UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

CHRISTINE BACCARAT DE GODOY MARTINS

***VIOLÊNCIA CONTRA MENORES DE 15 ANOS NO
MUNICÍPIO DE LONDRINA, PARANÁ:
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE SUAS NOTIFICAÇÕES***

SÃO PAULO
2008

CHRISTINE BACCARAT DE GODOY MARTINS

**VIOLÊNCIA CONTRA MENORES DE 15 ANOS NO
MUNICÍPIO DE LONDRINA, PARANÁ:
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE SUAS NOTIFICAÇÕES**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof. Dr^a Maria Helena Prado de Mello Jorge

São Paulo
2008

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

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais que corajosamente lutam para diminuir a violência contra a criança e o adolescente, aos meus familiares e, especialmente, ao meu grande companheiro ILÉO por sua colaboração incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço todas as pessoas que de alguma forma contribuíram na elaboração e realização deste trabalho, à orientadora pela dedicação e competência, aos dirigentes e funcionários das instituições onde se desenvolveu o estudo pela colaboração, aos discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina pelo trabalho e responsabilidade na coleta dos dados.

Nenhum país,
nenhuma cidade,
nenhuma comunidade
está imune à violência...
mas também... não estamos
impotentes diante dela.
(Nelson Mandela, 2002)

Martins CBG. Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná: análise epidemiológica de suas notificações [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Resumo

Introdução - No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda escasso, não sendo possível conhecer a frequência exata dos casos de abuso contra criança e adolescentes. Mediante a importância epidemiológica da violência contra esse grupo e mediante, ainda, as consequências biopsicossociais desta violência, torna-se fundamental conhecê-la, no esforço de mapear sua morbidade ainda desconhecida no município de estudo. **Objetivo** - Estudar a ocorrência e as características da violência contra menores de 15 anos, residentes no município de Londrina, Estado do Paraná, atendidos nos anos de 2002 e 2006 pelos Conselhos Tutelares de Londrina e serviços de atendimento às crianças e adolescentes vitimizados. **Métodos** - Os dados foram obtidos junto aos registros dos Conselhos Tutelares, Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina (atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual), Projeto de Extensão “De Olho no Futuro” da Universidade Estadual de Londrina (atendimento multidisciplinar às crianças e adolescentes vítimas de violência) e Fórum de Londrina (Vara da Infância e da Juventude). A coleta de dados consistiu em duas etapas: 1) coleta de dados junto aos Conselhos Tutelares e serviços de atendimento – atendimentos de 2002 e 2006 com a finalidade de análise comparativa. 2) seguimento dos casos encaminhados ao Fórum em 2002 (decorridos cinco anos da denúncia). Foi utilizado um formulário previamente testado. Os casos de violência, bem como as lesões decorrentes, foram classificados segundo o Capítulo XX e XIX da Classificação Internacional de Doenças – CID, 10ª revisão. Foram analisadas variáveis quanto à denúncia, ao atendimento, à vítima, à família, ao agressor, à violência praticada, às consequências da violência, às reincidências e ao desfecho dos casos encaminhados ao Fórum. Para processamento e tabulação dos dados foi utilizado o programa computacional Epi Info – versão 6.0. **Resultados** - Foram estudados 1620 casos notificados de violência contra menores de 15 anos (607 em 2002 e 1013 em 2006), o que representa uma taxa de incidência de 0,5% e 0,8% nos respectivos anos. Os denunciantes mais frequentes foram a mãe (21,1% em 2002 e 24,2% em 2006), os profissionais de saúde (19,9 em 2002 e 23,7% em 2006) e a escola (15,2% em 2002 e 10,3% em 2006). Os maiores coeficientes de incidência foram observados na idade de 2 anos para as meninas (coeficiente de 13,5 por 1000) e na idade de 6 anos para os meninos (12,7 por 1000) em 2002. No ano de 2006, os coeficientes mais elevados se deram aos 4 anos para as meninas (26,4) e aos 5 anos para os meninos (16,5). Observou-se que a violência foi mais frequente nas famílias com 3 a 4 membros (46,4% em 2002 e 54,2% em 2006). O número de vítimas na casa foi

de duas vítimas em 38,8% (em 2002) e 37,6% (em 2006) dos casos. Grande parte das famílias das vítimas foi constituída de pais separados (51,9% em 2002 e 65,1% em 2006). A idade do agressor (tanto em 2002 como em 2006) foi de 20 a 24 anos para o sexo feminino (46,9% em 2002 e 41,6% em 2006) e de 30 a 34 anos para os agressores masculinos (34,7% em 2002 e 32,9% em 2006). A grande maioria dos agressores possuía ensino fundamental incompleto (79,7% em 2002 e 82,8% em 2006) e situação ocupacional ativa (empregados) (50,6% em 2002 e 58,8% em 2006). A violência foi praticada pela mãe (33,6% em 2002 e 27,6% em 2006), pai (32,4% em 2002 e 27,1% em 2006), padrasto (10,4% em 2002 e 15,7% em 2006) e madrasta (5,3% em 2002 e 15,5% em 2006). Foi observado o alcoolismo como situação de risco do agressor masculino (53,4% dos casos de 2002 e 61,3% em 2006). Entre as mulheres agressoras, o alcoolismo aliado à crise conjugal e problemas de maternidade foram os riscos mais freqüentes (26,0% em 2002 e 34,9% em 2006). Grande parte dos atos violentos foram praticados mais de 4 vezes (77,1 % em 2002 e 85,1% em 2006) e por um período de 1 a 2 anos antes da denúncia (36,3% em 2002 e 20,7% em 2006). As violências ocorreram com maior freqüência na residência da vítima (82,0% em 2002 e 86,0% em 2006). Na grande maioria dos casos, a vítima sofreu mais de um tipo de violência (67,9% em 2002 e 72,5% em 2006), sendo a violência física (49,1% em 2002 e 47,3% em 2006), a negligência e abandono (24,7% em 2002 e 30,4% em 2006) e a sexual (19,8% em 2002 e 18,4% em 2006) as mais freqüentes. Houve presença de lesão corporal em 90,4% dos casos em 2002 e em 92,0% das vítimas em 2006. A presença de seqüelas ocorreu em 99,3% (em 2002) e 99,0% (em 2006) da população estudada, sendo a seqüela física a de maior predomínio (94,2% em 2002 e 97,0% em 2006), acompanhada pela seqüela psicológica em 89,5% (em 2002) e 95,6% (em 2006) dos casos com presença de seqüela. Houve reincidência em 10,6% dos casos. Entre os casos de 2002 encaminhados ao Fórum, 40,0% dos processos foram arquivados e 31,7% encontravam-se em andamento, dos quais 38,4% estavam em acompanhamento social, em 26,0% desses processos a criança vítima encontrava-se em abrigo-lar com acompanhamento social e 20,5% tinham a guarda provisória com os avós enquanto os pais estavam em tratamento.

Conclusões - Pretendeu-se com o estudo, contribuir para tornar mais visíveis os atos violentos praticados contra a criança e o adolescente, fornecendo subsídios para ações preventivas e de atendimento.

Descritores: causas externas, violência, maus tratos infantis, síndrome da criança maltratada, saúde da criança.

Martins CBG. Violence against children under age 15 in the county of Londrina, Paraná: epidemiologic analysis of its notifications. [*Thesis*] São Paulo: Public Health Faculty of the University of São Paulo; 2008

Abstract

Introduction: In Brazil, data on the dimension of violence are still sparse, precluding the detection of the exact frequency of child and adolescent abuse. In face of both the epidemiological importance of violence against a child or adolescent and the biopsychosocial consequences of this violence, it becomes essential to know it in order to map its morbidity, still unknown in the county under study. **Aim** - to study the occurrence and the characteristics of violence against children under age 15 who live in the county of Londrina, Paraná State, and were attended by the Tutelary Councils of Londrina and victimized child and adolescent care services in 2002 and 2006. **Methodology:** Data were obtained from the records of the Tutelary Councils, the county's program "Sentinela" (Watcher) - that attends child and adolescent victims of sex abuse -, the Londrina State University extension project "De Olho no Futuro" (Watch the Future) - that offers multidisciplinary attendance to child and adolescent victims of violence -, and Londrina's Juvenile Court. Data collection comprised two steps: 1) data collection from the Tutelary Councils and care services on the attendances in 2002 and 2006 for comparative analysis. 2) follow up of the cases delivered to Court in 2002 (five years past denunciation). A previously tested form was used. Both the cases of violence and the decurrent lesions were classified in accordance to Chapter XX and XIX of the International Classification of Diseases (ICD), tenth revision. Variables as to denunciation, care attention, victim, family, aggressor, violence inflicted, consequences of violence, recidivism and final results of cases delivered to Court have been analyzed. Data processing and diagramming was accomplished with the software Epi Info, version 6.0. **Results:** 1620 notified cases of violence against youth under age 15 were studied (607 in 2002 and 1013 in 2006), which represent an incidence rate of 0.5% and 0.8% respectively. Denunciators were most frequently the mother (21.1% in 2002 and 24.2% in 2006), the school (15.2% in 2002 and 10.3% in 2006) and health professionals (19.9% in 2002 and 23.7% in 2006). Highest incidence coefficients were observed at the age of 2 for girls (coefficient of 13.5 per 1000 children) and at the age of 6 for boys (12.7 per 1000) in 2002. In 2006, highest coefficients for girls were observed at the age of 4 (26.4) and for boys at the age of 5 (16.5). Violence was more frequent in families of 3 to 4 members (46.4% in 2002 and 54.2% in 2006). The number of 2 victims in the house occurred in 38.8% of the cases in 2002 and in 37.6% of the cases in 2006. 51.9% (2002) and 65.1%

(2006) of the victims were children of separated parents. The aggressor's age for both 2002 and 2006 was 20 to 24 years old for female (46.9% in 2002 and 41.6% in 2006) and 30 to 34 years old for male aggressors (34.7% in 2002 and 32.9% in 2006). Most of the aggressors had not finished basic education (79.7% in 2002 and 82.8% in 2006) and were employed (50.6% in 2002 and 58.8% in 2006). Violence was inflicted by the mother (33.6% in 2002 and 27.6% in 2006), by the father (32.4% in 2002 and 27.1% in 2006), stepfather (10.4% in 2002 and 15.7% in 2006) and stepmother (5.3% in 2002 and 15.5% in 2006). Alcoholism was observed to be a risk situation for the male aggressor (53.4% of the cases in 2002 and 61.3% in 2006). Among female aggressors, alcoholism together with a conjugal crisis and maternity problems were the most frequent risks (26.0% in 2002 and 34.9% in 2006). Most of the violent acts were inflicted more than four times (77.1% in 2002 and 85.1% in 2006) and during a period of 1 to 2 years prior to denunciation (36.3% in 2002 and 20.7% in 2006). Violence occurred most frequently at the home of the victim (82.0% in 2002 and 86.0% in 2006). In most of the cases, the victim suffered more than one type of violence; most frequent types were physical violence (49.1% in 2002 and 47.3% in 2006), negligence and abandonment (24.7% in 2002 and 30.4% in 2006) and sexual violence (19.8% in 2002 and 18.4% in 2006). Corporal lesions were present in 90.4% of the cases in 2002 and 92.0% in 2006. Presence of sequelae occurred in 99.3% (2002) and 99.0% (2006) of the studied population, being physical sequela of highest prevalence (94.2% in 2002 and 97.0% in 2006), of which 89.5% (2002) and 95.6% (2006) came together with psychological sequela. Recidivism occurred in 10.6% of the cases. Among the cases forwarded to Court, 40.0% of the lawsuits had been dismissed and 31.7% were on, 38.4% of which had social assistance, in 26.0% of such the child victim was in a foster home with social assistance and in 20.5% the child's custody was temporarily awarded to grandparents whilst the parents remained under treatment. **Conclusions:** the intention of this study is to help make violent acts against children and adolescents more visible by providing data based on which preventive actions and assistance can take place.

Key-words: external causes, violence, child abuse, battered child syndrome, child health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População residente em Londrina segundo faixa etária e sexo. Londrina, 2005.....	25
Tabela 2 -	Número de óbitos segundo o grupo de causas externas (CID-10) e idade, na faixa de 0 a 19 anos. Londrina, 2005.....	25
Tabela 3 -	Número de internações pelo SUS segundo o grupo de causas externas (CID-10) e idade, na faixa de 0 a 19 anos. Londrina, 2007.....	26
Tabela 4 -	Distribuição (em número) dos atendimentos realizados pelo Conselho Tutelar Centro de Londrina, no período de 15/07/2005 a 15/01/2006. Londrina, 2006.....	28
Tabela 5 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o serviço de atendimento e ano. Londrina, 2002 e 2006.....	42
Tabela 6 -	Distribuição das notificações de violência contra menores de 15 anos segundo a situação em cada serviço, em 2007. Londrina, 2002 e 2006.....	45
Tabela 7 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o local do primeiro atendimento. Londrina, 2002 e 2006.....	48
Tabela 8 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.....	53
Tabela 9 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	58
Tabela 10 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a região de residência das vítimas e o serviço acionado. Londrina, 2002 e 2006	66
Tabela 11 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a escolaridade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	67
Tabela 12 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo com quem a vítima reside. Londrina, 2002 e 2006.....	69
Tabela 13 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o responsável pela vítima. Londrina, 2002 e 2006.....	70
Tabela 14 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a posição da vítima na família. Londrina, 2002 e 2006.....	70
Tabela 15 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de membros na família das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	71

Tabela 16 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de irmãos da vítima. Londrina, 2002 e 2006.....	73
Tabela 17 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de vítimas na casa. Londrina, 2002 e 2006.....	74
Tabela 18 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de vítimas na casa e o número de irmãos. Londrina, 2002 e 2006.....	76
Tabela 19 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de vítimas na casa e o número de membros na família. Londrina, 2002 e 2006.....	77
Tabela 20 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a idade dos pais da vítima. Londrina, 2002 e 2006.....	78
Tabela 21 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a escolaridade dos pais da vítima. Londrina, 2002 e 2006.....	80
Tabela 22 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a situação ocupacional dos pais da vítima. Londrina, 2002 e 2006.....	82
Tabela 23 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a renda familiar referida. Londrina, 2002 e 2006.....	83
Tabela 24 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	85
Tabela 25 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a escolaridade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	87
Tabela 26 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o estado civil do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	88
Tabela 27 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a situação ocupacional do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	90
Tabela 28 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a renda do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	91
Tabela 29 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	92
Tabela 30 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a situação de risco. Londrina, 2002.....	94
Tabela 31 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a situação de risco. Londrina, 2006.....	95

Tabela 32 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o agressor e o denunciante. Londrina, 2002.....	99
Tabela 33 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o agressor e o denunciante. Londrina, 2006.....	100
Tabela 34 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o local da violência. Londrina, 2002 e 2006.....	101
Tabela 35 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a frequência da violência. Londrina, 2002 e 2006.....	102
Tabela 36 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso. Londrina, 2002 e 2006.....	103
Tabela 37 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tipo de violência infligida. Londrina, 2002 e 2006.....	105
Tabela 38 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos relacionando o primeiro e o segundo tipo violência infligida. Londrina, 2002.....	112
Tabela 39 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos relacionando o primeiro e o segundo tipo violência infringida. Londrina, 2006.....	113
Tabela 40 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o agressor e o tipo de violência. Londrina, 2002.....	115
Tabela 41 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o agressor e o tipo de violência. Londrina, 2006.....	116
Tabela 42 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a presença de seqüelas. Londrina, 2002 e 2006.....	121
Tabela 43 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.....	124
Tabela 44 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006	126
Tabela 45 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	130
Tabela 46 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	131
Tabela 47 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006.....	132

Tabela 48 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o local onde ocorreu a violência. Londrina, 2002 e 2006.....	133
Tabela 49 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo a frequência da violência no mesmo caso. Londrina, 2002 e 2006.....	133
Tabela 50 - Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.....	134
Tabela 51 - Distribuição dos casos de violência por outros meios especificados contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.....	138
Tabela 52 - Distribuição dos casos de violência por outros meios especificados contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	139
Tabela 53 - Distribuição dos casos de violência por outros meios especificados contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	140
Tabela 54 - Distribuição dos casos de violência por outros meios especificados contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	141
Tabela 55 - Distribuição dos casos de violência por outros meios especificados contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.....	143
Tabela 56 - Distribuição dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.....	149
Tabela 57 - Distribuição dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	150
Tabela 58 - Distribuição dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	155
Tabela 59 - Distribuição dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	157
Tabela 60 - Distribuição dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006.....	158
Tabela 61 - Distribuição dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.....	160

Tabela 62 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.....	161
Tabela 63 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	163
Tabela 64 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	168
Tabela 65 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	171
Tabela 66 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006.....	172
Tabela 67 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o local onde ocorreu a violência. Londrina, 2002 e 2006.....	173
Tabela 68 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo a frequência da violência no mesmo caso. Londrina, 2002 e 2006.....	174
Tabela 69 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.....	174
Tabela 70 - Distribuição dos casos de violência por outros tipos de maus-tratos contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.....	177
Tabela 71 - Distribuição dos casos de violência por outros tipos de maus-tratos contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	179
Tabela 72 - Distribuição dos casos de violência por outros maus-tratos contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	180
Tabela 73 - Distribuição dos casos de violência por outros tipos de maus-tratos contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006	182
Tabela 74 - Distribuição dos casos de violência por outros tipos de maus-tratos contra menores de 15 anos segundo o tipo de maus-tratos. Londrina, 2002 e 2006....	183
Tabela 75 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo as reincidências. Londrina, 2002 e 2006	191
Tabela 76 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos encaminhados ao Fórum segundo o tipo de violência. Londrina, 2002.....	196
Tabela 77 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos encaminhados ao Fórum segundo o andamento do processo. Londrina, 2002.....	199

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação dos Sistemas de Informação de morbi-mortalidade sobre a violência contra a criança e o adolescente.....	14
Figura 2 -	Esquema do fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência notificada no município de Londrina. Londrina, 2008.....	31
Figura 3 -	Representação dos dados coletados de violência notificada contra menores de 15 anos. Londrina, 2002 e 2006.....	41
Figura 4 -	Distribuição proporcional (%) dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas, Londrina, 2002 e 2006.....	59
Figura 5 -	Coefficientes de incidência da violência notificada contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	61
Figura 6 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a região de residência das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	64
Figura 7 -	Distribuição proporcional (%) dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor, Londrina, 2002 e 2006.....	86
Figura 8 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tipo de violência infligida, Londrina, 2002 e 2006.....	106
Figura 9 -	Distribuição dos coeficientes de incidência para cada tipo de violência praticada contra menores de 15 anos. Londrina, 2002 e 2006.....	109
Figura 10 -	Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos que apresentaram lesão corporal segundo o segmento corpóreo afetado. Londrina, 2002 e 2006.....	119
Figura 11 -	Distribuição proporcional (%) dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	127
Figura 12 -	Coefficientes de incidência da violência por força corporal contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006..	129
Figura 13 -	Distribuição dos casos de violência por força corporal contra menores de 15 anos que apresentaram lesão corporal segundo o segmento corpóreo afetado. Londrina, 2002 e 2006.....	136
Figura 14 -	Distribuição proporcional (%) dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002	

e 2006.....	151
Figura 15 - Coeficientes de incidência da negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	154
Figura 16 - Distribuição proporcional (%) dos casos de negligência e abandono contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	156
Figura 17 - Distribuição proporcional (%) dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	165
Figura 18 - Coeficientes de incidência da violência sexual contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.....	167
Figura 19 - Distribuição proporcional (%) dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.....	170
Figura 20 - Distribuição dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos encaminhados ao Fórum segundo a situação do caso no Fórum, em 2007. Londrina, 2002.....	198

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAPIA	- Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência
APVP	- Anos Potenciais de Vida Perdidos
CLAVES	- Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Fundação Oswaldo Cruz
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAMI	- Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância
CRECA	- Centro de Referência da Criança e do Adolescente
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HUNRP	- Hospital Regional do Norte do Paraná
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACRI	- Laboratório de Estudos da Criança – Instituto de Psicologia / USP
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
SAI	- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH / SUS	- Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	- Sistema de Informação em Mortalidade
SIPIA	- Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência
SUS	- Sistema Único de Saúde
UEL	- Universidade Estadual de Londrina
UNICAMP	- Universidade de Campinas
UNICEF	- Fundo da Nações Unidas para a Infância
USP	- Universidade de São Paulo
WHO	- <i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A importância das causas externas na mortalidade e na morbidade.....	1
1.2 A violência contra a criança e o adolescente.....	4
1.2.1 Definindo limites etários para o grupo.....	4
1.2.2 A criança e o adolescente no contexto da violência.....	5
1.2.3 Breve história da violência contra a criança e o adolescente.....	5
1.2.4 Fatores relacionados com a violência contra a criança e o adolescente.....	6
1.2.5 Classificação e tipos de violência contra a criança e o adolescente.....	8
1.2.6 Consequências da violência contra a criança e o adolescente: mortalidade e morbidade.....	9
1.2.7 Serviços de atendimento à crianças e ao adolescente vitimizados.....	16
1.2.8 Políticas e estratégias voltadas para a violência contra a criança e o adolescente.....	21
1.3 A violência contra a criança e o adolescente no município de Londrina.....	23
1.3.1 O município de Londrina.....	23
1.3.2 População menor de 15 anos em Londrina: mortalidade e morbidade por violência.....	25
1.3.3 Serviços de atendimento à criança e adolescente vítimas de maus-tratos no município de Londrina.....	26
1.4 Este trabalho: em busca de respostas e contribuição.....	33
2. OBJETIVOS.....	34
2.1 Objetivo geral.....	34
2.2 Objetivos específicos.....	34
3. MATERIAL, METODOLOGIA E INSTRUMENTOS.....	35
3.1 Desenho da pesquisa.....	35
3.2 População de estudo.....	35
3.3 Fonte de dados.....	36
3.4 Coleta de dados.....	36
3.5 Instrumento e técnica.....	36

3.6	Variáveis estudadas.....	37
3.7	Tratamento e análise dos dados.....	38
3.8	Procedimentos éticos.....	39
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1	As notificações.....	42
4.1.1	O número de notificações em cada serviço.....	42
4.1.2	A média de notificações ao ano, mês e dia.....	43
4.1.3	A situação das notificações em cada serviço em 2007.....	44
4.2	Os casos de violência.....	48
4.2.1	Os casos de violência segundo o local do primeiro atendimento.....	48
4.2.2	O número total de casos ao ano, mês e dia.....	49
4.2.3	Proporção de casos de violência na população menor de 15 anos.....	51
4.2.4	Os denunciantes.....	52
4.3	Aspectos gerais da violência.....	57
4.3.1	Algumas características das vítimas.....	57
4.3.2	Algumas características das famílias das vítimas.....	71
4.3.3	Algumas características dos agressores.....	84
4.3.4	Algumas características das violências propriamente ditas.....	101
4.3.5	Algumas consequências da violência.....	118
4.4	Análise detalhada das violências.....	123
4.4.1	A violência física e seus sub-tipos.....	123
4.4.2	A negligência / abandono.....	149
4.4.3	A violência sexual.....	161
4.4.4	A violência por outros tipos de maus-tratos.....	176
4.4.5	A violência psicológica.....	186
4.4.6	A violência por uso de droga.....	188
4.4.7	A violência por meio não especificado.....	189
4.5	Análise das reincidências.....	190
4.6	Análise dos casos encaminhados ao Fórum.....	195
5.	CONCLUSÕES.....	201

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	208
6.1 Uma palavra sobre a qualidade da informação.....	208
6.2 A violência propriamente dita.....	209
REFERÊNCIAS.....	212
ANEXOS.....	227
Anexo 1 – Boletim de atendimento do Conselho Tutelar.....	227
Anexo 2 – Solicitação de comparecimento utilizada pelo Conselho Tutelar.....	228
Anexo 3 – Notificação aos pais pelo Conselho Tutelar.....	229
Anexo 4 – Ficha de prosseguimento do caso no Conselho Tutelar.....	230
Anexo 5 – Termo de advertência aos pais utilizado pelo Conselho Tutelar.....	231
Anexo 6 – Termo de entrega de guarda da criança utilizado pelo Conselho Tutelar.....	232
Anexo 7 – Ficha de atendimento do Programa Sentinela de Londrina.....	233
Anexo 8 – Ficha de acompanhamento do caso no Programa Sentinela de Londrina.....	234
Anexo 9 – Ficha de acompanhamento do caso no Projeto Olho no Futuro da UEL.....	235
Anexo 10 – Instrumento de coleta de dados.....	236
Anexo 11 – Autorização para coleta de dados no Conselho Tutelar Centro.....	237
Anexo 12 - Autorização para coleta de dados no Conselho Tutelar Norte.....	238
Anexo 13 - Autorização para coleta de dados no Conselho Tutelar Sul.....	239
Anexo 14 - Autorização para coleta de dados no Programa Sentinela.....	240
Anexo 15 - Autorização para coleta de dados no Projeto Olho no Futuro.....	241
Anexo 16 - Autorização para coleta de dados na Vara da Infância e da Juventude.....	242
Anexo 17 – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa COEP.....	243
Anexo 18 – Termo de Compromisso.....	244
Anexo 19 – Quadro síntese violências 2002.....	245
Anexo 20 – Quadro síntese violências 2006.....	246

1. INTRODUÇÃO

2 . OBJETIVOS

3 . MATERIAL, METODOLOGIA E INSTRUMENTOS

4 . RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 . CONCLUSÕES

6 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1.1 A IMPORTÂNCIA DAS CAUSAS EXTERNAS NA MORTALIDADE E NA MORBIDADE

Atualmente, a violência em seu sentido mais amplo, denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “causa externa”, vem sendo apontada pelo seu crescente e inquietante papel na morbi-mortalidade em diferentes partes do mundo, tanto em países ricos como naqueles mais pobres, tornando-se um importante problema de saúde pública e sendo considerada por muitos autores como a “doença epidêmica” do século XX (SANTORO Jr, 1994; MENEGUEL, 1995; LIMA e XIMENES, 1998; FREITAS et al, 2000; McALISTER et al, 2001; MENDONÇA et al, 2002; GOMES et al, 2002a; REICHENHEIM e MORAES, 2003; GARDNER et al, 2003).

Muito ressaltada ultimamente pelos meios de comunicação, as causas violentas se fazem presentes de forma crescente, desde a violência domiciliar até os grandes conflitos armados (SCHERER e SCHERER, 2000), atingindo todos os grupos etários e camadas sociais.

No Brasil, a magnitude desse evento é evidenciada a partir da década de 80, com a mudança no perfil de mortalidade do país, quando as causas externas (acidentes e violências) passaram a representar a segunda causa de morte, permanecendo abaixo apenas dos óbitos por doenças cardiovasculares (MINAYO e ASSIS, 1994; WALDMAN e MELLO JORGE, 1999; MELLO JORGE et al, 2001; SIMÕES e REICHENHEIM, 2001; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2001).

A rápida e expressiva elevação da mortalidade por causas externas colocou a questão da violência como importante problema para a saúde pública, despertando grande preocupação para o setor saúde. Progressivamente, a violência, que até então era entendida como problema da polícia, justiça, filosofia, direito, além da área social, passa a ser considerada pelo universo da saúde pública, principalmente, por se constituir de causas previsíveis e preveníveis (MELLO JORGE e GOTLIEB, 1976; MINAYO e ASSIS, 1994; MELLO JORGE et al, 2001; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2001; BRITO et al, 2005).

O fenômeno da violência também vem se acentuando praticamente em todas as regiões brasileiras, muitas vezes associado à urbanização, marginalização de segmentos da população, retração econômica e desemprego (OPAS, 2002).

O forte impacto desta causa de morbi-mortalidade se expressa também na perda de mais anos potenciais de vida (APVP – anos potenciais de vida perdidos) (MELLO JORGE, 1997).

Há que se considerar também o impacto deste evento nos custos econômicos com assistência médica, tratamento e reabilitação das vítimas, complexidade do atendimento a pacientes com trauma, custos com o sistema judiciário e penal, custos sociais decorrentes da queda de produtividade, além das lesões e traumas decorrentes do ato violento que exercem um grande impacto a longo prazo (MENDONÇA et al, 2002).

A violência é responsável por um gasto anual de 425 bilhões de dólares para os americanos. Para a América Latina, estima-se que as mortes e invalidez, resultantes de atos violentos, representem um custo econômico de 20% dos gastos totais de cada país com a saúde. No Brasil, os casos de violência chegam a consumir entre 8 a 10% do orçamento de cada hospital que mantém pronto-socorro. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), o custo médio de internações por lesões e envenenamentos, em nosso país, foi, em 1999, de 511,26 reais por paciente internado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), o que chega a representar 8% do total de gastos do SUS com internações. MENDONÇA et al (2002) chamam a atenção para o fato de que estes custos poderiam estar sendo aplicados na saúde preventiva e não no tratamento (muitas vezes paliativo) das lesões.

Além disto, há que se destacar o fato de que o atendimento às causas externas, bem como o tratamento das lesões decorrentes, torna-se mais oneroso do que o atendimento e o tratamento das causas naturais, como salientam MELLO JORGE e KOIZUMI (2004).

Para a saúde, o impacto das causas externas (acidentes e violências) pode ser medido através da mortalidade (pelo Sistema de Informação em Mortalidade – SIM) e através da morbidade (pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH).

Em 2002 (DATASUS, 2002), as causas externas representaram a terceira causa de morte entre todos os óbitos brasileiros (considerando todas as faixas etárias), se colocando em primeiro lugar entre os óbitos ocorridos nas faixas etárias de 5 a 9 anos de idade (41,6%), de 10 a 19 anos (70,6%) e de 20 a 29 anos (70,7%).

Com maior incidência sobre a faixa etária mais jovem, o Relatório Sobre a Situação da Infância Brasileira (UNICEF, 2003) traz que, no Brasil, os acidentes e violências representam a principal causa de morte na faixa etária de 1 a 6 anos de idade, sendo responsáveis, de 1996 a 2003, por 21,11% das mortes de meninos e meninas deste grupo etário.

O aumento de mortes violentas entre a população jovem, conseqüentemente, aumenta o número de anos de vida perdidos, com repercussões diretas na redução da esperança de vida ao nascer. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estima para

o Brasil o número de 5,11 anos de vida perdidos devido a causas externas (4,25 anos perdidos para a região Norte; 4,89 para o Nordeste; 6,30 para o Sudeste; 4,50 para o Sul e 4,59 para o Centro-Oeste) (OPAS, 2002).

Em 2005, último ano para o qual há dados disponíveis, os acidentes e violências ocuparam a segunda colocação (23,4%) em relação ao total de óbitos brasileiros na faixa etária de 0 a 19 anos (DATASUS, 2005a).

Para o Paraná, as causas externas foram a primeira causa de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (33,1%) no ano de 2005 (DATASUS, 2005b).

Ao se analisar a taxa específica de mortalidade por causas externas no Paraná, observa-se um Coeficiente de Mortalidade Específico por Causas Externas de 57,14 óbitos por 100.000 habitantes de 0 a 19 anos de idade, no ano de 2004 (DATASUS, 2004), sendo que para a faixa etária de 0 a 9 anos este Coeficiente foi de 21,67 óbitos por 100.000 habitantes na mesma faixa etária. Para o grupo etário de 10 a 19 anos de idade, este Coeficiente sobe para 51,73 óbitos por 100.000 habitantes.

Em Londrina, a Secretaria Municipal da Saúde divulgou, em seu Boletim Informativo da Saúde, em agosto de 2003, 6.017,5 anos potenciais de vida perdidos (APVP) em Londrina, em 2002, sendo os homicídios a principal causa, com a maioria das mortes registradas entre 15 e 29 anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA, 2002).

Entre os óbitos ocorridos em Londrina, em menores de 15 anos, no ano de 2005, as causas externas foram responsáveis por 36,3% entre todas as causas, destacando-se como a primeira causa de morte praticamente em todas as faixas etárias, com exceção apenas entre os menores de um ano (DATASUS, 2005c).

Em relação à morbidade, o Ministério da Saúde aponta as causas externas como responsáveis por 6,0% do total de internações, em 2002, considerando todas as faixas etárias (BRASIL, 2008a). Só em Pernambuco (em 1999), as internações entre crianças e adolescentes tiveram um custo médio de 396,91 reais por criança / adolescente internado por causas externas pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Em Recife, as internações por causas externas pagas pelo SUS, na faixa etária de 0 a 19 anos, em 1999, representaram 65,1% do total de internações, com um gasto médio de 511,26 reais por criança / adolescente (MENDONÇA et al, 2002).

No Brasil (DATASUS, 2007a), entre as internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na faixa etária de 0 a 19 anos, as causas externas (acidentes e violências)

representaram a terceira causa de internação nas idades de 5 a 9 anos e o segundo lugar nas faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, no ano de 2007.

Ao se analisarem as internações pelo SUS no Paraná, no ano de 2007, observa-se números pequenos de internações por causas externas, porém proporções de internação por lesões, envenenamentos e consequências de causas externas (8,1%) que aumentam conforme maior a idade (DATASUS, 2007b).

Em Londrina, a proporção de internações pelo SUS em decorrência de causa externa representou a segunda causa na faixa etária de 5 a 9, de 10 a 14 e de 15 a 19 anos de idade no ano de 2007 (DATASUS, 2007c).

Neste contexto, a magnitude da violência no segmento infanto-juvenil tem despertado atenção e investimento dos pesquisadores, tanto pela frequência com que ocorre, quanto pelo reconhecimento científico das suas consequências para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes vitimizados, além de implicações psicológicas nas vítimas e familiares, repercutindo em custos humanos, sociais e econômicos (DESLANDES, 1994; YUNES, 2002; ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

1.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

1.2.1 Definindo limites etários para o grupo

Atualmente, os diferentes segmentos sociais e jurídicos não são unânimes ao determinar um limite entre a infância e a adolescência e, principalmente, para o término da adolescência.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência se inicia aos 10 anos de idade e se prolonga até os 19 anos. Para vários autores (MAAKAROUN, 1991; JAGGAR e BORDO, 1997; ZAGURY, 1996; TAKIUTI, 1998; RAMOS et al. 2000; DIAS, 2000; MOREIRA, 2000), a adolescência se inicia aos 11 anos de idade, mas seu término é determinado pela maturidade psicológica e psíquica, se diferenciando para cada indivíduo. Para o processo eleitoral, o adolescente é considerado adulto aos 16 anos de idade. Em contrapartida, a Habilitação Nacional de Trânsito só é concedida a partir dos 18 anos. Já, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente dos 12 aos 17 anos completos.

