laboratório de Estudos da Criança - LACRI⁴ (LACRI, 2004), através de um levantamento abrangente de casos notificados de violência, em vários municípios da maioria das Unidades Federativas do Brasil. Estes dois últimos estudos constataram a presença do abuso físico em 36,9% e 33,1% dos casos, respectivamente. Por esses dados, pode-se perceber que mesmo em instituições que prestam serviços semelhantes, como no caso dos vários centros de referência, a frequência da ocorrência dos tipos de violência também varia mostrando que não é só o tipo de serviço que influencia as diferenças encontradas entre as instituições.

A ocorrência da violência física contra crianças e adolescentes ainda pode ser explicada pela cultura de permissão do emprego da força física como método disciplinador autorizado para a educação de crianças e adolescentes ao longo da história (ARIÉS, 1981; DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; GUERRA, 1998; SOUSA E SILVA, 2002; ASSIS; DESLANDES, 2004). Juridicamente, essa cultura que permite o uso da violência contra crianças e adolescentes sob a alegação de propósitos pedagógicos é admitida e tolerada sob a justificativa de se tratar de uso de violência “moderada”, sendo punível apenas a violência “imoderada”. Na prática, a dificuldade em se traçar limites entre um castigo moderado e um

⁴ O LACRI faz parte do Instituto de Psicologia da USP e tem como objetivo desenvolver estudos e pesquisas de natureza transdisciplinar sobre a problemática da Infância em geral e, em especial, sobre a Infância em dificuldade no contexto da sociedade brasileira.

castigo imoderado tem propiciado abusos. Todavia, essa cultura começa a ser contestada pela sociedade civil e instituições, como por exemplo, o LACRI, que lutam pela valorização da infância e adolescência, acreditam em métodos pacíficos de resolução de conflitos e, conseqüentemente, consideram absolutamente inaceitável, sob quaisquer circunstâncias, a punição corporal de crianças e adolescentes (AZEVEDO; GUERRA, 2004). No campo jurídico, está em trâmite legal um Projeto de Lei (nº 2654/2003) que objetiva assegurar à criança e ao adolescente o direito de

não serem submetidos a qualquer forma de punição corporal, mediante a adoção de castigos moderados ou imoderados, sob a alegação de quaisquer propósitos, ainda que pedagógicos, no lar, na escola ou em instituição de atendimento público ou privado ou em locais públicos (Brasil, 2003).

Vários países, como Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega, Áustria, Chipre, Letônia, Croácia, Alemanha, Israel e Islândia já baniram de forma legislativa qualquer punição corporal cometida contra suas crianças (AZEVEDO; GUERRA, 2005).

A elevada ocorrência de negligência nos casos atendidos no CRIAV corrobora estudos da literatura realizados em centros de referência, conselhos tutelares ou outras instituições responsáveis pelo atendimento e denúncia de casos de maus-tratos (DAVOLI; OGIDO, 1992; CARIOLA et al. 1995; LACRI, 2004; AZEVEDO; GUERRA, 2005). Nos estudos de Cariola et al. (1995) e do LACRI (2004), as porcentagens de casos de negligência foram semelhantes (40,6% e 40,7%, respectivamente).

Segundo Davoli e Ogido (1992) e Azevedo e Guerra (2005), a ocorrência de negligência predomina sobre as outras violências, embora sua detecção e conceituação seja mais difícil do que dos abusos físico e sexual. As dificuldades para sua conceituação estão relacionadas à falta de limites claros entre o comportamento “simplesmente negligente” e outro profundamente associado “à pobreza das condições de vida”. Outra dificuldade é a

realização do diagnóstico clínico, pois, na maioria das vezes, suas conseqüências não são facilmente diagnosticadas por causarem danos psicológicos ou se confundirem com resultados de acidentes comuns. Desse modo, a interpretação do que seja negligência pode variar de pessoa para pessoa e entre as instituições, podendo também ser mais ou menos notificada em um ou outro serviço em que é pesquisada. Isso pode justificar a baixa porcentagem de casos de negligência, quando comparada à porcentagem de casos de violência física e sexual, encontrada em alguns estudos (CAMARGO; BURALLI, 1998; SOUSA E SILVA, 2002), o que não significa necessariamente que ela ocorreu em menor freqüência, mas que pode ter sido menos notificada.

A negligência costuma se apresentar em situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão de cuidados e de atendimento às necessidades das crianças, a reconhecida ausência de condições econômicas de famílias em situação de pobreza e miséria dificulta um julgamento mais preciso entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover os requisitos para o seu crescimento e desenvolvimento. No entanto, nas classes média e alta, a ausência real e moral dos pais em relação ao diálogo, ao afeto e à atenção aos filhos é muito freqüente, tendo fortes repercussões no comportamento infantil e juvenil (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.35).

Isto posto, é lícito supor que as diferenças percentuais encontradas nos trabalhos sobre a quantidade de notificações dos diferentes tipos de violência se devam tanto à capacidade de diagnóstico e à freqüência das notificações quanto às próprias ocorrências.

A porcentagem de casos de abusos sexuais atendidos no HCU foi semelhante aos 14,8% constatados por outro estudo da literatura nacional realizado em hospital (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989). Já a porcentagem encontrada no CRIAV foi menor do que as de outros estudos realizados em diferentes instituições brasileiras responsáveis pela notificação de violência contra crianças e adolescentes (CAMARGO; BURALLI, 1998; SOUSA E SILVA et al., 2002; LACRI, 2004). Nestes estudos acima citados, as porcentagens de casos de violência sexual variaram entre 10% a 40,6%. Provavelmente, mesmo nestes casos, as porcentagens ainda estão bem abaixo da real ocorrência desse fenômeno. Segundo Levett

(1994) e DeMause (1991), as pesquisas de prevalência realizadas principalmente na América do Norte e no Reino Unido revelaram que a violência sexual é uma experiência vivenciada pela maioria das meninas e mulheres da sociedade ocidental. Isso porque esses autores constataram que mais de 50,0% da população feminina desses lugares foram submetidas à violência sexual na infância, embora somente uma minoria dos casos se torne pública e de conhecimento dos órgãos judiciais ou responsáveis pela notificação. Essa subnotificação decorre do forte tabu cultural que cerca o fenômeno e contribui, por sua vez, para a falsa crença de que o abuso sexual na infância seja algo raro e difícil de acontecer (ROCHA, 2004). Provavelmente é a violência na qual o “Pacto de Silêncio” se faz mais ameaçador para as vítimas e outros familiares não-agressores (BARBOSA, 2004). Segundo Lamour (1997), a revelação do abuso pela criança se torna mais perigosa que o próprio ato devido às ameaças de abandono e de agressões para com pessoas queridas. Tanto a vítima quanto os familiares, não prestam queixa ou procuram ajuda por sentimentos de medo, vergonha e culpa pelo ocorrido e, mesmo após adultas, as pessoas vítimas de abusos sexuais na infância não os revelam por causa do ‘estigma social’ que as circundam (LEVETT, 1994).

A violência psicológica não aparece como uma das principais violências notificadas, entretanto vale ressaltar que ela frequentemente perpassa todas as outras, embora na maioria das vezes essa informação não seja considerada pelas instituições (CUNHA, 1998). A falta de notificação dessa violência pelos profissionais de saúde explica-se pela falta de reconhecimento político-social e acadêmico do abuso psicológico como um tipo de violência capaz de causar graves conseqüências ao desenvolvimento de crianças e adolescentes (GARBARINO; GUTTMAN; SEELEY, 1986).

Uma pesquisa (DESLANDES, 1994b), realizada em sete CRAMIs do Estado de São Paulo, de 1988 a 1992, mostrou porcentagens de denúncias de abuso psicológico semelhantes a obtida nos dados do CRIAV. Entretanto, em outras pesquisas, realizadas com metodologias

diferentes, por meio de investigações epidemiológicas em escolas ou em domicílios, encontraram-se porcentagens bem altas para as agressões verbais, variando sua ocorrência entre 48% a 73% (ASSIS; AVANCI, 2004). Essa discrepância na frequência em que ela tem ocorrido na sociedade e na que vem sendo notificada, mostra o descaso com essa violência por parte dos órgãos notificadores, dos profissionais e também da sociedade que não denuncia. Provavelmente, o que está sendo notificado são apenas os casos mais gritantes nesta área (ASSIS; AVANCI, 2004; AZEVEDO; GUERRA, 2005).

5.2 – Sexo e idade das vítimas

O predomínio de adolescentes do sexo masculino no atendimento hospitalar corrobora outros estudos realizados também em hospitais (JOHNSON, 1990; CHRISTIAN et al., 1997; KORN et al., 1998), o que pode ser justificado pela predominância de violência física em casos hospitalares. Segundo Arpini (1998) e Souza e Mello Jorge (2004), é grande o número de meninos e adolescentes do sexo masculino que se envolvem com violência, principalmente a física, tanto como agressores quanto como vítimas. As diferenças culturais na formação de meninos e meninas é uma das razões que propicia essa maior predisposição dos meninos/adolescentes em se envolverem com eventos violentos. Sobre a faixa etária, Souza e Mello Jorge (2004) afirmam que embora as crianças sejam vítimas da violência física desde o nascimento, é principalmente na adolescência que aumentam as agressões mais graves, intensas e menos regulares. Por já ter mais condição de reagir, o adolescente tende a impedir as repetições dos castigos corporais, mas fica, conseqüentemente, mais vulnerável a agressões mais graves e traumáticas (ASSIS; DESLANDES, 2004).

Semelhante ao ocorrido nos casos atendidos no CRIAV, o predomínio de crianças menores de 12 anos também foi referido por outros autores que realizaram estudos em

instituições especializadas no registro e atendimento de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes e foi explicado pelo fato de quanto menor a criança, maior ser a sua dependência em relação aos pais e menores as suas condições de procurar ajuda sozinha, muitas vezes tornando-se alvo privilegiado da violência doméstica (CUNHA, 1998; KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999).