Frente a esta diversidade de conceitos e, ainda, considerando as diferenças nos tipos de violência conforme a faixa etária, este trabalho adotou um corte diferente, como melhor detalhado na metodologia.

1.2.2 A criança e o adolescente no contexto da violência

Definida por MINAYO (2002) como “um ato ou omissão capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico”, a violência, em sentido estrito, caracteriza-se “pelo uso da força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro”, podendo ser ocasionada por um indivíduo, um grupo, um segmento social ou por um país.

A violência se expressa na sociedade como uma relação de dominação do mais forte sobre o mais fraco. Neste contexto, encontram-se as crianças, por sua total falta de defesa e dependência do adulto que perdura por tempo prolongado (MINAYO e SOUZA, 1999; SCHERER e SCHERER, 2000). Desta forma, o fenômeno da violência confere ao grupo das crianças e adolescentes maior suscetibilidade e vulnerabilidade.

Conseqüentemente, a violência contra a criança e o adolescente, seja ela física, sexual, por negligência / abandono e/ou psicológica, vem alarmando diversos setores da sociedade por seus crescentes índices e pelas lesões e traumas decorrentes (ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Apesar da inexatidão dos dados, resultado de sua característica de ser uma violência silenciosa, alguns autores apontam a violência contra a criança e o adolescente como um fenômeno crescente no mundo, mas cujo conhecimento ainda está em processo de construção em função de sua complexidade (ASSIS, 1994; SCHERER e SCHERER, 2000).

1.2.3 Breve história da violência contra a criança e o adolescente

Historicamente, a violência contra crianças e adolescentes sempre esteve vinculada ao processo educativo, constituindo-se um problema histórico-cultural que tem percorrido todas as décadas até o século atual, nas suas diferentes formas de expressão (SCHERER e SCHERER, 2000; MINAYO, 2002; ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Nas civilizações antigas, os maus-tratos com a criança já se faziam presentes por meio do infanticídio, utilizado para eliminar as crianças que nasciam com defeitos físicos. Para equilíbrio dos sexos, por motivos religiosos, como medida econômica nos grandes flagelos ou por não agüentarem longas caminhadas, crianças também eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais. Também era direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho (SCHERER e SCHERER, 2000).

Desde os primórdios, a maior parte de violência contra a criança / adolescente acontece no ambiente familiar, contrapondo o entendimento de proteção que a família deveria exercer.

Ao longo dos séculos, a representação da criança veio adquirindo novos significados. No século XV, a figura da criança passou a representar a esperança de uma vida melhor através da ingenuidade, da inocência e do bom (oposição à violência). Entretanto, na contrapartida desta evolução, surgiram os “colégios” no século XVI, destinados aos estudantes pobres e sem família, indesejados pela sociedade, caracterizando uma época de agressões e violências contra as crianças através dos maus-tratos e humilhações.

Já, no século XX, a criança passa a ser aceita como fazendo parte da humanidade, transferindo para a família a responsabilidade por tudo de mau que lhe pudesse acontecer. É neste século, conhecido como “o século da criança”, que passam a ser ressaltadas a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico da existência do homem.

Todavia, apesar da valorização da criança mediante a sociedade e políticas públicas, a violência ainda permanece como grave ameaça às suas condições de vida, fato merecedor de estudos e estratégias de enfrentamento (SCHERER e SCHERER, 2000; Mc ALISTER et al, 2001; MINAYO e ASSIS, 1994; BRITO et al, 2005; BRASIL, 2002a; ASSIS, 1994; MINAYO, 2002; GOMES et al, 2002a; GARDNER et al, 2003; SOUZA e MELLO JORGE, 2004; DESLANDES, 1994).

No sentido de visualizar caminhos para reduzir esta importante causa da morbimortalidade infanto-juvenil, inúmeros estudos têm tentado conhecer a complexidade desta violência.

Entretanto, para analisar a violência contra a criança e o adolescente, nos seus diferentes aspectos e circunstâncias, torna-se primordial o conhecimento dos fatores que contribuem para sua ocorrência, bem como o conhecimento das suas diferentes formas de expressão e conseqüências (SANTORO Jr, 1994).

1.2.4 Fatores relacionados com a violência contra a criança e o adolescente

Alguns autores apontam a violência contra a criança e o adolescente como um fenômeno recidivante e quase sempre envolvido por um manto de silêncio, associando suas raízes a uma grande variedade de fatores individuais, grupais, culturais, étnicos, sociais e políticos (SANTORO Jr, 1994; MINAYO e SOUZA, 1999; FERREIRA e SCHRAMM, 2000; ROQUE e FERRIANI, 2002; VENDRÚSCULO et al, 2004; WAISELFINZ, 2004).

Outros autores complementam a afirmação, associando a violência ao grau de fragilidade e dependência próprio da infância e adolescência, tornando-as hierarquicamente

menos poderosas e estando, por conseguinte, sujeitas aos maus-tratos com maior frequência (ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Os estudos, em sua grande parte, são concordantes entre si, ao afirmarem que os maus-tratos contra crianças e adolescentes acontecem independentemente de classe social, etnia, religião ou escolaridade dos agressores (ASSIS, 1994; SCHERER e SCHERER, 2000; OLIVEIRA et al, 2003).

BRENES (2001) classifica os fatores de risco para a violência contra crianças e adolescentes em fatores individuais, familiares, da comunidade e sociais.

Entre os fatores individuais estão: mães muito jovens, crianças com necessidades especiais, recém-nascidos prematuros ou que foram separados de sua mãe devido à hospitalização prolongada (o que dificulta a formação do vínculo), recém-nascidos com baixo peso e/ou com problemas de desnutrição, pré-natal deficiente ou ausente, gravidez indesejada e história de abuso por parte da mãe.

Entre os fatores familiares destaca-se a violência intrafamiliar, pais muito jovens, com baixa escolaridade, com distúrbios neurológicos, famílias com muitos filhos, famílias reconstituídas, antecedentes de delinquência, depressão, divórcio, instabilidade familiar, uso de álcool e drogas, isolamento social e estresse.

Para o autor (BRENES, 2001), a comunidade também contribui com a ocorrência da violência à medida que ocorre segregação residencial, falta de coesão comunitária, baixa qualidade de educação, acesso a drogas e álcool, ausência de serviços de atenção para as crianças / famílias e desvalorização da criança.

Constituem fatores sociais, o desemprego, a pobreza, a privação social, os valores, crenças e culturas, a inexistência de leis de proteção, a iniquidade, guerras, alta taxa de crimes, presença de armas, entre outros.

Outros autores complementam os fatores sociais, apontando para a perspectiva da sociedade, fatores raciais, fracasso escolar, delinquência, suicídio, agressões escolares e entre pares, depressão, prostituição, desigualdade social, baixa escolaridade e a extrema concentração de renda, desemprego, drogadição, ausência do pai ou da mãe e história de abuso dos pais em suas infâncias e adolescências (SANTORO Jr, 1994; DE LORENZI et al, 2001; ASSIS et al, 2004).

GOMES et al (2002a), ao analisarem a produção bibliográfica que discute fatores para a ocorrência de maus-tratos, trazem, como fatores, a reprodução das experiências de violência, os desajustes familiares, psíquicos e alcoolismo, bem como fatores de ordem

macro-estrutural, promoção da violência pela mídia, acesso a armas, pouca recreação em espaços públicos, entre outros.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), os fatores relacionados com a violência contra a criança e o adolescente são classificados em fatores estruturais (social, econômico, pobreza, violação dos direitos humanos, perda da ética e valores morais, corrupção, guerras, guerrilhas, fatores demográficos), fatores institucionais (diminuição do nível de educação, impunidade, exposição à violência, quebra familiar) e fatores diretos ou facilitadores (álcool, drogas, repetição da violência).

De fato, muitos autores destacam o entendimento da violência como uma rede de fatores sócio-econômicos, políticos e culturais que se articulam e interagem de forma dinâmica (MINAYO, 1990; MINAYO e SOUZA, 1999; BARROS et al, 2001; MINAYO, 2002; ASSIS et al, 2004).

Neste sentido, muitos estudos afirmam que é preciso entender a multicausalidade da violência, não a reduzindo ao plano individual (CAVALCANTI, 1999a; GOMES et al, 1999b; MINAYO, 2001).

1.2.5 Classificação e Tipos de Violência contra a criança e o adolescente

A violência contra a criança e o adolescente se perpetua em diferentes formas e circunstâncias.

Alguns autores a classificam em: violência estrutural (derivada da desigualdade na distribuição da riqueza social, incidindo sobre a condição de vida das crianças e sendo o tipo que mais frequentemente afeta as crianças brasileiras), cultural (que se manifesta nas relações de dominação entre grupos) e delinquência (que se refere à execução de ações criminosas numa sociedade) (CAVALCANTI, 1999a; MINAYO, 2002).

Já para SANTORO Jr. (1994), a violência contra a criança e o adolescente pode ser classificada em violência intrafamiliar (física, química, emocional, sexual e negligência), violência extrafamiliar (na escola – física, psicológica, excesso de trabalho, no hospital – iatrogenismo, psicológica, abuso sexual), abandono, exploração (trabalho, mendicância, prostituição), violência política policial (terrorismo) e Síndrome de Munchausen por delegação.

Em 1941, durante o Simpósio da Academia Americana de Pediatria, foram destacadas quatro categorias (tipos) de violência contra a criança e o adolescente,

utilizadas atualmente por estudiosos e profissionais de saúde (SCHERER e SCHERER, 2000; CAVALCANTI, 1999a; BRASIL, 2002a), a seguir:

- Violência Física DIRETA (através de pontapés, bofetadas, beliscões, socos, e outras formas de contato físico) e INDIRETA (através de instrumentos).
- Violência Sexual – abuso ou exploração sexual. É o tipo de violência menos notificado, possivelmente pela existência cultural de tabus e preconceitos.
- Abuso (ou mau-trato) Psicológico – agressão verbal, intimidação e insultos com a finalidade de rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper, produzir expectativas irreais ou extremadas exigências. É o tipo de violência mais difícil de ser notado por não produzir lesões visíveis nem imediatas
- Negligência / Abandono (físico ou moral) – o não provimento de cuidados básicos (físicos) como alimentação e higiene e não provimento de um lar (moral). É percebida nos serviços de saúde nos casos de desnutrição, atraso vacinal, infecções repetidas). O abandono (parcial ou temporário) é uma das formas de negligência.
- Síndrome de Munchausen por procuração – indução de sintomas na criança que é trazida para cuidados médicos, cujos sintomas e sinais são provocados ou inventados por seus pais ou responsáveis.

Apesar desta classificação didática, muitos autores ressaltam que, em se tratando de criança e adolescente, dificilmente ocorre somente um tipo de violência. Normalmente, associam-se dois ou mais tipos de agressão, conformando uma rede onde se interligam as várias violências oriundas do sistema social com aquelas praticadas no nível das relações interpessoais (ASSIS, 1994; MINAYO, 2002; ARCOS et al, 2003; SCHERER e SCHERER, 2000; BRASIL, 2002a).

1.2.6 Consequências da violência contra a criança e o adolescente: mortalidade e morbidade

Independentemente da forma de apresentação da violência (física, psicológica, sexual, por negligência ou por Síndrome de Munchausen), as consequências dos maus-tratos na infância são reconhecidas nas esferas física, sexual, comportamental, emocional e cognitiva, afetando o desenvolvimento da auto-estima, da competência social e da capacidade de estabelecer relações interpessoais, o que se expressa na visão pessimista do mundo (AZEVEDO, 1989; REICHENHEIM et al, 1999; ASSIS e AVANCI, 2003; ASSIS

et al, 2004). Neste sentido, há que se considerar a violência contra a criança e o adolescente com sua repercussão biopsicossocial (SOUZA et al, 1997; ARCOS et al, 2003).

A Organização Mundial da Saúde e vários estudiosos apontam como conseqüências da violência as Conseqüências Físicas (fraturas, lacerações, traumas, entre outros), Conseqüências Sexuais e Reprodutivas (gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, disfunções), Conseqüências Psicológicas e Comportamentais (uso de álcool e drogas, delinquência, depressão, fobias, ansiedade, desordens, hiperatividade, retração nos relacionamentos, suicídio, queda da auto-estima, entre outros) e Outras Conseqüências a Longo Prazo, que interferem no crescimento e desenvolvimento e que podem fazer das vítimas futuros agressores, evidenciando assim a complexa e infundável trama existente na violência (ASSIS, 1994; CAVALCANTI, 1999a; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; ARCOS et al, 2003; WHO, 2003).

A violência no seu sentido mais amplo (“lato senso”) diz respeito às causas externas (acidentes e violências), causas não intencionais e intencionais. A violência “estrito senso” se refere especificamente à violência intencional, descrita frequentemente pelos seus sinônimos: agressão, maus-tratos ou abuso. Apesar de estar classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) no grupo de causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão), a violência intencional, especificamente as agressões (Códigos X85 a Y09 da CID-10) impõe a necessidade de estudá-las separadamente das outras causas externas por apresentar características e circunstâncias diferenciadas das causas acidentais.

Neste sentido, o foco do presente estudo está voltado para a violência “estrito senso” (especificamente as agressões), importante causa de morbimortalidade que incide principalmente sobre a população mais vulnerável: as crianças e os adolescentes.

Mundialmente, quase 3500 crianças menores de 15 anos morrem anualmente por maus-tratos (físico ou negligência). Para cada morte por maus-tratos em menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico. No mundo todo, calcula-se um coeficiente de mortalidade por maus-tratos de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino, sendo os maus-tratos perpetrados pelo pai biológico (em 41,3% dos casos), pela mãe biológica (38,9%), pelo padrasto (11,1%), pela madrasta (3,4%), por outros parentes (4,9%) e por famílias e parentes adotivos (0,4%) (UNICEF, 2001). Só por homicídios, no ano de 2000, 57 mil crianças e adolescentes menores de 15

anos morreram em todo o mundo (WHO, 2003). O Ministério da Saúde aponta que as agressões constituem a primeira causa de morte de jovens entre 5 e 19 anos de idade (BRASIL, 2002b).

Ao se analisar a mortalidade brasileira especificamente no grupo de causas externas, no ano de 2005 (DATASUS, 2005d), observa-se que as agressões constituem a primeira causa de óbito na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (39,7%), com proporção expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (55,1%).

No Paraná (DATASUS, 2005e), a agressão se evidencia como a primeira causa de óbito na faixa etária de 0 a 19 anos (41,2%).

Quanto à morbidade, calcula-se que, no mundo todo, anualmente, cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofrem abuso. Entretanto, devido às circunstâncias em que ocorrem e à freqüente dependência das vítimas ao seu agressor (pai, padrasto, parentes, etc), o sigilo dessas ocorrências permanece e as conseqüentes dificuldades para denunciá-las ainda é uma triste realidade (YUNES, 2002; WHO, 2003; UNICEF, 2003).

Estatísticas apontam que, na Costa Rica, 3,2% das meninas e 13,0% dos meninos são abusados sexualmente ao ano. Na Nicarágua, estes percentuais são de 26,0% para as meninas e 20,0% para os meninos. Estudo realizado numa escola pública do Chile revela que 80,4% dos pais admitiram o uso do abuso físico como prática educativa (WHO, 2003; OPAS, 2003). O uso da violência física como prática disciplinadora também foi constatado por pesquisa realizada em um hospital de ensino em São Paulo (CARMO e HARADA, 2006), que destaca a violência física como prática educativa (40,0%), além de outras formas de violência (43,0%) como privações materiais ou de lazer, ameaças verbais, humilhações, entre outras.

Uma pesquisa realizada no México estudou as lesões intencionais nos serviços de urgência de hospitais públicos e revelou 598 casos de abuso físico contra criança e adolescente, com maior freqüência nas idades de 15 a 29 anos (HIJAR-MEDINA et al, 2003). Destas lesões intencionais, 16,0% se referiam à violência familiar, com lesões no rosto e crânio (60,0%) devido a golpes com mãos e punhos (82,0%). Entre os casos de violência familiar, 4,0% necessitaram de internação.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), a morbidade da violência contra crianças e adolescentes ainda não é claramente definida devido à dificuldade no sistema de informação, além de estudos não representativos. Em decorrência disto, o mundo ainda tem dificuldade para entender a situação da criança abusada e implementar programas de prevenção.

No Brasil, estima-se que, diariamente, 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados e que para cada 20 casos de violência contra a criança e/ou adolescente, apenas um caso seja denunciado (OLIVEIRA et al, 2003; UNICEF, 2003).

Documento Preliminar do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Criança e Adolescente revela que de fevereiro a setembro de 2005, 1.942 denúncias de violência contra criança de até 6 anos de idade foram feitas através do Serviço Disque-Denúncia da Sub-Secretaria de Desenvolvimento Humano – Secretaria Geral da Presidência da República. A maior parte dos casos foi de violência física e negligência (UNICEF, 2005).

Pesquisa do LACRI (Laboratório de Estudos da Criança) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), realizada em 16 estados brasileiros e no Distrito Federal, constatou em 2005 que a negligência e a violência física ocuparam, respectivamente, o primeiro (40,2%) e o segundo (26,5%) lugares na violência contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade. Em terceira colocação observou-se a violência psicológica (18,9%), seguida pela violência sexual (14,2%), com óbito (violência fatal) em 0,2% entre todos os casos (LACRI, 2008).

Em São Paulo, o Serviço de Advocacia da Criança, da Secretaria do Menor, registrou 6.056 casos de criança vitimizada, no período de 1988 a 1990. Destes, 64,0% se referiam à violência doméstica (BRASIL, 2008b).

No Rio de Janeiro, LOPES E TAVARES Jr. (2000) estudaram vítimas de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos em um hospital público, num período de dez anos, e observaram 57 vítimas, sendo a maioria por negligência / abandono (43,4%). Houve maior frequência de maus-tratos entre os menores de três anos de idade (63,2%), sendo as meninas as mais atingidas (56,2%), com óbito em 10,5% do grupo estudado.

A ABRAPIA (Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência), no Rio de Janeiro, realizou 3.981 atendimentos a crianças vitimizadas no lar no período de 1991 a 1993 (ABRAPIA, 2008). Estudo realizado por DE LORENZI et al (2001) no Ambulatório de Maus-Tratos do município de Caxias do Sul, revelou 100 casos de violência contra crianças e adolescente no período de 1998 a 1999. Destes casos, 59,0% foram por abuso sexual, seguidos pelos casos de agressão física, emocional e negligência, com associação de dois ou mais tipos de abuso em cada caso. O estudo revelou, ainda, o predomínio do sexo feminino (77,0%) e maior frequência nas idades de 6 a 9 anos (35,0%). O pai foi o principal agressor (33,0%), seguido pelo padrasto e pela mãe. Entre os

agressores, 71,0% tinham renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo e 70,0% não chegaram a completar o primeiro grau.

Ao se analisar especificamente o grupo de causas externas no Brasil, observa-se que as agressões representaram, em 2007, 4,2% de todas as internações por causas externas na faixa etária de 10 a 19 anos (DATASUS, 2007d).

No Paraná, a SIPIA (Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência) do Ministério da Justiça registrou, em 2005, 22.698 casos de violação dos direitos da criança e do adolescente, o que corresponde a 1/3 dos registrados no Brasil (67.519 casos). Dos 22.698 (todos atendidos pelos Conselhos Tutelares do Paraná), 54,4% foram contra meninos. Corresponderam à violência física 4,0%, à psicológica 3,4% e à sexual 1,9%. As práticas de violação à cidadania foram 11,7%, seguidas pelas práticas institucionais irregulares (1,5%) e pelas práticas de discriminação (0,8%) (BRASIL, 2008c).

Em Curitiba, o SOS CRIANÇA atende diariamente uma média de nove crianças / adolescentes vítimas de violência doméstica como agressão física, negligência, cárcere privado e abandono (OLIVEIRA et al, 2003). Ainda em Curitiba, um estudo baseado nas notificações de violência contra crianças e adolescentes, emitidas pelos serviços que compõem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, revelou um crescimento nas notificações de janeiro de 2003 (26 notificações) passando para 163 notificações em dezembro de 2004. Entre os casos notificados, o estudo aponta para a violência doméstica como a principal (91,3% em 2004), atingindo com maior proporção o sexo feminino (50,3%) e a faixa etária de 5 a 9 anos de idade (36,6%), sendo a negligência a violência mais freqüente (51,8%) seguida da agressão física (20,7%) (OLIVEIRA, 2006).

No grupo de causas externas, especificamente, no ano de 2007, as agressões representaram 2,5% das internações por essas causas pelo SUS no Paraná, na faixa etária de 10 a 19 anos de idade (DATASUS, 2007e).

Apesar da magnitude dos dados referentes à violência contra a criança e o adolescente, sabe-se que eles representam apenas uma pequena parte da realidade. No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda escasso, não sendo possível conhecer a freqüência exata dos casos de abuso contra criança e adolescente (DESLANDES, 1994; SOUZA e MELLO JORGE, 2004; OLIVEIRA et al, 2003; WAISELFISZ, 2004). Na visão de muitos autores, as estatísticas de mortalidade proporcionadas pelo Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) representam, na

verdade, apenas os casos fatais da violência, constituindo-se somente a ponta do *iceberg*, (Figura 1 – Faixa A).

Figura 1 – Representação dos Sistemas de Informação de Morbi-Mortalidade sobre a violência contra a criança e o adolescente.

Neste aspecto, ainda há que se considerar a qualidade do dado, pois muitos casos de violência não chegam aos serviços de saúde. Entre os casos que chegam aos serviços (fatais ou não fatais), muitos são registrados como por outras causas e ainda há uma parcela considerável de causas externas cuja intenção é indeterminada (não se sabe, ao certo, se a causa externa é acidental ou intencional).

A morbidade hospitalar, conhecida através do Sistema de Internação Hospitalar (SIH – SUS), ainda não consegue abranger todo o cenário da violência no país, pois engloba apenas os casos não fatais mais graves que necessitaram de internação e, ainda assim, somente os casos que chegam aos hospitais conveniados ao SUS (Figura 1, Faixa B).

Os serviços de atendimento de urgência e emergência atendem, por sua vez, as lesões decorrentes de violência. No entanto, não existe um sistema nacional que capte dados dos pronto-socorros (Figura 1, Faixa C), sendo necessária a pesquisa direta nestes serviços para conhecimento dos atendimentos por violência.

Os atendimentos ambulatoriais (para as vítimas de violência que procuram atendimento) poderiam ser conhecidos através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA – SUS), implantado em 1991, mas este representa dados gerais do número de atendimentos, sem detalhar a causa destes, além de retratar apenas a demanda pelo SUS (Figura 1, Faixa D).

Permeiam em todos os níveis de informação sobre a violência contra criança e adolescente, ainda, as situações de violência notificadas e não notificadas. Entre os casos notificados encontram-se os encaminhados aos Conselhos Tutelares, aos serviços de saúde, aos programas e projetos que atendem uma grande parcela das vítimas de violência, porém sem uma rede de informações que permita conhecer melhor a morbidade por violência. Constituindo uma parcela maior estão os casos não notificados, referentes à “violência silenciosa” que não aparece por falta de notificação e cobertura dos serviços.

Azevedo chama a atenção para o fato de que os casos notificados de violência ainda não representam a realidade da violência contra a criança e o adolescente (AZEVEDO, 2007). Além da falta de notificação por parte da sociedade e profissionais, os poucos serviços e iniciativas existentes no país para identificação e atendimento das crianças e adolescentes vitimizados não contam com uma rede de informação interligada que torne possível retratar o comportamento da violência na população (DESLANDES, 1994; OLIVEIRA et al, 2003).

Neste cenário, merecedor de enfrentamento imediato, torna-se fundamental estudar a amplitude da violência contra a criança e o adolescente nas bases da pirâmide e trazer à tona uma realidade que ainda não se conhece por completo.

ASSIS (1994) destaca que, para que a sociedade se sensibilize e reaja, é preciso que ela identifique e conheça a magnitude e dinâmica da violência, pois “a sensibilização e o reconhecimento da violência em suas mais distintas formas é o passo primordial da prevenção”. Para isto, torna-se necessário buscar outras fontes de informação.

Neste sentido, a presente investigação pretendeu contribuir para o conhecimento da magnitude e dinâmica da violência, no que se refere aos casos notificados atendidos pelos Conselhos Tutelares, serviços, programas e projetos existentes no município de Londrina.

1.2.7 Serviços de atendimento à criança e ao adolescente vitimizados

Apesar das iniciativas políticas desenvolvidas até o momento, alguns autores apontam a necessidade de priorizar o enfrentamento da violência na agenda dos diversos segmentos sociais através da intersetorialidade, numa ampla rede de apoio social e interinstitucional (ASSIS e CONSTANTINO, 2003; REICHENHEIM e MORAES, 2003, PORDEUS et al, 2003).

Para ASSIS (1994), os anos 90 trouxeram o desafio na prevenção e tratamento da violência contra a criança e o adolescente não só para os serviços de segurança pública e justiça, mas para todos os segmentos da sociedade civil e demais setores governamentais.

▪ Área da Saúde

Neste sentido, a área da saúde incorpora para si uma grande responsabilidade, pois além de participar na prevenção, as instituições de saúde são, em grande parte, os locais de identificação da violência (SANTORO Jr, 1994; ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Para tanto, a reforma constitucional de 1988 (BRASIL, 1988) e a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) criam obrigações legais aos profissionais de saúde na defesa e proteção integral das crianças e adolescentes.

Em seus artigos 13º e 245º, o ECA torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescente e prevê penas para os profissionais (médicos, profissionais de saúde, responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação) na não notificação destes casos (BRASIL, 1990; BRAZ e CARDOSO, 2000).

Entretanto, estudos demonstram o desconforto e dúvidas dos profissionais de saúde quanto ao manejo do problema ao se depararem com situações de abuso de criança ou adolescente (SCHERER e SCHERER, 2000). O medo dos profissionais aliado, muitas vezes, à falta de estrutura dos serviços colabora para que a violência continue sub-notificada. É o que acontece, por exemplo, em muitas Equipes de Saúde da Família que, a princípio, teriam maior proximidade com a comunidade e, conseqüentemente, melhores condições de identificar a violência doméstica contra esse grupo populacional. Entretanto, apesar da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com a formação de equipes que atuam junto às comunidades, muitos municípios ainda não contam com protocolos de atendimento implantados e nem tampouco com uma rede de informação que permita mapear e prevenir a violência ainda no ambiente em que é produzida.

Pesquisa realizada por MARMO et al (1995) identificou que 86,7% dos pediatras da Universidade de Campinas (UNICAMP) já haviam atendido casos de maus-tratos

infantis, sendo que para 46,0% dos entrevistados a maior dificuldade dizia respeito ao diagnóstico da violência.

Neste contexto, alguns autores discutem a atenção da saúde na questão da violência contra criança e adolescente, no sentido de não se limitar apenas ao atendimento das lesões decorrentes, mas de disponibilizar atenção especializada e reabilitação. Diante desta realidade, torna-se urgente, pelo setor saúde, uma abordagem biopsicossocial da criança e adolescente vitimizados, incluindo aspectos tanto do impacto sobre as vítimas como fatores ambientais de caracterização dos agressores (MINAYO, 2002).

▪ Área da Justiça

Tão importante quanto o diagnóstico e atendimento à criança e adolescente vitimizados, o desenrolar dos processos nas Varas da Infância e Juventude e nas Varas Criminais também contribui para a redução da violência à medida que penaliza o agressor, evitando com isto novas situações de agressões contra a criança e o adolescente.

Entretanto, algumas pesquisas (GOMES, 1998; GOMES et al, 1999a; ASSIS e CONSTANTINO, 2003) apontam fatores estranguladores no Poder Judiciário, tais como a quantidade de processos e atuação dos funcionários, dificultando a tramitação e andamento dos mesmos, a má qualidade do registro das denúncias, além da necessidade de considerar a criança como prioridade absoluta.

Em uma análise de 105 crianças vítimas de violência, a partir do banco de dados do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, do Rio de Janeiro, após cinco anos da denúncia, apenas 23,8% havia se tornado inquérito. Destes, 76,2% ainda se encontravam em processamento; 12,4% em andamento; 8,6% arquivados; 1,9% ainda continuavam na Delegacia da Infância e apenas um caso havia se tornado processo, porém com sentença absolutória por falta de provas, sendo que a falta de provas quase sempre está relacionada com a não realização de exames necessários para a caracterização do crime e pela despreocupação com a existência de testemunhas (GOMES et al, 1999a).

Em estudo semelhante, com o objetivo de verificar o desfecho das denúncias, GOMES (1998) realizou um levantamento em duas delegacias do Rio de Janeiro. Após cinco anos das denúncias de violência contra crianças de 0 a 9 anos de idade, poucos inquéritos haviam sido instaurados, alguns haviam sido arquivados e outros, ainda em andamento, possivelmente seriam arquivados em razão do tempo.

Estes dados levam-nos à reflexão de que muito pouco é feito para apurar as responsabilidades de quem comete violência contra a criança e o adolescente.

▪ Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo ECA (artigos 131 a 140) (BRASIL, 1990) e constitui uma opção para resolução dos conflitos e problemas que atingem os direitos de cidadania das crianças e adolescentes (CAVALCANTI, 1999b).

É um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos nesta Lei (artigo 131º do ECA).

Segundo o ECA, o Conselho Tutelar deve ser criado por lei municipal que define o local, dia e horário de funcionamento, bem como a remuneração de seus membros, cujos recursos devem estar incluídos na Lei Orçamentária Municipal (BRASIL, 1999).

Os membros são escolhidos pela comunidade local e têm um mandato de três anos com direito a uma reeleição. Para a eleição, o candidato precisa cumprir três requisitos: idoneidade moral, idade superior a 21 anos e residir no município (BRASIL, 2002b).

Em síntese, o Conselho Tutelar é o responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos) (SCHERER e SCHERER, 2000).

As atribuições do Conselho Tutelar são definidas no artigo 136 do ECA (BRASIL, 1990), a seguir:

- atender a criança e o adolescente que tiverem seus direitos ameaçados ou violados;
- atender e aconselhar pais e responsáveis das crianças que tiverem seus direitos ameaçados ou violados, podendo aplicar-lhes medidas;
- requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, representando junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;
- encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal aos direitos preconizados pelo ECA;
- encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- providenciar medidas estabelecidas pela autoridade judiciária para o adolescente autor de ato infracional;
- expedir notificações;
- requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente;

- assessorar o poder executivo municipal na elaboração da proposta orçamentária necessária para garantir os investimentos necessários à implementação de políticas e à manutenção da retaguarda dos serviços de proteção às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos e desrespeitos em seus direitos;

- representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos infringidos por programações de rádio e televisão, propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente;

- representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder.

Segundo publicação do Ministério da Saúde, a intervenção do Conselho Tutelar se dá a partir de uma denúncia, que é averiguada pelos conselheiros. Através da notificação aos pais ou responsáveis, ocorre a averiguação do caso. Constatada a violação dos direitos da criança / adolescente, poderá ser aplicada uma medida em caráter emergencial, com a finalidade de suspender imediatamente a situação de risco em que a criança se encontra. Para casos mais complexos, realiza-se um estudo de caso para se chegar a uma decisão. Feito o estudo de caso, o Conselho Tutelar aplica, dentro de suas competências, as medidas previstas pelo ECA, a chamada aplicação de medida. Para a execução das medidas, vários procedimentos e encaminhamentos são necessários, podendo-se requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança pública. O encaminhamento para o Juizado da Infância e para o Ministério Público se dá em situações específicas (destituição de pátrio poder, necessidade de afastar o agressor do seu próprio lar, entre outros). Após os encaminhamentos, há necessidade de acompanhamento das medidas aplicadas, podendo-se, inclusive, aplicar novas medidas, se necessário. O caso geralmente é arquivado quando a ameaça da violação é cessada ou quando os direitos são restaurados, o que não impede sua reabertura a qualquer momento (BRASIL, 2002b).

Apesar de o ECA ter sido promulgado já há 15 anos, ainda há municípios que não possuem Conselhos Tutelares. Mesmo onde há Conselho Tutelar, ainda são muitas as dificuldades. As barreiras para cumprir o papel atribuído a ele pelo ECA vão desde precária estrutura física até questões mais substanciais. O Conselho Tutelar constitui-se um órgão autônomo e tem por objetivo zelar pelo cumprimento dos direitos da infância e da adolescência no espaço social existente entre o cidadão e o juiz. Entretanto, por se constituir um órgão civil, não integra o Poder Judiciário, vinculando-se à Prefeitura, mas não se subordinando a ela. Sua fonte de autoridade pública é a lei do Estatuto da Criança e

do Adolescente e está sob a responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (MINAYO e SOUZA, 1999). Neste sentido, alguns autores apontam que o sentido original do ECA, via Conselho Tutelar, pode vir a perder-se no cotidiano burocratizado ao atender às demandas surgidas da miséria, na manipulação dos Conselhos Tutelares pela clientela e nas conflitantes relações do Conselho Tutelar com outras instâncias que não romperam com a forma irregular de tratar a infância e adolescência (CASTRO, 2002).

Aliada a estas dificuldades, alguns autores questionam a integração dos Conselhos Tutelares com o serviço de saúde (SCHERER e SCHERER, 2000). Os fatores conhecidos para esta dificuldade de integração dizem respeito tanto à falta de infra-estrutura dos Conselhos até o receio de muitas equipes de saúde frente à obrigação da notificação. Receio este, muitas vezes, justificado por experiências anteriores negativas no tratamento da família da criança vitimizada, pelo receio da criança ser encaminhada a qualquer instituição pública afastando-a da família, pela visão de que se trata de um problema familiar e não do serviço de saúde, pelo temor de ser apenas uma suspeita infundada, pelo desconhecimento dos casos que realmente devem ser notificados e pela falta de clareza sobre o processo de notificação (DESLANDES, 1999; BRASIL, 2002b). Além disto, a área da saúde não proporciona aos estudantes de todos os níveis e aos profissionais a oportunidade de estarem preparados para essa realidade crua e cruel que atinge nossas crianças e adolescentes no Brasil (OLIVEIRA, 2002). Esta problemática da notificação, e conseqüente impunidade, é apontada por muitos autores como a mola propulsora da violência, pois contribui para que a violência continue sendo reproduzida (DESLANDES, 1999).