Sobre a faixa etária predominante nos casos de violência física, Pascolat et al. (2001), em estudo no SOS Criança de Curitiba, constataram o predomínio de crianças de 5 a 11 anos de idade e relacionaram essa predominância ao ingresso das crianças dessa faixa etária em creches e escolas, que são algumas das principais fontes de denúncia. Por ser uma violência que deixa marcas físicas, isso possibilita que ela seja mais facilmente identificada pelos professores. Enquanto que para Sousa e Silva et al. (2002), a justificativa para a alta porcentagem de casos desta violência na puberdade estaria relacionada à fragilidade e instabilidade emocional dos pré-adolescentes devido às mudanças relacionadas ao desenvolvimento corporal, às alterações fisiológicas significativas, ao início da manifestação acentuada da sexualidade e ao conturbado período de redefinição da identidade e que os tornam “presas” fáceis da vitimização. O reduzido número de notificações registradas na faixa etária de 12 a 18 anos no CRIAV provavelmente se deve ao fato de na adolescência a ocorrência de violência doméstica causar menor comoção social, uma vez que os adolescentes são menos dependentes psico-socialmente de seus pais (CUNHA, 1998), ou do adolescente já conseguir procurar ajuda sozinho, buscando diretamente o atendimento médico (GUERRA, 1998), ou ainda devido às agressões serem mais graves e demandarem mais freqüentemente atendimento médico de urgência (ASSIS; DESLANDES, 2004).

A semelhança do número de casos entre as vítimas do sexo masculino e do feminino no CRIAV corrobora estudos da literatura realizados em instituições semelhantes que afirmam não haver diferenças de gênero entre as vítimas (CUNHA, 1998; CAVALCANTI,

1999; PASCOLAT et al., 2001; TROCMÉ et al., 2003; VANRELL, 2005). Mesmo nos trabalhos que apontam predominância do sexo masculino (CARIOLA et al., 1995; ASSIS, 1995b) ou do feminino (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; GUERRA, 1998; KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999; SOUSA E SILVA et al., 2002), essa predominância é muito pequena, mantendo-se na maioria dos estudos entre 50,5 e 55% e confirmando, portanto, que a violência doméstica de forma geral não escolhe gênero, estando todos igualmente sujeitos.

Especificamente para a violência sexual, há consenso na literatura sobre o predomínio de crianças e adolescentes do sexo feminino (FINKELHOR, 1994; BOUHET; PÉRARD; ZORMAN, 1997; AMAZARRAY; KOLLER, 1998; SEABRA; NASCIMENTO, 1998; ROCHA, 2004). Estudo epidemiológico (FINKELHOR, 1994), realizado em 21 países, demonstrou que as meninas, em relação aos meninos, são abusadas sexualmente em uma razão de 1,5 a 3 vezes. O estudo de Seabra e Nascimento (1998), realizado em Belém-PA, usando duas fontes de dados (uma de casos de violência sexual infantil atendidos em 1995 no Instituto Médico Legal Renato Chaves e outra dos casos de crimes sexuais contra menores de 14 anos registrados numa delegacia especializada, no período de novembro de 1995 a junho de 1996) constatou que 90,1% e 80,4% das crianças e adolescentes eram do sexo feminino.

A predominância do gênero feminino nos casos de abuso sexual deve ser contextualizada para uma melhor compreensão do fenômeno. Segundo Felizardo, Zürcher, Melo (2004), a estruturação sócio-cultural da sexualidade na família baseia-se em dois fatores fundamentais: as relações de gênero e as geracionais. Historicamente, nas relações entre gerações, o adulto assume uma posição de poder frente à criança. Nas relações de gênero, o homem adota uma posição de superioridade, cabendo à mulher um papel submisso. Nessa estrutura sócio-familiar, a relação de dependência da menina e da adolescente perante o adulto-homem pode transformar-se numa relação de abuso de poder. A menina representa o

grau inferior da hierarquia social (criança-mulher), estando mais vulnerável à vitimização sexual.

A constatação é que meninas e mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental, apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa idéia de inferioridade, que tem como parâmetro, a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade (GUIMARÃES, 2004, p.106).

A literatura ainda pouco reconhece e divulga a ocorrência de abusos sexuais em crianças e adolescentes do sexo masculino, o que contribui para uma maior subnotificação desses casos (HOLMES; SLAP, 1998; PRICE et al., 2002). Entretanto, a alta porcentagem de casos de violência sexual com vítimas do sexo masculino encontrada no CRIAV, alerta para sua existência e para a necessidade de trabalhos mais aprofundados no tema.

As porcentagens de crianças menores de seis anos de idade violentadas sexualmente atendidas nas instituições pesquisadas estão de acordo com a literatura, que revela que os abusos sexuais ocorrem numa porcentagem entre 14% a 33% em crianças de zero a seis anos de idade (MIAN et al., 1986; MATTOS, 2002a). Este fato merece a atenção, principalmente dos pediatras e professores, que muitas vezes ignoram a questão devido ao mito de que crianças pequenas não despertam interesse sexual.

Segundo Bouhet, Perárd, Zorman (1997), a criança está mais “exposta” à ser vítima de violência sexual entre os nove e doze anos de idade. Para as meninas, essa vulnerabilidade aumenta à medida que elas adquirem os caracteres sexuais adultos, com um aumento de risco após os dez anos, permanecendo alta a porcentagem de abusos durante a adolescência. Já para os meninos, o número de casos decresce na adolescência, pois a partir dos 14 anos eles em geral já apresentam desenvolvimento físico muito próximo do adulto e podem defender-se das agressividades recebidas (SEABRA; NASCIMENTO, 1998, KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999; SOUSA E SILVA, 2002).

Se, por um lado, a opinião pública geralmente se mostra mais sensível aos abusos com as crianças, símbolo de inocência e pureza, existe a propensão a minimizar os efeitos do abuso nos adolescentes. Porém já está amplamente provado que o adolescente é muito frágil. De fato, a adolescência significa a entrada para a maturidade, sendo um período de crise que se caracteriza pela reviravolta na vida pessoal e interpessoal que leva a uma reorganização das relações com os outros, consigo mesmo e com o próprio corpo. É a idade das primeiras relações sexuais e de todas as dificuldades que lhes são associadas, sobretudo porque o adolescente tem grande fragilidade narcísica. Não se justifica minimizar os efeitos do abuso sexual a ele impingido, especialmente depois que estudos clínicos mostraram até que ponto as agressões sexuais em adolescentes não são menos graves. Assim como nas crianças menores, tais agressões podem provocar graves perturbações (fobias, problemas sexuais...) que eventualmente culminam na atuação (fuga, tentativa de suicídio, suicídio...) (BOUHET; PERÁRD; ZORMAN, 1997, p.37-38).

Nos casos de negligência e violência psicológica, os dados do CRIAV corroboram a literatura que considera não haver grandes diferenças entre os gêneros (CUNHA, 1998; CAVALCANTI, 1999; KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999). Novamente confirmando a hipótese que, de modo geral, com exceção da violência sexual, todas as crianças e adolescentes estão igualmente sujeitas a serem vítimas de violência, principalmente a doméstica. Quanto à idade, o predomínio de vítimas de negligência menores de seis anos é semelhante ao estudo de Camargo e Buralli (1998), que constatou que a negligência acometia principalmente crianças menores de sete anos de idade. Isso provavelmente acontece pelo fato da criança até os seis ou sete anos ainda ser muito dependente dos pais para a realização de suas necessidades básicas (alimentação, higiene), estando mais sujeita ao desamparo quando estes não assumem adequadamente sua função.

5.3 - Local de ocorrência

A maior ocorrência de violência perpetrada no próprio lar das vítimas está de acordo com a literatura (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; GUERRA, 1998; KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999; ASSIS; DESLANDES, 2004). O estudo de Kristensen, Oliveira, Flores (1999), realizado com 75 instituições responsáveis pelo atendimento e/ou acolhimento

de casos de violência contra crianças e adolescentes, em quinze municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre - RS, no período de maio/1997 a maio/1998, constatou que em 79,7% dos casos a violência foi praticada dentro da residência da própria vítima.

A violência doméstica rompe com o mito da “sagrada família”, considerada protetora de seus membros. Muitas crianças e adolescentes são vitimizados dentro de seus lares, por pessoas que teriam a função e o dever de cuidar e proteger. Além dos familiares agressores, outros membros da família acabam sendo cúmplices da violência ao não denunciarem o agressor (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; GUERRA, 1998). Nesse caso, é essencial a intervenção externa para que o “ciclo da violência” seja interrompido. A conscientização da possibilidade de sua existência em lares socialmente insuspeitos é o único caminho para o combate a essa violência (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995).

Falhas encontradas nos prontuários médicos do HCU, no registro de informações sobre o agressor e o local de ocorrência da violência, revelam a dificuldade de obtê-las em pesquisa com essa fonte de dados (JOHNSON, 1990). Embora, no Brasil, prontuários médicos costumam conter dados incompletos dos atendimentos (LEBRÃO; RIBEIRO; JORGE, 1995), esta falha sugere descaso das instituições hospitalares e mesmo dos profissionais de saúde com este tipo de problema, o que talvez se deva à cultura de tolerância social à violência doméstica contra a criança e o adolescente (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; MUZA, 1994; GUERRA, 1998; BRASIL, 2003; ASSIS; DESLANDES, 2004).