Além das dificuldades apontadas acima, o maior entrave para a interação entre Conselho Tutelar, serviço de saúde e Ministério Público consiste na falta de retorno em relação aos desdobramentos para solução dos casos de maus-tratos (falta de retorno do Conselho Tutelar para o serviço de saúde e falta de retorno do Ministério Público para o Conselho Tutelar sobre o prosseguimento dos casos) (BRASIL, 2002b).

Em virtude das dificuldades apontadas, estudos revelam a má qualidade das informações geradas pelos Conselhos Tutelares (GOMES, 1998; CAVALCANTI, 1999b; BRASIL, 2002b), embora exista um Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA, 2008) alimentado pelo Relatório de Atendimento de todos os Conselhos Tutelares do país. Todavia, as informações se restringem ao número e tipo de atendimento, sem análises mais profundas das características das vítimas e circunstâncias do ato violento.

1.2.8 Políticas e estratégias voltadas para a violência contra a criança e o adolescente

A primeira manifestação internacional em prol dos direitos das crianças e dos adolescentes se deu em 1924, com a Declaração de Genebra (MELLO JORGE et al, 2002).

Entretanto, somente 30 anos mais tarde, em 1959, tivemos a Declaração Universal dos Direitos da Criança, proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, reconhecendo a necessidade de proteção das crianças, em virtude de sua imaturidade física e mental. Os direitos e liberdades enunciados nesta Declaração diziam respeito a: “direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social, direito à alimentação, moradia, assistência médica adequada, amor, compreensão por parte dos pais e da sociedade, direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho” (MELLO JORGE et al, 2002, ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Em 1979, foi declarado o “Ano Internacional dos Direitos Humanos” e, conseqüentemente, a realização da Convenção dos Direitos da Criança.

Nas últimas décadas, o reconhecimento da necessidade de proteger as crianças e adolescentes, a fim de contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, veio ampliar as políticas e estratégias voltadas para a emergente questão da violência contra a criança e o adolescente.

Em 1988, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) determina, em seu artigo 227, que “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, violência, crueldade e opressão”.

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990), sancionado pela Lei nº. 8.069, de 13/07/1990, veio a se constituir o instrumento legal na garantia da cidadania de crianças e adolescentes. Com a implementação do ECA (instrumento único em toda a América Latina), a lei passa a dar prioridade absoluta à criança/adolescente por parte da família, da sociedade e do Estado, mudando a concepção de atendimento à criança e ao adolescente.

Especificamente em relação à violência, o Estatuto, em seu artigo 5º, trata da proteção das crianças e adolescentes contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais.

Em seu artigo 70º, determina que “é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente”. No mesmo sentido, o artigo 4º estabelece que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos previstos no Estatuto”.

No Brasil, a consolidação da proteção à criança e ao adolescente, através da promulgação do ECA, trouxe avanços no tratamento jurídico, contribuindo para a consolidação da consciência social e entendendo o ECA como um instrumento de garantia ao bem-estar de nossa infância e juventude (DESLANDES, 1994).

Neste movimento em direção à proteção da Criança e do Adolescente, o Ministério da Saúde elaborou, em 1993, uma proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica (BRASIL, 1993).

Em 1999, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, normatizou a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 1999).

Em 2001, o Ministério da Justiça, pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, traçou um Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001a).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Redução da Morbi-Mortalidade de Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b) como instrumento direcionador da atuação do setor saúde nesse contexto.

Para orientar a prática em serviço na prevenção e tratamento da violência intrafamiliar, o Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, publicou em 2002 o manual para orientação dos profissionais (BRASIL, 2002a).

Mais recentemente, ainda preocupado com a sub-notificação da violência contra a criança e o adolescente, o Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, editou o manual “Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde” (BRASIL, 2002b), com o objetivo de:

- 1 – “oferecer um instrumento de trabalho que contribua para ampliar o conhecimento sobre um dos obstáculos mais sérios para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes brasileiros: a violência intrafamiliar e todas as formas de maus-tratos”

- 2 – “apresentar uma proposta de criação de um sistema de notificação e de atendimento ao problema dos maus-tratos”

1.3 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA

1.3.1 O município de Londrina

O município de Londrina, criado em 10 de dezembro de 1934 através do Decreto Estadual nº. 2519 de 03 de dezembro de 1934, situa-se no norte do estado do Paraná. É o segundo mais populoso do Estado e o terceiro da Região Sul do Brasil, com 488.287 habitantes (população estimada em 01/07/2005) e com uma área de 165 Km² (IBGE, 2005). Sua taxa de urbanização é de 96,7% e o PIB de 2002 foi de 3.552,51 reais. A população alfabetizada (de 5 a 80 anos e mais) representa 90,8% em 2000 (IBGE, 2005).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, o município apresentou, em 2002, um Coeficiente de Mortalidade Infantil de 10,8 por 1.000 nascidos vivos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA, 2003). Nesse ano, o Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal Precoce (até 7 dias de vida) do município foi de 7,7 por 1.000 nascidos vivos, o Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal (até 28 dias) foi de 10,3 por 1.000 nascidos vivos, e o Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardio (28 dias de vida a um ano de idade) foi de 2,6 por 1.000 nascidos vivos.

Em gestão semi-plena do SUS desde dezembro de 1995 e em gestão plena desde 1998, o serviço municipal de saúde conta com 51 Unidades Básicas de Saúde (38 na zona urbana e 13 na zona rural). São ao total 181 estabelecimentos de saúde (65 públicos e 116 privados) e 1.512 leitos hospitalares (1085 disponíveis para o SUS) (Londrina, 2008). Atualmente, são 88 Equipes de Saúde da Família, porém, neste serviço, ainda não está implantado o protocolo de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b).

Atualmente, a partir do Plano Nacional (estabelecido em 2001) e do Plano Estadual (estabelecido em 2004 e 2005) de enfrentamento da violência contra criança e adolescente, formou-se no município de Londrina (por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde), a Comissão Municipal Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente, juntamente com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (representado por membros de várias instâncias, tais como Secretaria de Saúde, de Assistência Social, de Educação, Ministério Público, igrejas, organizações não-governamentais, entre outros interessados).

A Comissão e o Conselho acima citados, implantados em Londrina desde o início de 2007, visam à implantação de uma rede de atendimento, mas ainda estão em fase de discussão e elaboração do Plano Municipal de enfrentamento, que tem por objetivos:

- a criação de um Centro de Referência para atendimento da criança e adolescente vitimizados, com recursos do Fundo da Infância e Adolescência;
- ampliação dos serviços de atendimento já existentes no município, no sentido de proporcionar o atendimento de todos os tipos de violência;
- humanização da atenção no Instituto Médico Legal (IML), bem como capacitar os profissionais deste serviço para o diagnóstico não apenas baseado na lesão corporal, mas também em sinais e sintomas, evitando laudos negativos em situações reais de violência;
- capacitação médica para atuarem como peritos do IML diretamente nos hospitais de referência (ainda a definir quais serão os hospitais de referência);
- desenvolvimento de um projeto piloto (possivelmente por área, território ou região) para sensibilizar os setores, uniformizar a linguagem utilizada, além de formar multiplicadores;
- implantação da Ficha de Notificação Compulsória, composta por 3 vias (uma para o órgão de atendimento à vítima, outra para a Comissão Municipal Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente do município, e outra para o Conselho Tutelar local para acompanhamento do caso e encaminhamentos, uma vez que este constitui-se uma instância legal);
- participação e envolvimento do Ministério Público para discussão das medidas em relação ao agressor, uma vez que o município, atualmente, não possui órgão para tratamento do mesmo;
- e implantação da rede de atenção à criança e adolescente vitimizados, com capacitação de recursos humanos para a alimentação adequada dos dados.

Com a formação e implantação da rede de atenção à criança e adolescente vitimizados, os casos deverão ser centralizados na Comissão Municipal Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente, oportunizando a discussão dos casos, otimizando e articulando de forma horizontal os serviços existentes.

Até a conclusão desta investigação, a criação do Centro de Referência Municipal de atendimento à criança e adolescente vítimas de violência encontrava-se aprovada pelo CEDEC – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.

1.3.2 População menor de 15 anos em Londrina: mortalidade e morbidade por violência

A população residente em Londrina, em 2005, somou 488.287 habitantes, sendo que a população feminina representou 51,3% e a masculina 48,3% (IBGE, 2005). Os menores de 15 anos respondem por 26,0% da população total, sendo a proporção de meninas igual a 49,1% e a de meninos igual a 50,9% (Tabela 1).

Tabela 1 – População residente em Londrina segundo faixa etária e sexo. Londrina, 2005.

Faixa Etária (em anos)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
< 1 ano	4.174	3.935	8.109
1 a 4 anos	16.761	15.920	32.681
5 a 9 anos	21.372	20.853	42.225
10 a 14 anos	22.351	21.621	43.972
15 a 19 anos	23.528	23.754	47.282
20anos e mais	181.053	166.487	347.540
Total	235.717	252.570	488.287

Fonte: IBGE, 2005.

Entre os óbitos por causas externas ocorridos no município de Londrina (68 óbitos) em 2005 (DATASUS, 2005f), observa-se que as agressões foram responsáveis por mais da metade dos óbitos decorrentes de acidentes e violências (61,8%, com 42 casos), com grande frequência na faixa etária de 15 a 19 anos (76,0% neste grupo, com 38 casos) e colocando-se em segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos de idade (3 casos) (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de óbitos segundo o grupo de causas externas (CID-10) e idade, na faixa de 0 a 19 anos. Londrina, 2005.

Grupo de Causas Externas - CID 10	Faixa Etária (em anos)					Total
	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	
Acidentes de transporte	1	2	1	6	9	19
Outras causas de lesões acidentais	3	-	1	-	3	7
Agressões	1	-	-	3	38	42
Total	5	2	2	9	50	68

Fonte: DATASUS, 2005f.

Analisando-se a morbidade específica por causas externas no município de Londrina (1328 internações), no ano de 2007 (DATASUS, 2007f), observa-se que as agressões representaram 3,0% (39 casos) das internações por causas externas na população de 0 a 19 anos de idade, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Número de internações pelo SUS segundo o grupo de causas externas (CID-10) e idade, na faixa de 0 a 19 anos. Londrina, 2007.

Grupo de Causas Externas - CID 10	Faixa Etária (em anos)					Total
	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	
Acidentes de transporte	-	10	15	26	75	126
Outras causas externas de lesões acidentais	42	164	259	284	321	1070
Lesões auto-provocadas	-	2	-	3	6	11
Agressões	-	3	2	6	28	39
Eventos de intenção indeterminada	2	3	5	4	14	28
Complicação assistência médica	2	12	6	9	24	53
Outras causas	-	1	-	-	-	1
Total	46	195	287	332	468	1328

Fonte: DATASUS, 2007f.

1.3.3 Serviços de atendimento à criança e adolescente vítimas de maus-tratos no município de Londrina

▪ Conselho Tutelar

Em Londrina, existem 3 (três) Conselhos Tutelares (Conselho Tutelar Sul, Conselho Tutelar Norte e Conselho Tutelar Centro).

Para toda denúncia recebida pelo Conselho Tutelar, é preenchido o Boletim de Atendimento (anexo 1), onde constam dados do denunciante / solicitante, identificação da criança e filiação, endereço e descrição do fato / violação. Outros dados são preenchidos em relação à criança (com quem a criança reside atualmente, situação escolar, série, ocupação e situação de trabalho, se for o caso), além das providências imediatas tomadas pelo conselheiro.

Após o preenchimento do Boletim de Atendimento, o Conselho Tutelar emite uma Solicitação de Comparecimento ao agressor (anexo 2).

Se não há comparecimento deste, o Conselho Tutelar emite uma Notificação tornando obrigatório seu comparecimento ao serviço para que receba orientações (anexo 3). Se ainda for preciso, o Conselho Tutelar aplica uma Advertência, que consiste numa orientação por escrito.

No caso de denúncia grave, é realizado uma Visita Domiciliar para verificação da situação de risco. Em caso de situação de risco, o Conselho Tutelar, com a presença da Polícia Militar, realiza a Retirada e Abrigamento da Criança. Nesta última situação, o Conselho Tutelar precisa informar o Ministério Público (Vara da Infância e da Juventude), em 24 horas, mediante Ofício com relato da situação para que se prossiga o afastamento do agressor da família e demais medidas de proteção à criança.

O prosseguimento do caso é registrado em impresso próprio (anexo 4), após os devidos encaminhamentos (atendimento psicológico, atendimento jurídico, pronto-atendimento, Instituto Médico Legal – IML, setor de educação, atendimento específico para drogadição, entre outros).

Nos casos de reincidência, em que a mesma criança sofre violência em diferentes momentos, é preenchido novo boletim de atendimento, o qual é anexado ao prontuário da criança / adolescente, e realizadas novas notificações e novos encaminhamentos, incluindo encaminhamento ao Ministério Público.

Para os casos de negligência, o Conselho Tutelar emite um Termo de Advertência aos pais (anexo 5) e, em casos de guarda provisória ou definitiva, é entregue ao responsável o Termo de Entrega Mediante Compromisso (anexo 6).

Mensalmente, os Conselhos Tutelares de Londrina enviam relatório dos atendimentos realizados para a Secretaria do Trabalho Relacionada a Assuntos da Criança e do Adolescente de Londrina. Esta envia os relatórios para o Ministério da Justiça de Curitiba, que, por sua vez, os envia ao SIPIA (Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência), em Brasília, que, conseqüentemente, concentra todos os relatórios de todos os Conselhos Tutelares do país.

De acordo com o último relatório do Conselho Tutelar Centro de Londrina (CONSELHO TUTELAR CENTRO DE LONDRINA, 2006), de 15/07/2005 a 15/01/2006 foram realizados 15.207 atendimentos a crianças e adolescentes de Londrina. São dados gerais que não detalham a faixa etária atendida e características do ato violento ou do agressor (Tabela 4). Pelo relatório gerado, observa-se que os casos específicos de violência contra a criança e do adolescente representaram 70,7% de todas as situações atendidas por um dos Conselhos Tutelares de Londrina.

Para o presente estudo, foram levantados junto aos Conselhos Tutelares do município apenas os casos de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência.

Tabela 4 – Distribuição (em número) dos atendimentos realizados pelo Conselho Tutelar Centro, no período de 15/07/2005 a 15/01/2006. Londrina, 2006.

Tipo de Atendimento	Nº	%
Medidas de proteção à criança e ao adolescente	996	6,5
Matrícula e frequência obrigatória em estabelecimentos educacional	341	2,2
Inclusão em programa de auxílio à família, à criança e ao adolescente.	288	1,9
Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico	248	1,6
Abrigos em entidades	119	0,8
Medidas pertinentes aos pais e responsáveis	757	5,0
Encaminhamento a tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico	315	2,1
Encaminhamento a cursos ou programas de orientação	70	0,5
Advertência	372	2,5
Atendimentos previstos no artigo 136 e 95 do ECA	1742	11,4
Visita à residência	433	2,8
Encaminhamento à promotoria das comunidades / atendimento jurídico	821	5,4
Encaminhamento à autoridade judiciária e ao Ministério Público	211	1,4
Encaminhamento a cursos profissionalizantes	153	1,0
Requisição de serviço das polícias militar ou civil	124	0,8
Crianças e adolescentes em situação de risco social / pessoal	963	6,3
Envolvimento de crianças com drogas e substâncias que causam dependência	103	0,7
Desaparecimento ou fuga de casa e em razão da própria conduta	549	3,6
Prática de ato infracional por crianças	29	0,2
Vivendo na rua e vítimas de prostituição	85	0,6
Vítimas de omissão por parte dos pais	197	1,3
Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência	10749	70,7
Violência física cometida por pais ou responsáveis	183	1,2
Violência sexual cometida por pais ou responsáveis	92	0,6
Violência psicológica cometida por pais ou responsáveis	25	0,2
Atendimento de denúncias, reclamações, orientações, notificações	9783	64,3
Requisição de serviço para instituto de identificação	666	4,4
TOTAL GERAL	15207	100,0

Fonte: Conselho Tutelar Centro de Londrina, 2006.

Em Londrina, além dos Conselhos Tutelares, há dois programas de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, descritos a seguir.

▪ Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina

O Programa Sentinela, em Londrina, implantado em 14/02/2002, é uma ação integrada entre Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal da Educação e Secretaria Municipal da Mulher e através de parceria com o Núcleo Social Evangélico de Londrina (NUSELON).

O grande objetivo do programa é propiciar atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, buscando fortalecer a auto-estima da vítima por meio de atendimento assistencial e psicológico (individual, em grupo e familiar), tendo como referência os eixos estratégicos contemplados no “Plano Nacional de Enfrentamento à

Violência Sexual Infanto-Juvenil” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA, 2003).

O tratamento é direcionado para a vítima e sua família. O agressor é incluído no tratamento apenas nas situações em que for menor de idade ou que pertença à família.

Os casos são encaminhados pelos Conselhos Tutelares, Ministério Público, órgãos de saúde que fazem diagnóstico de violência sexual e através de fluxo aberto da comunidade, escolas, famílias e a própria criança / adolescente vitimizado.

Quando o caso de criança / adolescente vítima de violência sexual, atendido pelo Programa Sentinela, ainda não foi notificado ao Conselho Tutelar, o programa encaminha ao mesmo para que se tomem as medidas de proteção da criança / adolescente.

A equipe do Programa Sentinela é formada por três psicólogos, três assistentes sociais, um educador social e um coordenador, além da equipe de apoio (recepcionista, motorista e serviços gerais).

Além do atendimento da demanda, o Programa Sentinela realiza palestras e capacitação para os diversos profissionais que lidam, direta ou indiretamente, com a criança e o adolescente.

A criança / adolescente e sua família são desligados do projeto na ocasião da alta, abandono ou mudança de município.

Segundo relatório emitido pelo programa, de 01/01/2005 a 31/12/2005, foram atendidos 185 crianças / adolescentes até 18 anos de idade. Destes, 35,1% foram encaminhados pela família, 31,3% pelo Conselho Tutelar, 26,5% por outros serviços, 4,9% pela comunidade e 2,2% por procura própria da criança / adolescente. A grande proporção das vítimas foi representada por meninas (74,1%) contra 25,9% para os meninos. Entre as meninas, a maior frequência foi na faixa etária de 7 a 14 anos (60,6%), seguida pela de 0 a 6 anos (24,8%) e de 15 a 18 (14,6%). Entre os meninos, a faixa etária de 7 a 14 anos também foi a com maior frequência (52,1%), seguida pelas idades de 0 a 6 anos (41,7%) e de 15 a 18 anos de idade (6,2%). Apesar de o programa objetivar o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, dentre os atendimentos observa-se a presença de violência física e psicológica (89,7% para violência sexual; 8,7% para exploração sexual; 1,1% para violência física e 0,5% para violência psicológica). (PROGRAMA SENTINELA – dados brutos, 2005).

O Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina elabora e encaminha para as Secretarias envolvidas relatórios quali-quantitativos, nos quais a criança /

adolescente atendido é caracterizado segundo a idade, sexo, escolaridade, origem do encaminhamento, tipo de violência, vínculo com o agressor e escolaridade do agressor.

Os impressos utilizados pelo programa encontram-se em anexo (anexos 7 e 8).

▪ **Projeto “De Olho No Futuro” da Universidade Estadual de Londrina**

O Projeto “De Olho No Futuro” (Projeto de ação interdisciplinar no combate à violência praticada contra crianças e adolescentes, aprovado pelo CNPq) é desenvolvido pelos Departamentos de Direito, Departamento de Serviço Social e Departamento de Psicologia Social da Universidade Estadual de Londrina, integrando ensino, pesquisa e extensão, atendendo crianças e adolescentes vítimas de violência encaminhados pelos Conselhos Tutelares, Promotoria da Vara da Infância e da Juventude, pelo HU (Hospital Universitário de Londrina – Universidade Estadual de Londrina).

O projeto conta com a participação de oito professores e quarenta estudantes, com apoio do Escritório de Aplicação de Assuntos Jurídicos (EAAJ) da Universidade Estadual de Londrina. Todos os casos recebidos são discutidos semanalmente no Grupo de Trabalho Interdisciplinar (GTI) “com o objetivo de estudar e levantar coletivamente os procedimentos necessários para intervenção do problema, sem perder de vista a especificidade de cada área de atuação” (SUGUIHIRO e BARROS, 2004). Após o encerramento do caso, ainda é feito o monitoramento da família por algum tempo. Em casos suspeitos (sem confirmação), também se realiza o monitoramento da família.

No período de abril de 2001 a maio de 2003, o projeto atendeu 156 crianças e adolescentes vítimas de violência. Destes, 59,6% do sexo masculino, com maior frequência na faixa etária de 0 a 6 anos de idade (32,6%). A forma de violência mais frequente foi a violência psicológica (42,5%), seguida pela violência física (37,1%), pelo abandono e negligência (20,4%). Todos os dados referentes às crianças e adolescentes vitimizados (Anexo 9), bem como os encaminhamentos e tratamentos, são armazenados em um banco de dados próprio.

A Figura 2 esquematiza o fluxo entre os Conselhos Tutelares de Londrina, o Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina e o Projeto “De Olho No Futuro” da Universidade Estadual de Londrina.

Figura 2 – Esquema do fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência notificada no município de Londrina. Londrina, 2008.

De acordo com o esquema visualizado na Figura 2, pode-se considerar alguns itens importantes no atendimento da criança /adolescente vítima de violência no Município de Londrina:

1 – as informações sobre as violências cometidas contra crianças e adolescentes no município são produzidas por cada serviço, constituindo-se relatórios ou banco de dados próprio isolados, porém, sem fluxo de informação entre um serviço e outro, em

razão da não existência de um sistema de informação integrado que possa mapear o comportamento da violência contra criança / adolescente no município como um todo, numa visão global e integrada;

2 – não se observa participação do Conselho Tutelar nos programas e projetos de atendimento a crianças / adolescente vitimizados, restringindo-se ao encaminhamento.

3 – não se observa encaminhamentos do Programa Sentinela para o Fórum, somente para o Conselho Tutelar para medidas de proteção de criança / adolescente que deu entrada no programa pelo fluxo aberto;

4 – pode-se notar a não retro alimentação dos Conselhos Tutelares pelo Ministério Público. Segundo relato dos presidentes dos Conselhos Tutelares de Londrina, há total desconhecimento do seguimento dos casos após serem encaminhados ao Ministério Público;

5 – como as demandas nos diferentes serviços se dão de forma diferenciada e por fluxos distintos, pode-se concluir que as populações atendidas são diferentes (em número e características) em cada serviço.

Neste sentido, e por não haver um sistema de informação integrado, para se construir um perfil epidemiológico da violência notificada contra crianças / adolescentes no município de Londrina, torna-se necessário estudá-la não somente nos Conselhos Tutelares, mas também nos programas e projetos de atendimento às crianças / adolescentes vitimizados.

Ainda, como não há conhecimento nos Conselhos Tutelares da resolução dos casos encaminhados ao Ministério Público, há necessidade de investigar no Ministério Público (Vara da Infância e da Juventude) o seguimento dos casos encaminhados ao setor.

1.4 ESTE TRABALHO: EM BUSCA DE RESPOSTAS E CONTRIBUIÇÃO

Mediante a importância epidemiológica da violência contra a criança e o adolescente no mundo e no Brasil e mediante, ainda, as consequências biopsicossociais desta violência, torna-se fundamental conhecê-la, no esforço de mapear sua morbidade ainda desconhecida no município de estudo, a fim de se formar um diagnóstico que possa subsidiar o direcionamento de medidas de controle, prevenção e efetiva ação de atendimento. O conhecimento desta importante causa se justifica também na sensibilização dos atores sociais engajados na transformação das condições geradoras da violência.

O presente trabalho buscou, por meio de investigação nos serviços de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados, elucidar os seguintes questionamentos:

- Qual o perfil epidemiológico da violência notificada contra menores de 15 anos no município de Londrina?
- Quais as condições de registro e o fluxo de informações dos serviços de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência?
- Quais os encaminhamentos realizados pelos serviços na presença de violência contra crianças e adolescentes?
- Qual o seguimento e resolubilidade dos casos de violência notificada contra menores de 15 anos encaminhados ao Ministério Público?

Considerando que a identificação das populações vulneráveis fornece informações importantes para a implementação de políticas de prevenção e de promoção da saúde (SANTOS et al, 2001), a presente investigação pretendeu contribuir no sentido de tornar mais visíveis os atos violentos praticados contra crianças e adolescentes, possibilitando um avanço do conhecimento em relação à violência contra a criança e o adolescente praticada no município estudado e fornecendo subsídios para ações preventivas e de atendimento.

Além da contribuição em caracterizar epidemiologicamente a violência contra a criança e o adolescente, a análise do seguimento das denúncias junto ao Ministério Público contribui para que se possa visualizar a resolubilidade dos casos e, assim, destacar ações a serem implementadas frente a uma realidade constatada.

2.1 Objetivo geral

O estudo teve como objetivo analisar a ocorrência e as características da violência notificada contra menores de 15 anos, residentes no município de Londrina, atendidos nos anos de 2002 e 2006, pelos Conselhos Tutelares de Londrina, pelo “Programa Sentinela” da Prefeitura Municipal de Londrina e pelo projeto “De Olho No Futuro” da Universidade Estadual de Londrina.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 caracterizar as notificações quanto ao número em cada serviço, a média de notificações (ao ano, mês e dia) e a situação das mesmas em cada serviço, em 2007;

2.2.2 caracterizar os casos de violência segundo o local do primeiro atendimento, total de casos (ao ano, mês e dia), sua proporção na população menor de 15 anos e os denunciantes;

2.2.3 caracterizar as vítimas de violência segundo: sexo, idade, escolaridade, região de residência, escolaridade e sua inserção na família;

2.2.4 caracterizar as famílias das vítimas quanto a: número de membros, número de irmãos, número de vítimas na casa, idade / estado civil / escolaridade / profissão e situação ocupacional dos pais e renda familiar referida;

2.2.5 caracterizar o agressor segundo: sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão / ocupação, situação ocupacional, renda, vínculo com a vítima, situações de risco (alcoolismo, drogadição, desemprego, crise conjugal, outros) e seu denunciante;

2.2.6 caracterizar a violência praticada segundo: o momento, local, frequência, tempo de abuso e tipos de violência;

2.2.7 verificar as consequências da violência (lesão corporal, segmento corpóreo afetado, internação e seqüela descrita);

2.2.8 analisar detalhadamente cada tipo de violência;

2.2.9 verificar as reincidências e os procedimentos realizados pelos serviços na primeira notificação;

2.2.10 verificar o desfecho dos casos encaminhados ao Fórum (Vara da Infância e Juventude) decorridos cinco anos da notificação (os casos de 2002);

2.2.11 verificar as condições de registro nos serviços de atendimento, bem como o fluxo de informações entre os serviços do município.

3.1 Desenho da pesquisa

A pesquisa se constituiu um estudo descritivo, de corte transversal, quantitativo (na construção do perfil epidemiológico de violência notificada contra crianças e adolescentes no município de Londrina e do desfecho dos casos no Ministério Público).

Os estudos descritivos, para BARROS e VICTORA (1998), são de grande utilidade para a realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde.

Trata-se de um estudo transversal fundamentando-se na definição de ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL (2002), que caracterizam o estudo transversal como um corte no fluxo histórico, evidenciando características e correlações do fenômeno estudado naquele momento, no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico.

3.2 População de estudo

A população de estudo foi composta por menores de 15 anos de idade, residentes no município de Londrina, vítimas de violência notificada, atendidos em 2002 e 2006 pelos Conselhos Tutelares e serviços de atendimento a crianças / adolescentes vitimizados existentes no município de Londrina. Foram selecionados os atendimentos de 2002, tendo em vista que o Programa Sentinela, um dos locais de coleta de dados, foi implantado somente em 2002, inviabilizando a coleta de dados anterior a este ano.

Optou-se por incluir no estudo apenas menores de 15 anos, tendo em vista os diferenciais da violência na população de 15 anos e mais. Estudos apontam que as características e circunstâncias da violência diferem para estes dois grupos. Além disto, apesar de o Conselho Tutelar atender crianças e adolescentes até 17 anos completos, a delimitação do estudo para menores de 15 anos facilitará a comparação dos resultados, uma vez que os estudos e os serviços de informação em saúde adotam grupos etários de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, o que dificultaria a comparação se fosse feito um corte na idade de 17 anos.

Fizeram parte da população de estudo os menores de 15 anos vítimas de violência atendidos em 2002 e 2006, com a finalidade de uma análise comparativa do comportamento da violência contra a criança / adolescente nos diferentes momentos.

Foram selecionados para seguimento, no Ministério Público, os casos atendidos em 2002 e encaminhados à Vara da Infância e Juventude, com o objetivo de verificar o desfecho destes casos decorridos cinco anos da notificação.

3.3 Fonte de dados

Os dados foram obtidos nos serviços de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência do município de Londrina, a seguir:

- a) Conselho Tutelar (Centro, Norte e Sul)
- b) Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina
- c) Projeto “De Olho no Futuro” da Universidade Estadual de Londrina
- d) Ministério Público – Vara da Infância e da Juventude

3.4 Coleta de dados

a) Os dados sobre violência notificada contra crianças e adolescentes foram obtidos por meio de investigação nos prontuários dos serviços já citados acima e descritos anteriormente. A seleção dos prontuários nestes serviços obedeceu aos critérios de inclusão previstos na metodologia (menor de 15 anos, residente em Londrina, vítima de violência e atendido nos anos de 2002 e 2006).

Foi considerado, na coleta de dados, o número de casos de violência contra menores de 15 anos e não o número de crianças, considerando que uma criança possa sofrer violência em momentos e circunstâncias diferentes. Neste sentido, os registros correspondem ao número de violências, como melhor detalhado na seção de tratamento e análise dos dados.

b) Os dados referentes ao desfecho dos casos atendidos em 2002 e encaminhados ao Ministério Público foram coletados junto à Vara da Infância e da Juventude de Londrina, a partir do nome da criança ou adolescente cujo caso foi encaminhado pelo Conselho Tutelar.

3.5 Instrumento e Técnica

Para a coleta de dados nos prontuários selecionados, foi utilizado um formulário (anexo 10), contendo 46 questões fechadas e que se compõe de 7 (sete) partes:

- Parte I: dados da vítima - questões de 1 a 10
- Parte II: dados da família - questões de 11 a 18
- Parte III: dados da denúncia - questões de 19 a 22
- Parte IV: dados da violência - questões de 23 a 31
- Parte V: dados do agressor - questões de 32 a 39
- Parte VI: dados do atendimento - questões de 40 a 44
- Parte VII: dados do seguimento no Fórum - questões de 45 a 46

O instrumento foi previamente testado com dados dos atendimentos referentes ao ano de 2000, no Conselho Tutelar Centro de Londrina.

Os dados foram coletados por uma equipe de 30 (trinta) alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, rigorosamente treinados e supervisionados pela pesquisadora.

3.6 Variáveis estudadas

Foram estudadas as seguintes variáveis e categorias:

- Quanto à vítima: idade na ocasião da violência, sexo, cor, região de residência, escolaridade, com quem reside, posição na família (primeiro filho, segundo filho, terceiro filho, filho adotivo, filho único).

- Quanto à família: número de membros, número de vítimas de violência na mesma residência, número de irmãos e suas idades, escolaridade / profissão / ocupação dos pais ou responsável, renda familiar, estado civil dos pais.

- Quanto à denúncia: origem da denúncia, data, período do dia (manhã, tarde, noite), dia da semana da denúncia.

- Quanto à violência: o momento da violência (data / período do dia), frequência (primeira vez ou reincidência), tempo de abuso (há quanto tempo a criança ou adolescente vinha sofrendo a violência antes da notificação), local em que ocorreu a violência, tipo de violência, circunstâncias, presença de lesão, tipo de lesão, consequências da violência (internação, seqüela descrita, óbito).

- Quanto ao agressor: idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão / ocupação / renda, vínculo com a vítima, situações de risco (alcoolismo, drogadição, desemprego, crise conjugal, outros).

- Quanto ao atendimento: providência imediata, encaminhamentos, situação atual do caso.

- Quanto ao seguimento no Fórum: desfecho do caso

No caso de violência física, o tipo de violência (circunstância) e o tipo de lesão foram classificados conforme os capítulos XX e XIX, respectivamente, da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

3.7 Tratamento e Análise dos dados

Todos os formulários foram codificados manualmente pela pesquisadora, a fim de classificar a violência e o tipo de lesão segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Todos os dados obtidos foram processados eletronicamente através do programa computacional Epi-Info – versão 6.0 (DEAN et al, 1995).

Inicialmente, foram analisados o número de atendimentos e a situação dos casos em cada serviço separadamente (Conselho Tutelar Norte, Conselho Tutelar Sul, Conselho Tutelar Centro, Programa Sentinela e Projeto de Olho no Futuro), dadas as importantes diferenças quanto à demanda e características da clientela em cada serviço de atendimento.

Posteriormente, foi realizada uma criteriosa verificação (através do nome, filiação, data de nascimento, idade na ocasião da violência, sexo, data da violência, tipo de violência, data da denúncia, denunciante, lesão decorrente e agressor) com o objetivo de identificar os casos que tiveram atendimento em mais de um serviço em decorrência do mesmo ato violento. Nestes casos, as informações dos diferentes serviços (referentes à mesma vítima e à mesma ocasião de violência) foram complementadas em um único registro (uma única ficha no banco de dados), excluindo-se as fichas excedentes (anteriores à complementação dos dados em uma única ficha). Desta forma, as informações dos diferentes serviços se complementaram e deram visibilidade do caminho percorrido pela criança no seu atendimento.

Ao mesmo tempo, foram verificados os casos em que a mesma criança sofreu violência em diferentes momentos ou circunstâncias (as reincidências), mantendo-se uma ficha para cada ocasião de violência, conforme previsto na metodologia. Para este trabalho foi considerada reincidência o evento violento que se repetiu em diferentes momentos na mesma vítima.

Desta forma, durante todo o processo de tratamento e análise dos dados, os registros no banco de dados corresponderam ao número de atos violentos (casos) e não ao número de crianças, considerando que a mesma criança / adolescente possa ter sido vítima (pelo mesmo tipo de violência ou não) em diferentes ocasiões (circunstâncias).