5.4 - Lesões, sinais e sintomas e regiões anatômicas acometidas

O predomínio de lesões cutâneas encontradas nas vítimas também corrobora dados da literatura (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989; JOHNSON, 1990; CHRISTIAN et al., 1997; GUERRA, 1998; PASCOLAT et al., 2001). A alta porcentagem de vítimas com hematomas,

conforme observado nas duas instituições pesquisadas, está em acordo com os resultados do estudo de Pascolat et al. (2001), realizado no SOS Criança de Curitiba, durante o ano de 1998. A alta porcentagem de ferimentos corto-contusos, nos casos do HCU, também é apontada por Trocmé et al. (2003), que numa pesquisa realizada no Canadá com casos notificados de abuso e negligência cometidos contra crianças e adolescentes até 15 anos, constatou, entre as lesões, o predomínio de hematomas, cortes e arranhões.

Considerando a alta ocorrência de lesões cutâneas, Hyden e Gallagher (1992), ressaltam a importância, para os médicos, de examinar a criança fisicamente por inteiro, incluindo avaliação da pele, a fim de detectar quaisquer lesões potencialmente causadas por abuso. Segundo esses autores, é necessário ainda que os médicos tenham conhecimentos suficientes para distinguir as marcas de lesões acidentais daquelas intencionais, levando em consideração que, algumas vezes, é até possível identificar o instrumento usado pelo agressor para ferir a criança pelo tipo de marca e padrão da lesão.

A ocorrência de lesões decorrentes de agressões por armas de fogo em adolescentes encontrada nos casos hospitalares também foi discutida por outros autores (ASSIS; DESLANDES, 2004; SOUZA; MELLO JORGE, 2004). Em Uberlândia, no ano de 2003, de 276 casos de óbito por projétil de arma de fogo, 17% ocorreu com pessoas entre 10 e 19 anos de idade (OLIVEIRA, A.L. et al., 2004). Souza e Mello Jorge (2004) apontam uma forte relação entre violência por arma de fogo e adolescência, interligadas ainda com o uso e tráfico de drogas. Segundo Assis e Deslandes (2004), esse envolvimento dos jovens com armas de fogo, na maioria das vezes, provoca morte ou graves conseqüências físicas. O que por sua vez contribui para que os jovens compoñham a população mais vulnerável à violência fatal, correspondendo a 67% do total de casos de óbitos decorrentes de violência (VECINA et al., 2002).

O consumo de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e outras) e o uso de armas de fogo têm uma relação de mão dupla com a violência que ocorre com crianças e jovens. Ao mesmo tempo em que são usadas pelos jovens para perpetrar atos infracionais, são também os principais fatores presentes nas dinâmicas causadoras de suas mortes. Importante parcela das mortes de jovens das grandes cidades no Brasil, hoje, deve-se aos conflitos oriundos da briga de quadrilhas pelo mercado varejista de drogas, dos acertos de contas entre usuários e fornecedores e dos confrontos entre policiais e traficantes. Em todas essas situações, as armas de fogo encontram-se associadas. No entanto, tudo isso é sintoma de uma sociedade que oferece poucas perspectivas saudáveis aos jovens pobres (a maioria dos que morrem) que, por sua vez, se afirmam socialmente pelo machismo que a violência promove pelas armas (SOUZA; MELLO JORGE, 2004, p.27).

O fato do número de casos de abuso sexual com registro de lesões genitais ter sido menor que o número total de casos se justifica, segundo Bays e Chadwick apud Rocha (2004), devido ao fato das evidências físicas em casos de abuso sexual ocorrerem em baixo percentual. Esses autores realizaram uma revisão de 21 estudos que abordaram os achados físicos de crianças supostamente vítimas de abuso sexual, e mostraram que apenas 3% a 16% das vítimas apresentavam achados físicos diagnósticos de abuso.

O maior acometimento de lesões nas regiões da cabeça e do pescoço constatado nos casos hospitalares foi semelhante aos resultados dos estudos de Christian et al. (1997) e de Pascolat et al. (2001). Neste último trabalho citado, cerca de 7% das crianças não apresentaram marcas evidentes da agressão, dados próximos aos do HCU. Entretanto, no CRIAV, o número de prontuários em que não havia lesão ou informação sobre sua existência foi muito alto. Isso pode estar relacionado ao fato de existirem muitos registros de negligência e violência psicológica, duas violências em que as marcas são difíceis de serem caracterizadas (marcas que se confundem com acidentes e nem sempre são diagnosticadas como marcas de agressões) ou “invisíveis fisicamente” (marcas psicológicas) (BACKES, 1999; FROMER, 2002).

5.5 - Condutas e encaminhamentos dos profissionais

Segundo Sanchez e Minayo (2004), apesar do setor de saúde ser um dos mais ativos defensores da proteção integral das crianças e dos adolescentes, ainda hoje, na prática, o foco de atenção continua sendo os agravos, o que também foi constatado nos dados do HCU. Predominam entre as condutas dos profissionais: o atendimento aos efeitos da violência (reparação dos traumas e lesões físicas no serviço de emergência), os cuidados com a recuperação e reabilitação das seqüelas no âmbito hospitalar e o diagnóstico dos maus-tratos nos aspectos médico-legais. Para as autoras acima citadas, mesmo considerando esses cuidados fundamentais, são necessárias também práticas de proteção integral e de prevenção dos maus-tratos.

A falta de encaminhamento adequado das vítimas atendidas no HCU não é um fato isolado. Pesquisa realizada no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, que investigou a percepção/atitude dos profissionais de saúde da rede pública frente à abordagem dos casos de maus-tratos, constatou que as ações de encaminhamento aos conselhos tutelares foram perpassadas pela descrença quanto à obtenção de uma efetiva resolução dos problemas. Os profissionais pesquisados questionaram a capacidade dos conselhos tutelares para resolver os problemas, alguns preferiram não notificar por medo de sofrerem represália ou por acreditarem que tal procedimento poderia produzir efeitos negativos para a vítima e, nos casos de negligência, por acreditarem que eles próprios podiam solucionar o problema (GOMES et al., 2002b). Em estudo sobre denúncia e impunidade em relação à violência cometida contra crianças e adolescentes, o autor refere que o aparelho público se apresenta pouco estruturado, tanto em termos numéricos para atender suas demandas, quanto no sentido de ter uma abordagem adequada para os casos (GOMES, 1998).

Diferentemente dos dados constatados pelos estudos acima citados (GOMES, 1998; GOMES et al., 2002b; SANCHEZ; MINAYO, 2004), relacionados à insuficiência de medidas preventivas realizadas pelos profissionais de saúde, um estudo que avaliou as condutas e dificuldades na abordagem da violência contra a criança pelos pediatras ligados ao departamento de pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, constatou que os pediatras entrevistados consideraram como fatores importantes na abordagem dos maus-tratos na infância, tanto o aspecto terapêutico, quanto a preocupação com a prevenção. As providências tomadas nos casos diagnosticados envolveram a comunicação a outros profissionais, como assistente social, e a uma instituição especializada no atendimento à criança maltratada. Tais médicos mostraram conhecer a importância da realização de um diagnóstico diferencial para os maus-tratos na infância. Os autores justificaram o melhor conhecimento desses por estarem ligados a uma instituição de ensino, tendo responsabilidade não somente pelo atendimento médico, como também pelas atividades de pesquisa e ensino, o que pressupõe contato teórico-prático com diagnósticos dos mais simples aos mais complexos (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995).

A predominância de condutas como orientações familiares e acompanhamentos domiciliares dentre os procedimentos realizados no CRIAV está de acordo com um estudo realizado no SOS Criança, programa da ABRAPIA, responsável na cidade do Rio de Janeiro por atendimentos e orientações a casos de violência (CUNHA, 1998). Neste estudo citado, os principais procedimentos realizados, tanto em relação às vítimas (12,2%) quanto em relação aos agentes agressores (38,0%), foram conversas/orientações. Segundo Cunha (1998), para os casos considerados graves ou urgentes, a recomendação após a notificação, é a realização de visitas domiciliares, sendo este procedimento um importante elo entre a instituição e os familiares das vítimas. Entretanto, sua realização se confronta com uma série de dificuldades: o despreparo dos técnicos para lidar com situações adversas ou inesperadas, a necessidade de

movimentação nas chamadas “áreas de risco” (regiões da cidade que estão submetidas à violência extrema devido ao narcotráfico), a exposição da família atendida junto a sua comunidade, a necessidade de autorização da família para entrar no domicílio e para entrevistar a criança e o adolescente e a falta de disponibilidade de recursos humanos e materiais. Para Brito et al. (2005), a justificativa para o acompanhamento domiciliar ser uma das formas de tratamento mais frequentemente realizada parece estar associada à dificuldade que essas famílias, principalmente os pais, têm de reconhecer a necessidade de ajuda profissional ou aceitar alguma forma de intervenção, não aderindo às propostas de tratamento realizadas nas próprias instituições.

Ainda sobre as condutas adotadas pelo CRIAV, chamam a atenção os casos em que foram solicitados a suspensão provisória da guarda ou do pátrio poder e o abrigo de crianças e adolescentes. O abrigo, por curto ou longo período de tempo, ainda é polêmico. Segundo Fromer (2002), há uma dificuldade da sociedade em considerar, entre as várias possibilidades de encaminhamento, o abrigo como uma alternativa de garantir a integridade física e psíquica da criança ou do adolescente. Para esse autor, é importante destacar que o abrigo deve ser uma possibilidade, um direito para as crianças e adolescentes que dele necessitam, principalmente em situações de caráter de urgência, nas quais a permanência da criança e ou do adolescente em seu ambiente familiar coloca em risco sua integridade física e psíquica. A resistência em relação ao abrigo relaciona-se ao fato desta ser uma medida considerada agressiva e extrema, na qual a criança é afastada de seu ambiente familiar e, muitas vezes, de seus grupos de convivência – família extensa, escola, comunidade – além da possibilidade da criança vivenciar a situação como punição, como se fosse responsável pela ação daquele que o agrediu ou o abusou. Segundo Pereira (2004), a permanência da criança no âmbito familiar deve ser priorizada e o agressor é quem deve ser afastado de imediato, o que evita o sentimento de culpa da criança e, ainda, o risco do

agressor, permanecendo junto à família, continuar agindo da mesma forma em relação aos outros familiares.

Nos casos em que a criança é abrigada, é necessário que a família continue em tratamento, porque, como se sabe, a família de modo geral contribui para o funcionamento violento entre seus membros e todos sofrem as conseqüências de terem sido criados em um ambiente marcado pelo silêncio e pela violência (FROMER, 2002; AZEVEDO, E., 2004). Segundo depoimento de um dos fundadores de um abrigo de Uberlândia, a instituição assume a responsabilidade da tutela das crianças, mas funciona como uma casa de passagem com a finalidade de reconduzi-las às famílias, pois as crianças precisam e querem um lar com suas famílias (BARCELOS, 2003). Hoje em dia, existem outras possibilidades de encaminhamento para casos em que é necessária a retirada da criança ou do adolescente do convívio familiar, temporariamente ou em definitivo, que são: o lar hospedeiro, a família substitutiva e a adoção (AZEVEDO, E., 2004).

Sobre a negligência ter sido a violência mais freqüente dentre os casos em que a criança foi retirada do convívio com os familiares responsáveis, isso pode ser explicado por essa ser uma violência caracterizada pelo abandono físico e afetivo, caracterizando provavelmente a falta de interesse e envolvimento dos adultos em assumirem a responsabilidade de cuidar das crianças.

5.6 - Vínculo do agressor com a vítima

Assim como no presente estudo, outras pesquisas em centros de atendimento à violência contra crianças e adolescentes confirmam a maior incidência de maus-tratos dentro do núcleo familiar, principalmente perpetrada pelos próprios pais biológicos (GUERRA,

1998; CAVALCANTI, 1999; MATTOS, 2002b; SOUSA E SILVA, 2002; SOUSA E SILVA et al., 2002).

Segundo a literatura, e conforme observado no CRIAV, a mãe biológica é o principal agressor, contrariando o mito do amor materno (figura protetora, apaziguadora da família) (CARIOLA et al., 1995; CAVALCANTI, 1999; PASCOLAT et al., 2001). Isso pode ser explicado considerando a estrutura familiar das sociedades em geral, da brasileira em particular, em que cabe à mulher a educação dos filhos, sendo ela a pessoa que despende maior tempo e assume maior responsabilidade no desenvolvimento e nas atividades infantis (ASSIS, 1995b; SOUSA E SILVA, 2002). Assis (1995b) aponta ainda a questão da circularidade da violência como fator desencadeante dos maus-tratos infantis, pois muitas vezes essa mãe agressora é vítima de violência por parte do marido. Em sua pesquisa, essa autora constatou que nas casas dos adolescentes nas quais existia violência entre os pais, a mãe praticou violência contra os filhos numa frequência três vezes maior do que numa família em que não havia brigas conjugais.

Outro estudo (CAVALCANTI, 1999) verificou a associação dos agressores com o tipo de abuso infligido e revelou que as principais violências perpetradas pela mãe foram a física e a negligência, enquanto o pai praticou mais a física e a psicológica. Para a autora do estudo, esses dados refletem os papéis tradicionais do pai e da mãe na família: enquanto a mãe executa as tarefas que garantem a sobrevivência e a educação (alimentação, cuidados e higiene pessoal, acompanhamento escolar), o pai representa a autoridade, assumindo as posturas ameaçadoras e tirânicas.

Um fator que pode ter contribuído para que o pai fosse o principal agressor nos casos atendidos no Hospital é que, embora as mães sejam mais frequentemente as agressoras, os homens quando agridem tendem a lesar mais gravemente as crianças e os adolescentes (JOHNSON, 1990), o que por sua vez ocasiona uma maior demanda de atendimento

hospitalar de emergência. Um estudo realizado no setor de emergência de um hospital norte-americano com casos de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar constatou que o pai foi o responsável pelo ferimento em 50% das vezes, a mãe em 13% e o namorado da mãe, em 10% (CHRISTIAN et al., 1997).

No que se refere especificamente à negligência, a culpabilização da mãe como principal responsável pelo problema decorre do deslocamento de uma questão social para o plano individual e no limite familiar. Isso porque, apesar da inserção das mulheres no mercado de trabalho e conseqüentemente de sua saída para fora do lar, até hoje não lhes foram propiciadas condições adequadas para a plena conciliação do trabalho com as tarefas domésticas e com os cuidados com os filhos (GORDON, 1988). Com a necessidade de trabalho desta mãe, que muitas vezes é a única mantenedora da casa, e a falta de instituições públicas que cuidem de seus filhos (creches, escolas), muitas crianças são deixadas trancadas a sós no lar. Como muitas famílias são monoparentais femininas pois os pais das crianças não assumiram a paternidade, estes também deveriam ser considerados negligentes quanto às necessidades das mesmas.

Nos casos de abuso sexual, os dados do CRIAV estão de acordo com os da literatura que aponta o pai como o principal agressor, seguido pelo padrasto e outros familiares (ZAVASCHI et al., 1991; COHEN, 1993; AMAZARRAY; KOLLER, 1998; MATTOS, 2002a; SOUSA E SILVA, 2002). Segundo dados de um estudo realizado pelo UNICEF “Situação mundial da infância 2000”, em 90% dos casos conhecidos de violência sexual contra meninas no Brasil o agressor é o pai ou o padrasto da vítima (GARCIA, 2002). Embora mais comum, o incesto pai-filha é considerado o tipo de abuso sexual mais difícil de ser diagnosticado e também o que provoca conseqüências mais graves sobre o equilíbrio psíquico, do presente e do futuro, da criança e do adolescente (BOUHET; PÉRARD; ZORMAN, 1997, AZEVEDO, 1997c). Segundo Bouhet, Pérard e Zorman (1997), esses pais

têm dificuldades quanto as suas identificações masculinas e, para 20 a 33% deles, a excitação sexual diante de uma criança é maior do que diante de um adulto. Como se sabe, tradicionalmente, o contato físico com o bebê/criança é mais comum para a mulher, que geralmente é quem lida com os genitais e funções excretoras das crianças. Além disso, uma análise das interações precoces mostrou que os pais incestuosos tinham menor participação nos cuidados com a filha (BITTENCOURT, 1995; SAFFIOTI, 1996 apud CUNHA, 1998, p.51). Segundo esses autores, o envolvimento físico mãe-bebê pode anular qualquer tipo de tensão sexual entre mulheres e crianças. Entretanto, os pais excluídos destas atividades podem desenvolver interesse mais forte e fantasia sobre as crianças (curiosidade e excitação pelo corpo infantil), o que por sua vez pode motivar uma abordagem sexual. Saffioti (1996) apud Cunha (1998) defende que a paternagem, definida como a relação dos pais com os filhos desde a mais tenra idade, poderia eliminar ou pelo menos reduzir em muito o abuso sexual.

Outra explicação para o predomínio do incesto pai-filha, anteriormente discutida, seria a própria estrutura patriarcal que contribui para uma desigualdade nas relações de gênero e geracionais, que acaba propiciando a questionável idéia de poder absoluto do pai para com sua filha e por isso “autoriza” o abuso (FELIZARDO; ZÜRCHER; MELO, 2004; GUIMARÃES, 2004).

O incesto é poderoso. Sua devastação é maior do que a das violências sexuais não incestuosas contra crianças, porque o incesto se insere nas constelações das emoções e dos conflitos familiares. Não há um estranho de que se possa fugir, não há uma casa para onde se possa escapar. A criança não se sente mais segura nem mesmo em sua própria cama. A vítima é obrigada a aprender a conviver com o incesto; ele abala a totalidade do mundo da criança. O agressor está sempre presente e o incesto é quase sempre um horror contínuo para a vítima (FORWARD; BUCK apud AZEVEDO; GUERRA; VAICIUNAS, 1997, p.196).

Embora a mãe apareça menos frequentemente como agressora neste tipo de abuso, sua participação passiva é comum, pois ela acaba consentindo “silenciosa e constrangidamente” por medo da desestruturação da unidade familiar ou por temor às ameaças de seu cônjuge

(ROCHA, 2004). Dentre as agressoras sexuais, as mães correspondem a categoria mais significativa e tendem a abusar de crianças menores, não havendo, em relação aos agressores do sexo masculino, diferenças quanto a gravidade (RUDIN; ZALEWSKI; BODMER-TURNER, 1995).

Vale destacar que a estrutura da família incestogênica se caracteriza por ser disfuncional. São famílias simbióticas e aglutinadas, sem limites intergeracionais, rígidas, resistentes a mudanças ou caóticas, nas quais há ausência de regras. Muitas vezes, nessas famílias em que a confusão de papéis manifesta-se em várias situações, o abuso é a única forma de contato entre genitor e criança (MATTOS, 2002a). Portanto, é necessário compreender que não basta identificar o agressor e tratá-lo individualmente. A literatura reforça a importância de uma intervenção que envolva todos os membros dessa família. É necessário entender que nesses casos se está diante de uma família com uma dinâmica que inclui a violência em suas relações e quando não tratada, mesmo após a retirada da pessoa que foi vitimizada ou do agente agressor da família, existe a possibilidade de que outro membro passe a ocupar seu lugar (SCODELARIO, 2002).