Para os casos referentes ao mesmo ato violento procedeu-se à exclusão das fichas repetidas a fim de evitar a duplicidade de dados.

Foi realizada análise comparativa dos anos de 2002 e 2006, com o objetivo de estudar o comportamento da violência contra a criança e o adolescente nos diferentes momentos.

Foram realizadas verificações de inconsistências através do cruzamento e verificação de dados.

Tendo por base a população estimada na mesma faixa etária e ano, foi calculado o coeficiente de incidência para os diferentes tipos de violência.

Os resultados são apresentados em forma de gráficos e tabelas, em números absolutos e relativos.

3.8 Procedimentos Éticos

Foi solicitada à coordenação de cada Conselho Tutelar de Londrina autorização por escrito para o acesso aos registros e informações. Autorizações obtidas em junho de 2006 (Anexos 11, 12 e 13).

Foi solicitada à coordenação do Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina autorização por escrito para o acesso aos registros e informações. Autorização obtida em junho de 2006 (Anexo 14).

Foi solicitada à coordenação do Projeto de Olho no Futuro da Universidade Estadual de Londrina autorização por escrito para o acesso aos registros e informações. Autorização obtida em junho de 2006 (Anexo 15).

Foi solicitada ao Fórum de Londrina (Vara da Infância e da Juventude) autorização por escrito para o acesso aos registros e informações. Autorização obtida em junho de 2006 (Anexo 16).

O projeto da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, sob o protocolo 0017.0.207.000-06, sendo aprovado em outubro de 2006 (COEP 315 – 2006) (Anexo 17).

A pesquisadora e sua orientadora garantem, na divulgação dos resultados, o anonimato de todos os sujeitos pesquisados através do Termo de Compromisso (Anexo 18).

Os resultados a seguir, apresentados em forma de números absolutos, proporções e coeficientes, dizem respeito a 1.620 casos de violência em sentido estrito (agressão) contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná, que foram notificados aos Conselhos Tutelares do Município e aos serviços de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados.

Foram coletados dados nos três Conselhos Tutelares de Londrina (Norte, Sul e Centro), no Programa Sentinela da Prefeitura Municipal e no Projeto Olho no Futuro da Universidade Estadual de Londrina, sendo levantadas 1.999 fichas de notificação de violência contra menores de 15 anos nos anos de 2002 e 2006, como mostra a Figura 3.

Após o processamento das 1.999 fichas de notificação, para os casos atendidos em mais de um serviço referente ao mesmo ato violento, foi realizada complementação dos dados em uma única ficha e excluídas as fichas excedentes referentes ao mesmo caso atendido em diferentes serviços, a fim de evitar duplicações. Assim, para os casos referentes ao mesmo ato violento, foi realizada exclusão das fichas repetidas, totalizando, ao final, 1.620 casos de violência (607 casos em 2002 e 1013 casos em 2006).

Para os casos em que a mesma criança sofreu violência em diferentes momentos, foi verificada a reincidência através de variáveis (nome, filiação, data de nascimento, idade na ocasião da violência, sexo, data da violência, tipo de violência, data da denúncia, denunciante, lesão corporal decorrente e agressor). Verificadas as reincidências, foi mantido o número de casos (eventos de violência contra criança e adolescente) e não o número de crianças, considerando que a mesma criança sofreu violência em mais de uma ocasião.

A construção do perfil epidemiológico da violência contra menores de 15 anos em Londrina-PR, elaborado dentro de uma perspectiva quantitativa, a partir das notificações nos Conselhos Tutelares e nos Projetos e Programas de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados, tem por finalidade contextualizar a violência nesse grupo populacional no Município.

Figura 3 – Representação dos dados coletados de violência notificada contra menores de 15 anos. Londrina, 2002 e 2006.

4.1 AS NOTIFICAÇÕES

4.1.1 O número de notificações em cada serviço

Foram analisadas 1.999 notificações feitas aos Conselhos Tutelares, Programa Sentinela e Projeto Olho no Futuro. A tabela 5 mostra o número de notificações em cada local onde os dados foram coletados, sendo no Conselho Tutelar Norte onde predomina o maior número de notificações, tanto em 2002 como em 2006.

É necessário destacar, entretanto, que essa distribuição não estima o risco de violências em cada região, pois devido à impossibilidade de conhecer o número de menores de 15 anos que cada serviço abrange, não foi possível calcular o coeficiente de incidência. No entanto, o conhecimento do número absoluto de notificações a menores de 15 anos vítimas de violência em cada serviço pode colaborar com o planejamento e a implantação de estratégias específicas.

Comparando-se os dois anos (2002 e 2006), observa-se um aumento significativo no volume de notificações em todos os serviços, destacando-se o Conselho Tutelar Centro com 138,2% a mais no ano de 2006 em relação ao ano de 2002, seguido pelo Conselho Tutelar Sul e pelo Projeto Olho no Futuro (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das notificações de violência contra menores de 15 anos segundo o serviço de atendimento e crescimento no período. Londrina, 2002 e 2006.

Serviço de Atendimento	2002	2006	Crescimento (%)	TOTAL
Conselho Tutelar Norte	214	333	55,6	547
Conselho Tutelar Sul	162	274	69,1	436
Conselho Tutelar Centro	136	324	138,2	460
Programa Sentinela	114	163	42,9	277
Projeto Olho no Futuro	108	171	58,3	279
TOTAL de notificações	734	1265	72,3	1999

Números de notificações inferiores aos da presente casuística foram encontrados por CAVALCANTI (1999b), que identificou 128 casos de violência contra crianças e adolescentes no Conselho Tutelar de Niterói, de 1993 a 1995. Já OLIVEIRA et al (2003) apontam que os Conselhos Tutelares de Curitiba atenderam 11.617 denúncias de violação dos direitos da criança em 1999, números bem mais elevados dos encontrados no presente estudo. Tais diferenças podem estar relacionadas, principalmente, com o número de habitantes, características da população, bem como a quantidade de serviços notificantes,

preparo dos profissionais para identificação das situações de violência contra criança e adolescente, entre outras.

O aumento do número de notificações entre os anos de 2002 e 2006, observados na presente investigação, pode ser atribuído como consequência não só do aumento da própria violência, mas também em decorrência do aumento das notificações, compulsórias a todas as instituições de saúde pública ou conveniadas ao SUS, em todo o território nacional, desde 2001, após a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria 737 do Ministério da Saúde, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001b). Além da obrigatoriedade da notificação, outro fator que pode ter contribuído para o aumento dos atendimentos, no presente estudo, pode estar relacionado à penalidade prevista aos médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e do ensino, pela não comunicação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescente, conforme o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

4.1.2 A média de notificações ao ano, mês e dia

Além das notificações anuais já apresentados anteriormente, calculou-se a média de notificações por mês e por dia no município de Londrina, resultantes de violência contra menores de 15 anos. Observou-se, então, que ocorriam 61 notificações ao mês e que todos os dias eram notificadas duas situações de violência contra criança e adolescente, em média, em 2002. No ano de 2006, esses números foram bem mais elevados, com 105 notificações ao mês e 3 ao dia.

Alguns trabalhos trazem números maiores de notificação, como o estudo realizado no SOS Criança de Curitiba, que atende diariamente nove crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (OLIVEIRA et al, 2003). Entretanto, trata-se de um serviço ligado à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência e amplamente divulgado, o que pode contribuir para as diferenças de resultado encontradas, uma vez que esse serviço constitui-se um centro de referência no atendimento à criança e adolescente vítimas de maus-tratos.

Outros trabalhos trazem o número total de atendimentos, como o estudo de CAVALCANTI (1999b) que encontrou 128 casos entre 1993 a 1995, o que resultaria em 42,7 casos ao ano, 3,6 casos ao mês e 0,3 casos ao dia, resultados inferiores aos da presente investigação, mas há que se considerar que o estudo citado acima refere-se a apenas um

Conselho Tutelar e foi desenvolvido antes da obrigatoriedade da notificação compulsória, o que pode ter gerado a divergência de resultados se comparados aos do presente estudo.

4.1.3 A situação das notificações em cada serviço em 2007

A tabela 6 permite analisar a situação das notificações em cada serviço, decorridos cinco anos em relação a 2002 e um ano quanto a 2006. Nos Conselhos Tutelares, observa-se que as notificações realizadas em 2002 encontravam-se encerradas em sua grande maioria, ao contrário do Programa Sentinela em que houve desligamento em 58,8% (35,1% por abandono e 23,7% por mudança) e do Projeto Olho no Futuro em que 46,3% ainda se encontravam em tratamento.

Entre as notificações de 2006 (decorrido um ano até a presente pesquisa), houve grande proporção de situações encerradas nos Conselhos Tutelares e grande porcentagem em tratamento no Programa Sentinela (85,3%) e no Projeto Olho no Futuro (82,5%). Nota-se, ainda, uma proporção de 20,5%, em média, em que não há registro da situação das notificações nos Conselhos Tutelares.

O artigo 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza que cabe aos Conselhos Tutelares defender e garantir os direitos das crianças e adolescentes, sendo responsáveis por iniciar a avaliação da situação notificada, desencadeando medidas de atendimento e de responsabilização, levando ao conhecimento da autoridade judiciária e do Ministério Público os casos que configurem crime ou iminência de danos à vítima, cabendo, ainda, solicitar a abertura de processo policial, quando couber (BRASIL, 2002b).

Entretanto, alguns autores consideram os Conselhos Tutelares como órgãos pouco resolutivos, com falhas que vão desde sua estrutura física, capacitação de seus recursos humanos e na sua comunicação com os demais serviços de atendimento à criança e adolescente vitimizados (SCHERER e SCHERER, 2000; GOMES et al, 2002b; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; RIBEIRO et al, 2004; FERREIRA, 2005). Neste sentido, GOMES et al (2002b) destacam a descrença da comunidade e serviços de saúde quanto à efetiva resolução das situações de violência por parte dos Conselhos Tutelares. Além disto, a ausência de registro minucioso e padronizado, a sobrecarga de trabalho, a atuação de conselheiros sem a devida capacitação, com ações não planejadas e fragmentadas de cunho emergencial, a infra-estrutura de trabalho precária, a falta de retaguarda de serviços, a falta de retorno dos desdobramentos dos casos aos serviços de saúde e a falta de integração com outros serviços comprometem o atendimento ao menor vítima de violência (BRASIL,

2002b; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; SUGUIHIRO e BARROS, 2004; FERREIRA, 2005).

Tabela 6 – Distribuição das notificações de violência contra menores de 15 anos segundo a situação em cada serviço, em 2007. Londrina, 2002 e 2006.

Serviços de Atendimento	Situação em 2007	Notificações de 2002		Notificações de 2006	
		Nº	%	Nº	%
Conselho Tutelar Norte	Em andamento	8	3,7	92	27,6
	Encerrado	196	91,6	160	48,0
	Não informado	10	4,7	81	23,7
	Sub-total	214	100,0	333	100,0
Conselho Tutelar Sul	Em andamento	5	3,1	73	26,6
	Encerrado	142	87,6	145	52,9
	Não informado	15	9,3	56	20,4
	Sub-total	162	100,0	274	100,0
Conselho Tutelar Centro	Em andamento	8	5,9	82	25,3
	Encerrado	120	88,2	185	57,1
	Não informado	8	5,9	57	17,6
	Sub-total	136	100,0	324	100,0
Programa Sentinela	Alta	34	29,8	5	3,1
	Desligamento por Abandono	40	35,1	11	6,7
	Desligamento por Mudança	27	23,7	8	4,9
	Em Tratamento	13	11,4	139	85,3
	Sub-total	114	100,0	163	100,0
Projeto Olho no Futuro	Alta Completa	29	26,8	1	0,6
	Alta em Monitoria	4	3,7	2	1,2
	Em Monitoria	25	23,1	27	15,8
	Em Tratamento	50	46,3	141	82,5
	Sub-total	108	100,0	171	100,0
SUB-TOTAL	Em andamento, tratamento, monitoria	113	15,4	556	43,9
	Encerrado, alta, desligamento	588	80,1	515	40,7
	Não informado	33	4,5	194	15,4
TOTAL		734	100,0	1265	100,0

No presente estudo, o que se observou nos prontuários é que não há critérios definidos para se considerar a notificação encerrada. Alguns conselheiros a consideram encerrada após realizados os primeiros encaminhamentos, independente de qual seja. Outros conselheiros encerram a notificação após orientação ou advertência aos pais ou responsáveis. Outros, ainda, dão por encerrado após algum tempo sem nova notificação. Neste contexto, a grande proporção de notificações encerradas entre os atendimentos de 2006 desperta para o questionamento sobre a qualidade dos atendimentos realizados pelos Conselhos Tutelares, como já discutido pelos autores acima citados. Na realidade, ainda faltam estudos que abordem o efeito das notificações de maus-tratos às agências de proteção (FERREIRA, 2005), impossibilitando uma análise mais profunda a respeito.

Destaca-se, ainda, a proporção em que não há registros da situação atual da notificação nos Conselhos Tutelares (os não informados), o que aponta para a necessidade de melhor qualidade dos registros, fator já destacado por SUGUIHIRO e BARROS (2004), que ao levantarem dados junto ao Conselho Tutelar de Londrina, em 2000, revelaram deficiência quanto à organização, preservação e qualidade das informações.

Quanto ao Programa Sentinela, chama a atenção a proporção de desligamentos por abandono ou mudança, entre as notificações de 2002. Tendo em vista que o programa está voltado para o atendimento de vítimas de violência sexual, que geralmente ocasiona seqüelas significativas (GUERRA, 2000; DREZETT et al, 2001; POLANCZYK et al, 2003; RIBEIRO et al, 2004), torna-se vital identificar os motivos que levaram ao abandono do atendimento, com o objetivo de desenvolver estratégias que contribuam para maior permanência das vítimas no programa. Paralelamente, os desligamentos por mudança suscitam a necessidade de serviços similares nos municípios de destino para que as vítimas possam ter continuidade em seu tratamento. Há que se considerar, neste contexto, o manto de silêncio e a reprovação moral que envolve, principalmente, a agressão sexual (MARMO et al, 1995; DREZETT et al, 2001; MORALES e SCHRAMM, 2002), levando muitas vezes a família a se mudar ou abandonar o tratamento na tentativa de fugir da intervenção externa. Nestes casos, o ciclo da violência poderá se repetir incessantemente, com repercussões consideráveis para o desenvolvimento e crescimento da criança (MARMO et al, 1995).

A alta proporção de notificações em que a vítima ainda se encontrava em tratamento e monitoria, tanto no Projeto Olho no Futuro quanto no Programa Sentinela, aponta para a longa duração do tratamento da criança vítima de violência e sua família, bem como para o longo período de acompanhamento por parte do projeto e programa mencionados. A atenção continuada por equipe interdisciplinar e especializada, à criança e sua família, vítimas de violência, é apontada por muitos autores como essencial para o restabelecimento da auto-estima e da integridade física e psíquica das vítimas, bem como para a reestruturação familiar (SCHERER e SCHERER, 2000; BRITO et al, 2005), porém demanda um longo tempo de tratamento para que a criança ou adolescente vitimizado consiga superar as conseqüências físicas e psicológicas do evento traumático, prevenindo seqüelas que poderiam perdurar por toda a vida (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005). Neste sentido, o longo período de tratamento verificado no projeto e programa pesquisados vem ao encontro das necessidades acima discutidas.

A falta de registro nos prontuários (76,3% em 2002 e 92,6% em 2006) quanto ao período do dia em que a notificação foi realizada impossibilitou a análise desta variável, apesar de a intenção do presente estudo em analisar o período com maior fluxo de denúncias. Do mesmo modo em que não foi possível determinar o horário, também não foi possível reconhecer o dia da semana em que as notificações ocorreram com maior frequência.

Apesar de o Conselho Tutelar estar disponível 24 horas por dia, seria interessante identificar o período com maior volume de denúncias, o que permitiria previsão de recursos humanos em número adequado, de estrutura física para que os atendimentos possam ser realizados individualmente e com qualidade, além de otimizar os serviços frente à demanda de notificações.

Tendo em vista que os Conselhos Tutelares funcionam através de plantão por telefone nos fins de semana, seria interessante determinar se estes dias concentram grande número ou não de notificações. Os resultados poderiam evidenciar a necessidade ou não de se manter unidades do Conselho Tutelar abertas à comunidade nos fins de semana, uma vez que muitos casos de violência contra criança ou adolescente podem ocorrer sem que a notificação seja feita por falta de acesso ao serviço.

4.2 OS CASOS DE VIOLÊNCIA

As análises que se seguem dizem respeito aos 1.620 casos de violência contra menores de 15 anos (607 em 2002 e 1.013 em 2006), depois de excluídas as fichas excedentes referentes ao mesmo caso atendido em diferentes serviços.

4.2.1 Os casos de violência segundo o local do primeiro atendimento

A tabela 7 apresenta o local do primeiro atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes em Londrina. Observa-se que a grande demanda no município se dá pelos Conselhos Tutelares, principalmente pelo Conselho Tutelar Norte (35,2% no ano de 2002 e 32,9% em 2006).

Tabela 7 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o local do primeiro atendimento. Londrina, 2002 e 2006.

Local do primeiro atendimento	2002		2006		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conselho Tutelar Norte	214	35,2	333	32,9	547	33,8
Conselho Tutelar Sul	162	26,7	274	27,0	436	26,9
Conselho Tutelar Centro	136	22,4	324	32,0	460	28,4
Programa Sentinela	55	9,1	61	6,0	116	7,2
Projeto Olho no Futuro	40	6,6	21	2,1	61	3,7
TOTAL de casos	607	100,0	1013	100,0	1620	100,0

Apesar das dificuldades enfrentadas atualmente e já discutidas no capítulo anterior, os Conselhos Tutelares são reconhecidos pela sociedade como o órgão oficialmente responsável em receber a comunicação de casos ou suspeitas de maus-tratos contra criança e adolescente, com a importante missão de zelar pelo cumprimento de todos os direitos deste grupo definidos por lei (BRASIL, 2002b). Por constituir-se um órgão permanente (que deve funcionar 24 horas por dia) e autônomo (com liberdade de ação diante de outros poderes constituídos) (BRASIL, 2002b), os Conselhos Tutelares constituem uma opção para resolução de conflitos sempre que os direitos da criança e do adolescente, reconhecidos no ECA, forem violados ou ameaçados, seja por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis, em razão de sua conduta – artigo 98 da Lei nº 8069 (BRASIL, 1990). O reconhecimento, portanto, do Conselho Tutelar como um órgão de proteção para crianças e adolescentes (RIBEIRO et al, 2004) pode explicar a alta demanda direta encontrada no presente estudo.

O fato de o Conselho Tutelar Norte concentrar maior proporção em relação aos demais pode estar relacionado à população mais numerosa naquela região.

4.2.2 O número de casos ao ano, mês e dia

A partir do número de casos ao ano, foi calculado o número de casos de violência contra menores de 15 anos ao mês e por dia, resultando em, praticamente, dois casos por dia em 2002 e três casos por dia em 2006. Ao mês, foram 52 casos em 2002 e 84 casos em 2006.

Ao se comparar os dois anos em estudo, observou-se um aumento no número de casos de 66,9% de 2002 a 2006.

Vários estudiosos da área afirmam que o Brasil ainda tem carência de estatísticas oficiais sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes, praticamente inexistindo dados de morbidade em nosso meio (REICHENHEIM et al, 1999; MENEGHEL, 1995; AZEVEDO, 2008; RIBEIRO et al, 2004). Embora tenham aumentado na última década, ainda são escassos os estudos que identificam a violência contra criança e adolescente (GOMES et al, 2002a), constituindo-se, basicamente, em registros de serviços de referência que retratam apenas a realidade regional ou de serviços isolados, desconhecendo-se, portanto, a real frequência dos casos de abuso contra a criança e o adolescente em nosso país (DESLANDES, 1994; DE LORENZI et al, 2001).

Por não existirem serviços de monitoramento ou vigilância epidemiológica sobre a violência, os dados das diferentes instituições, mesmo que pulverizados, são importantes para se conhecer a dimensão dos fenômenos violentos em nossa sociedade (MENEGHEL; 1995)

Estudo realizado por GONÇALVES et al (1999) revelou 587 denúncias de maus-tratos ao SOS Criança de Curitiba no ano de 1993. Em 1998, outro levantamento junto aos cadastros do SOS Criança de Curitiba identificou 225 casos confirmados de abuso físico (PASCOLAT et al, 2001). Os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIs), no Estado de São Paulo, receberam 1.617 denúncias de violência contra crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, nos anos de 1988 a 1992, o que resultaria em 323 vítimas ao ano (DESLANDES, 1994). Já o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES), estudando a violência doméstica, identificou 105 eventos violentos cometidos contra crianças de 0 a 5 anos, no âmbito do lar da vítima, no município do Rio de Janeiro no ano de 1990 (GOMES et al, 1999a). Ainda no Rio de Janeiro, num hospital municipal, LOPES e TAVARES Jr (2000)

estudaram 57 crianças de 0 a 12 anos, internadas com histórico de maus-tratos, entre 1987 e 1997. Em Caxias do Sul, o Ambulatório de Prevenção e Tratamento dos Maus Tratos na Infância e Adolescência (AMT) atendeu, no período de um ano, 100 adolescentes submetidos aos diversos tipos de violência (DE LORENZI et al, 2001). Em Niterói, CAVALCANTI (1999b) estudou 128 casos de violência doméstica, sendo 23 em 1993, 78 em 1994 e 27 em 1995.

Em outros países, as estatísticas da violência contra criança e adolescente também perpassam por números semelhantes. O *Comité de Estudio Integral al Nino(a) Agredido(a)* de Costa Rica atendeu, em 2000, um total de 302 crianças vítimas de violência. Em 2002, o serviço de emergência do *Hospital Nacional de Niños* de Costa Rica atendeu 934 crianças cujas lesões sugeriam maus-tratos (BRENES, 2001). No México, um estudo transversal realizado nos hospitais públicos, levantou 598 casos de lesão intencional, no ano de 1998. Destes, 8,0% (48 casos) diziam respeito à violência contra menores de 15 anos (HIJARMEDINA et al, 2003). Uma investigação realizada em 1988 pelo *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) identificou 3.780 crianças canadenses vítimas de diversos tipos de maus-tratos, sendo que destas 13,6% apresentaram lesões físicas moderadas e 4,0% tiveram lesões graves (TROCMÉ et al, 2003). Nos Estados Carolina do Sul e Carolina do Norte, uma pesquisa realizada por telefone com 1.435 mães revelou o uso de abuso físico contra seus filhos em 61 entrevistadas. O estudo estima, ainda, que para cada criança abusada fisicamente, 150 não sejam detectadas (THEODORE et al, 2005). Um inquérito nacional realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 2003, verificou que, de cada oito crianças e adolescentes americanos (de dois a 17 anos de idade), um havia sofrido algum tipo de mau-trato (FINKELHOR et al, 2005). Em Hong Kong, um estudo realizado em treze hospitais públicos, entre 1997 e 1999, identificou 592 casos suspeitos de abuso infantil (*HONG KONG MEDICAL COORDINATORS ON CHILD ABUSE*, 2003). Em Temuco, no Chile, uma pesquisa realizada em 422 domicílios revelou o uso da agressão corporal contra os filhos em 252 lares (VIZCARRA et al, 2001).

Diante dos estudos acima apresentados, observa-se uma grande variação de resultados, inclusive se comparados aos da presente investigação, o que pode ser atribuído às diferentes metodologias aplicadas, características dos próprios serviços pesquisados quanto à sua localização, dinâmica e abrangência, além de características da clientela atendida e população estudada, principalmente em razão das faixas etárias trabalhadas. Considerando-se os resultados obtidos em 2006, os números relativamente maiores de atos violentos contra os menores de 15 anos em Londrina, quando comparados às estatísticas

apresentadas acima, podem também estar relacionados ao fato de terem sido coletados, em grande parte, diretamente nos Conselhos Tutelares, cujo reconhecido papel de proteção à criança e adolescente resulta em uma demanda mais significativa.

4.2.3 A proporção de casos de violência na população menor de 15 anos

Os 607 casos de violência estudados em menores de 15 anos residentes em Londrina, no ano de 2002, representaram uma proporção de 0,5% na mesma faixa etária e ano. Os casos de 2006 (1013 casos), por sua vez, revelaram uma proporção de 0,8%, resultando num aumento de 60,0% entre os dois anos de estudo.

Trata-se, entretanto, de uma incidência mínima, referente apenas àquela parcela que chega aos Conselhos Tutelares e aos serviços de atendimento. Sabe-se que outra grande parcela permanece desconhecida pela falta de notificação.

O aumento da violência na população estudada ao decorrer do tempo coincide com estudos da área que apontam para um aumento significativo da violência nos últimos anos (SANTORO Jr, 1994; ASSIS e SOUZA, 1995; MENEGUEL, 1995; LIMA e XIMENES, 1998; FREITAS et al, 2000; PASCOLAT et al, 2001; BRENES, 2001; McALISTER et al, 2001; MENDONÇA et al, 2002; GOMES et al, 2002a; REICHENHEIM e MORAES, 2003; GARDNER et al, 2003). Entretanto, há que se considerar a possibilidade do aumento das notificações e a mudança na legislação que determina notificação obrigatória dos casos suspeitos, o que poderia levar à falsa interpretação de aumento da violência.

Muitos autores ainda apontam que a real incidência da violência contra crianças e adolescentes ainda é desconhecida em virtude da dificuldade da criança em revelá-la e por tratar-se de um fenômeno encoberto pela família e sociedade, além da inadequada vigilância e dificuldade dos profissionais em diagnosticar e notificar o evento (MINAYO, 2001; ARCOS et al, 2003; RIBEIRO et al, 2004; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005).

Neste sentido, MINAYO (2001) destaca que as notificações por violência contra crianças e adolescentes ainda não constituem uma cultura internalizada na sociedade brasileira, o que acarreta desconhecimento de sua magnitude e seu impacto (ARCOS et al, 2003), resultando em estatísticas que não representam dados absolutos (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005) e sendo tratada como problema dos âmbitos íntimo e privado das famílias (MINAYO, 2002).

Para estudiosos da área, a violência contra menores se mantém oculta no interior dos lares, encoberta pelo medo e constrangimento, fazendo com que muitos dos atos de

violência praticados e testemunhados contra crianças e adolescentes não sejam levados ao conhecimento das autoridades, gerando um sentimento de tolerância e cumplicidade, contribuindo para menor visibilidade da violência praticada contra menores (SANTOS, 2002; GOMES et al, 2002b).

Apesar de a notificação ser importante no combate à violência (produzindo benefícios para os casos notificados) e constituir-se em instrumento de controle epidemiológico (GONÇALVES e FERREIRA, 2002), a sub-notificação da violência ainda é uma realidade de muitos países, reconhecida culturalmente como um processo de punição e não como um processo de assistência e auxílio, prejudicando o verdadeiro dimensionamento dos eventos violentos (RIBEIRO et al, 2004). Estima-se que para cada 20 casos de violência contra crianças e adolescentes, apenas um caso seja denunciado, o que confirma o grande índice de sub-notificação (PASCOLAT et al, 2001; OLIVEIRA et al, 2003).

Uma vez que nem todos os casos são notificados, os resultados aqui apresentados representam apenas uma aproximação da realidade.

Na comparação com outros estudos brasileiros, não foram observados relatos referentes à taxa de incidência, impossibilitando a comparação de resultados. Várias investigações caracterizam o evento da violência contra criança e adolescente, porém não apresentam a incidência com base na população total, restringindo-se a instituições específicas. Outros trazem índices referentes à mortalidade por violência e não à morbidade, como no presente estudo. Em estudos internacionais, observou-se que nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, o Serviço de Proteção à Criança do país apontou uma incidência de abuso ou negligência em crianças de 1,2% em 2001, índice que vem decrescendo desde 1986, quando era de 2,3% (AMERICAN HUMANE ASSOCIATION, 2001). Ainda assim, verifica-se uma incidência menor no presente estudo, se comparada à dos EUA, o que pode ser atribuído às diferenças quanto à população e ano de estudo, além da provável melhor qualidade da notificação naquele país.

4.2.4 Os denunciante

Em relação aos denunciante, os dados revelaram que os familiares (entre eles a mãe da vítima), os profissionais de saúde, a escola, vizinhos/comunidade e anônimos figuraram entre os principais notificadores da violência praticada contra menores de 15 anos, tanto nos casos de 2002 como de 2006 (Tabela 8). Observou-se, ainda, a baixa participação da própria vítima como denunciante (3,0% em 2002 e 0,5% em 2006).

Necessário esclarecer que, durante o processo de revisão do banco de dados, para os casos em que houve mais de uma notificação por diferentes denunciante, considerou-se, para o estudo, o denunciante da primeira notificação.

Tabela 8 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.

Denunciante	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	254	41,8	479	41,9
Mãe	128	21,1	272	26,8
Pai	13	2,1	26	2,6
Avós	46	7,6	37	3,6
Irmãos	2	0,4	1	0,1
Outros parentes	13	2,1	27	2,4
Familiar não especificado	52	8,6	116	11,4
Profissional de saúde	121	19,9	240	23,7
Escola	92	15,2	104	10,3
Vizinhos e comunidade	67	11,0	132	13,0
Anônimo	41	6,7	46	4,5
Própria vítima	18	3,0	5	0,5
Amigo(a) da família	3	0,5	-	-
Outro	9	1,5	4	0,4
Outro Conselho Tutelar	2	0,3	-	-
Não informado	-	-	3	0,3
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Resultados similares foram encontrados por DESLANDES (1994), cujo estudo junto aos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMIs), no Estado de São Paulo, revelou a participação dos serviços de saúde (7,0 a 24%), das escolas (4,0 a 10,0%) e dos familiares (21,3%) nas notificações. Entretanto, a participação de anônimos (25,2%) no referido levantamento se deu em proporções um pouco maiores em relação à presente casuística. A mãe como responsável pelo maior número de denúncias (29,0%) e proporções similares de denúncias por vizinhos (6,2%) também foi verificado por CAVALCANTI (1999b) em levantamento junto ao Conselho Tutelar de Niterói. Quanto à denúncia realizada pela própria vítima, frequências maiores (14,0%) foram encontradas por CAVALCANTI (1999b), porém não muito significativas em relação ao total.

Apesar da presença da mãe como notificadora, sua frequência pode ser considerada ainda baixa (em torno de 20,0% no presente estudo), o que pode estar relacionado com a tendência em ocultar a violência no próprio núcleo familiar, num

verdadeiro pacto de silêncio (SANTORO Jr, 1994; DE LORENZI et al, 2001; DREZETT et al, 2001). PFEIFFER e SALVAGNI (2005) ainda destacam que, muitas vezes, a mãe não denuncia a violência na tentativa de manter a estabilidade familiar e sua representação social, o que contribui para o tímido número de denúncias pela mãe da vítima, gerando um sub-registro importante (HIJAR-MEDINA et al, 2003).

Já a notificação pelas escolas e profissionais de saúde, em proporções consideradas ainda baixas, vincula-se à obrigatoriedade e aplicação de multa de três a vinte salários de referência em casos de omissão da notificação e o dobro em reincidências, segundo artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Apesar da obrigatoriedade legal de notificação, talvez colabore para a baixa proporção de denúncias, por estes profissionais, a desinformação, o medo de represálias por parte das famílias, além do não reconhecimento de seu papel frente à violência no segmento infanto-juvenil (DESLANDES, 1994; CAVALCANTI, 1999b).

A escola é apontada pelos autores como um espaço fundamental para detecção do abuso, pois o convívio diário com a criança e adolescente proporciona oportunidades ímpares de observação e intervenção (BASTOS e ALCÂNTARA, 2004). Os professores, pela facilidade de perceber e rastrear casos suspeitos, compõem a linha de frente no combate aos maus-tratos na infância e adolescência (CRENSHAW et al, 1995). Neste contexto, é preciso consolidar a concepção de que os educadores desempenham papel ativo na prevenção e enfrentamento da violência contra menores. Para tanto, fazem-se necessários investimentos e estratégias que visem melhor preparar os professores para detecção e manejo dos casos de maus-tratos contra as crianças e adolescentes.

Quanto à notificação pelos profissionais de saúde, muitos autores destacam o importante papel que a equipe de saúde desempenha ao atender uma suposta vítima de violência por ação ou omissão (ASSIS, 1994; FERREIRA et al, 1999; MINAYO, 2001; CARMO e HARADA, 2006; PFEIFFER e HIRSCHHEIMER, 2007). Entretanto, a identificação e abordagem da violência nos serviços de saúde ainda são cercadas por algumas dificuldades e incertezas (SCHERER e SCHERER, 2000; MOURA e REICHENHEIM, 2005), além da sensação de perplexidade e impotência por parte dos profissionais diante da precariedade dos Conselhos Tutelares e serviços de retaguarda (MINAYO e ASSIS, 1994; GONÇALVES e FERREIRA, 2002). Associado a estes fatores, os profissionais de saúde temem notificar o ato violento contra a criança ou adolescente devido às implicações legais e éticas que envolvem estas circunstâncias (GONÇALVES e FERREIRA, 2002; HIJAR-MEDINA et al, 2003). Diante deste complexo contexto da

notificação pelos serviços de saúde e, ainda, por constituir-se em importante espaço de revelação da violência familiar (MOURA e REICHENHEIM, 2005), torna-se imprescindível proporcionar debates e treinamento adequado destes profissionais para que possam reconhecer o seu papel, detectar e proporcionar atendimento efetivo frente à violência infanto-juvenil (GOMES et al, 2002b; FERREIRA, 2005), bem como promover a conscientização de que a não intervenção pode resultar em reincidências dos maus-tratos praticados contra a criança ou adolescente (ASSIS e SOUZA, 1995; MARMO, 1999).

Quanto às notificações anônimas, muitas vezes feitas por conhecidos ou pessoas que não querem se envolver, DE LORENZI et al (2001) destacam a dificuldade, nestes casos, em obter detalhes que ajudem a confirmar a violência devido à falta de informações concretas ou pelo medo do denunciante de que as informações fornecidas por ele levem à sua identificação. Por outra ótica, entretanto, o anonimato tem por objetivo proteger o denunciante de possíveis represálias por parte do agressor. Neste sentido, preservar a identidade do denunciante constitui-se em direito que deve ser respeitado. Entretanto, campanhas de orientação talvez possam ajudar a esclarecer a importância de informações detalhadas que possam caracterizar melhor as circunstâncias em que o abuso é cometido.

A denúncia realizada pela própria vítima, por sua vez, envolve fatores mais complexos. A criança ou adolescente vítima de abuso, em função de sua estrutura psicológica, tem dificuldade em entender e identificar uma circunstância de violência, não conseguindo relatar o fato para terceiros (MORALES e SCHRAMM, 2002; RIBEIRO et al, 2004). Mesmo que consiga verbalizar a ocorrência, a criança se depara com a falta de crédito das pessoas em relação ao que diz, submetendo-a ainda mais ao poder do agressor e perpetuando a agressão por mais tempo. Para os autores, é preciso considerar que a criança dificilmente mente deliberadamente sobre um abuso, a menos que seja para negá-lo quando se encontra sob ameaças ou sedução ou, ainda, por medo de ser castigada, não acreditada e não protegida (SCHERER e SCHERER, 2000). Aliado a isto, HIJAR-MEDINA et al (2003) ainda destacam que o temor da criança em denunciar seus próprios familiares e o impacto da denúncia na desintegração familiar constituem fatores que dificultam a denúncia pela própria vítima. Levando-se em consideração, ainda, que até que a criança consiga relatar a violência à qual vem sendo submetida já se transcorreu muito tempo, o risco de já haver conseqüências emocionais, físicas e psicológicas é muito grande. Diante desta severa realidade, tornam-se imprescindíveis medidas e estratégias de prevenção junto às escolas e comunidades no sentido de alertar para os sinais da violência contra a criança, uma vez que há muita dificuldade da mesma em denunciar o evento.

É preciso, ainda, ressaltar a importância da notificação nos meios de comunicação e entre a comunidade científica, pois a denúncia ajuda a dimensionar a questão da violência, constituindo-se em importante instrumento de política pública. Neste aspecto, GONÇALVES e FERREIRA (2002) destacam que, através da notificação, é possível desenvolver pesquisas que ajudam conhecer a dinâmica do evento violento e, com isto, determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência.

4.3 ASPECTOS GERAIS DA VIOLÊNCIA

Os resultados apresentados a seguir permitem analisar a violência cometida contra menores de 15 anos segundo algumas características das vítimas, de suas famílias, dos agressores e das violências propriamente ditas.

4.3.1 Algumas características das vítimas

Neste capítulo são analisadas as características das vítimas segundo o sexo, a idade, escolaridade, região de residência e inserção na família.

▪ Sexo e Idade

O sexo feminino predominou em relação ao masculino, representando 56,7% do total no ano de 2002 e 63,3% em 2006, em uma razão de 1,3 (em 2002) e 1,7 (em 2006) meninas para cada menino ou, ainda, numa razão de masculinidade de 0,8 (em 2002) e 0,6 (em 2006) meninos para cada menina.

Em 2002, no sexo masculino predominou a idade de seis anos (19,0%) enquanto que no sexo feminino a maior parte das vítimas tinha dois anos de idade (14,85). Em 2006, a maior frequência se deu aos cinco anos de idade para os meninos (19,6%) e aos quatro anos para as meninas (17,2%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

a idade das vítimas: Londrina, 2002 e 2006.							
Ano	Idade da vítima	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 1 ano	6	2,3	7	2,0	13	2,1
	1 ano	11	4,2	7	2,0	18	3,0
	2 anos	7	2,7	51	14,8	58	9,5
	3 anos	13	4,9	42	12,2	55	9,1
	4 anos	32	12,2	48	13,9	80	13,2
	5 anos	36	13,7	20	5,8	56	9,2
	6 anos	50	19,0	26	7,6	76	12,5
	7 anos	30	11,4	20	5,8	50	8,2
	8 anos	21	8,0	13	3,8	34	5,6
	9 anos	10	3,8	10	2,9	20	3,3
	10 anos	23	8,7	18	5,2	41	6,7
	11 anos	12	4,6	19	5,5	31	5,1
	12 anos	7	2,7	22	6,4	29	4,8
	13 anos	3	1,1	16	4,6	19	3,1
	14 anos	2	0,8	25	7,3	27	4,4
	Total	263	100,0	344	100,0	607	100,0
2006	< 1 ano	-	-	5	0,8	5	0,5
	1 ano	7	1,9	11	1,7	18	1,8
	2 anos	20	0,6	64	10,0	84	8,3
	3 anos	27	7,3	71	11,1	98	9,7
	4 anos	42	11,3	110	17,2	152	15,0
	5 anos	73	19,6	58	9,0	131	12,9
	6 anos	64	17,2	83	12,9	147	14,5
	7 anos	32	8,6	38	5,9	70	6,9
	8 anos	35	9,4	46	7,2	81	8,0
	9 anos	18	4,8	28	4,4	46	4,5
	10 anos	20	5,4	43	6,7	63	6,2
	11 anos	14	3,8	20	3,1	34	3,4
	12 anos	4	1,1	27	4,2	31	3,1
	13 anos	9	2,4	16	2,5	25	2,5
	14 anos	7	1,9	21	3,2	28	2,8
	Total	372	100,0	641	100,0	1013	100,0

A figura 4 mostra a distribuição dos casos de violência por faixa etária e sexo, o que permite observar facilmente o maior número de casos masculinos aos seis anos de idade (em 2002) e aos cinco (em 2006), enquanto a maior proporção de casos femininos encontra-se aos dois anos (em 2002) e aos quatro anos de idade (em 2006).

Figura 4 – Distribuição proporcional (%) dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

A partir da distribuição dos menores de 15 anos vítimas de violência notificada segundo o sexo e a idade, e conhecendo a estimativa da população menor de 15

anos residente no município no mesmo ano, calculou-se o coeficiente de incidência para a idade e o sexo, estimando-se o risco de ocorrência de violência em menores de 15 anos, nos anos de 2002 e 2006 (Figura 5). O coeficiente está calculado para cada 1.000 crianças.

É possível observar o expressivo aumento dos coeficientes entre um ano e outro, principalmente dos dois aos seis anos de idade para as meninas e dos cinco aos seis anos para os meninos. Em 2002, a faixa etária de maior risco de sofrer violência foi de dois a quatro anos para as meninas (coeficientes de 13,5 a 12,5 por 1.000 crianças) e aos seis anos para os meninos (coeficiente de 12,7 por 1.000). Em 2006, o maior coeficiente foi observado aos quatro e seis anos para as meninas (26,7 e 19,9, respectivamente) e dos cinco aos seis anos para os meninos (coeficientes de 16,5 e 15,1).

Observa-se que, para o ano de 2002, o coeficiente no sexo feminino é maior que o masculino entre os menores de um ano e dos dois aos quatro anos de idade. Aos cinco anos, ocorre uma inversão, prevalecendo coeficientes maiores para o sexo masculino até os oito anos e idade. Aos nove anos novamente o sexo feminino concentra maiores coeficientes em relação ao sexo masculino, invertendo-se novamente aos 10 anos. A partir dos 11 anos de idade, os coeficientes femininos permanecem mais elevados em relação ao outro sexo. Já em 2006, os coeficientes femininos são superiores aos masculinos, exceto na idade de cinco anos (Figura 5). Observa-se uma queda expressiva dos coeficientes masculinos a partir dos sete anos de idade, tanto em 2002 como em 2006.

Figura 5 – Coeficientes de incidência da violência notificada contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

O predomínio do sexo feminino entre as vítimas de violência também foi observado por BRITO et al (2005), que, ao analisar as famílias atendidas pelo CRAMI, em São José do Rio Preto, encontrou frequência do sexo feminino em 60,0% dos casos. Semelhantemente à presente investigação, o autor também relata em seu estudo a variação dos sexos conforme a idade, com predomínio do sexo masculino até sete anos, ocorrendo aí uma inversão, onde o sexo feminino passa a predominar. Dados similares também foram

revelados em outros trabalhos da área em que houve predomínio do sexo feminino (CAVALCANTI, 1999b; LOPES e TAVARES Jr., 2000; WEBER et al, 2002; OLIVEIRA, 2006).

Alguns autores relacionam a maior incidência de violência no sexo feminino com fatores culturais, que historicamente sempre impuseram a este sexo condições de abuso, exploração e discriminação socialmente aceitas (RICAS et al, 2006). Os autores ainda ressaltam a dificuldade de discussão a respeito do tema entre países, pois os diferentes padrões culturais nem sempre consideram abuso da mesma forma. Como exemplo, alguns países da África e Oriente Médio ainda realizam a mutilação sexual nas meninas como prática transmitida culturalmente de geração em geração. Alguns autores trazem, ainda, que o sexo não é uma variável que determina a ocorrência de maus-tratos entre crianças e adolescentes (DESLANDES, 1994; PASCOLAT et al, 2001). Para outros, entretanto, as questões de gênero e desigualdade impõem maior risco para as meninas (OLIVEIRA, 2006). Outro fator a ser considerado em relação ao sexo é a questão da maior notificação quando se trata de meninas. Ao mesmo tempo, a maior capacidade de defesa, baseada na força física dos meninos, pode explicar a menor incidência no sexo masculino e sua expressiva queda observada a partir dos sete anos de idade no presente estudo.

Em relação à idade, os coeficientes mais elevados foram observados na idade de quatro anos, tanto em 2002 com em 2006 (coeficiente de 10,1 por 1.000 em 2002 e de 17,9 por 1.000 em 2006). Para as meninas, a partir das notificações, o maior risco de sofrer violência se deu aos dois anos em 2002 (coeficiente de 13,5) e aos quatro anos em 2006 (coeficiente de 26,7). Entre os meninos, o coeficiente é mais elevado aos seis anos em 2002 (coeficiente de 12,7) e aos cinco anos de idade em 2006 (coeficiente de 16,5).

Poucos trabalhos brasileiros trazem a taxa de incidência em cada faixa etária, calculada em relação à população total, restringindo-se a instituições específicas, o que dificultou a comparação.

Alguns trabalhos trazem maior proporção de violência em faixas etárias semelhantes às do presente estudo, como, por exemplo, GOMES et al (1999a), que ao estudarem 105 fichas do CLAVES, observaram predomínio de violência doméstica nas idades de cinco, quatro e dois anos. DESLANDES (1994) também identificou a idade de zero a seis anos como a mais vitimizada (41,0% a 45,0%) entre todas as crianças atendidas pelos CRAMIs, no Estado de São Paulo. Entre as crianças internadas por maus-tratos no Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, a maior frequência verificou-se entre os menores de três anos (LOPES e TAVARES JR., 2000). Estudo junto ao SOS Criança de

Curitiba revelou que a faixa etária com mais casos de violência foi a de zero a quatro anos (WEBER et al, 2002).

A maior incidência de violência contra faixas etárias menores de sete anos fundamenta-se na incapacidade das crianças menores em escapar ou se defender do abuso. Além disto, a característica destas crianças de dependência do adulto para sua subsistência, bem como sua fragilidade física e de personalidade, as tornam alvos fáceis do poder dos adultos, levando à incidência encontrada no presente estudo.

Apesar da incidência baixa, chama a atenção a presença de casos entre os menores de um ano de idade, fase considerada de total dependência, fragilidade e de nenhuma capacidade de defesa. Neste sentido, a prevenção durante o pré-natal, parto e puerpério torna-se fundamental, a fim de se identificar situações de risco para a violência e promover ações de intervenção imediatas e efetivas, contribuindo, assim, para evitar a agressão nesta faixa etária tão frágil.

▪ **Região de residência**

No ano de 2002, os menores de 15 anos vítimas de violência notificada em Londrina residiam com maior proporção na Região Norte do município (35,6%), seguida pela Região Sul (23,2%). Em 2006, a região Norte permanece com a maior proporção, entretanto, a Região Oeste passa a ser a segunda colocada (21,6%), seguida pela Região Centro (16,9%) (Figura 6).

Figura 6 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a região de residência das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Apesar das frequências encontradas em relação à região de residência das vítimas, é preciso destacar que essa distribuição não estima o risco de violência em cada região, uma vez que o desconhecimento do número de menores de 15 anos em cada região não permitiu que se calculassem os coeficientes de incidência para cada área. Ainda assim,

as frequências absolutas e relativas acima especificadas podem contribuir para que os serviços locais planejem e implantem medidas de atendimento à demanda de cada área.

Além de conhecer a região de residência das vítimas, torna-se interessante observar se as vítimas de cada região recorreram ao Conselho Tutelar de sua área ou não. Neste sentido, a tabela 19 apresenta a região de residência das vítimas segundo o Conselho Tutelar ou serviço utilizado, nos anos de 2002 e 2006. Observa-se que nem sempre foi acionado o Conselho Tutelar da área de residência da vítima, sendo que os residentes da Região Norte procuraram seu respectivo Conselho Tutelar em 68,1% dos casos. Na Região Sul, o Conselho Tutelar da área foi procurado por seus residentes em 58,2% dos casos e o do Centro atendeu casos de violência de sua região em 50,8% das notificações daquela região. Interessante observar que estas proporções aumentam no ano de 2006.

O fato de nem sempre o primeiro atendimento ser feito na região de residência da criança pode revelar o temor do denunciante em ser identificado pela comunidade ou, ainda, a tentativa de que o caso seja tratado por outro Conselho que não o da sua região para evitar exposição da criança ou família.

Há que se destacar, ainda, a importância da criação de Conselhos Tutelares nas Regiões Leste e Oeste, cujas notificações foram feitas nos Conselhos Tutelares Sul e Norte, respectivamente, demonstrando a necessidade de locomoção nestes casos.

Não foram encontrados estudos que possibilitassem a comparação de resultados.

(TABELA HORIZONTAL 10)

▪ Escolaridade

A tabela 11 distribui os casos de violência conforme a escolaridade das vítimas, que concentra proporções maiores de vítimas com ensino fundamental incompleto, em 2002 (41,3%), e vítimas sem idade escolar, em 2006 (43,8%). Apesar de alternarem-se nos dois anos analisados, as duas frequências mais altas são de crianças sem idade escolar e com ensino fundamental incompleto. Apesar de sua baixa frequência, chama a atenção a presença de crianças de ensino especial (0,5% nos dois anos).

Tabela 11 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a escolaridade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Escolaridade da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Sem idade escolar	238	39,2	444	43,8
Pré-escola	100	16,5	188	18,6
Fundamental incompleto	251	41,3	365	36,0
Fundamental completo	6	1,0	3	0,3
Médio incompleto	3	0,5	3	0,3
Médio completo	0	0,0	0	0,0
Nunca estudou	4	0,7	2	0,2
Ensino especial	3	0,5	5	0,5
Não informado	1	0,2	3	0,3
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Torna-se necessário esclarecer que foi considerada a escolaridade relatada no prontuário, não sendo possível verificar se a criança tinha escolaridade compatível com a idade. Ainda, é preciso considerar a possibilidade de crianças já freqüentarem a pré-escola mesmo sem idade escolar, bem como as crianças que tinham idade escolar, mas nunca haviam estudado.

Poucos trabalhos relacionam a presença de lesão intencional com a escolaridade das vítimas. No México, um estudo transversal nos serviços de urgência de hospitais públicos mostra que, entre as vítimas de violência familiar, 33,3% tinham o nível primário e 66,7% haviam estudado até o nível médio (HIJAR-MEDINA et al, 2003). Todavia, o estudo abrange todas as faixas etárias, não analisando separadamente o grupo infantil, o que inviabiliza comparações com os resultados desta pesquisa.

Considerando que a população de estudo é composta por menores de 15 anos, com predomínio de vítimas abaixo de seis anos de idade, a baixa escolaridade está intimamente relacionada com a baixa idade da população estudada, embora possam existir

crianças e adolescentes que nunca tenham ido à escola ou que se encontrem em nível não condizente com a idade. Neste sentido, MINAYO (2001), ao analisar a questão social da violência, destaca a precária condição educacional das crianças e adolescentes brasileiros, cujo atraso escolar toma proporções significativas, levando a uma defasagem idade/série muito elevada.

Quanto à presença de agressão contra crianças de ensino especial, PFEIFFER (2004) discute o grande risco que crianças portadoras de deficiências têm de sofrerem violência e discriminação pelo fato de não corresponderem à imagem do filho sonhado. Para a autora, quanto maiores a dependência e a idade, maior a dificuldade de relacionamento, descontentamento e estresse nos responsáveis. VIZCARRA et al (2001) destacam a presença de necessidades especiais como fator de risco para a violência por parte dos cuidadores em decorrência de sua vulnerabilidade e necessidade de mais proteção. Os deficientes mentais, pela sua incapacidade de discernimento, os deficientes visuais e auditivos, por terem diminuída a capacidade de defesa automática, os deficientes motores, por terem limitações no mecanismo de fuga e defesa, os portadores de Síndrome de Down, pela hipotonia muscular que favorece a síndrome do bebê sacudido, necessitam do apoio de centros de tratamento e reabilitação, pois sem tratamento e apoio adequados, a possibilidade de negligência, abandono, violência física, psicológica e sexual, além de outras formas de discriminação, são muito grandes. Neste contexto, o desenvolvimento de políticas públicas de atenção às crianças especiais torna-se premente, a fim de possibilitar acesso e tratamento dignos a este grupo visando proporcionar qualidade de vida isenta de riscos e violência.

▪ **Inserção na família**

Grande parte das vítimas residia com os ambos os pais (45,6% em 2002 e 33,2% em 2006). Outra parcela só com a mãe (32,9% em 2002 e 28,0% em 2006) ou com a mãe e padrasto (13,0% em 2002 e 28,9% em 2006) (Tabela 12).

Resultados similares foram encontrados por DESLANDES (1994), que ao estudar dados dos CRAMIs no Estado de São Paulo, observou que 40,0% a 50,0% das famílias pesquisadas não contavam com a presença de ambos os pais e que 30,0% a 40,0% viviam somente com a mãe. Em levantamento junto ao SOS Criança de Curitiba, também se verificou que a maior parte das crianças vítimas de maus-tratos residia com pai e mãe (WEBER et al, 2002).

A estrutura familiar tem sido amplamente discutida pelos autores como fator intimamente ligado à questão da violência, associada a fatores como estresse, desemprego, baixa renda e pouca escolaridade, desigualdade social, condições de vida, alcoolismo e drogadição, crise conjugal, entre outros (SANTORO Jr., 1994; MARMO, 1999; REICHENHEIM et al, 1999; MINAYO, 2001; ASSIS et al, 2004). SCHERER e SCHERER (2000) abordam a complexidade da disfunção familiar envolvida nas situações de maus-tratos, nas quais o responsável canaliza na criança suas frustrações e conflitos conjugais. Neste contexto, a partir dos resultados em que a maioria das vítimas não convivia com ambos os pais, fica evidente a importância de que a família seja tratada como alvo de atenção, independente de sua constituição (nuclear ou não), uma vez que o espaço familiar constitui o melhor ambiente para que a criança cresça e se desenvolva.

Tabela 12 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo com quem a vítima reside. Londrina, 2002 e 2006.

Com quem a vítima reside	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Pai e mãe	277	45,6	336	33,2
Só mãe	200	32,9	293	28,0
Só pai	4	0,7	17	0,2
Mãe e padrasto	79	13,0	187	28,9
Pai e madrasta	33	5,4	162	16,0
Outro familiar	8	1,3	14	1,4
Sem residência fixa*	2	0,3	-	-
Outro	3	0,5	3	0,3
Ignorado	1	0,2	-	-
Não informado	-	-	1	0,1
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

*morador de rua ou mora cada época com uma pessoa.

Quase que a totalidade das vítimas (97,7% em 2002 e 98,3% em 2006) tinha como responsável por elas um dos pais (Tabela 13). Entre outros responsáveis pela criança, observam-se os avós e outros parentes como irmã e tios.

É preciso esclarecer que o fato do pai ou mãe ser responsável pela criança não significa necessariamente que a criança resida com eles.

Não foram encontrados estudos sobre violência contra criança e adolescente que trouxessem esta variável em sua análise.

Os resultados apontam que, mesmo frente à grande proporção de pais separados, como visto na seção anterior, a responsabilidade pela criança ou adolescente

permaneceu com um dos pais. Atualmente, com as mudanças de comportamento que substituíram o modelo de família nuclear, a família é considerada pelos autores como um espaço de relações primárias (DESLANDES, 1994) e como a unidade básica de crescimento e desenvolvimento da criança (SANTOS, 2002), independente de sua composição. Entretanto, apesar das vítimas deste estudo terem os pais (ou um deles) como responsável em garantir sua proteção e cuidados, este fato não impediu que as mesmas fossem vítimas de violência, o que alerta para a necessidade de se trabalhar a prevenção da violência a partir das famílias, uma vez que os lares são considerados como o primeiro espaço para intervenções e mudanças (MINAYO, 2001).

Tabela 13 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o responsável pela vítima. Londrina, 2002 e 2006.

Responsável pela vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Pais (pai ou mãe)	593	97,7	996	98,3
Avó	8	1,3	6	0,6
Avô	2	0,3	-	-
Madrasta	-	-	3	0,3
Irmã	1	0,2	-	-
Tios	1	0,2	6	0,6
Outro	2	0,3	1	0,1
Não informado	-	-	1	0,1
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

A tabela 14 apresenta a posição da vítima na família e permite observar que a violência recai com maior frequência sobre o primeiro filho (27,3% em 2002 e 33,9% em 2006), seguido pelo segundo filho (24,7% em 2002 e 22,3% em 2006) e pelo filho único (16,0% e 16,9% nos anos de 2002 e 2006, respectivamente).

Tabela 14 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a posição da vítima na família. Londrina, 2002 e 2006.

Posição da vítima na família	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Primeiro filho	166	27,3	334	33,0
Segundo filho	150	24,7	226	22,3
Terceiro filho	44	7,2	64	6,3
Acima terceiro filho	14	2,3	8	0,8
Filho único	97	16,0	171	16,9
Filho adotivo	2	0,3	1	0,1
Não informado	134	22,1	209	20,6
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

A prática do abuso sobre o filho primogênito também foi observada por RIBEIRO et al (2004), ao estudarem as fichas de atendimento do Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA) e do Conselho Tutelar de Ribeirão Preto. DESLANDES (1994) já havia verificado tal ocorrência e PASCOLAT et al (2001), ao analisarem os registros do SOS criança de Curitiba, observaram que 59,6% dos casos de agressão de deram nos filhos mais velhos.

Para os autores, embora todos os filhos estejam sujeitos à violência, a escolha de um deles, normalmente o primogênito, como alvo principal de abuso, é comum e ocorre em função de características pessoais atribuídas a ele pelo seu agressor.

É preciso ressaltar, entretanto, que o número de filhos vem decrescendo ao longo dos anos (em 1950 o número de filhos por mulher era, em média, 5,8 e em 2000 foi de 2,1), o que alerta para a necessidade de se examinar os resultados encontrados com cautela.

4.3.2 Algumas características das famílias

Neste capítulo são analisadas as características das famílias das vítimas segundo o número de membros, o número de irmãos da vítima, o número de vítimas na casa e características dos pais da vítima (idade, escolaridade, profissão, ocupação, renda e estado civil).

▪ Número de membros

As vitimizações ocorreram em maior número nas famílias com três membros (21,2% em 2002 e 26,6% em 2006), seguidas pelas famílias com quatro (25,2% em 2002 e 27,4% em 2006) e cinco membros (13,3% em 2002 e 10,4% em 2006) (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de membros na família das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Número de membros na família das vítimas	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Dois	36	5,9	60	5,9
Três	129	21,2	270	26,6
Quatro	153	25,2	278	27,4
Cinco	81	13,3	105	10,4
Seis	59	9,7	43	4,2
Acima de seis	20	3,3	13	1,3
Ignorado	1	0,2	-	-
Não informado	128	21,1	244	24,1
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Aqui também é válida a observação anterior segundo a qual o número de membros das famílias tem diminuído com o decorrer dos anos, o que, de alguma maneira, pode explicar a concentração da frequência em famílias com três ou quatro membros.

Os resultados encontrados por DESLANDES (1994) e RIBEIRO et al (2004), o primeiro junto ao Conselho Tutelar de Ribeirão Preto e o segundo junto aos CRAMIs do Estado de São Paulo, apontaram que a agressão contra as crianças e adolescentes ocorreram em famílias numerosas. Porém, no presente estudo, não é possível fazer tal afirmação.

Alguns autores debatem a questão das famílias numerosas contribuírem com a maioria dos casos registrados, por terem sua renda diminuída, com elevado nível de estresse, pressões e frustrações que a miséria ocasiona (DESLANDES, 1994; SCHERER e SCHERER, 2000). Sabe-se que as situações de miséria facilitam a ocorrência da violência (RIBEIRO et al, 2004). Contudo, é preciso destacar que os maus-tratos na infância estão interligados numa rede de fatores, com questões culturais, sociais, estruturais, econômicas, psicológicas, entre outras, que devem ser analisadas em conjunto (MINAYO, 2001). Desta forma, o número elevado de membros nas famílias das vítimas, apesar de favorecer a presença da agressão segundo alguns estudos, deve ser analisado pareado com outros fatores que as envolvem.

▪ Número de irmãos

Ao distribuir os casos de violência entre menores de 15 anos segundo o número de irmãos (Tabela 16), observou-se uma maior parcela de vítimas com um irmão (34,9% em 2002 e 39,8% em 2006), apesar do número de prontuários que não continham esta informação (20,4% em 2002 e 24,2% em 2006).

É preciso esclarecer que o número de membros da família, resultado discutido anteriormente, não representa obrigatoriamente o número de irmãos, tendo em vista que as famílias possam ser compostas por outros membros que não exclusivamente os filhos.

RIBEIRO et al (2004) observaram maior presença de agressão em famílias com três e quatro filhos. DESLANDES (1994) também observou que cerca de 80,0% das famílias investigadas tinham dois ou mais filhos. Porém, o corte no número de irmãos não coincide com o adotado no presente estudo, o que dificulta a comparação de resultados.

Já CARMO e HARADA (2006) não encontraram associação entre o número de filhos do casal e o uso de violência física, porém a referida pesquisa constitui-se de entrevista com pais e limitou-se a algumas situações propostas do cotidiano, o que pode ter gerado resultados diferentes aos estudos citados anteriormente.

A maior frequência de vítimas com um irmão também deve ser analisada com cautela, tendo em vista a redução do número de filhos nas últimas décadas, já discutida anteriormente, o que pode ter contribuído para os resultados encontrados.

Tabela 16 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de irmãos da vítima. Londrina, 2002 e 2006.

Número de irmãos da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum	104	17,1	185	18,3
Um	212	34,9	403	39,8
Dois	94	15,5	122	12,0
Três	51	8,4	46	4,5
Quatro	12	2,0	7	0,7
Cinco	4	0,7	5	0,5
Seis	3	0,5	-	-
Acima de seis	2	0,3	-	-
Ignorado	1	0,2	-	-
Não informado	124	20,4	245	24,2
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

▪ Número de vítimas na casa

A tabela 17 mostra os casos de violência segundo o número de vítimas na casa e refere-se a uma vítima quando a criança estudada era a única vítima na família. Apesar de a proporção em que os prontuários não traziam esta informação (20,1% em 2002 e 23,3% em 2006), pode-se observar maior proporção de duas vítimas (33,8% em 2002 e 37,6% em 2006), seguida pelos casos em que havia apenas uma vítima na família, ou seja, apenas a criança ou adolescente do presente estudo (27,8% em 2002 e 26,5% em 2006). Em 52,1% dos casos analisados, observou-se que havia mais de uma vítima no núcleo familiar.

Tabela 17 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de vítimas na casa. Londrina, 2002 e 2006.

Número de vítimas na casa	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Uma	169	27,8	268	26,5
Duas	205	33,8	381	37,6
Três	65	10,7	92	9,1
Quatro	38	6,3	31	3,1
Mais de quatro	8	1,3	5	0,5
Ignorado	1	0,2	1	0,1
Não informado	121	19,9	235	23,2
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Interessante esclarecer que a presença de mais de uma vítima na casa não implica necessariamente que as outras vítimas sejam outras crianças ou adolescentes, nem que seja o mesmo agressor ou as mesmas circunstâncias e nem que, ainda que seja o mesmo agressor, ele tenha o mesmo vínculo com as outras vítimas.

Ainda assim, muitos autores destacam que quando a violência é praticada pelos próprios pais, a agressão se estende a vários membros da família, caracterizando a violência doméstica onde todos acabam sofrendo maus-tratos, embora com diferenciações hierárquicas (SANCHEZ e MINAYO, 2004). Além disto, dificilmente ocorre apenas uma vítima, o que alerta para a necessidade de se examinar os irmãos e demais membros ao se suspeitar de uma situação de violência.

Outro estudo também verificou grande frequência em que a agressão se estendeu a mais de um dos filhos na família (DESLANDES, 1994). RIBEIRO et al (2004) já não encontraram estes resultados, sendo que a agressão se manteve em uma única vítima, porém trata-se de estudo especificamente em relação à agressão sexual, em que as características e circunstâncias diferem um pouco dos outros tipos de violência, o que pode ter gerado resultados divergentes aos da presente pesquisa.

O fato de a agressão envolver mais de uma vítima pode estar relacionado, primeiramente, com a constatação de que se trata de famílias numerosas, como discutido na seção anterior, o que favorece a perpetuação da violência em mais de um filho ou outro membro. Além disto, há que se considerar as condições geradoras da violência, que tornam o ambiente doméstico hostil e que tem os filhos como alvos fáceis por sua fragilidade e dependência.

Interessante destacar que a proporção de um irmão (Tabela 16) coincide com a frequência de duas vítimas na casa (Tabela 17) e por famílias compostas por quatro

membros (Tabela 15), o que desperta para a necessidade de se conhecer a relação entre estas variáveis. Neste sentido, a tabela 18 permite analisar conjuntamente o número de vítimas na casa e o número de irmãos. A tabela 19, por sua vez, mostra a relação entre o número de vítimas na casa e o número de membros na família.

É possível perceber que nas famílias onde a vítima tinha um irmão, houve duas vítimas em grande proporção (91,5% em 2002 e 89,8% em 2006) (Tabela 18), aumentando o número de vítimas na medida em que aumenta o número de irmãos, exceto na presença de cinco e seis irmãos quando há uma regular distribuição do número de vítimas. Na presença de mais de seis irmãos, observou-se que em 100,0% dos casos houve mais de quatro vítimas.

Nas famílias compostas por mais de dois membros, o número de vítimas também aumenta na proporção em que aumenta o número de membros, tanto em 2002 como em 2006 (Tabela 19), exceto na presença de mais de seis membros, quando há uma distribuição dispersa do número de vítimas. Nas famílias onde há apenas dois membros (o cuidador e a criança), já era esperado que o número de vítimas se restringisse a apenas uma, como mostra a tabela.

O aumento do número de vítimas à proporção em que aumenta o número de membros na família e o número de irmãos chama a atenção para as condições relacionadas com a violência, como a pobreza, o isolamento social e as precárias condições de vida nas famílias numerosas (DESLANDES, 1994; MARMO, 1999; PASCOLAT et al, 2001; MINAYO, 2001; SCHERER e SCHERER, 2000; GOMES et al, 2002a). Neste aspecto, o enfrentamento da violência exige que se leve em consideração a questão social que a envolve, com medidas não só preventivas de saúde, mas através de medidas estruturais que melhorem as condições de vida, de trabalho, de habitação, de acesso à educação e à saúde, o que para MINAYO (2001) significa respeitar os direitos consagrados na Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

(TABELA HORIZONTAL 18)

(TABELA HORIZONTAL 19)

▪ Os pais

A tabela 20 mostra a faixa etária dos pais da vítima, onde observa-se, nos dois anos de estudo, que a maior frequência se deu na faixa etária de 20 a 24 anos para as mães e de 30 a 34 para os pais, embora haja uma grande proporção de prontuários (uma média de 50,0%) que não continham esta informação.

Tabela 20 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a idade dos pais da vítima. Londrina, 2002 e 2006.

Idade da mãe da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 15 anos	1	0,2	3	0,3
15 a 19 anos	17	2,8	20	2,0
20 a 24 anos	129	21,2	206	20,3
25 a 29 anos	68	11,2	114	11,2
30 a 34 anos	56	9,2	53	5,2
35 a 39 anos	36	5,9	43	4,2
40 anos e mais	18	3,0	47	4,6
Não informado	282	46,4	527	52,0
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Idade do pai da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 15 anos	2	0,3	-	-
15 a 19 anos	0	0,0	2	0,2
20 a 24 anos	18	3,0	9	0,9
25 a 29 anos	56	9,2	62	6,1
30 a 34 anos	96	15,8	109	10,8
35 a 39 anos	56	9,2	108	10,7
40 anos e mais	29	4,8	76	7,5
Não informado	349	57,5	647	64,0
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Faz-se a ressalva de que a idade dos pais verificada no estudo independe de com quem a criança residia. Mesmo nos casos em que a criança não residia com os pais, a idade dos genitores foi registrada e considerada na presente investigação. Além disto, outro fato a considerar é que a idade dos pais registrada nos prontuários independe do fato dos mesmos estarem vivos ou mortos, pois não havia registro se eram falecidos ou não.

Não foram encontrados estudos que analisassem as vítimas de violência segundo a faixa etária dos pais. Alguns estudos, como o de CARMO e HARADA (2006), ao realizarem entrevista com pais de crianças internadas na pediatria de um hospital de ensino em São Paulo com o objetivo de conhecer se os pais utilizariam a violência física para educação de seus filhos, obtiveram uma mediana de idade dos pais de 26 anos de

idade. No entanto, a metodologia aplicada e a população estudada diferem da presente investigação, impossibilitando a comparação de resultados. Outra pesquisa domiciliar realizada numa comunidade urbana em Temuco, Chile, encontrou uma média de idade para as mães de 34 anos, porém também trata-se de entrevista para determinar o uso de violência pelos pais contra seus filhos (VIZCARRA et al, 2001).

A idade dos pais tem sido vista por alguns autores como um fator de risco para a violência praticada contra a criança e adolescente, visto que os pais muito jovens, com filhos não desejados, constituem situação que predispõe a ocorrência dos maus-tratos (BRENES, 2001; PIRES e MIYAZAKI, 2005). CARMO e HARADA (2006) não encontraram associação entre a idade dos pais e a prática da violência contra a criança, porém destacam a possibilidade da maior ocorrência de agressão pelas mães jovens em decorrência da perda de liberdade e de novas responsabilidades. Embora a faixa etária de 20 a 24 anos de idade para as mães possa ser considerada uma faixa etária jovem, a alta frequência de fichas sem este dado prejudicou a análise desta variável no presente estudo. Ainda assim, é possível chamar a atenção para a necessidade de acompanhamento de mães adolescentes já durante o pré-natal a fim de detectar situações de risco para a violência, bem como a importância de apoio e assistência adequada no puerpério e puericultura.