Dados semelhantes aos constatados no HCU, embora com porcentagens mais elevadas, foram verificados por uma pesquisa na França, realizada por meio de entrevistas com adultos sobre a ocorrência de abusos sexuais em suas infâncias (BOUHET; PÉRARD; ZORMAN, 1997). Essa pesquisa revelou predominância de agressores extrafamiliares (88%), com maioria de conhecidos das vítimas. Outro estudo (SEABRA; NASCIMENTO, 1998) também revelou uma maior ocorrência de abusos sexuais cometidos por extrafamiliares (76,1%), sendo, entretanto, predominantes os casos de agressores desconhecidos (41,3%). Esses dados podem ser explicados pelo fato das vítimas de violência sexual, perpetrada por alguém fora do meio familiar, procurarem mais frequentemente atendimento em instituições hospitalares ou policiais, por serem casos menos encobertos pelos tabus e silêncios que são

impostos nos casos incestuosos. Para Alvin (1997), deve haver uma diferenciação no atendimento médico aos casos de violências sexuais extrafamiliares das situações incestuosas, visto serem totalmente distintos seu contexto e tipo de solicitação do sistema de saúde. Violências sexuais extrafamiliares são geralmente encaminhadas a pronto-socorros, quase sempre após uma queixa imediata. Pelo fato de o trauma normalmente ser muito recente, requerem ação médica terapêutica, preventiva e intervenção médico-legal. As situações incestuosas de múltiplos tipos são mais complexas. Nesses casos, os motivos que levam a vítima ao hospital não têm, na maior parte das vezes, nenhuma ligação aparente com a situação incestuosa. Só posteriormente a relação mais ou menos direta é percebida, sobretudo porque, muitas vezes o motivo da consulta médica normalmente não é um incesto atual “ativo”, mas suas repercussões ou seqüelas a curto, médio ou longo prazo.

O fato da maioria dos agressores, como visto acima, serem familiares ou conhecidos das crianças e adolescentes deve ser considerado nas propostas de prevenção. Segundo Bouhet, Pérard, Zorman (1997), ainda hoje é reforçado, tanto na família quanto na escola, o risco que representam os desconhecidos, entretanto isso deve ser redimensionado, pois o cuidado também deve dirigir-se à influência mais sutil das pessoas íntimas e conhecidas.

5.7 - Sexo e idade do agressor

Nos casos analisados no CRIAV, o fato da maioria dos agressores ser do sexo feminino já foi anteriormente explicado pelo contexto sócio-cultural, o qual atribui à mulher-mãe a função de criar, cuidar e educar os filhos (ASSIS, 1995b; CAVALCANTI, 1999; SOUSA E SILVA, 2002). Especificamente nos casos de abuso sexual, a literatura, assim como constatado nos dados do CRIAV, revela que os abusadores são quase exclusivamente homens (ZAVASCHI et al., 1991; BITTENCOURT, 1995; BOUHET; PÉRARD; ZORMAN,

1997; AMAZARRAY; KOLLER, 1998; MATTOS, 2002a, SOUSA E SILVA et al., 2002), o que também já foi anteriormente justificado.

Em relação à idade dos agressores, dados próximos aos constatados no CRIAV foram encontrados por dois estudos (CUNHA, 1998; KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999). Cunha (1998) constatou que a maior parte dos agressores tinham entre 26 e 35 anos (30%), 36 e 45 anos (21,4%) e 18 e 25 anos (18,6%), enquanto, na pesquisa de Kristensen, Oliveira e Flores (1999), a idade média dos agressores foi de $34 \pm 11,8$ anos. Provavelmente a faixa etária predominante entre os agressores se relaciona ao período de nascimento e criação dos filhos da maioria da população. Até os 40 anos a maioria desses pais tem filhos menores de 18 anos, o que corresponde ao grupo de vítimas pesquisado. Quanto ao fato das mulheres serem mais jovens, isso também pode estar associado com o padrão de relacionamento vigente, no qual a mulher geralmente é mais nova que o homem.

5.8 – Características dos agressores: estado civil, escolaridade e uso de drogas

Não há consenso na literatura sobre o estado civil predominante entre as pessoas que cometem violência contra crianças. Uma pesquisa realizada no CRAMI de Bauru-SP (CARIOLA et al., 1995) constatou que a maioria dos pais agressores era casada, dados semelhantes aos do CRIAV. Diferentemente, numa pesquisa realizada nos Estados Unidos (GELLES, 1989), envolvendo levantamento de 6002 residências, foi constatado que em lares nos quais os pais eram separados existia maior probabilidade de atos violentos sobre os filhos. Além disso, uma outra pesquisa, realizada na Coreia (CHUN, 1989), revelou que pais com mais alto nível educacional e casamentos felizes puniam fisicamente menos seus filhos. Provavelmente, essas diferenças estão relacionadas ao tipo de metodologia e conceitos utilizados nas pesquisas.

Segundo estudo de Kristensen, Oliveira, Flores (1999), as famílias nas quais ocorrem abusos sexuais têm maiores probabilidades de incluírem genitores substitutos, o que explica a alta porcentagem de padrastos como agressores sexuais. No que se refere à negligência, o fato desta violência ter sido praticada predominantemente pelas mães e da diferença na quantidade de agressores casados e solteiros ter sido pequena, revela que grande parte das famílias negligentes é composta por mães solteiras (KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999). Entretanto, em relação à violência física, Assis (1995b) revelou que pais separados não representam maior risco para ocorrência de violência doméstica que o observado em famílias nucleares, o que é concordante com os dados do CRIAV.

O predomínio de agressores com ensino fundamental incompleto na atual pesquisa é semelhante ao encontrado por Sousa e Silva et al. (2002), que constataram que 52,5% das pessoas envolvidas no processo de vitimização atendidas no CNRVV também tinham esse mesmo grau de escolaridade. Isso pode ser justificado por serem estudos realizados em instituições públicas, que têm como clientela principal as classes sociais mais desfavorecidas economicamente, sem acesso a serviços pagos, justamente composta, em sua maioria, por pessoas que não tiveram condições de concluir seus estudos por necessitarem trabalhar para sobreviver. Apesar de seus resultados, Sousa e Silva et al. (2002) defendem a idéia de que a violência é um fenômeno democraticamente distribuído nas diferentes classes sociais. Em consonância com esta última afirmação, a pesquisa de Assis (1995b), realizada com adolescentes de escolas públicas e privadas de Duque de Caxias-RJ sobre a violência física não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os pais que nunca tinham estudado e aqueles que possuíam o 3º grau.

Quanto à visibilidade desse fenômeno, são as classes menos favorecidas que, contando com menos recursos de autodefesa e proteção, recorrem com maior frequência aos serviços públicos e gratuitos. No caso das classes mais favorecidas, a característica do segredo é mantida com maior facilidade, sendo mais camufladas as situações de violência (SOUSA E SILVA et al., 2002, p.285).

A elevada ocorrência do uso de álcool/drogas ilícitas pelos agressores nos casos atendidos no CRIAV corrobora a constatação de Souza e Mello Jorge (2004), de que o uso de álcool e o de outras drogas tem sido um fator relevante nas ocorrências de violência contra crianças e adolescentes, sendo uma prática social que quase sempre se associa à violência intrafamiliar. Os efeitos destas substâncias podem propiciar que os adultos se tornem mais violentos, paranóides e desinibidos quanto a lesar, molestar ou negligenciar seus filhos (BAYS, 1990). Entretanto, Gelles (1996) afirma que embora o álcool e as drogas possam estar associados à violência familiar, não devem ser considerados seus responsáveis básicos, e sim, fatores de risco sob determinadas condições.

De forma semelhante ao presente estudo, Leonard e Jacob (1989), numa revisão crítica da literatura sobre a relação entre alcoolismo e o abuso de crianças, encontraram estudos nos quais confirmou-se que aproximadamente um quarto dos pais bebiam excessivamente, sendo que 83% destes estavam embriagados no momento da violência. Da mesma forma, outro estudo realizado nos Estados Unidos (OREGON EMPLOYMENT DIVISION, 1989 apud BAYS 1990, p.970), identificou a suspeita de abuso paterno de álcool e/ou drogas como um fator contributivo em 25% dos casos de abuso de crianças. No estudo de Christian et al. (1997), o uso de álcool ou drogas pelos agressores foi confirmado em 27% dos casos, e Pascolat et al. (2001) constataram que 7,6% dos pais agressores consistiam em usuários de entorpecentes e 25,8% de álcool, dados muito próximos aos do presente estudo.

A presença da negligência como o tipo de violência no qual o uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelos agressores esteve mais presente é confirmada por Bays (1990), que afirma que a desorganização e o caos no lar onde os pais são dependentes de drogas são fatores que freqüentemente levam à negligência ou ao descaso quanto às necessidades da criança.

As pesquisas que relacionam abuso de drogas e violência contra crianças são freqüentemente de difícil interpretação devido à falta de definições claras do abuso de álcool ou drogas e devido à falta de grupos-controle nessas pesquisas. São muitos os fatores em comum em famílias que abusam de drogas e praticam violência contra crianças, porém, muitos estudos não usam técnicas estatísticas para separar causas de coincidências (BAYS, 1990).

6 – CONCLUSÕES

6 - CONCLUSÕES

Conclui-se que as características das vítimas e os tipos de violência variam conforme a instituição de atendimento.

Em relação aos casos de violência contra crianças e adolescentes que motivam atendimento no Hospital de Clínicas de Uberlândia pode-se concluir que:

- a principal violência é a física;
- atingem principalmente adolescentes do sexo masculino;
- o lar parece ser o principal local de ocorrência da violência;
- as principais lesões são as escoriações e os ferimentos corto-contusos, e as partes do corpo mais atingidas são a cabeça e o pescoço;
- tanto as internações quanto as intervenções cirúrgicas são realizadas em mais de 10% dos casos;
- na maioria dos casos o paciente não é encaminhado aos órgãos competentes (conselhos tutelares etc.) para as providências cabíveis;
- o pai parece ser o principal agressor.