Quanto ao estado civil os pais, observou-se que grande parte (51,9% em 2002 e 65,1% em 2006) eram separados, seguidos pelos casados (42,3% em 2002 e 31,6% em 2006). Poucos eram companheiros (4,8% em 2002 e 2,4% em 2006) e o restante não informado (1,0% em 2002 e 0,9% em 2006).

DESLANDES (1994) também verificou que grande parte das crianças e adolescentes vítimas de violência (30,0% a 40,0%) residiam somente com a mãe e coloca a ausência do pai como fator agravante para a pobreza, o que pode contribuir para a violência doméstica. Em pesquisa realizada junto ao SOS Criança de Curitiba, os autores identificaram que em 52,9% dos casos, os pais moravam juntos (PASCOLAT et al, 2001). São poucos os trabalhos que analisam o estado civil dos pais da vítima. A alta frequência de pais separados desperta para a maior vulnerabilidade da criança ou adolescente que conta com a presença de somente um dos genitores. A necessidade do cuidador de sair para trabalhar, muitas vezes deixando a criança sozinha, o estresse gerado pelos poucos recursos financeiros no sustento do lar, a culpabilização da criança como responsável pela separação, a falta de estrutura emocional e social desta família, além da sobrecarga de papéis sobre o cuidador, podem constituir-se fatores que favoreçam mais a presença da

violência se comparadas às famílias com a presença de ambos os pais. Destaca-se a necessidade de estudos que aprofundem mais esta análise a fim de determinar melhor a associação entre o estado civil dos pais e a presença de violência. A partir destas respostas, pode ser possível estabelecer medidas de prevenção da violência, como, por exemplo, atendimento psicológico e social destas famílias em situação de risco.

A escolaridade dos pais com maior frequência foi o ensino fundamental, excetuando-se os casos em que não foi possível obter esta informação (Tabela 21). Interessante observar a presença de pai com ensino superior completo. Estes casos (dois em 2002) tiveram o próprio pai como agressor, cuja violência foi por força corporal.

Tabela 21 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a escolaridade dos pais da vítima. Londrina, 2002 e 2006.

Escolaridade da mãe da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Alguns anos	22	3,6	3	0,3
Fundamental completo	263	43,3	446	44,0
Médio completo	12	2,0	24	2,4
Ignorado	2	0,3	3	0,3
Não informado	308	50,7	537	53,0
TOTAL	607	100,0	1013	100,0
Escolaridade do pai da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Alguns anos	22	3,6	-	-
Fundamental completo	196	32,3	327	32,3
Médio completo	7	1,1	23	2,3
Superior completo	2	0,3	-	-
Não informado	379	62,4	658	65,0
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

CARMO e HARADA (2006), ao entrevistarem pais sobre o uso da violência física como prática educativa, identificaram que quase a metade dos pais (47,0%) possuía apenas o ensino fundamental incompleto e que somente 24,0% haviam concluído o primeiro grau. DE LORENZI et al (2001), ao analisarem os casos atendidos no Ambulatório de Maus-Tratos em Caxias do Sul, também observaram grande frequência (74,0% das mães e 72,0% dos pais) com ensino fundamental incompleto.

O baixo nível educacional dos pais tem sido apontado pelos estudiosos da área como fator que contribui para a ocorrência da violência (MARMO, 1999; MINAYO e SOUZA, 1999; BRENES, 2001; PASCOLAT et al, 2001; MINAYO, 2001; SCHERER e

SCHERER, 2000; ROQUE e FERRIANI, 2002; CARMO e HARADA, 2006). No entanto, HIJAR-MEDINA et al (2003) chamam a atenção para o cuidado que se deve ter ao relacionar o nível de escolaridade com a violência, uma vez que a maioria dos estudos são realizados com usuários de hospitais ou serviços públicos, o que representa uma população de baixos recursos, não incluindo os setores mais favorecidos com melhor grau de instrução. A presença de pai com ensino superior, na presente investigação, leva à reflexão de que a violência ocorre também em famílias com curso superior.

Ao se tentar analisar a profissão dos pais, obteve-se uma distribuição bastante dispersa em um grande número de profissões ou ocupações, o que tornou difícil trabalhar esta informação. Além disto, a falta de registro quanto à profissão dos pais da vítima em mais de 60,0% dos prontuários analisados dificultou a análise dessa variável.

Mesmo assim, foi possível observar que, entre as mães, a profissão mais comum foi do lar e diarista, tanto em 2002 como em 2006. Entre os pais, houve predomínio de pedreiro e mecânico. Tanto entre as mães como entre os pais, trata-se de profissões que não exigem alto grau de escolaridade, sendo condizente com os resultados e discussão anteriores a respeito do nível educacional dos pais da vítima.

Não foram encontrados estudos que trouxessem em sua análise a profissão ou ocupação dos pais das vítimas de violência, impossibilitando a comparação de resultados. Todavia, é possível destacar a má qualidade e condições de vida destas famílias, com pouco nível educacional e profissões com baixa remuneração, resultando em precárias condições sócio-econômicas, o que para MONTEIRO et al (1999) caracterizam o fenômeno social que, associado às pressões e estresse do cotidiano, possibilita a violência.

A grande maioria dos prontuários analisados não trazia informações a respeito da situação ocupacional dos pais da vítima (Tabela 22). Ainda assim, cerca de 30,0% das mães e dos pais encontravam-se empregados.

Ao contrário dos resultados encontrados no presente estudo, outros autores, ao estudarem casos de violência contra criança, encontraram taxas mais altas de desemprego entre os pais das vítimas. Em estudo realizado em um hospital de ensino de São Paulo, a proporção de desempregados entre os pais entrevistados foi de 69,0% e as autoras encontraram associação positiva entre o uso da violência física e a situação empregatícia dos pais (CARMO e HARADA, 2006). Em Caxias do Sul, pesquisa junto ao Ambulatório de Maus-Tratos do município constatou uma taxa de 37,0% de desemprego

entre as variáveis relacionadas com os maus tratos na infância e adolescência (DE LORENZI et al, 2001). DESLANDES (1994), ao estudar o banco de dados dos CRAMIs, observou que 50,0% dos pais agressores estavam desempregados e que a maioria das mães agressoras era do lar ou também estavam desempregadas.

Apesar da alta proporção de não informados na presente casuística que prejudicou a análise, é preciso destacar que o desemprego tem sido apontado como componente da rede de fatores que envolvem a questão da violência (DESLANDES, 1994; MINAYO, 2001; HARADA et al, 2003), pois gera frustrações e estresse que podem propiciar a prática do abuso infantil, além das situações de vulnerabilidade em decorrência do maior tempo em que os pais desempregados permanecem com a criança (CARMO e HARADA, 2006).

Tabela 22 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a situação ocupacional dos pais da vítima. Londrina, 2002 e 2006.

Situação ocupacional da mãe da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Empregada	178	29,3	322	31,8
Trabalho informal	74	12,2	64	6,3
Desempregada	15	2,5	8	0,8
Aposentada	1	0,2	1	0,1
Não informado	339	55,8	618	61,0
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Situação ocupacional do pai da vítima	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Empregado	182	30,0	311	30,7
Trabalho informal	25	4,1	33	3,3
Desempregado	15	2,5	5	0,5
Aposentado	3	0,5	-	-
Não informado	182	63,0	664	65,5
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Quanto à renda familiar, a grande maioria (53,9% em 2002 e 56,3% em 2006) referiu 1 a 2 salários mínimos (Tabela 23), apesar da proporção de não informados (35,9% em 2002 e 35,8% em 2006).

Resultados similares também foram encontrados por CARMO e HARADA (2006), que encontraram uma mediana de dois salários mínimos entre os pais entrevistados sobre o uso da violência física como prática educativa. DESLANDES (1994) também destaca que cerca de 70,0% das famílias de crianças vítimas de agressão atendidas pelos

CRAMIs possui baixa renda e DE LORENZI et al (2001) encontraram renda inferior a um salário mínimo em 71,0% dos casos de violência infantil atendidos pelo Ambulatório de Maus-Tratos de Caxias do Sul. WEBER et al (2002) também verificaram que as famílias de crianças atendidas pelo SOS Criança de Curitiba pertenciam, em sua grande maioria, à classe baixa.

Tabela 23 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a renda familiar referida. Londrina, 2002 e 2006.

Renda familiar referida	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 1 salário	41	6,7	22	2,2
1 a 2 salários	327	53,9	570	56,3
3 a 4 salários	17	2,8	50	4,9
5 a 6 salários	2	0,3	7	0,7
Mais de 6 salários	1	0,2	1	0,1
Ignorado	1	0,2	-	-
Não informado	218	35,9	363	35,8
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Entre os fatores de risco que contribuem para as situações de violência, a baixa renda familiar, associada à baixa escolaridade, desemprego, más condições sociais e de habitação, entre outros, tem sido amplamente discutida pelos autores já há algum tempo, tanto em estudos nacionais como internacionais (HYDEN, 1992; MUZA, 1994; DESLANDES, 1994; PETERSON et al, 1996; HEBE, 1999; LOPES e TAVARES Jr, 2000; MINAYO, 2001; PASCOLAT et al, 2001; HARADA et al, 2003), em função do elevado nível de pressão, estresse e frustração decorrente da má condição sócio-econômica. Para GIANINI et al (1999), o sub-emprego, sem vínculo empregatício estável, com desvalorização da mão-de-obra braçal, com remunerações insuficientes para garantir condições dignas de sobrevivência e com conseqüente exclusão do processo social, constitui fator de risco de vitimização por gerar baixa auto-estima, depressão, estresse e ansiedade.

Entretanto, alguns autores chamam a atenção para o fato de que é preciso atrelar a renda familiar à análise dos fatores culturais e psicológicos, sendo perigoso considerar que o abuso seja privilégio de classes sociais desfavorecidas (DESLANDES, 1994; DE LORENZI et al, 2001). É preciso considerar que a população analisada nos trabalhos constitui, na grande maioria, a clientela atendida nos serviços públicos, que invariavelmente são de baixo poder aquisitivo (ASSIS e CONSTANTINO, 2003), não

sendo possível afirmar que a população de baixa renda se envolve mais com a violência. Para ROQUE e FERRIANI (2002), existe uma tendência de olhar a violência relacionada à pobreza, mas a pobreza em si não explica a violência. O que outros autores destacam é que a agressão permanece sutil na classe média e alta em decorrência dos recursos de que dispõem para manter a violência velada e não notificada, enquanto as famílias mais pobres estão mais vulneráveis às intervenções sociais do poder público (DESLANDES, 1994; BRAZ e CARDOSO, 2000). Neste aspecto, torna-se imprescindível que se estabeleça mecanismos que possam detectar a violência contra menores nas famílias de maior renda, contribuindo para maior visibilidade deste fenômeno.

4.3.3 Algumas características dos agressores

Os resultados a seguir descrevem os agressores da violência praticada contra os menores de 15 anos segundo o sexo, a idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação ocupacional, renda, vínculo com a vítima, a situação de risco e o denunciante.

▪ Sexo e Idade

A tabela 24 mostra que a maior frequência de agressores ocorreu na faixa etária de 20 a 24 anos para o sexo feminino (46,9% em 2002 e 41,6% em 2006) e na de 30 a 34 anos para o sexo masculino (34,7% em 2002 e 32,9% em 2006). Houve predomínio de agressores do sexo masculino (58,0% em 2002 e 55,3% em 2006) em relação ao sexo feminino (42,0% em 2002 e 44,7% em 2006), numa razão de masculinidade de 1,4, em 2002, e 1,2 homens para cada mulher, em 2006.

Tabela 24 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Faixa Etária do agressor (em anos)	SEXO							
		Masculino		Feminino		Ignorado		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 15	28	8,0	2	0,8	-	-	30	4,9
	15 a 19	12	3,4	15	5,9	-	-	27	4,4
	20 a 24	22	6,3	119	46,9	-	-	141	23,1
	25 a 29	62	17,6	51	20,1	-	-	113	18,6
	30 a 34	122	34,7	43	16,9	-	-	165	27,2
	35 a 39	64	18,2	13	5,1	-	-	77	12,7
	40 e mais	36	10,2	10	3,9	-	-	46	7,6
	Ignorado	6	1,7	-	-	-	-	6	1,0
	Não Informado	-	-	1	0,4	1	100,0	2	0,3
TOTAL		352	100,0	254	100,0	1	100,0	607	100,0
2006	< 15	28	5,0	4	0,9	-	-	32	3,2
	15 a 19	24	4,3	20	4,4	-	-	44	4,3
	20 a 24	19	3,4	188	41,6	-	-	207	20,4
	25 a 29	56	10,0	111	24,6	-	-	167	16,5
	30 a 34	184	32,9	81	17,9	-	-	265	26,2
	35 a 39	151	27,0	33	7,3	-	-	184	18,2
	40 e mais	89	15,9	14	3,1	-	-	103	10,2
	Ignorado	7	1,3	-	-	1	100,0	8	0,8
	Não Informado	2	0,4	1	0,2	-	-	3	0,3
TOTAL		560	100,0	452	100,0	1	100,0	1013	100,0

A figura 7 permite visualizar mais facilmente a alta proporção de agressores na faixa etária de 20 a 24 para as mulheres e de 30 a 34 para os homens, nos dois anos de estudo.

*excluído um caso cujo sexo do agressor era ignorado.

Figura 7 – Distribuição proporcional (%) dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Com resultados próximos aos do presente estudo, DE LORENZI et al (2001) verificaram que 49,3% dos agressores de crianças e adolescentes tinham idade de 20 a 29 anos, porém considerando juntamente os dois sexos. Não foram localizados outros trabalhos que apresentassem o agressor segundo o sexo e a idade, o que inviabilizou a comparação de resultados, pois a maioria dos estudos classifica os agressores apenas pelo vínculo com a vítima. Todavia, o predomínio de agressores do sexo masculino pode estar relacionado com o uso da força física, característica marcante entre os homens. Outro fator a ser considerado é a questão de gênero, que coloca o sexo masculino como dominador, o que pode contribuir para o maior exercício da violência por parte do sexo masculino.

Em relação à idade do agressor, a faixa etária mais jovem observada no sexo feminino em relação ao masculino pode estar relacionada à fase em que as mulheres se tornam mães, bem mais cedo se comparada à idade em que os homens se tornam pais, o que pode justificar os resultados encontrados, uma vez em que os agressores, em sua grande maioria, são os próprios pais (GOMES et al, 1999a; DESLANDES, 1994; DE LORENZI et al, 2001; PASCOLAT et al, 2001; RIBEIRO et al, 2004; THEODORE et al, 2005). Há que se destacar, ainda, que a proporção de homens e mulheres agressores diminui nas idades mais avançadas, o que pode estar relacionado com a maturidade adquirida ao longo da idade, o que contribui para a diminuição da violência praticada contra a criança ou adolescente.

▪ Escolaridade

Entre os agressores, a grande maioria (79,7% em 2002 e 82,8% em 2006) possuía o ensino fundamental incompleto (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a escolaridade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Escolaridade do agressor	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	1	0,2	11	1,1
Fundamental incompleto	484	79,7	839	82,8
Fundamental completo	11	1,8	21	2,1
Médio incompleto	17	2,8	21	2,1
Médio completo	5	0,8	13	1,3
Superior incompleto	4	0,7	1	0,1
Superior completo	3	0,5	7	0,7
Ignorado	15	2,5	15	1,5
Não informado	67	11,0	85	8,4
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Interessante observar a presença de agressores com ensino superior, nos dois anos de estudo, o que põe em discussão a questão da escolaridade que deve ser analisada em conjunto com outros fatores que contribuem para a violência.

Não foram encontradas outras pesquisas que qualificassem o agressor segundo o nível de escolaridade. Entretanto, o baixo nível educacional encontrado na presente investigação é apontado por alguns autores como fator de risco para a prática dos maus-tratos contra crianças (DESLANDES, 1994; MINAYO, 2001). Sabe-se que as más condições de vida, o estresse gerado pelas pressões do sub-emprego e da baixa renda podem propiciar a ocorrência da violência. Neste sentido, o acesso à educação torna-se fundamental no sentido melhorar as condições de emprego, de renda e qualidade de vida, reduzindo as pressões e frustrações que contribuem para a prática abusiva.

▪ Estado civil

A tabela 26 distribui os casos de violência segundo o estado civil do agressor. Observa-se maior número de agressores casados (33,1%) e solteiros (26,8%) em 2002. Já em 2006, a maior parte dos agressores era amasiada (34,9%) e casada (26,6%).

Tabela 26 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o estado civil do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Estado civil do agressor	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Solteiro	163	26,8	218	21,5
Amasiado	130	21,4	354	34,9
Casado	201	33,1	270	26,6
Divorciado	92	15,2	144	14,2
Ignorado	12	2,0	11	1,1
Não informado	9	1,5	16	1,6
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Não foi possível comparar resultados em decorrência da inexistência de trabalhos que analisassem o estado civil dos agressores. Todavia, é possível perceber que não houve predomínio evidente de determinado estado civil em função da pouca diferença nas proporções observadas.

▪ Profissão, Situação Ocupacional e Renda

Entre os homens, a profissão mais frequente foi a de pedreiro (18,7% em 2002 e 22,5% em 2006), seguida pela ocupação de estudante (10,8%) em 2002 e pela de mecânico (11,8%) em 2006. Entre as mulheres, a maior frequência foi observada nas ocupações de diarista/doméstica (44,1% em 2002 e 35,2% em 2006) e do lar (20,1% em 2002 e 40,5% em 2006). As demais proporções se distribuíram numa grande variedade de profissões, todas com baixo grau de escolaridade.

Apesar de não terem sido localizados estudos semelhantes, é possível concluir que as profissões ou ocupações exercidas pelos agressores exigem baixo grau de escolaridade ou qualificação, o que vem ao encontro do nível educacional já discutido anteriormente. Frente a este contexto, fica evidente a necessidade de maior investimento na formação e capacitação profissional da população, principalmente na de baixa renda, com vistas a melhores condições de vida.

Há que se destacar a presença de estudantes entre os agressores em 2002, o que pode estar relacionado com a proporção de agressores solteiros encontrada no mesmo ano.

Segundo a tabela 27, grande parte dos agressores encontrava-se empregada, tanto as mulheres (45,3% em 2002 e 44,9% em 2006) quanto os homens (54,5% em 2002 e 70,2% em 2006). Observa-se, ainda, a presença de trabalho informal (24,0% em 2002 e 10,2% em 2006 no sexo feminino; 7,7% em 2002 e 6,3% em 2006 no sexo masculino). Faz-se necessário destacar a presença de prontuários que não traziam esta informação (27,2% em 2002 e 28,5% em 2006).

Apesar de alguns autores relacionarem o desemprego com a ocorrência da violência (MINAYO, 2001; PASCOLAT et al, 2001; DE LORENZI et al, 2001; ASSIS et al, 2004), os resultados da presente investigação foram divergentes, embora DESLANDES (1994), ao estudar os casos atendidos pelos CRAMIs, tenha observado que, quando se trata do pai agressor, a maioria (mais de 50,0%) está empregada. Há que se destacar, entretanto, que o número de prontuários que não continham esta informação (42,9% para o sexo feminino em 2006) pode ter contribuído para os resultados encontrados no presente estudo. A falta de dados sobre o agressor é apontada por GOMES (1998) como dificultadora da análise dos eventos de violência envolvendo crianças e adolescentes, pois as informações referentes ao agressor são insuficientes e impossibilitam uma análise mais profunda.

Ainda assim, a alta frequência de agressores homens empregados em 2006 (70,2%) desperta para a reflexão de que há outros fatores determinantes para a violência,

que não somente o desemprego, que devem ser analisados em conjunto, como amplamente discutidos pelos estudiosos da área (SANTORO Jr, 1994; MINAYO, 2001; DE LORENZI et al, 2001; PASCOLAT et al, 2001; ASSIS et al, 2004; BRITO et al, 2005). Além disto, não basta estar empregado, pois as más condições de trabalho e a baixa remuneração são apontadas como geradoras de frustração e estresse (DESLANDES, 1994). Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de políticas que visem proporcionar condições dignas de trabalho.

Tabela 27 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a situação ocupacional do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Situação ocupacional do agressor	SEXO DO AGRESSOR					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	Empregado	192	54,5	115	45,3	307	50,6
	Desempregado	17	4,0	8	3,1	25	4,1
	Trabalho informal	27	7,7	61	24,0	88	14,5
	Aposentado	7	2,0	3	1,2	10	1,6
	Ignorado	12	3,4	-	-	12	2,0
	Não informado	97	27,5	67	26,4	165*	27,2
	TOTAL	352	100,0	254	100,0	607*	100,0
2006	Empregado	393	70,2	203	44,9	596	58,8
	Desempregado	16	2,9	6	1,3	22	2,2
	Trabalho informal	35	6,3	46	10,2	81	8,0
	Aposentado	11	2,0	3	0,7	14	1,4
	Ignorado	10	1,8	-	-	11*	1,1
	Não informado	95	16,9	194	42,9	289*	28,5
	TOTAL	560	100,0	452	100,0	1013	100,0

*incluído um caso cujo sexo do agressor era ignorado.

Houve grande frequência de prontuários que não informavam a renda do agressor (41,6% em 2002 e 36,5% em 2006) (Tabela 28). Ainda assim, observa-se o predomínio de 1 a 2 salários mínimos para ambos os sexos e anos de estudo.

Conforme tabela 28, houve melhora da qualidade da informação entre um ano e outro, pois a proporção de não informados sofre uma redução de 41,6% em 2002, para 36,5% em 2006.

Vários autores consideram a renda familiar insuficiente como mola propulsora da violência, visto que o estresse decorrente das dificuldades econômicas colabora para a prática da agressão, principalmente no ambiente familiar (DESLANDES, 1994; SANTORO Jr., 1994; MARMO, 1999; MINAYO, 2001; DE LORENZI et al, 2001).

Entretanto, alguns autores consideram ilusório pensar que a agressão ocorra somente nas classes sociais menos desfavorecidas (SANTORO Jr., 1994; DE LORENZI et al, 2001; MINAYO, 2001), pois o que ocorre são diferenças no modo da violência se manifestar segundo a classe social, além de a maioria dos estudos envolverem serviços públicos que, por si só, já selecionam pessoas de baixa renda.

Tabela 28 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a renda do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Renda do agressor (em salário mínimo)	SEXO DO AGRESSOR					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 1 salário	13	3,7	23	9,0	36	5,9
	1 a 2 salários	179	50,9	121	47,6	300	49,4
	3 a 4 salários	5	1,4	1	0,4	6	1,0
	5 a 6 salários	-	-	1	0,4	1	0,2
	Ignorado	12	3,4	-	-	12	2,0
	Não informado	143	40,7	108	42,5	252*	41,6
TOTAL		352	100,0	254	100,0	607	100,0
2006	< 1 salário	12	2,1	7	1,5	10	1,9
	1 a 2 salários	370	66,1	121	47,6	583	57,6
	3 a 4 salários	20	3,6	5	1,1	25	2,5
	5 a 6 salários	1	0,2	3	0,7	4	0,4
	Ignorado	11	2,0	-	-	12*	1,2
	Não informado	146	26,1	224	49,5	370	36,5
TOTAL		560	100,0	452	100,0	1013	100,0

*incluído um caso em que o sexo do agressor era não informado.

▪ Vínculo entre agressores e vítimas

A grande maioria dos estudos sobre violência contra a criança e adolescente trazem os pais como os principais agressores (DESLANDES, 1994; CAVALCANTI, 1999b; MARMO, 1999; GOMES et al, 1999a; LOPES e TAVARES Jr., 2000; DE LORENZI et al, 2001; PASCOLAT et al, 2001; WEBER et al, 2002; ASSIS et al, 2004; RIBEIRO et al, 2004; BRITO et al, 2005; THEODORE et al, 2005), o que coincide com os resultados encontrados na presente casuística.

Entre os casos estudados, tanto em 2002 como em 2006, os agressores mais freqüentes foram os próprios familiares (88,1% em 2002 e 91,0% em 2006), destacando-se a mãe (33,9% em 2002 e 27,8% em 2006), seguida pelo pai (32,4% em 2002 e 27,1% em

2006), pelo padrasto (10,4% em 2002 e 15,7% em 2006) e pela madrasta (5,3% em 2002 e 15,6% em 2006) (Tabela 29). Observa-se o aumento da participação da madrasta como agressora em 2006.

Tabela 29 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Vínculo entre agressores e vítimas	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiares	535	88,1	922	91,0
Mãe	206*	33,9	282*	27,8
Pai	197	32,4	275	27,1
Padrasto	63	10,4	159	15,7
Madrasta	32	5,3	157	15,6
Outros parentes	36	5,9	49	4,8
Vizinhos	21	3,5	37	3,6
Colega escola	19	3,1	9	0,9
Desconhecido	9	1,5	10	1,0
Entidade de educação	7	1,1	4	0,4
Amigo(a) da família	6	1,0	16	1,6
Namorado da mãe	2	0,3	3	0,3
Babá	2	0,3	3	0,3
Porteiro prédio, caseiro chácara	-	-	3	0,3
Companheiro da avó	3	0,5	2	0,2
Namorado da vítima	-	-	1	0,1
Agente prostituição	1	0,2	-	-
Motorista da escola	1	0,2	-	-
Ignorado	1	0,2	1	0,1
Não informado	1	0,2	2	0,2
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

*inclui dois casos de mãe adotiva.

A grande frequência de maus-tratos no próprio meio familiar pode ser explicada pela proximidade em relação à criança, além do uso da agressão física como forma de educação e correção (CARMO e HARADA, 2006), o que para alguns autores reflete a dominação dos adultos sobre as crianças, reforçando a aceitação cultural de que a criança constitui-se propriedade dos pais e sujeita a todos os tipos de punições necessárias (GOMES et al, 1999a; RIBEIRO et al, 2004; BRITO et al, 2005; RICAS et al, 2006). Além disto, a total dependência e vulnerabilidade da criança favorecem ainda mais a

prática abusiva dos pais (MORALES e SCHRAMM, 2002; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005). DESLANDES (1994) ainda coloca que a permanência da mulher no lar e sua frustração pessoal por restringir-se à vida doméstica podem colaborar para que a mesma exerça a violência sobre os filhos.

Neste complexo contexto da violência intra-familiar, MARMO (1999) destaca que, muitas vezes, são os próprios pais agressores que procuram assistência médica, o que pode significar um pedido de ajuda para que sejam evitados novos atos violentos contra a criança. Desta forma, o reconhecimento das situações de violência pelos profissionais de saúde torna-se fundamental no sentido de identificar e propiciar tratamento adequado, pois para PIRES e MIYAZAKI (2005) a identificação e atuação adequada sobre os casos de violência podem contribuir significativamente para interromper o ciclo de violência perpetrado pelos pais. Reforçando esta hipótese, BRITO et al (2005) entrevistaram famílias encaminhadas ao CRAMI de São José do Rio Preto e constataram que 80,0% das famílias atendidas modificaram o contexto das relações afetivas familiares, com importante redução e até suspensão dos atos violentos.

▪ Situação de risco nas violências

Entre os agressores estudados, houve predomínio do alcoolismo entre os homens (53,4% em 2002 e 61,3% em 2006) como situação de risco para a violência cometida (Tabelas 30 e 31). Entre as mulheres, no ano de 2002, o alcoolismo (13,0%) e a crise conjugal (13,0%) foram os fatores mais frequentes relacionados à agressão, seguidos pela drogadição (10,2%). Em 2006, já se destacaram, entre as mulheres, os conflitos maternos em decorrência de filhos não biológicos (34,9%) e o alcoolismo (16,2%), seguidos pela idade muito jovem (10,1%) e crise conjugal (9,3%). O termo “maternidade” e “paternidade” utilizados nas referidas tabelas referem-se aos conflitos em decorrência de filhos não biológicos.

Tabela 30 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a situação de risco. Londrina, 2002.

Situação de risco	SEXO					
	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Condições do agressor						
Alcoolismo	188	53,4	33	13,0	221	36,4
Drogadição	12	3,4	26	10,2	38	6,3
Antecedentes criminais	4	1,2	-	-	4	0,7
Doença psíquica	2	0,6	11	4,3	13	2,3
Condições sociais						
Desemprego	17	4,9	8	3,1	25	4,1
Dificuldade financeira	-	-	7	2,8	7	1,1
Prostituição materna	-	-	18	7,6	18	3,0
Condições familiares						
Crise conjugal	10	2,9	33	13,0	43	7,1
Mãe muito jovem	-	-	31	2,3	31	5,1
Maternidade	-	-	15	5,9	15	2,5
Paternidade	12	3,4	-	-	12	2,0
Mãe solteira	-	-	12	4,7	12	2,0
Nova gravidez	-	-	2	0,8	2	0,4
Doença ou morte de cônjuge	1	0,3	1	0,4	2	0,4
Condições da criança						
Filho adotivo	-	-	1	0,4	1	0,2
Filho especial	-	-	1	0,4	1	0,2
Ignorado	11	3,1	1	0,4	12	2,0
Não informado	95	27,0	54	21,3	150*	24,7
TOTAL	352	100,0	254	100,0	607	100,0

* inclui um caso em que não era informado o sexo do agressor.

Tabela 31 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o sexo e a situação de risco. Londrina, 2006.

Situação de risco	SEXO					
	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Condições do agressor						
Alcoolismo	343	61,3	73	16,2	416	41,1
Drogadição	14	2,5	22	4,9	36	3,6
Doença psíquica	2	0,4	3	0,6	5	0,5
Antecedentes criminais	1	0,2	-	-	1	0,1
Condições sociais						
Desemprego	17	3,0	5	1,1	22	2,2
Dificuldade financeira	5	0,9	1	0,2	6	0,6
Prostituição	-	-	19	4,2	19	1,9
Trabalho noturno	-	-	1	0,2	1	0,1
Trabalho infantil	1	0,2	-	-	1	0,1
Mendicância	-	-	1	0,2	1	0,1
Condições familiares						
Maternidade	-	-	158	34,9	158	15,6
Crise conjugal	11	2,0	42	9,3	53	5,2
Mãe muito jovem	-	-	46	10,1	46	4,5
Mãe solteira	-	-	2	0,4	2	0,2
Doença ou morte de cônjuge	1	0,2	-	-	1	0,1
Paternidade	17	3,1	-	-	17	1,7
Religião	2	0,4	-	-	2	0,2
Condições da criança						
Filho especial	-	-	1	0,2	1	0,1
Ignorado	11	2,0	2	0,4	14*	1,4
Não informado	135	24,1	76	16,8	211	20,8
TOTAL	560	100,0	452	100,0	1013	100,0

*inclui um caso em que não era informado o sexo do agressor.

Os resultados apresentados vão ao encontro de pesquisa domiciliar realizada em Temuco, Chile, em que se estudou a prevalência de mau-trato infantil e fatores associados (VIZCARRA et al, 2001). Neste trabalho, os autores também identificaram o consumo excessivo de álcool como fator de risco para a violência domiciliar. GUERRA (2000), ao estudar vítimas de agressão sexual, nas idades de três a dezoito anos, denunciadas ao *Organismo Nacional de La Mujer y Familia (ONAMFA)* da cidade de El Alto, Bolívia, também observou a presença de alcoolismo entre os agressores. Estudo realizado na cidade de Durango, México, também identificou o alcoolismo e consumo de drogas como fatores fortemente presentes na violência doméstica (ALVARADO-ZALDIVAR et al, 1998). Vários outros estudos internacionais também relacionam o

alcoolismo e a drogadição com a prática do abuso (SMITH, 2000; ZILBERMAN e BLUME, 2005)

Estudos brasileiros apontam o alcoolismo como variável possivelmente relacionada com a ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes (DESLANDES, 1994; DE LORENZI et al, 2001; PASCOLAT et al, 2001; BRITO et al, 2005). O alcoolismo e o uso de drogas, juntamente com outros fatores (história de abuso, baixa auto-estima, prostituição, imaturidade e transtornos mentais) também são apontados por PIRES e MIYAZAKI (2005) como condições de risco associadas ao agressor. Interessante destacar que, além dos fatores associados ao agressor, os autores acima estudaram condições de risco associadas à vítima (sexo diferente do desejado, criança não desejada, prematuridade, doenças graves e neurológicas, distúrbios do sono, da alimentação e dos esfíncteres), associadas à família (pais muito jovens, gravidez não planejada, ausência do pai, famílias substitutas ou conflituosas) e ao meio social (desemprego, baixo nível de escolaridade, pobreza, desigualdade social, marginalidade e aceitação da violência). Neste sentido, percebe-se que a violência constitui-se um problema multifacetário, não existindo um fator único que explique sua prevalência. Entretanto, a presença do alcoolismo e uso de drogas por parte dos agressores chama a atenção para a necessidade de programas de prevenção e tratamento específicos. Neste sentido, alguns autores destacam a importância da intervenção direcionada tanto para a questão da violência em si como para a questão da dependência alcoólica ou química dos agressores (ZILBERMAN e BLUME, 2005), no sentido de proteger legalmente a criança e ajudar o agressor com tratamento adequado.

A maternidade na adolescência, por sua vez, também apontada por PIRES e MIYAZAKI (2005) como condição de risco associada à família, desperta para a necessidade de programas e estratégias efetivas que sensibilizem para o uso de métodos contraceptivos entre os adolescentes, como o uso de preservativo, por exemplo, bastante divulgado pela mídia nos últimos anos. Além disto, o acompanhamento adequado e individualizado durante o pré-natal e puerpério destas mães muito jovens pode contribuir para diminuir os riscos de violência contra a criança após seu nascimento.

A crise conjugal e conflitos familiares também foram identificados por GOMES (1998), que estudou as ocorrências registradas nas delegacias de polícia do Rio de Janeiro, em que figuravam crianças e adolescentes como vítimas de eventos violentos. Nesta pesquisa, os autores observaram que as agressões físicas estavam, em grande parte, relacionadas a conflitos familiares e brigas entre parceiros. BRITO et al (2005), ao

entrevistarem famílias atendidas por um centro de atenção a crianças vitimizadas, obtiveram o resultado de que os conflitos do casal contribuíram para desencadear a violência contra a criança em 58,0% dos casos. Outros autores internacionais também relacionam as situações de agressão conjugal com os maus-tratos contra a criança (BROWNE e HAMILTON, 1999; KERIG e FEDOROWICZ, 1999).

Quanto às questões da maternidade, estudo realizado no Ambulatório de Maus-Tratos do Município de Duque de Caxias constatou que a presença de filhos de diferentes leitos conjugais contribuiu para a ocorrência de agressão em 33,0% dos casos (DE LORENZI et al, 2001). Neste sentido, BAGLEY e MALLICK (2000), em estudo de coorte com 290 adolescentes canadenses, do sexo feminino, identificaram a ausência ou pouco vínculo familiar como fator de risco para o abuso infantil.

Tanto os conflitos conjugais como as situações em que envolvem filhos não biológicos despertam para a necessidade de resgate das relações humanas, destacando-se a responsabilidade e dever da família e sociedade de proteger as crianças, que para MINAYO (2001) são sujeitos de direito, em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. Para ASSIS (1994), a carência de amor a afeto, aliada ao sentimento de poder e posse dos adultos, constituem campos propícios para o surgimento da violência contra a criança e o adolescente. Entretanto, este nível de abordagem constitui-se o mais difícil de ser modificado, uma vez que envolve o comportamento humano. Neste sentido, o enfoque educativo pode ser uma, ou a única alternativa.

Estes resultados apontam para a importância de estudos mais aprofundados sobre as condições de risco ou fatores associados aos maus-tratos, no sentido de auxiliar a compreensão e manejo do problema.

▪ O denunciante e seu vínculo com os agressores

Ao se analisar o denunciante segundo o seu vínculo com os agressores (Tabelas 32 e 33), observa-se que a mãe figurou como a principal denunciante nos casos em que o agressor era amigo da família (83,3% em 2002 e 75,0% em 2006), outros parentes (77,8% em 2002 e 36,7% em 2006), babá (50,0% em 2002 e 66,7% em 2006) e seu namorado (100,0% em 2002 e 2006). Quando a mãe se configurou como agressora, os principais denunciadores foram os profissionais de saúde (43,2% em 2002 e 48,2% em 2006), seguidos pelos vizinhos (20,4%), familiares (17,5%) e anônimos (12,1%) em 2002. Em 2006, os principais denunciadores das mães foram, além dos profissionais de saúde, os

familiares (21,6%) e anônimos (13,8%). Nas situações em que o agressor foi o pai, as notificações foram feitas pela escola (28,4%), familiares (26,4%) e pela mãe (25,4%), em 2002. Em 2006, o pai foi denunciado, principalmente, pela mãe (48,4%), familiares (18,2%) e por vizinhos (16,0%). Nos casos em que a violência foi praticada pela madrasta, os profissionais de saúde foram responsáveis por 59,4% (em 2002) e 46,5% (em 2006) das denúncias, seguidos pela escola (25,0% em 2002 e 21,7% em 2006) e por familiares (9,4% em 2002 e 16,6% em 2006). Quando o padrasto foi o agressor, as denúncias foram feitas, principalmente, pela mãe (20,6% em 2002 e 53,5% em 2006), familiares (20,6% em 2002 e 18,9% em 2006) e pela escola (17,5% em 2002 e 11,3% em 2006).

A família foi a grande responsável pelas denúncias de maus-tratos praticados pela babá em 2002 e também participou mais nas denúncias contra outros parentes e mãe, em 2006. Os profissionais de saúde tiveram grande proporção nas notificações envolvendo mãe e madrasta, tanto em 2002 como em 2006. A escola teve maior participação nos casos de agressão por colegas da criança e os vizinhos nas agressões por mãe e próprios vizinhos. A própria vítima denunciou mais a violência praticada pelo padrasto.

Embora as tabelas 32 e 33 tragam várias caselas em branco, manteve-se o detalhamento das tabelas em virtude da importância desta análise.

Não foram encontrados estudos que trouxessem em sua análise o responsável pela denúncia segundo o seu vínculo com os agressores.

Caracterizar os agressores segundo seu denunciante permite observar que quando se trata de violência intra-familiar, os principais denunciadores foram a própria mãe, familiares, vizinhos, escola, profissionais de saúde e anônimos. Quando a violência foi praticada por amigos ou desconhecidos, a mãe foi a principal denunciante. Destaca-se a participação dos profissionais de saúde quando a mãe e a madrasta figuraram como agressoras. Estes resultados evidenciam que a participação da sociedade, profissionais e familiares na notificação de situações de violência contra criança e adolescente vem superando a tendência de não reconhecer ou ocultar o ato violento, embora alguns estudos ainda apontem a dificuldade na notificação e a má qualidade da denúncia (DE LORENZI et al, 2001).

(TABELA HORIZONTAL 32)

(TABELA HORIZONTAL 33)

4.3.4 Algumas características das violências propriamente ditas

O estudo buscou caracterizar os atos violentos praticados contra menores de 15 anos segundo o momento em que ocorreu (horário), local, frequência (quantas vezes a criança ou adolescente foi submetido à violência antes da denúncia), tempo de abuso (há quanto tempo a vítima vinha sendo abusada) e o tipo de violência infligida.

▪ Momento e local em que ocorreu a violência

Quase que a totalidade dos prontuários analisados (91,3% em 2002 e 94,4% em 2006) não trazia a informação quanto ao horário ou período em que ocorreu a agressão na população estudada, impossibilitando a análise desta variável.

Também não foram encontrados estudos que trouxessem análise da violência quanto ao período do dia em que é praticada.

Considerando que a violência doméstica está presente continuamente dentro dos lares, compreende-se a dificuldade em determinar os horários ou períodos em que ela ocorre. Entretanto, a preocupação em captar este dado justifica-se, pois este poderia contribuir no sentido de relacionar a prática da agressão com a presença dos pais em casa, o período de trabalho dos mesmos, entre outras variáveis.

A tabela 34 distribui os casos de violência conforme o local onde ocorreu o evento, sendo a residência da vítima o mais freqüente (82,4% em 2002 e 86,3% em 2006), seguida pela residência do agressor.

Tabela 34 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o local da violência. Londrina, 2002 e 2006.

Local da violência	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Residência da vítima	500	82,4	874	86,3
Residência do agressor	39	6,4	63	6,2
Escola	29	4,8	10	1,0
Via pública	22	3,6	36	3,5
Outro (casa abandonada, igreja, terminal, condomínio)	10	1,6	14	1,4
Terreno Baldio	4	0,7	1	0,1
Residência de parente	2	0,3	12	1,2
Ignorado	1	0,2	-	-
Não informado	-	-	1	0,1
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Muitos são os estudos que caracterizam a violência segundo o local em que a mesma ocorre e que trazem resultados semelhantes aos da presente investigação.

GOMES et al (1999a), por exemplo, ao estudarem o banco de dados do CLAVES, encontraram o domicílio como o local de ocorrência predominante (70,5%). GUERRA (2000) também encontrou o lar (54,7%) e o domicílio do agressor (16,3%) como os principais locais onde foi praticada a violência contra crianças e adolescentes de 3 a 18 anos vítimas de agressão sexual na cidade de El Alto, Bolívia.

ASSIS (1994), LOPES e TAVARES Jr. (2000) e MINAYO (2001) destacam o lar como o local privilegiado para a prática da violência contra a criança, o que para RIBEIRO et al (2004) e RICAS et al (2006) tem íntima ligação com os limites impostos pela privacidade que acabam por isolar a família da visão social, propiciando um ambiente sem testemunhas e encoberto pela cumplicidade familiar.

Assim sendo, torna-se importante destacar que as medidas de prevenção e intervenção precisam, acima de tudo, contemplar o âmbito familiar, o que para MINAYO (2001) constitui espaço passível de mudanças.

▪ **Frequência da violência no mesmo caso**

A tabela 35 mostra a frequência com que a violência vem sendo exercida sobre a criança até o momento da notificação, observando-se uma grande proporção de casos em que houve agressão por quatro vezes ou mais (77,1% em 2002 e 85,1% em 2006). Destaca-se a pequena frequência de prontuários em que esta informação não estava registrada (0,7% em 2002 e 0,6% em 2006).

Tabela 35 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a frequência da violência. Londrina, 2002 e 2006.

Frequência da violência no mesmo caso	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Primeira vez	102	16,8	116	11,4
Segunda vez	14	2,3	9	0,9
Terceira vez	13	2,1	20	2,0
Quatro ou mais vezes	468	77,1	858	85,1
Ignorado	6	1,0	4	0,4
Não informado	4	0,7	6	0,6
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Semelhante aos resultados encontrados, OLIVEIRA (2006), ao estudar as notificações de violência contra crianças e adolescentes emitidas pelos serviços que compõem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a

Violência, no município de Curitiba, também encontrou alta frequência de casos em que a violência foi praticada por várias vezes antes da denúncia (61,8% no ano de 2003 e 65,2% em 2004).

O fato de a agressão não se restringir a um único episódio reforça a principal característica da violência de constituir-se um fenômeno velado e recidivante (SANTORO Jr, 1994; ASSIS e SOUZA, 1995; MARMO, 1999). Neste contexto, para romper com o silêncio a criança depende da iniciativa de terceiros, como educadores, vizinhos, amigos, profissionais de saúde, entre outros (DREZETT et al, 2001). Esta circunstância nos leva à reflexão de que todos os profissionais que lidam direta e indiretamente com crianças precisam estar atentos para os sinais de abuso no sentido de interromper este evento silencioso e repetitivo.

▪ Tempo de abuso em cada caso

Nos dois anos de estudo, observou-se predomínio de 1 a 2 anos de abuso até que a notificação fosse feita (Tabela 36), chegando ao período de 3 a 4 anos de abuso em 22,6% (em 2002) e 20,7% (em 2006) dos casos estudados.

Tabela 36 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso. Londrina, 2002 e 2006.

Tempo de abuso em cada caso	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 6 meses	123	20,3	145	14,3
6 a 12 meses	38	6,3	46	4,5
1 a 2 anos	222	36,6	488	48,2
3 a 4 anos	137	22,6	210	20,7
Mais de 4 anos	68	11,2	104	10,3
Ignorado	16	2,6	14	1,4
Não informado	3	0,5	6	0,6
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

O longo período de abuso observado na presente casuística é discutido por PFEIFFER e SALVAGNI (2005), que caracterizam a violência doméstica praticada contra a criança como insidiosa e repetitiva, podendo se prolongar por muito tempo devido à imaturidade e à falta de estrutura da criança, ainda sem valores e conhecimentos que a impossibilitam de tomar consciência do ato abusivo do adulto. SCHERER e SCHERER (2000) ainda destacam a compulsão do agressor à repetição do ato violento em decorrência

de sua dependência psicológica e baixa tolerância à frustração. Complementando esta lógica, ORTEGA et al (2001), ao analisarem os casos atendidos por um Programa de Atenção à Violência no México, discutem a impossibilidade física e psicológica das crianças em denunciar seu agressor, além do laço afetivo que os envolvem. Os autores ainda destacam a necessidade da intervenção de terceiros para que a violência seja interrompida.

▪ **Tipos de violência em cada caso**

Os resultados foram semelhantes nos dois anos de estudo, verificando-se mais de um tipo de violência em 67,9% e 72,5%, respectivamente, dos casos de 2002 e 2006.

Resultado similar foi observado por CAVALCANTI (1999b) que identificou mais de um tipo de violência em 68,0% dos casos de maus-tratos infantis estudados no Conselho Tutelar de Niterói. Proporções menores foram observadas por DE LORENZI et al (2001) e BRITO et al (2005), que encontraram, respectivamente 38,1% e 15,0% de casos aos quais se infirmaram mais de um tipo de violência. Entretanto, trata-se de estudos realizados em serviços de atendimentos ambulatoriais, o primeiro junto ao CRAMI, no município de São José do Rio Preto, e o segundo junto ao Ambulatório de Prevenção e Tratamento dos Maus-Tratos na Infância e Adolescência (AMT) do município de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. As diferenças em relação ao presente estudo, portanto, podem ser decorrentes das diferenças quanto à população de estudo e às características dos serviços onde os dados foram coletados.

A partir dos resultados encontrados, pode-se perceber que a circunstância da violência contra a criança e adolescente dificilmente engloba apenas um tipo de agressão. Apesar de poucos estudos que tratam sistematicamente esta questão, é possível concluir que existe um contexto complexo de desencadeamento dos maus-tratos, tornando-se imprescindível conhecer melhor os fatores que o envolvem.

▪ **Tipo de violência infligida**

A tabela 37 traz o principal tipo de violência praticada em cada caso, ou seja, a violência motivadora da notificação.

Entre os 1.620 casos estudados, houve predomínio da violência física (praticada através da força corporal e instrumentos), seguida pela negligência/abandono e

pela violência sexual (Tabela 37), com proporções bastante próximas nos dois anos de estudo (2002 e 2006).

Tabela 37 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tipo de violência infligida. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Tipo de violência infligida	TOTAL	
		Nº	%
2002	Violência física	321	52,9
	Força corporal	298	49,1
	Outro meio especificado (instrumentos, ferro, cinta, fio, madeira)	15	2,5
	Objeto cortante penetrante	5	0,8
	Objeto quente	2	0,3
	Arma não especificada	1	0,2
	Negligência / abandono	150	24,7
	Violência sexual	120	19,8
	Outros maus tratos (trabalho infantil, mendicância, prostituição)	11	1,8
	Violência psicológica	3	0,5
	Uso de droga	1	0,2
	Meio não especificado	1	0,2
TOTAL		607	100,0
2006	Violência física	488	48,2
	Força corporal	479	47,3
	Outro meio especificado (instrumentos, ferro, cinta, fio, madeira)	7	0,7
	Objeto cortante penetrante	1	0,1
	Substância corrosiva	1	0,1
	Negligência / abandono	308	30,4
	Violência sexual	186	18,4
	Outros maus tratos (trabalho infantil, mendicância, prostituição)	27	2,3
	Violência psicológica	1	0,1
	Uso de droga	1	0,1
	Meio não especificado	2	0,2
TOTAL		1013	100,0

A figura 8 permite visualizar o predomínio da violência física, negligência/abandono e violência sexual entre os casos estudados.

Figura 8 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tipo de violência infligida. Londrina, 2002 e 2006.

O predomínio da violência física, da negligência e da violência sexual verificada na presente casuística coincide com o relato de outros autores (CAVALCANTI, 1999b; DE LORENZI et al, 2001; BRITO et al, 2005). MOURA e REICHENHEIM (2005), ao estudarem os casos de violência contra criança registrados pelo serviço social do ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro,

também identificaram a agressão física e sexual entre as mais freqüentes. DESLANDES (1994) também verificou o abuso físico e a negligência como os tipos de maus-tratos mais praticados contra crianças e adolescentes atendidos pelos CRAMIs, no Estado de São Paulo. A agressão física, o abuso sexual e a negligência / abandono também estão presentes entre as ocorrências policiais não fatais praticadas contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos no município do Rio de Janeiro (ASSIS e SOUZA, 1995). WEBER et al (2002), ao estudarem os casos atendidos pelo SOS Criança de Curitiba, observaram o abuso físico (51,0%), a negligência / abandono (41,7%) e o abuso sexual (7,3%) entre os principais tipos de violência contra menores. Estudo realizado com vítimas de maus-tratos internadas no Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, verificou predomínio de negligência (47,0%), agressão física (39,0%) e violência sexual (9,0%) (LOPES e TAVARES Jr., 2000).

Estudos internacionais também são coincidentes com o presente levantamento. Em Temuco, no Chile, estudo junto aos domicílios em uma comunidade urbana de nível sócio-econômico médio, revelou que 42,3% das mães aplicam punição física em seus filhos (VIZCARRA et al, 2001). Estudo de prevalência e incidência de abuso infantil, ao comparar dados nos diferentes países, aponta a negligência, o abuso físico e o sexual entre os mais freqüentes na população infantil (CREIGHTON, 2004).

Os resultados encontrados suscitam duas reflexões. A primeira quanto ao uso da força física como medida educativa (SHNIT, 2002; CARMO e HARADA, 2006), o que a torna freqüente em nosso meio. BRENES (2001) discute a questão cultural do castigo e destaca a polêmica que há entre o uso da força física na disciplina dos filhos (o que pode gerar lesões importantes no momento da ira) e a corrente que critica o uso da agressão corporal ou através de objetos. Culturalmente, a punição física é aceita como necessária para crianças. McALISTER et al (2001), ao entrevistarem 3122 estudantes nos Estados Unidos e países europeus (Estônia, Finlândia, Romênia e Rússia), obtiveram a resposta de que a necessidade de educar justifica a violência física praticada contra a criança.

Frente a esta questão cultural, torna-se imprescindível que se trabalhe outras formas educativas junto às comunidades e sociedade como um todo. Vale realçar que a violência doméstica começa através da palmada e, com o passar do tempo, a intensidade e a forma vão se agravando. É importante que pais e educadores acreditem que é possível impor limites sem recorrer à violência, ou ainda que bater não é uma forma de comunicação (AZEVEDO, 2007).

A outra reflexão se refere ao fato de que a agressão física possa ser a mais denunciada por produzir lesões corporais passíveis de serem observadas mais facilmente (BRITO et al, 2005). Neste aspecto, é preciso destacar a importância de profissionais e comunidades estarem alertas para a identificação não somente do abuso físico, mas também de todas as outras formas de agressão contra a criança e adolescente, muitas vezes não observadas no dia-a-dia por não serem evidentes como a violência física.

Conhecendo a estimativa da população menor de 15 anos residente no município no mesmo ano, calculou-se o coeficiente de incidência para cada tipo de violência segundo a idade da população estudada, estimando-se o risco de ocorrência de cada tipo de violência em menores de 15 anos, nos anos de 2002 e 2006 (Figura 9). O coeficiente está calculado para cada 10.000 crianças.

Comparando-se os dois anos de estudo, observa-se um aumento significativo do risco de violência contra menores de 2002 para 2006, com coeficientes que praticamente se multiplicam. O coeficiente de incidência de violência física, por exemplo, na idade na qual se observa o maior risco (aos seis anos), passa de 75,4 (por 10.000) em 2002 para 122,5 em 2006, resultando em um aumento de 62,5% entre um ano e outro.

A negligência / abandono também apresentam aumento alarmante. Aos dois anos de idade, período de maior risco, seu coeficiente passa de 55,5 (por 10.000) em 2002 para 78,1 em 2006, o que representa 40,7% de aumento. Da mesma forma, a violência sexual atinge coeficiente de 22,3 (por 10.000) aos 12 anos de idade, em 2006, o que significa um aumento de 32,7% se comparado ao coeficiente da mesma faixa etária em 2002 (16,8 por 10.000).

Já o grupo de “Outros Maus-Tratos” (que aqui englobam o trabalho infantil, mendicância e prostituição) apresentam discreto aumento, mas sua ocorrência é relativamente baixa em relação aos outros tipos. A violência psicológica, por sua vez, permanece estável, porém há que se considerar sua baixa frequência e o fato da mesma dificilmente ser o motivo principal das notificações.

Figura 9 – Distribuição dos Coeficientes de Incidência para cada tipo de violência praticada contra menores de 15 anos. Londrina, 2002 e 2006.

O aumento expressivo da violência no período estudado revela a necessidade de programas e políticas específicas que visem sua redução e prevenção, bem como estudos que aprofundem a compreensão deste fenômeno.

Neste sentido, MARMO (1999) chama a atenção para a necessidade de se estudar e compreender as causas da violência contra a criança, cujo enfrentamento requer medidas que, segundo CRUZ NETO e MOREIRA (1999), se contraponham a interesses econômicos, políticos e hábitos culturais. Para o autor, atuar contra as causas da violência engloba estratégias que melhorem a precária qualidade das estatísticas para que a sociedade conheça os reais índices de violência, além de medidas que diminuam a desigualdade social, geradora de inúmeras situações violentas, tais como a miséria, as más condições de habitação e trabalho, o não controle do tráfico de drogas e de armas, a delinquência, o abandono e o descaso da sociedade e Estado no enfrentamento da violência.

Diante deste complexo contexto, merecedor de atenção por todos os setores, MINAYO (2002) destaca a necessidade de ações interdisciplinares, interprofissionais e multisetoriais, para que se possa construir os direitos humanos e sociais que culminem na redução de eventos violentos em nossa sociedade.

No presente estudo, além da violência que motivou a notificação, houve casos em que a criança ou adolescente sofreu outros tipos de violência em concomitância. Neste sentido, as tabelas 38 e 39 especificam o segundo tipo de violência sofrida (412 casos em 2002 e 734 casos em 2006).

Entre os menores de 15 anos vítimas de mais de um tipo de violência em 2002 (Tabela 38), observa-se que a agressão por força corporal esteve acompanhada pela violência psicológica em 83,2% dos casos, seguida pela negligência / abandono (10,1%), por agressão por outros meios especificados como instrumentos, ferro, cinta, fio (4,1%) e por outros maus-tratos como o trabalho infantil, mendicância e prostituição (2,6%). Entre as vítimas de negligência / abandono, a agressão corporal e psicológica também estiveram presentes (75,0% e 25,0% respectivamente). A violência sexual, por sua vez, foi acompanhada pela violência psicológica em 47,4% dos casos, pela agressão física (36,8%), por outros maus-tratos (10,5%) e por outros meios especificados (5,3%). Nota-se, ainda, que as agressões por outro meio especificado (instrumentos, ferro, cinta, fio) ocorreram concomitantemente com violência psicológica (83,3%), agressão corporal (8,3%) e negligência / abandono (8,3%). Já os outros maus-tratos infligidos à criança e adolescente

(trabalho infantil, mendicância, prostituição) foram acompanhados por negligência / abandono (44,4%), violência psicológica (33,3%) e corporal (22,2%).

Entre as vítimas de 2006 que sofreram mais de um tipo de violência, observam-se, praticamente as mesmas associações (Tabela 39).

Observa-se nos dois anos de estudo a alta frequência de violência psicológica como pano de fundo de praticamente todas as agressões.

Embora seja de conhecimento científico e de senso comum que uma mesma criança possa ser vítima de mais de uma forma de violência, MARMO (1999) chama a atenção para o fato de que não há muitas investigações sistemáticas a respeito.

Por tratar-se de um complexo contexto onde determinados tipos de violência se expressam acompanhadas de outras agressões, torna-se interessante conhecer estas relações.

Outros autores apontam associações semelhantes às encontradas na presente investigação. Entre as crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos atendidas pelo Conselho Tutelar de Niterói, o pesquisador também encontrou concomitância entre os diversos tipos de abuso (CAVALCANTI, 1999b), assim como DE LORENZI et al (2001) e BRITO et al (2005). Em todos os estudos citados, a violência física associada à psicológica e à negligência foi a associação mais observada, bem como a violência sexual e a psicológica.

Interessante observar a baixa frequência da violência psicológica quando analisados somente os tipos de violência que geraram a denúncia (tabela 37). Entretanto, quando associada a outras formas de violência, sua frequência aumenta significativamente. Este achado permite concluir que a violência psicológica permeia praticamente todas as situações de agressão contra a criança, porém dificilmente constitui-se o motivo principal de notificação. Frente à sua constante presença nos diversos tipos de violência praticados contra a criança e o adolescente, PIRES e MIYAZAKI (2005) alertam para o profundo impacto negativo que a violência psicológica exerce sobre o desenvolvimento psio-social da criança. Soma-se, ainda, a dificuldade em se detectá-la por não produzir lesões visíveis e por ser de difícil suspeita e confirmação. Nesta perspectiva, a identificação e intervenção efetivas, aliadas à maior vigilância nos diferentes espaços sociais, constituem ações importantes na prevenção e tratamento adequados.

(TABELA HORIZONTAL 38)

(TABELA HORIZONTAL 39)

▪ **Tipo de violência segundo o vínculo entre agressores e vítimas**

Ao se analisar o tipo de violência infligida segundo o vínculo entre agressores e vítimas (Tabelas 40 e 41), observa-se que a mãe praticou, predominantemente, a negligência/abandono (57,8% em 2002 e 69,5% em 2006) e a violência por força corporal (33,0% em 2002 e 25,2% em 2006). O pai, por sua vez, exerceu mais a agressão corporal (75,1% em 2002 e 85,1% em 2006), seguida pela sexual (18,3% em 2002). Quando o agressor foi o padrasto, as agressões mais frequentes foram a sexual (47,6% em 2002 e 35,2% em 2006) e por força corporal (44,4% em 2002 e 63,5% em 2006). A madrasta, quando agressora, praticou predominantemente, a negligência (71,9% em 2002 e 63,1% em 2006), seguida pela agressão por força corporal (28,1% em 2002 e 33,8% em 2006). Os outros parentes (neste estudo representados pelos tios, avós, primos, irmãos, meio-irmão, cunhado, filho do padrasto, entre outros) exerceram com maior frequência a violência sexual (58,3% em 2002 e 81,6% em 2006), seguida pela força corporal (33,3% em 2002 e 14,3% em 2006). Os vizinhos já ocasionaram a violência sexual em sua grande maioria (71,4% em 2002 e 91,9% em 2006). Os colegas de escola, entretanto, exerceram a força corporal em 89,5% dos casos ocasionados por eles, em 2002, mas, em 2006, 100,0% das agressões praticadas por eles foram sexuais. Os desconhecidos, também agrediram sexualmente suas vítimas em grande parte (77,7% em 2002 e 70,0% em 2006). As entidades de educação exerceram a força corporal integralmente (100,0% tanto em 2002 como em 2006). Os amigos(as) da família, entretanto, violentaram sexualmente suas vítimas em 83,3% (2002) e 100,0% (2006). Quando o agressor foi o namorado da mãe, houve a presença da agressão por força corporal em 50,0% das vítimas, em 2002. Em 2006, o namorado da mãe exerceu a violência sexual em 66,7% de suas vítimas. As babás praticaram a violência por força corporal em 50,0% (2002) e 66,7% (2006). Os outros agressores (porteiro de prédio, caseiro de chácara, companheiro da avó, namorado da vítima, agente de prostituição, motorista de escola) utilizaram objeto cortante (40,0% em 2002) em suas agressões e violentaram sexualmente suas vítimas (83,3% em 2006).

(TABELA HORIZONTAL 40)

(TABELA HORIZONTAL 41)

Semelhante ao presente estudo, CAVALCANTI (1999b), ao analisar os registros do Conselho Tutelar de Niterói e associar os agentes agressores com o tipo e abuso infligido, também verificou que a mãe cometeu mais negligência, enquanto o pai exerceu mais a força corporal. O autor também identificou que a violência praticada pelo padrasto era mais a sexual e que a madrasta praticou a negligência em maior proporção. BRITO et al (2005), ao analisarem as modalidades de violência cometidas pelos pais, constaram que a mãe exerceu mais a negligência, enquanto o pai praticou a violência física e psicológica em maior frequência. No estudo de ASSIS e SOUZA (1995), as autoras associaram vizinhos e parentes (pai, mãe, irmãos, tios, avós e outros) com a agressão física cometida contra crianças e adolescentes. Outros estudos também observaram a mãe e o pai como os principais agentes do abuso físico (PASCOLAT et al, 2001).

Já PFEIFFER e SALVAGNI (2005), ao estudarem o abuso sexual na infância e adolescência, observaram que os agressores são, na sua grande maioria, pessoas ligadas diretamente às vítimas, como verificado no presente estudo (pai, padrasto, outros parentes, vizinhos e amigos da família). Em pesquisa realizada junto ao Centro de Referência da Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto, RIBEIRO et al (2004) observaram que outros componentes da família (tios, irmãos, entre outros) também apareceram como agressores sexuais. Estudo internacional (GUERRA, 2000) também relaciona outros parentes (tios), o padrasto, vizinhos e desconhecidos como os principais agressores sexuais de crianças e adolescentes bolivianas.

A maior proporção de negligência quando a agressora é a mãe e a madrasta pode estar relacionada, entre outros fatores, com a própria posição familiar que as mesmas ocupam. A negligência costuma ser atribuída à mãe e à madrasta com maior frequência, uma vez que elas são socialmente responsáveis pelo cuidado com os filhos. Além disto, ao pai cabe a autoridade e o uso da força física para impor limites na educação dos filhos. Estas questões podem contribuir para que a agressão física seja exercida mais pelo pai e a negligência mais pela mãe e madrasta.

O fato de o padrasto, outros parentes, vizinhos e amigos da família cometerem mais o abuso sexual, revela a forma de poder ou dependência utilizada por estas pessoas próximas da criança, num jogo emocional ou por intimidação, que utiliza a hierarquia e a subordinação para a prática do abuso, o que para MORALES e SCHRAMM (2002) significa uma estrutura de poder assimétrica, pois quem abusa do outro ocupa uma posição de vantagem, ou pela diferença de idade ou pela posição de autoridade que ocupa em relação à criança.

4.3.5 Algumas consequências das violências

Foram consideradas consequências da violência a presença de lesão corporal, a necessidade de internação e as seqüelas registradas em prontuário.

▪ Presença de lesão corporal

Grande parte dos casos de violência apresentou lesão corporal (90,4% em 2002 e 92,0% em 2006), sendo importante notar que a “não informação” ocorreu em cerca de 5,0% dos casos.

Resultado semelhante foi encontrado por PASCOLAT et al (2001) que, ao estudarem os casos notificados ao SOS Criança de Curitiba, verificaram presença de lesão em 93,0% das crianças, com predomínio de hematomas. LOPES e TAVARES Jr. (2000) também encontraram presença de lesão corporal ao estudarem 57 crianças de 0 a 12 anos vítimas de maus-tratos, internadas no Hospital Municipal Jesus do Rio de Janeiro, sendo as fraturas as prevalentes.

Estudo em um hospital regional de Hong Kong (FONG et al, 2005) desenvolvido num período de oito anos, identificou 377 crianças admitidas com presença de lesão intencional, sendo que, destas, 7,7% apresentaram fratura. No Canadá, 18,0% dos casos de maus-tratos infantis encaminhados ao *Canadian Child Welfare Authorities (CIS)* apresentaram lesão corporal, sendo 77,0% lesões moderadas e 23,0% lesões graves (TROCMÉ et al, 2003).

MARMO (1999) considera lesão corporal decorrente da violência as contusões, luxações, lesões de pele, fraturas, queimaduras, rupturas de órgãos e desorganização de funções, o que para REICHENHEIM et al (1999) podem variar em gravidade e repercussões imediatas ou tardias, podendo levar inclusive ao óbito. Segundo PASCOLAT et al (2001) e MINAYO (2001), as lesões mais comuns resultantes da agressão são as contusões, lacerações, arranhões, tramas cutâneas, queimaduras, lesões abdominais, traumatismos cranianos, lesões oculares e auditivas. Apesar de ser objeto de estudo da presente investigação, não foi possível estabelecer o tipo e a natureza da lesão, bem como sua gravidade, em decorrência da qualidade da informação. Os termos nos prontuários dos Conselhos Tutelares foram usados em seu aspecto leigo e não técnico, não havendo clara diferenciação entre trauma e ferimento, impossibilitando a utilização da informação. Desta forma, foi possível determinar apenas o segmento corpóreo afetado.

Apesar disto, a grande proporção de lesão corporal entre os menores vítimas de violência chama a atenção para o sofrimento que estas vítimas vivenciam, além das

repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança, uma vez que muitas destas lesões podem levar à invalidez temporária, permanente ou até à morte.

▪ Segmento corpóreo afetado

Na análise do segmento corpóreo afetado, observou-se maior proporção de múltiplas regiões afetadas (36,4% em 2002 e 28,7% em 2006), seguidas pelo abdome/dorso/pelve (26,6% em 2002 e 26,9% em 2006), pelos membros superiores (15,7% em 2002 e 15,6% em 2006) e inferiores (10,2% em 2002 e 11,7% em 2006). A cabeça (4,9% em 2002 e 0,6% em 2006), pescoço (0,9% em 2006) e tórax (1,8% em 2002 e 3,6% em 2006) foram as regiões corpóreas menos afetadas. Ainda houve registros de efeito de privação (0,4% em 2002 e 0,2% em 2006), nos quais as vítimas apresentaram desnutrição severa. Os casos em que não havia informação representaram 3,1% em 2002 e 2,6% em 2006 (Figura 10).

Figura 10 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos que apresentaram lesão corporal segundo o segmento corpóreo afetado. Londrina, 2002 e 2006.

Estudo realizado por ASSIS e SOUZA (1995) nas delegacias policiais do Rio de Janeiro revelou que, entre as agressões físicas sofridas por crianças e adolescentes, os segmentos corpóreos mais afetados foram os membros (42,0%), a cabeça (36,0%), o tronco (26,0%) e múltiplas regiões (8,0%), o que não coincide com os resultados da presente pesquisa. Entretanto, os resultados citados acima se referem apenas à agressão física, enquanto o presente estudo engloba todos os tipos de violência, o que pode ter gerado resultados divergentes.

Já pesquisa realizada no SOS Criança de Curitiba (PASCOLAT et al, 2001) revelou que as lesões produzidas pelo abuso físico atingiram mais de um segmento corpóreo em 64,9% dos casos, o que se assemelha com o predomínio de múltiplas regiões na presente pesquisa. LOPES e TAVARES Jr. (2000) também identificaram as múltiplas regiões como mais afetadas entre crianças agredidas, porém os autores se referem apenas às fraturas, tipo de lesão prevalente no referido estudo.

O predomínio de múltiplas regiões como segmentos corpóreos mais afetados pela violência pode estar associado à condição indefesa da criança, o que possibilita a agressão em várias regiões corporais durante o mesmo ato violento. Já o abdome/dorso/pelve desperta para a possibilidade de golpes como chutes e socos aplicados diretamente sobre esta região. A presença de lesão em membros pode sinalizar a tentativa de defesa da criança encobrindo a cabeça e tórax (segmentos menos afetados).

▪ Necessidade de internação

Mais da metade dos prontuários (64,2% em 2002 e 64,3% em 2006) não trazia a informação de que tenha sido necessária a internação da criança ou adolescente vítima de violência, o que, evidentemente, impede qualquer análise mais profunda sobre essa situação. Ainda assim, houve presença de internação em torno de 20,0% dos casos (21,9% em 2002 e 25,3% em 2006).

Embora não tenham sido encontrados estudos semelhantes que permitissem comparar os resultados obtidos, uma taxa menor de internação (4,0%) foi encontrada entre crianças mexicanas vítimas de violência familiar, atendidas em serviços de urgência (HIJAR-MEDINA et al, 2003). Entretanto, trata-se de uma população diferente da estudada na presente investigação, o que pode contribuir para as diferenças encontradas.