Em relação aos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, atendidos no Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada de Uberlândia-MG, conclui-se que:

- a negligência e a violência física são as principais violências atendidas;
- atingem principalmente crianças menores de 12 anos de idade;
- ocorrem predominantemente dentro do próprio lar das vítimas;
- as lesões mais frequentes são os hematomas e as contusões;

- as principais condutas realizadas são as orientações familiares e o acompanhamento domiciliar;
- a mãe é a principal agressora;
- a idade dos agressores predomina entre 20 a 40 anos, sendo as mulheres, em média, mais jovens do que os homens;
- a metade dos agressores mantêm uma relação conjugal estável, a maioria possui apenas o ensino fundamental incompleto, $\frac{1}{4}$ faz uso de álcool e cerca de 10% usam outros tipos de drogas.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para entender o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, é necessária uma compreensão histórico-psicossocial do indivíduo, da família e do meio que os cercam. É necessário ainda perceber que a violência não é, nem nunca foi, um fenômeno natural, e sim uma construção social transmitida de geração a geração. Quando uma família apresenta padrão abusivo de relacionamento interpessoal, ela revela cicatrizes de sua história pessoal e do contexto histórico-cultural da sociedade em que vive. Portanto, falar de violência é falar das características pessoais e circunstanciais dos membros familiares envolvidos, das condições ambientais em que ocorre o fenômeno, das questões psicológicas de interação, do contexto social e das implicações socioeconômicas inter-relacionadas (SOUSA E SILVA, 2002). Por não ser possível nesse contexto apontar uma única causa como explicação, torna-se necessário um modelo multidimensional, já que o fenômeno é determinado de maneira múltipla por forças que atuam na família, no indivíduo, na comunidade e na cultura que esse indivíduo e família estão implicados (BELSKY, 1980)

Os efeitos da reestruturação produtiva em escala mundial se fazem cada vez mais presentes nas condições, nas situações e nos estilos de vida dos brasileiros. Sobretudo nas famílias de estratos de renda baixos e mesmo médios, o desemprego estrutural, a precarização das relações de trabalho, a submissão a jornadas de trabalho cada vez mais longas e extenuantes se tornaram presentes seja enquanto realidade, seja enquanto ameaça, num mundo do trabalho marcado pela incerteza e pela insegurança (...). Esse cenário que vem se ampliando desde o final de século XX afeta as identidades e a cultura, especialmente o papel tradicional do homem, deslocado de sua função de provedor. O aumento dos processos de adição às drogas, o aumento da criminalidade vinculada a problemas sociais, a busca de emprego no mercado ilegal de drogas, a afirmação de uma identidade imposta pela violência são alguns dos problemas associados ao lado negativo das mudanças econômicas e sociais. Tudo isso tem exacerbado os conflitos nas relações e comunicações intrafamiliares e comunitárias (DESLANDES, 2004, p.139).

Por ser um fenômeno multicausal, a realidade da violência contra crianças e adolescentes necessita de uma abordagem ampla, contínua e integrada para seu enfrentamento. É inviável que a atuação de uma única instituição consiga ser eficaz em seu

objetivo de realmente enfrentar o fenômeno. As diversas instituições (educacionais, de saúde, de assistência social), que têm contato com a área da infância e da adolescência, devem ser concebidas como lugares legítimos de proteção, sendo que o trabalho em conjunto dessas instituições pode responder melhor à complexidade das demandas trazidas pelo problema da violência (OLIVEIRA, V.L.A. et al., 2004). O trabalho em rede atualmente é a forma que tem sido proposta como o mecanismo mais eficaz para a interrupção da violência, por ser uma estrutura de organização democrática e flexível, capaz de reunir pessoas e instituições em torno de objetivos comuns (LORENCINI; FERRARI; GARCIA, 2002; DESLANDES, 2004; OLIVEIRA, V.L.A. et al., 2004).

A rede é um padrão organizacional que prima pela descentralização na tomada de decisão e pela democracia, pela flexibilidade e pelo dinamismo de sua estrutura, pelo alto grau de autonomia de seus membros e pela horizontalidade das relações entre os seus elementos. A rede opera por meio de um processo de radical desconcentração de poder (OLIVEIRA, V.L.A. et al., 2004, p.144).

As redes de proteção devem envolver, de forma integrada e democrática, todas as instituições (escolas, creches, unidades de saúde, hospitais, centros de formação, programas e projetos das várias secretarias municipais, conselhos tutelares, os conselhos dos profissionais de educação e saúde e outras instituições governamentais e não-governamentais) que já desenvolvam atividades com crianças e adolescentes e suas famílias e que estejam abertas para que posteriormente novos parceiros se agreguem, ampliando o contingente de instituições e, conseqüentemente, de alternativas de intervenções (OLIVEIRA, V.L.A. et al., 2004). Além disso, é necessário também envolver as redes sociais, compostas dos laços familiares e comunitários, de grupos de lazer, de vizinhança e de trabalho, dentre outros. Essas redes sociais permitem a *ancoragem* dos indivíduos em grupos de referência, sendo fator preponderante para a manutenção da saúde e bem-estar dos indivíduos (CHOR, 2001).

Um outro grande obstáculo que se deve superar na área da violência contra crianças e adolescentes é a chamada *Síndrome do S.O.S*, descrita por Azevedo, M.A. (2004). Segundo essa autora, em vez de uma focalização prioritária na prevenção primária, a ênfase recai quase sempre nos níveis secundário e terciário. Sem negar a importância destes últimos, a autora acredita ser “preciso intervir antes que uma criança se torne um prontuário médico, um boletim policial, um processo judicial, um dossiê psicossocial, uma notícia de jornal ou um corpo no necrotério” (p.9). Nesse sentido, muitos autores (AMAZARRAY; KOLLER, 1998; CUNHA, 1998; GUIMARÃES, 2004; SANCHEZ; MINAYO, 2004) apontam para a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas e programas que enfoquem a prevenção e a capacitação dos profissionais da saúde e da educação.

A partir dos resultados constatados nessa pesquisa, que comprovam através de duas instituições a magnitude do problema em Uberlândia, considera-se fundamental e urgente a criação de políticas públicas que enfatizem o assunto e que priorizem tanto uma melhor articulação dos programas já existentes para que o trabalho possa funcionar realmente em rede, quanto a criação de outros principalmente na área da prevenção à violência, bem como projetos que visem a capacitação dos profissionais de saúde e educação, visto serem estas as pessoas que lidam diariamente com crianças e adolescentes e conseqüentemente, com a vitimização dos mesmos. Sem a capacitação, fica complicado exigir uma postura comprometida com a causa. Sem a articulação da rede, fica difícil a realização de uma intervenção realmente eficaz, frustrando os profissionais envolvidos e às vezes, revitimizando as crianças e suas famílias.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁵

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde.** Petrópolis: Autores&Agentes&Associados, 1992.

ALVIN, P. Os adolescentes vítimas de abusos sexuais. In: GABEL, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual.** São Paulo: Summus, 1997. p.72-81.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.11, n.3, p.559-578, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 fev. 2001.

ANDRADE, F. P. **Labirintos do incesto: o relato de uma sobrevivente.** São Paulo: Escrituras – Lacri, 2004.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família.** 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ARPINI, D. Adolescentes em situação de risco: fronteiras entre um sujeito violento e um sujeito violentado. **Insight Psicoterapia.** São Paulo, v.8, n.86, p.15-21, jul.1998.

ASSIS, S. G. **Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção.** 1995a. 103f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995a.

ASSIS, S. G. Violência doméstica: estudo epidemiológico sobre a vitimização física dos adolescentes de Duque de Caxias - Rio de Janeiro. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, p.51-60, jan./mar.1995b.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.163-198.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.47-58.

⁵ Foram seguidas as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 59-68.

AZEVEDO, E. O incesto em série. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.). **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo/ Rio de Janeiro: Clínica Psicanalítica da Violência, 2004. p.66-77.

AZEVEDO, M. A. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997a. p.25-48.

AZEVEDO, M. A. Abuso ritualístico infanto-juvenil: primeiras indagações. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997b. p.98-106.

AZEVEDO, M. A. Incesto ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997c. p.195-210.

AZEVEDO, M. A. **Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes**, 2004. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>>. Acesso em: 20 nov. 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Pele de asno não é só história...** Um estudo sobre a vitimização de crianças e adolescentes em família. São Paulo: Roca, 1988.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Violência doméstica na infância e adolescência**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. As políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio recusado em São Paulo: In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.228-334.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Os novos pequenos mártires: infância e violência doméstica**. São Paulo: [s.n.], 2000. Disponível em: <www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>. Acesso em: 20 nov. 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Por que abolir no Brasil a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes?** 2004. Disponível em: <www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>. Acesso em: 20 nov. 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica**: apostila do curso de especialização - módulos 1 A/B e 2 A/B. São Paulo: LACRI/USP, 2005.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A.; VAICIUNAS, N. Incesto ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.195-209.

BACKES, D. L. **Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática de enfermagem**, 1999. Disponível em: < <http://www.pericias-forenses.com.br>>. Acesso em: 07 mai. 2001.

BARBOSA, G. F. O segredo de família. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.). **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo, 2004. p.57-65.

BARCELOS, C. Instituição abriga vítimas de violência. **Jornal Correio**, Uberlândia, 4 out. 2003. Caderno Cidade, p. B3.

BAYS, J. Abuso de substâncias e abuso de crianças: impacto da dependência sobre a criança. In: CLÍNICAS pediátricas da América do Norte: abuso da criança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v.4, p.955-980.

BELSKY, J. Child maltreatment and ecological integration. **American Psychologist**, Washington, v.35, n.4, p.320-335, 1980.

BEZERRA, S. C. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-22.

BITTENCOURT, C. B. F. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.31, n.3, p.420-424, 1995.

BOUHET, B.; PERÁRD, D.; ZORMAN, M. Da importância dos abusos sexuais na França. In: GABEL, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997. p. 29-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente**: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília, 1993a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 1993b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 24.ed. atual., ampl. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Ementa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2001a. Seção 1E.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. 2.ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2654/2003. **Dispõe sobre a alteração da Lei 8069, de 13/07/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, e da Lei 10406, de 10/01/2002, o Novo Código Civil, estabelecendo o direito da criança e do adolescente a não serem submetidos a qualquer forma de punição corporal, mediante a adoção de castigos moderados ou imoderados, sob a alegação de quaisquer propósitos, ainda que pedagógicos, e dá outras providências**. 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>>. Acesso em: 05/05/2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 31/08/2005.

BRITO, A. M. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 143-149, 2005.

CAMARGO, C. L.; BURALLI, K. O. **Violência familiar contra crianças e adolescentes**. Salvador: Ultragraph, 1998.

CARIOLA, T. C. et al. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.31, n.2, p.158-162, 1995.

CASTRO NETO, Alfredo. A criança maltratada. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.30, n.2, p.219-227, 1994.

CAVALCANTI, M. L. T. Estudo descritivo dos registros de violência doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.99-123, 1999.

CHOR, D. et al. Medidas de rede de apoio social no estudo pró-saúde: pré-teste e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.887-896, 2001.

CHUN, B. H. Child abuse in Korea. **Child Welfare**, New York, v.18, n.2, p.154-158, 1989.

CHRISTIAN, C. W. et al. Pediatric injury resulting from family violence. **Pediatrics**, Pennsylvania, v. 99, n.2, p. 8, 1997. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org>>. Acesso em: 14 nov. 2004.

CID-09 – **Classificação Internacional de Doenças**: manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: revisão 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1980.

CID-10 – **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: décima revisão. 5. ed. São Paulo: EDUSP, 1995.

COHEN, C. **O incesto, um desejo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

COHEN, C. O incesto. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.211-225.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1989.

CUNHA, J. M. **Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica**: impasses e desafios, 1998. 118f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

DAVOLI, A.; OGIDO, R. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.68, n.11/12, p.405-408, 1992.

DELGADO, L. F.; FISBERG, M. SIBE: Síndrome do bebê espancado. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.25, n.3, p.111-116, 1990.

DeMAUSE, L. The universality of incest. **Journal of Psychohistory**, New York, v.19, n.2, p.123-164, 1991.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENPS/CLAVES, 1994a.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.177-187, 1994b. Supplement 1.

DESLANDES, S. F. Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora. In: LIMA, C.A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.135-142.

DIRANI, M.; FONSECA, N.; DIRANI, C. C. Maus tratos na infância: análise de 122 casos. **Revista Médica Santa Casa**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.84-88, 1989.

ENGELHARDT, E. Violência na infância – aspectos neurobiológicos. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.). **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo, 2004. p.78-91.

FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes**. Brasília: CECRIA, 2002.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: LIMA, C.A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.69-80.

FERRARI, D. C. A. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002a. p. 23-56.

FERRARI, D. C. A. Definição de abuso na infância e adolescência. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002b. p.81-94.

FINKELHOR, D. The international epidemiology of child abuse. **Child Abuse & Neglect**, Elmsford, v.18, n.5, p.409-417, 1994.

FONTANA, V. J. **The maltreated child**: the maltreatment syndrome in children. 2nd ed. Springfield III: Charles Thomas, 1971.

FROMER, L. O abrigo: uma interface no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p. 311-315.

GARBARINO, J.; GUTTMAN, E.; SEELEY, J. W. **The psychologically battered child**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1986.

GARCIA, M. R. C. Teoria e técnicas do atendimento social em casos de violência intrafamiliar na infância e na adolescência. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.143-152.
GELLES, R. J. Child abuse and violence in single-parent families: parent absence and economic deprivation. **American Journal Orthopsychiatry**, Menasha, v.59, n.4, p.492-501, 1989.

GELLES, R. J. **The book of David**. How preserving families can cost children`s lives. New York: Basic Books, 1996.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.301-311, 1998.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.1, p.171-181, 1999.

GOMES, R. et al. Por quê as crianças são maltratadas: explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.707-714, 2002a.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.2, 2002b. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 set. 2003.

GORDON, L. **Heroes of their own lives**: the politics and history of family violence. New York: Viking Penguin, 1988.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: LIMA, C. A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 105-110.

HOLMES, W. C.; SLAP, G.B. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. **JAMA**, Chicago, v. 280, n.21, p.1855–1862, 1998.

HYDEN, P. W.; GALLAGHER, T. A. Intervenção no abuso infantil no setor de emergência. In: **CLÍNICAS** pediátricas da América do Norte: emergência em pediatria. Rio de Janeiro: Interlivros, 1992. p.1103-1131.

JOHNSON, C. F. Lesões infligidas versus lesões acidentais. In: **CLÍNICAS** pediátricas da América do Norte: abuso da criança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. p.861-886.

JUNQUEIRA, M. F. Abuso sexual da criança: contextualização. **Pediatria Moderna**, São paulo, v.34, n.7, p.432-436, 1998.

KEMPE, C. H. et al. The battered child syndrome. **JAMA**, Chicago, v.181, n.1, p.17-24, 1962.

KORN, G. P. et al. Síndrome dos maus-tratos em crianças. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.34, n.8, p.455-460, 1998.

KRISTENSEN, C. H.; OLIVEIRA, M. S.; FLORES, R. Z. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre – Parte B: pode piorar? In: Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa. **Violência Doméstica**. Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1999. p.104-117.

LACRI. **A ponta do Iceberg**. 2004. Disponível em <<http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>>. Acesso em: 20 nov. 2004.

LAMOUR, M. Os abusos sexuais em crianças pequenas: sedução, culpa, segredo. In: GABEL, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997. p.43-61.

LEBRÃO, M. L.; RIBEIRO, L. A.; JORGE, M. T. Avaliação dos óbitos por acidentes por serpentes peçonhentas no Estado de São Paulo, 1988/1989. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 41, n.5, p.343-347, 1995.

LEONARD, K. E.; JACOB, T. Alcohol, alcoholism and family violence. In: VAN HASSELT, V. B. et al. **Handbook of family violence**. New York: Plenum Press, 1989. p.23-24.

LEVETT, A. As implicações do imperialismo cultural no estudo da violência sexual contra crianças, 1994. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Apostila do telecurso de especialização – Módulo 3A, p.A-S, 2005.

LORENCINI, B. D. B.; FERRARI, D. C. A.; GARCIA, M. R. C. Conceito de redes. In: FERRARI, D. C. .; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.298-310.

MARMO, D. B.; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança (parte 1). **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n.6, p.313-316, 1995.

MATTOS, G. O. Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002a. p.174-200.

MATTOS, G. O. A questão do disciplinamento corporal. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002b. p.122-130.

MENEZES, M. G. P. et al. A criança vítima de maus-tratos atendida em serviços de emergência. **Pediatria**, São Paulo, v.18, n.2, p.75-81, 1996.

MÉRA, C. R. **Os maus-tratos à criança**: uma abordagem histórica e social. 1993. 67f. Tese (Mestrado em Ciências) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

MIAN, M. et al. Review of 125 children 6 years of age and under who were sexually abused. **Child Abuse & Neglect**, Elmsford, v.10, n.2, p.223-229, 1986. Disponível em: <www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em: 14 mai. 2005.

MOTT, L. Abuso sexual ritualístico. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.119-131.

MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.70, n.1, p.56-60, 1994.

NEVES, A. S.; ROMANELLI, G. **A violência de pais e mães contra filhos**: cenário, história e subjetividade. Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras-USP, 2004. t.2, p.111-123.

OLIVEIRA, M. L. M. Atenção a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência: redes de atenção – a experiência de Goiânia. In: LIMA, C.A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 151-162.

OLIVEIRA, A. L. et al. Epidemiologia das ocorrências fatais por disparo de arma de fogo em Uberlândia-MG. In: I FORUM DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2004, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2004, p.19.

OLIVEIRA, V. L. A. et al. Redes de proteção: novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba. In: LIMA, C.A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 143-150.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.2, p.87-103, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 set. 2003.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.77, n.1, p.35-40, 2001.

PELZER, D. **Uma criança tratada como “coisa”**: uma lição de sobrevivência. São Paulo: Manole, 1999.

PEREIRA, T. S. O novo código civil e a violência intrafamiliar. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.). **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo/ Rio de Janeiro: Clínica Psicanalítica da Violência, 2004. p.113-133.

PITZNER, J. K.; DRUMMOND, P. D. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative life events. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v.43, n.2, p.125-142, 1997.

PRICE, L. et al. Somatic and psychological problems in a cohort of sexually abused boys: a six year follow up case-control study. **Arch. Dis. Child.**, London, v.86, n.3, p.164-167, 2002.

REECE, R. M. Manifestações incomuns do abuso da criança. In: CLÍNICAS pediátricas da América do Norte: Abuso da Criança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. p.981-998.

ROCHA, T. Da violência à denúncia: a violência sexual e os recursos médico-assistenciais. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.). **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo, 2004. p.92-104.

ROIG, A. M. I. Aspectos epidemiológicos del maltrato em el Estado Español: medidas de prevención. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.) **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.180-194.

RUDIN, M. M., ZALEWSKI, C., BODMER-TURNER, J. Characteristics of child sexual abuse victims according to perpetrator gender. **Child Abuse & Neglect**, Elmsford, v.19, p.963-973, 1995.

SANCHEZ, R. N., MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-38.

SEABRA, A.; NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.34, n.7, p.395-415, 1998.

SEDA, E. **A criança e a mão do gato**: guia do conselho tutelar dos direitos da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Adês, 2001. Disponível em: <<http://www.edsonседа.com.br>> Acesso em: 24 abr. 2005.

SCODELARIO, A. S. A família abusiva. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.95-106.

SOTTO MAIOR, O. S. **O sistema de garantias dos direitos da criança e do adolescente**. 2002. Disponível em: <http://pastoraldomenor.org.br/eventos_palestra_olimpio.htm> Acesso em: 24 abr. 2005.

SOUSA E SILVA, M. A. S. Violência contra crianças: quebrando o pacto do silencio. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.73-80.

SOUSA E SILVA, M. A. S. et al. Mapeando a violência contra crianças e adolescentes. In: FERRARI, D.C.A.; VECINA, T.C.C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.277-297.

SOUTHALL, D. P.; SAMUELS, M. P.; GOLDEN, M. H. Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. **Arch Dis Child**, London, v.88, p.101-104, 2003. Disponível em: <<http://www.archdischild.com>> Acesso em: 02 abr. 2005.

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.23-28.

SÜSSEKIND, E. Pós-fácio: a família de cabeça para baixo. In: In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.). **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo/ Rio de Janeiro: Clínica Psicanalítica da Violência, 2004. p.217-232.

TEIXEIRA, P. F. Prefácio. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. F. (Org.) **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004. p.13-16.

TROCMÉ, N. et al. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. **Canadian Medical Association or Its Licensors**, Ottawa, v.169, n.9, p.911- 915, 2003.

UBERLÂNDIA. Prefeitura de Uberlândia. 2004. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2004.

UBERLÂNDIA. Uberlândia Online. Aspectos gerais de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.uberlandiaonline.com.br>>. Acesso em: 31/08/2005.

VANRELL, J. P. **Maus-tratos na infância**: aspectos bio-psico-sociais. Disponível em: <<http://www.pericias-forenses.com.br/maustratos.htm>> Acesso em: 24 abr. 2005.

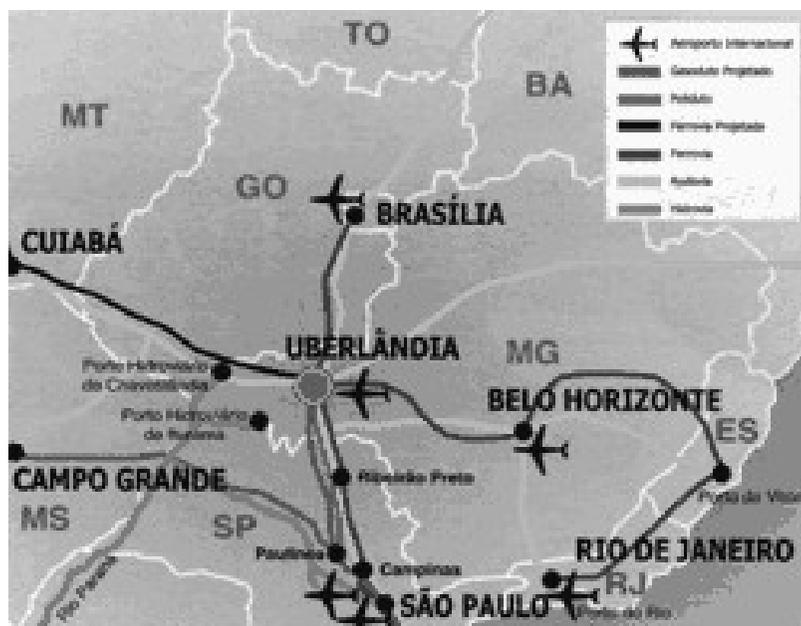
VECINA, T. C. C. Do tabu à possibilidade de tratamento psicossocial: um estudo reflexivo da condição de pessoas que vitimizam crianças e adolescentes. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.201-212.

VECINA, T. C. C. et al. Infância e adolescência: uma realidade que precisa de intervenção. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.57-70.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. About WHO. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 15 mai. 2005.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Abuso sexual em crianças: uma revisão. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.67, n.3/4, p.130-136, 1991.

ANEXO A – Mapa da cidade de Uberlândia-MG



Fonte: <<http://www.uberlandiaonline.com.br>>

ANEXO B – Categorias utilizadas da CID-9**E960- E969 Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas**

- E960 Luta, briga e violação
1960.0/2 Luta ou briga, sem armas
1960.1/0 Rapto
- E961 Ataque com substâncias corrosivas ou cáusticas, exceto envenenamento
1961.9/3 Ataque com substâncias corrosivas ou cáusticas, exceto envenenamento
- E962 Envenenamento intencional provocado por outra pessoa
1962.0/7 Drogas e medicamentos
1962.1/5 Outras substâncias sólidas e líquidas
1962.2/3 Outros gases e vapores
1962.9/0 Envenenamento não especificado
- E963 Homicídio por estrangulamento e enforcamento
1963.9/8 Homicídio por estrangulamento e enforcamento
- E964 Homicídio por submersão (afogamento)
1964.9/5 Homicídio por submersão (afogamento)
- E965 Ataque com armas de fogo ou explosivos
1965.0/9 Revólver
1965.1/7 Espingarda
1965.2/5 Rifle de caça
1965.3/3 Armas de fogo, militares
1965.4/1 Outras armas de fogo e não especificadas
1965.5/0 Bomba antipessoal
1965.6/8 Carta-bomba
1965.8/4 Outros explosivos especificados
1965.9/2 Explosivos não especificados
- E966 Ataque com instrumentos cortantes e penetrantes
1966.9/0 Ataque com instrumentos cortantes e penetrantes
- E967 Síndrome da criança espancada (“Battered child”) e outras formas de maus tratos
1967.0/3 Pelos pais
1967.1/1 Por outra pessoa especificada
1967.9/7 Por pessoa não especificada
- E968 Ataque por outros procedimentos especificados e pelos não especificados
1968.0/0 Por fogo
1968.1/9 Empurrado de lugar alto
1968.2/7 Agredido por objeto cortante ou sem corte
1968.3/5 Líquido quente
1968.4/3 Negligência criminosa
1968.8/6 Outros meios especificados
1968.9/4 Meios não especificados
- E969 Efeitos tardios de lesão infligida intencionalmente por outra pessoa
1969.9/1 Efeitos tardios de lesão infligida intencionalmente por outra pessoa

ANEXO C – Categorias utilizadas da CID-10

Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)

T66-T78 Outros efeitos de causas externas e os não especificados

T74 Síndromes de maus tratos

Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)

X85-Y09 Agressões

Inclui: homicídio; lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou de matar

Exclui: lesões devidas a: intervenção legal (Y35.-); operações de guerra (Y36.-)

- X85 Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas
- X86 Agressão por meio de substâncias corrosivas
- X87 Agressão por pesticidas
- X88 Agressão por meio de gases e vapores
- X89 Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados
- X90 Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados
- X91 Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X92 Agressão por meio de afogamento e submersão
- X93 Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão
- X94 Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre
- X95 Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada
- X96 Agressão por meio de material explosivo
- X97 Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas
- X98 Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes
- X99 Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante
- Y00 Agressão por meio de um objeto contundente
- Y01 Agressão por meio de projeção de um lugar elevado
- Y02 Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento
- Y03 Agressão por meio de impacto de um veículo a motor
- Y04 Agressão por meio de força corporal
- Y05 Agressão sexual por meio de força física
- Y06 Negligência e abandono
- Y07 Outras síndromes de maus tratos
- Y08 Agressão por outros meios especificados
- Y09 Agressão por meios não especificados

ANEXO D – Formulário de Coleta de Dados do Hospital de Clínicas de Uberlândia**I – SOBRE AS VÍTIMAS:**

Nº do prontuário: _____ Idade: ____anos Sexo: F M

II – SOBRE A AGRESSÃO:

Tipos de violência:

- violência sexual
 violência física
 negligência
 violência psicológica
 outros _____

Local de ocorrência: lar escola via pública trabalho
 outro local _____ não informado

Tipos de lesões:

- escoriações hematomas fraturas queimaduras
 ferimentos corto-contusos edemas equimoses hiperemias
 ausência de lesões outros ferimentos _____

Local das lesões:

- cabeça pescoço tórax abdome
 genitais braço antebraço mão
 coxa perna pé não informado
 outro local _____

Conduta médica adotada:

- consulta médica com alta imediata
 observação – tempo _____
 internação - tempo _____
 cirurgia _____
 encaminhamento para o CTCA
 outra conduta _____
 não informada

III – SOBRE O AGRESSOR:

Relação agressor/vítima:

- intrafamiliar: pai mãe outro familiar _____
 extrafamiliar _____
 agressor não informado

ANEXO E – Formulário de Coleta de Dados do Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada

I – SOBRE AS VÍTIMAS:

Nº do prontuário: _____ Nº do formulário _____
 Idade: _____ anos Sexo: M F

II - SOBRE A AGRESSÃO:

Tipos de violência:

- violência sexual
 violência física
 negligência
 violência psicológica
 outros _____

Local de ocorrência: lar escola trabalho
 via pública não informado

Tipos de lesões:

- contusões escoriações queimaduras
 fraturas lesões vaginais ferimentos corto-contusos
 hematomas outros: _____
 ausência de lesões não informado

Conduta adotada pelo S.O.S. Criança/CRIAV:

- orientações familiares acompanhamento psicológico
 encaminhamento ao CTCA encaminhamento à Vara da Infância e da Juventude
 outras: _____

III - SOBRE O AGRESSOR:

Idade: _____ anos Sexo: M F

Estado civil: solteiro casado viúvo
 não informado separado

Escolaridade: EFI EFC EMI EMC
 analfabeto ES não informado

Uso de drogas: álcool outras drogas não informado

Relação agressor/ vítima:

- Intrafamiliar: Pai Mãe Tio (a)
 Padrasto Madrasta Irmão (ã) Avô (ó)
 Extrafamiliar: Outro conhecido Desconhecido

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2121 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 206/03

Uberlândia, 15 de dezembro de 2003.

Ilmo (a) Sr. (a).
Prof. (a) Dr. (a). Lindioneza Adriano Ribeiro

Prezado (a). Professor (a),

Informamos-lhe, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, examinou e **APROVOU** o projeto de pesquisa “**Violência contra a criança e o adolescente em Uberlândia-MG**”, protocolado sob o número **154/2003**, do qual V.Sa. figura como pesquisador responsável, para ser desenvolvido a partir **desta data**.

Em adendo, informamos que o prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.



Prof/Dr. Alcino Eduardo Bonella
/Coordenador do CEP/UFU

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.