Estudo brasileiro de CAVALCANTI (1999b) no Conselho Tutelar de Niterói revelou que 16,4% das crianças vítimas de violência necessitaram de atendimento em serviço de saúde, embora a frequência de ignorados tenha sido de 42,2%.

Apesar da qualidade da informação não ter permitido analisar a real proporção de internação decorrente da agressão, torna-se importante refletir sobre o impacto social, econômico e familiar da violência, uma vez que a mesma tem ocasionado internações e, conseqüente gasto hospitalar, além de seqüelas que podem acompanhar a criança ou adolescente por toda a vida. Aspecto importante diz respeito a investimentos no sentido do aprimoramento da qualidade da informação.

▪ Presença de seqüelas nas vítimas

Quase que a totalidade das vítimas apresentou seqüela (99,3% em 2002 e 99,0% em 2006), sendo a seqüela física (cicatrizes, deformidades, limitações motoras, entre outras) a mais comum (94,2% em 2002 e 97,0% em 2006) (Tabela 42).

Tabela 42 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a presença de seqüelas. Londrina, 2002 e 2006.

Presença de seqüelas nas vítimas de violência	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Sim	603	99,3	1002	99,0
Física	(568)	(94,2)	(972)	(97,0)
Neurológica	(1)	(0,2)	-	
Psicológica	(30)	(4,9)	(20)	(2,0)
Não informado	(4)	(0,7)	(10)	(1,0)
Não	-	-	3	0,3
Não informado	4	0,7	7	0,7
TOTAL	607	100,0	1013	100,0

Cabe esclarecer que, na presente investigação, foram consideradas as seqüelas registradas em prontuário pelos conselheiros tutelares, cujo conhecimento científico, muitas vezes, é insuficiente para determinar a presença e natureza da seqüela.

Em todos os casos em que foi verificada a presença de seqüela, houve o registro de uma segunda seqüela, sendo a psicológica a predominante (99,5% em 2002 e 99,6% em 2006).

A presença de seqüela (5,8%) também foi observada por PASCOLAT et al (2001) em crianças vitimizadas, porém foram seqüelas definitivas, o que justifica o baixo percentual em relação ao presente estudo, que engloba, por sua vez, tanto as seqüelas imediatas como tardias, registradas em prontuário.

Muitos autores destacam as conseqüências físicas, emocionais e psicológicas decorrentes da violência (MONTEIRO et al, 1999; GRILO e MASHEB,

2001; DE LORENZI et al, 2001; BRENES, 2001; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; HIJAR-MEDINA et al, 2003; ARCOS et al, 2003; ASSIS et al, 2004; PIRES e MIYAZAKI, 2005). Para os autores, além das seqüelas físicas que causam dor e estresse, o fato da criança ainda não apresentar uma estrutura psicológica consolidada e o constante estado de alerta pela presença de maus-tratos podem acarretar seqüelas emocionais, afetivas e psicológicas. Muitas destas seqüelas, às vezes irreparáveis, se manifestam na fase adulta, como ansiedade e depressão, risco de auto-destruição, baixa auto-estima, visão pessimista do futuro, problemas de relacionamento, agressividade, timidez, isolamento social, submissão, déficit de atenção, hiperatividade, capacidade cognitiva e de linguagem inferiores, uso de álcool e drogas, além do comportamento abusivo que colabora para a perpetuação da violência.

Como exemplo, GRILO e MASHEB (2001), ao estudarem 145 pacientes com obesidade e compulsão alimentar, atendidos no ambulatório de psiquiatria da Universidade de New Haven, encontraram associação entre desordem alimentar na fase adulta e exposição à violência na infância. Destes pacientes, 83,0% referiram ter sofrido maus-tratos quando crianças (24,4% por abuso emocional; 14,8% por violência psicológica; 12,5% por abuso sexual; 28,4% por negligência emocional e 19,9% por negligência física).

Há que se considerar, ainda, que a seqüela física pode ser temporária, mas pode também deixar cicatrizes permanentes, deformidades e até mesmo causar a morte, além de prejudicar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Neste aspecto, ARCOS et al (2003), em um estudo longitudinal com grupo controle, associaram maior risco de doenças respiratórias e internação entre crianças provenientes de lares onde há violência doméstica.

SCHERER e SCHERER (2000) ainda destacam que o grau das seqüelas decorrentes de violência depende, entre outros fatores, da idade da criança quando se iniciou o abuso, do tempo de abuso sofrido, do grau de relacionamento entre vítima e agressor, do grau de ameaça sofrida e da ausência de estrutura familiar.

Frente a este contexto, pode-se compreender a extrema necessidade de evitar os atos violentos, uma vez que suas seqüelas atingem dimensões e gravidade expressivas. A grande proporção de seqüelas físicas associadas às psicológicas, verificadas na presente investigação, alerta para a necessidade de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, além de tratamento adequado para as vítimas.

As análises que se seguem correspondem ao primeiro tipo de violência que levou à notificação. Apesar da grande proporção de casos em que houve mais de um tipo de violência, a análise que se segue buscou caracterizar as vítimas, o agressor, a violência praticada e suas conseqüências considerando a violência principal, o que possibilita a avaliação das formas mais freqüentes de abuso.

4.4 ANÁLISE DETALHADA DAS VIOLÊNCIAS

Estudar detalhadamente os diferentes tipos de violência constitui-se, para alguns autores, apenas em uma forma didática de compreender melhor as questões que envolvem o evento, uma vez que os vários tipos de agressão podem ocorrer de forma dinâmica e simultânea (PIRES e MIYAZAKI, 2005). Neste sentido, a análise detalhada que se segue tem por objetivo caracterizar cada tipo de agressão para que melhor se conheçam as circunstâncias de cada evento, embora, como referido, os mesmos possam ocorrer simultaneamente.

Na análise detalhada de cada tipo de violência, observou-se que algumas características em relação à criança (cor, região de residência, com quem reside, responsável pela criança, posição da vítima na família, número de membros e irmãos, número de vítimas na casa), à família (idade, escolaridade, profissão, situação ocupacional, renda e estado civil dos pais) e ao agressor (escolaridade, estado civil, profissão, situação ocupacional e renda) mantiveram o mesmo padrão da análise geral, com proporções semelhantes em cada tipo de violência.

Neste sentido, a análise realizada procurou descrever apenas as características específicas de cada tipo de violência, tais como o denunciante, o sexo e a idade das vítimas, o sexo e a idade do agressor, o vínculo entre agressores e vítimas, as condições de risco, o local onde ocorreu a violência, a freqüência e o tempo de abuso, a presença de lesão corporal e o segmento corpóreo afetado, a necessidade de internação e a presença de seqüelas.

4.4.1 A violência física e seu estudo segundo sub-tipos

SCHERER e SCHERER (2000) classificam a violência física em direta (praticada através de pontapés, bofetadas, beliscões, palmadas, socos, etc.) e indireta (exercida através de instrumentos). Para PIRES e MIYAZAKI (2005), a violência física engloba desde beliscões e chineladas a puxões de orelha, tapas, murros, chutes, cintadas,

queimaduras com água quente, brasa de cigarro e ferro elétrico, intoxicação com psicofármacos, sufocação, mutilação e espancamento. GOMES (1998) também difere a agressão corporal da agressão física por armas brancas, objetos cortantes e projéteis de arma de fogo. Neste sentido, dadas as diferentes características entre os tipos de violência física, a análise no presente estudo se deu separadamente em cada tipo que a compõe (agressão por força corporal, por outros meios especificados, por objeto cortante, por objeto quente, por arma e por substância corrosiva).

▪ A violência por força corporal

A violência por força corporal somou 298 casos em 2002 e 479 casos em 2006, representando 92,8% (em 2002) e 98,1% (em 2006) da violência física.

Em 2002, a escola (24,5%) e a mãe (16,8%) juntamente com outros familiares (16,7%) foram os que mais notificaram a violência por força corporal (Tabela 43). Em 2006, as denúncias foram feitas mais pela mãe (24,4%) e outros familiares (tios, cunhada, primos) (20,9%), além de vizinhos e escola (17,1% cada).

Tabela 43 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.

Denunciante da violência por FORÇA CORPORAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	139	46,6	272	56,8
Mãe	50	16,8	117	24,4
Pai	5	1,7	4	0,8
Avós	34	11,4	51	10,6
Outros familiares	50	16,7	100	20,9
Amigo(a) família	1	0,3	-	-
Vizinhos	32	10,7	82	17,1
Profissional de saúde	18	6,0	20	4,2
Escola	73	24,5	82	17,1
Comunidade	1	0,3	1	0,2
Própria vítima	3	1,0	-	-
Outro	1	0,3	1	0,2
Anônimo	30	10,1	19	4,0
Não informado	-	-	2	0,4
TOTAL	298	100,0	479	100,0

Poucos trabalhos trazem a análise detalhada da agressão por força corporal, analisando-a juntamente com a violência física ou, ainda, na análise global de todos os

tipos de violência. PASCOLAT et al (2001) analisaram o abuso físico em um serviço de atendimento em Curitiba e encontraram como principal denunciante a comunidade (85,8%), principalmente os vizinhos e profissionais de saúde. ASSIS e SOUZA (1995) também analisaram a agressão física contra crianças e adolescentes registrada nas delegacias do Rio de Janeiro e verificaram que 53,0% das denúncias foram realizadas por policiais. GOMES (1998), ao analisar o banco de dados do CLAVES, observou que os comunicantes mais comuns da agressão física contra criança e adolescente são a mãe e policiais militares. Entretanto, tais estudos não diferenciam a agressão por força corporal dos outros tipos de violência física, o que prejudica a comparação de resultados.

A participação da escola, mãe, familiares e vizinhos como denunciante da agressão por força corporal denota a visibilidade deste tipo de violência, pois deixa marcas que são percebidas por aqueles próximos à criança, como, por exemplo, os denunciante acima citados. A denúncia da mãe, por sua vez, mesmo sendo ela própria a agressora, pode significar seu pedido de ajuda, já que as lesões decorrentes da agressão corporal facilitam o diagnóstico da violência e suscitam medidas imediatas de proteção da criança.

No ano de 2002, a violência por força corporal apresentou frequências pouco diferentes entre o sexo masculino (57,7%) e o feminino (42,3%), numa razão de masculinidade de 1,4 meninos para cada menina (Tabela 44). Em 2006, o sexo feminino apresentou maior proporção (53,4%) em relação ao masculino (46,5%), invertendo a razão de masculinidade para 0,9 ou, ainda, numa proporção de 1,1 meninas para cada menino .

As idades de 4 a 7 anos tiveram maior frequência, sendo que entre os meninos a idade de 5 anos (17,4% em 2002 e 26,3% em 2006) e 6 anos (21,5% em 2002 e 21,4% em 2006) ocuparam as primeiras colocações. Entre as meninas, a idade de 4 anos (15,1% em 2002), 5 anos (16,0% em 2006) e 6 anos (15,9% em 2002 e 24,2% em 2006) se destacaram.

Tabela 44 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas: Londrina, 2002 e 2006.							
Ano	Idade da vítima de violência por FORÇA CORPORAL	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 1 ano	3	1,7	1	0,8	4	1,3
	1 ano	5	2,9	-	-	1	0,3
	2 anos	3	1,7	7	5,5	10	3,3
	3 anos	8	4,6	8	6,3	16	5,4
	4 anos	21	12,2	19	15,1	40	13,4
	5 anos	30	17,4	11	8,7	41	13,8
	6 anos	37	21,5	20	15,9	57	19,1
	7 anos	21	12,2	10	7,9	31	10,4
	8 anos	12	7,0	7	5,5	19	6,4
	9 anos	7	4,1	5	4,0	12	4,0
	10 anos	12	7,0	11	8,7	23	7,7
	11 anos	7	4,1	4	3,2	11	3,7
	12 anos	5	2,9	8	6,3	13	4,4
	13 anos	1	0,6	7	5,5	8	2,7
	14 anos	-	-	8	6,3	8	2,7
TOTAL		172	100,0	126	100,0	298	100,0
2006	< 1 ano	-	-	-	-	-	-
	1 ano	-	-	1	0,4	1	0,2
	2 anos	7	3,1	5	2,2	12	2,5
	3 anos	7	3,1	16	7,1	23	4,8
	4 anos	16	7,1	44	19,5	60	12,5
	5 anos	59	26,3	36	16,0	95	19,8
	6 anos	48	21,4	55	24,2	103	21,5
	7 anos	21	9,4	24	10,7	45	9,4
	8 anos	24	10,7	24	10,7	48	10,0
	9 anos	8	3,6	15	6,7	23	4,8
	10 anos	14	6,2	18	8,0	32	6,7
	11 anos	6	2,7	3	1,3	9	1,9
	12 anos	4	1,8	4	1,7	8	1,7
	13 anos	4	1,8	4	1,7	8	1,7
	14 anos	5	2,2	7	3,1	12	2,5
TOTAL		223	100,0	256	100,0	479	100,0

A figura 11 permite visualizar a maior proporção de casos masculinos nas idades de cinco e seis anos, tanto em 2002 como em 2006. Entre as meninas, observa-se maior frequência nas idades de quatro e seis anos. Interessante a redução dos casos masculinos a partir dos onze anos de idade, ao passo que, entre as meninas, a violência ainda se manifesta mesmo com o avançar da idade.

Figura 11 – Distribuição proporcional (%) dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

A figura 12 apresenta os coeficientes de incidência da violência por força corporal para cada idade e sexo das vítimas, sendo visível o aumento da agressão entre um ano e outro. No sexo masculino, por exemplo, o coeficiente na idade de seis anos (faixa

etária de maior risco) passa de 9,4 (por 1.000 crianças) em 2002 para 11,3 (por 1.000) em 2006, representando um aumento de 120,0%. No sexo feminino também se observa tal comportamento da violência (aumento de 253,8%), quando o coeficiente passa de 5,2 (por 1.000) em 2002 para 13,2 (por 1.000) em 2006, na idade de seis anos (faixa etária de maior risco entre as meninas). O coeficiente geral aponta para maior risco na faixa etária de quatro a seis anos de idade.

Um pouco divergente de nosso estudo, PASCOLAT et al (2001) observaram que a faixa etária que mais sofreu a agressão física foi a de cinco a onze anos de idade, porém foi muito pouca a diferença percentual entre os sexos das vítimas (50,2% masculino e 49,8% feminino), resultado próximo ao da presente pesquisa. Já DELORENZI et al (2001) observaram que os meninos sofrem mais a violência física em relação às meninas enquanto CAVALCANTI (1999b) detectou pouca diferença entre os sexos em se tratando de violência física. Na análise das vítimas de agressão, GOMES et al (1999b) concluíram que, entre crianças e adolescentes, o sexo não é uma variável que determine a ocorrência de maus-tratos, o que vem ao encontro dos resultados encontrados quanto à agressão corporal.

O predomínio da faixa etária de quatro a seis anos, como a de maior risco para a agressão corporal, justifica-se pela própria condição de dependência, física e psicológica, características da criança nestas idades.

Apesar da cautela que se deve ter ao lidar com números pequenos, o que podem gerar flutuações aleatórias, chama a atenção, no presente estudo, a redução da agressão corporal a partir dos onze anos no sexo masculino, o que pode estar relacionado ao próprio crescimento e desenvolvimento dos meninos que adquirem força e meios de defesa com o passar da idade. Já, entre as meninas, a menor redução da agressão corporal após os onze anos pode estar relacionada com a fragilidade física do sexo e dependência em relação ao agressor.

Figura 12 – Coeficientes de incidência da violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Entre os agressores, houve predomínio do sexo masculino (70,1% em 2002 e 72,6% em 2006) (Tabela 45). A faixa etária predominante entre os homens é de 30 a 34 anos.

Entre as mulheres agressoras, houve uma distribuição regular na faixa etária de 20 a 34 anos de idade.

Tabela 45 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Idade do agressor de violência por FORÇA CORPORAL	SEXO DO AGRESSOR					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 15 anos	2	1,0	1	1,1	3	1,0
	15 a 19 anos	-	-	4	4,5	4	1,3
	20 a 24 anos	14	6,7	20	22,7	34	11,4
	25 a 29 anos	46	22,0	25	28,4	71	23,8
	30 a 34 anos	86	41,1	22	25,0	108	36,2
	35 a 39 anos	46	22,0	9	10,2	55	18,5
	40 e mais anos	15	7,2	7	8,0	22	7,4
	Ignorado	-	-	-	-	1*	0,3
TOTAL		209	100,0	88	100,0	298	100,0
2006	< 15 anos	9	2,6	2	1,5	11	2,3
	15 a 19 anos	2	0,6	1	0,8	3	0,6
	20 a 24 anos	8	2,3	37	28,2	45	9,4
	25 a 29 anos	40	11,5	30	22,9	70	14,6
	30 a 34 anos	135	38,8	33	25,2	168	35,1
	35 a 39 anos	110	31,6	22	16,8	132	27,6
	40 e mais anos	41	11,8	5	3,8	46	9,6
	Ignorado	2	0,6	-	-	2	0,4
TOTAL		348	100,0	131	100,0	479	100,0

*inclui 1 caso cujo sexo não estava informado

Semelhante à presente casuística, o estudo de ASSIS e SOUZA (1995) revelou maior participação de agressores masculinos (78,0%) entre os casos de agressão física contra crianças e adolescentes, registrados nas delegacias do Rio de Janeiro.

A maior proporção de agressores masculinos neste tipo de violência pode estar relacionada com a força física atribuída ao sexo masculino desde os primórdios (MINAYO, 2002).

Não foram encontrados trabalhos que determinassem a idade dos agressores. Entretanto, observa-se que a idade predominante dos agressores de violência corporal (30 a 34 anos para os homens e 20 a 24 anos para as mulheres) coincide com o período de maior vitalidade e vigor físico, no qual a força corporal pode ser exercida indiscriminadamente. A pouca participação de agressores com maior idade reforçam a hipótese acima.

O pai figurou como o maior agressor por força corporal (49,7% em 2002 e 48,8% em 2006), seguido pela mãe (22,8%), em 2002, e pelo padrasto (21,1%), em 2006 (Tabela 46). Observa-se que o pai, a mãe, o padrasto e a madrasta foram os principais agressores deste tipo de violência.

Tabela 46 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Vínculo entre agressores e vítimas de violência por FORÇA CORPORAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	265	88,9	466	97,3
Mãe	68	22,8	71	14,8
Pai	148	49,7	234	48,8
Padrasto	28	9,4	101	21,1
Madrasta	9	3,0	53	11,1
Outros parentes	12	4,0	7	1,5
Amigo(a) família	1	0,3	-	-
Vizinhos	4	1,3	3	0,6
Colega de escola	17	5,7	-	-
Desconhecido	1	0,3	1	0,2
Entidade de educação	7	2,3	4	0,8
Namorado da mãe	1	0,3	1	0,2
Babá	1	0,3	2	0,4
Ignorado	1	0,3	2	0,4
TOTAL	298	100,0	479	100,0

A revisão da literatura trouxe alguns resultados diferentes aos encontrados nesta investigação. No estudo de ASSIS e SOUZA (1995), apesar dos pais figurarem entre os agressores, os principais responsáveis pela agressão física praticada contra crianças e adolescentes foram vizinhos, porém trata-se de registros em delegacias. Já PASCOLAT et al (2001) verificaram que a mãe, utilizando, na maioria das vezes, as próprias mãos, foi a agressora em 42,2% dos casos de abuso físico infantil registrados no SOS Criança de Curitiba. Entretanto, outros estudos revelam que grande parte da violência física é exercida pelo pai (CAVALCANTI, 1999b; BRITO et al, 2005). Como já comentado anteriormente, a figura paterna associa-se à autoridade e imposição de limites, contribuindo para a ocorrência da força corporal praticada pelo pai.

O alcoolismo predominou entre as condições de risco que podem favorecer a ocorrência de maus-tratos por força corporal, com proporções de 57,0% em 2002 e de 64,0% em 2006 (Tabela 47), embora a crise conjugal, também esteja presente (11,4% em 2002 e 15,7% em 2006).

Tabela 47 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006.

Situação de risco na violência por FORÇA CORPORAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Condições do agressor				
Alcoolismo	170	57,0	307	64,0
Drogadição	11	3,7	7	1,5
Condições sociais				
Desemprego	6	2,0	6	1,3
Condições familiares				
Crise conjugal	34	11,4	75	15,7
Outro	24	8,1	30	6,3
Ignorado	2	0,7	6	1,3
Não informado	51	17,1	48	10,0
TOTAL	298	100,0	479	100,0

Semelhante ao verificado em relação à violência como um todo, o alcoolismo é apontado por autores nacionais e internacionais como fator de risco para as circunstâncias violentas contra a criança e o adolescente (DESLANDES, 1994; GUERRA, 2000; VIZCARRA et al, 2001; DE LORENZI et al, 2001; PASCOLAT et al, 2001; BRITO et al, 2005; PIRES e MIYAZAKI, 2005), como já discutido anteriormente. A crise conjugal como situação de risco para a agressão física também foi relatada por GOMES (1998), cujo estudo ressalta os conflitos familiares associados ao uso do álcool como núcleos da violência física praticada dentro de casa.

A violência por força corporal ocorreu, predominantemente, na residência da vítima (91,6% em 2002 e 95,6% em 2006), com pouquíssimos casos na escola, residência do agressor e via pública (Tabela 48).

Difícilmente os estudos existentes especificam o local de ocorrência da agressão corporal. Tendo em vista que os principais agressores na violência por força corporal constituem-se os pais, naturalmente, este tipo de violência ocorre com grande frequência na residência da vítima.

Tendo em vista que o lar deveria ser um espaço de proteção e cuidado com a criança, mas que abriga silenciosamente a violência contra ela (ROQUE e FERRIANI, 2002; RICAS et al, 2006), fica evidente a necessidade de se priorizar a prevenção, no desenvolvimento de valores não violentos e na conscientização de todos no combate à agressão corporal.

Tabela 48 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o local onde ocorreu a violência. Londrina, 2002 e 2006.

Local onde ocorreu a violência por FORÇA CORPORAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Residência da vítima	273	91,6	458	95,6
Residência do agressor	6	2,0	6	1,3
Residência de parente	1	0,3	1	0,2
Escola	9	3,0	5	1,0
Via pública	7	2,3	8	1,7
Terreno baldio	1	0,3	-	-
Outro	1	0,3	-	-
Ignorado	-	-	1	0,2
TOTAL	298	100,0	479	100,0

A maioria das vítimas sofreu a violência por força corporal por quatro ou mais vezes (88,9% em 2002 e 93,9% em 2006) (Tabela 49).

Tabela 49 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo a frequência da violência no mesmo caso. Londrina, 2002 e 2006.

Frequência da violência por FORÇA CORPORAL no mesmo caso	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Primeira vez	20	6,7	14	2,9
Segunda vez	4	1,3	4	0,8
Terceira vez	7	2,3	7	1,5
Quatro e mais vezes	265	88,9	450	93,9
Ignorado	2	0,7	-	-
Não informado	-	-	4	0,8
TOTAL	298	100,0	479	100,0

A frequência da violência por força corporal coincide com aquela verificada na análise geral da violência e corrobora ainda mais a discussão anterior de que a violência não se restringe a um único episódio. Frente a este fato e levando-se em consideração que a

agressão corporal deixa marcas mais evidentes que outros tipos de violência, destaca-se a necessidade de mecanismos adequados para detectar e intervir sobre esta agressão, pois para vários autores a suspeita e intervenção adequada é o primeiro passo para interromper o sofrimento ao qual a criança ou adolescente vem sendo submetido (MARMO, 1999; ASSIS e SOUZA, 1995). Neste sentido, um estudo com funcionários do setor de pediatria, em um hospital universitário na Finlândia, revelou que 60,0% dos entrevistados (médicos e enfermeiros) necessitavam de treinamento para a identificação do abuso infantil, além das dificuldades de cada um em lidar com a violência infantil (PAAVILAINEM et al, 2002).

As vítimas deste tipo de violência vieram sofrendo o abuso por 1 a 2 anos antes da notificação (32,6% em 2002 e 47,2% em 2006), seguidas por aquelas que vinham sendo submetidas ao agravo por 3 a 4 anos (32,6% em 2002 e 28,4% em 2006) (Tabela 50).

Tabela 50 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.

Tempo de abuso da violência por FORÇA CORPORAL em cada caso	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 6 meses	31	10,4	21	4,4
6 a 12 meses	13	4,4	8	1,7
1 a 2 anos	97	32,6	226	47,2
3 a 4 anos	97	32,6	136	28,4
Mais de 4 anos	58	19,5	79	16,5
Ignorado	2	0,7	5	1,0
Não informado	-	-	4	0,8
TOTAL	298	100,0	479	100,0

O longo período do abuso, já discutido na análise da violência em seus aspectos gerais, desperta para as possibilidades das conseqüências, apontadas por PASCOLAT et al (2001) como irreparáveis em muitas situações. Especificamente em relação à agressão corporal, há que se pensar não somente nas conseqüências físicas decorrentes dos golpes, tapas, chutes, socos, entre outros, mas também nas diversas seqüelas que se instalam quanto maior for o tempo de abuso (CHALK et al, 2002).

Todos os casos de agressão por força corporal em menores de 15 anos apresentaram lesão corporal, tanto em 2002 como em 2006. Entretanto, a dificuldade em determinar o tipo e a natureza da lesão, a partir dos registros em prontuário, impossibilitou a análise de sua gravidade.

Outros estudos evidenciaram a presença de hematomas como as lesões mais freqüentes na agressão física (PASCOLAT et al, 2001), bem como equimoses, cortes, arranhões e escoriações (TROCMÉ et al, 2003). Entretanto, alguns estudos chamam a atenção para a gravidade das lesões decorrentes da agressão física, como fraturas e traumatismos cranianos fatais (REICHENHEIM et al, 1999; LOPES e TAVARES Jr., 2000; HIJAR-MEDINA et al, 2003; FONG et al, 2005), além dos consideráveis gastos no atendimento e das repercussões para a criança e família.

SANCHEZ e MINAYO (2004) apontam que as lesões mais freqüentes provocadas por agressão física são as cutâneo-mucosas (por golpes, queimaduras, arrancamento de dentes e de cabelos, mordidas e por armas brancas ou de fogo, variando desde hiperemia, equimoses, hematomas até queimaduras de terceiro grau), as fraturas em diferentes estágios de gravidade, os traumatismos crânio encefálicos, as hemorragias intracerebrais devido a sacudidas e impactos, as lesões oculares e as auditivas que podem levar à invalidez temporária ou permanente.

Embora o presente estudo não tenha conseguido determinar a gravidade das lesões, há que se considerar, diante da literatura, a gravidade das lesões decorrentes da agressão física, apontada por diversos autores como temporárias ou permanentes, com conseqüências significativas na saúde da criança.

A violência por força corporal atingiu múltiplas regiões (49,7% em 2002 e 54,5% em 2006), seguidas pelos membros superiores (20,1% em 2002 e 16,5% em 2006) e inferiores (10,1% em 2002 e 15,7% em 2006) (Figura 13). A cabeça (8,4% em 2002 e 0,8% em 2006), o tronco (2,7% em 2002 e 2,1% em 2006) e o abdome/dorso/pelve (8,0% em 2002 e 10,0% em 2006) foram as regiões corpóreas menos atingidas pela agressão corporal.

Figura 13 - Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos que apresentaram lesão corporal segundo o segmento corpóreo afetado. Londrina, 2002 e 2006.

Os resultados encontrados coincidem com estudo desenvolvido junto ao SOS Criança de Curitiba (PASCOLAT et al, 2001), em que as lesões resultantes de abuso físico atingiram mais de um segmento corpóreo em sua grande maioria (64,9%). Os autores ainda colocam que o tipo de lesão e segmento corpóreo afetado na agressão física depende da idade da criança, conforme a mesma consiga se proteger da agressão. Já no estudo de ASSIS e SOUZA (1995), a agressão física atingiu membros (42,0%), cabeça (36,0%), tronco (26,0%) e múltiplas regiões (8,0%), porém estas lesões foram decorrentes de espancamento em 53,0% dos casos, ou seja, casos mais graves registrados nas delegacias do Rio de Janeiro.

O fato das agressões por força corporal atingirem mais de um segmento corpóreo revela a grande exposição da vítima ou, ainda, a incapacidade de defesa da mesma.

A falta de informação quanto à necessidade de internação em 93,2% (em 2002) e 96,6% (em 2006) dos prontuários inviabilizou a análise desta variável, embora fosse objetivo do presente estudo.

Alguns estudos destacam a repercussão direta da violência sobre a demanda de atenção médica, como, por exemplo, os traumas ortopédicos e cranianos, luxações e fraturas resultantes do abuso físico (REICHENHEIM et al, 1999). Ainda há que se considerar, neste contexto, os casos de violência que passam despercebidos e são internados como trauma acidental. Portanto, a demanda hospitalar e de atenção médica às vítimas de agressão corporal (que geram lesões físicas imediatas) pode ser bem maior do que realmente se conhece.

Todos os casos de 2002 apresentaram seqüelas, sendo 99,7% física e 0,3% neurológica. Em 2006, os casos com seqüela representaram 99,8% (478 casos), sendo que, destes, 99,6% foram por seqüela física e 0,4% psicológica.

Observou-se, ainda, a presença de mais de uma seqüela entre os casos descritos acima, sendo a psicológica a principal (95,6% em 2002 e 98,1% em 2006).

Para os autores, as seqüelas da violência corporal podem variar desde marcas temporárias a cicatrizes e deformidades permanentes (MARMO, 1999), além de seqüelas emocionais, psicológicas e afetivas a médio e longo prazo (REICHENHEIM et al, 1999). Infelizmente, em decorrência da qualidade da informação, não foi possível determinar a gravidade e extensão das seqüelas na presente casuística, mas é possível concordar com os autores acima ao observar a grande freqüência de seqüela física e psicológica na população vítima de agressão por força corporal.

▪ A violência por outros meios especificados

A violência por outros meios especificados refere-se ao uso de instrumentos no ato da agressão. Ao todo, foram 22 (vinte e dois) casos, 15 (quinze) em 2002 e 7 (sete) em 2006.

Ao contrário da violência por força corporal, em que a escola e a mãe foram os principais denunciadores, na violência por outros meios especificados os vizinhos figuraram como os notificadores mais freqüentes em 2002 (33,3%) e as denúncias anônimas se destacaram em 2006 (42,9%) (Tabela 51).

Tabela 51 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.

Denunciante da violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Mãe	3	20,0	-	
Outro familiar	2	13,3	2	28,6
Amigo da família	1	6,7	-	
Vizinhos	5	33,3	2	28,6
Profissional de saúde	1	6,7	-	
Escola	2	13,3	-	
Anônimo	1	6,7	3	42,9
TOTAL	15	100,0	7	100,0

Não foram encontrados estudos que analisassem especificamente a agressão por outros meios, pois a maioria dos trabalhos agrupa este tipo de agressão juntamente com a agressão física, o que dificultou a comparação de resultados.

Todavia, é possível refletir que a maior participação de vizinhos e anônimos como denunciante pode estar relacionada com a maior gravidade e repúdio da violência cometida através de instrumentos. Neste aspecto, REICHENHEIM et al (1999) destacam a gravidade da agressão por outros meios decorrentes da utilização de objetos, como cinta, pedaços de madeira e barras de ferro, entre outros. Talvez estes meios despertem mais a atenção do que o uso da força corporal, motivando a denúncia por pessoas fora do núcleo familiar, como os vizinhos, por exemplo. A grande proporção de denunciante anônimo pode estar relacionada ao receio de envolvimento, uma vez que se trata de uma agressão mais violenta do que aquela por força corporal.

Entre as vítimas de violência por outros meios especificados, houve predomínio do sexo feminino (80,0% em 2002 e 85,7% em 2006) em relação ao masculino (20,0% em 2002 e 14,3% em 2006), resultando numa razão de masculinidade de 0,2 (tanto em 2002 como em 2006) ou, ainda, numa proporção de quatro meninas para cada menino (em 2002) e seis meninas para cada menino (em 2006) (Tabela 52).

A faixa etária com maior número de casos, em 2002, foi a de onze anos (25,0%), entre as meninas. Entre os meninos, os casos se distribuíram uniformemente nas idades de seis, onze e treze anos de idade (33,3% cada). Em 2006, predominou a idade de doze anos (33,3%), entre as meninas, e o único caso masculino ocorreu aos oito anos.

Tabela 52 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas: Londrina, 2002 e 2006.							
Ano	Idade da vítima de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 1 ano	-	-	1	8,3	1	6,7
	2 anos	-	-	1	8,3	1	6,7
	4 anos	-	-	1	8,3	1	6,7
	5 anos	-	-	1	8,3	1	6,7
	6 anos	1	33,3	-	-	1	6,7
	7 anos	-	-	2	16,7	2	13,3
	8 anos	-	-	2	16,7	2	13,3
	10 anos	-	-	1	16,7	1	6,7
	11 anos	1	33,3	3	25,0	4	26,7
	13 anos	1	33,3	-	-	1	6,7
	TOTAL		3	100,0	12	100,0	15
2006	2 anos	-	-	1	16,7	1	14,3
	7 anos	-	-	1	16,7	1	14,3
	8 anos	1	100,0	1	16,7	2	28,6
	9 anos	-	-	1	16,7	1	14,3
	12 anos	-	-	2	33,3	2	28,6
TOTAL		1	100,0	6	100,0	7	100,0

Ao contrário da agressão por força corporal, em que não houve grande diferença entre o sexo masculino e feminino, na agressão por outros meios chama a atenção o grande predomínio do sexo feminino entre as vítimas. Além disto, observa-se que a faixa etária das vítimas está acima de onze anos de idade. Tal evento reflete o uso de instrumentos na medida em que as crianças atingem maior idade, quando já conseguem defender-se da violência por força corporal. O predomínio das meninas pode ser explicado pela própria vulnerabilidade do sexo, pois os meninos acima dos onze anos já possuem maior capacidade de defesa. Também chama à atenção a presença de um caso aos dois anos de idade (perpetrado pelo pai através de fio, cujo denunciante foi o vizinho). Considerando que nesta fase a criança encontra-se completamente indefesa, há que se destacar a crueldade do agressor.

Não foram localizados estudos semelhantes para fins de comparação.

Entre os agressores, o sexo feminino (53,3%) predominou em 2002, mas o masculino representou 71,4% em 2006 (Tabela 53).

Entre os agressores de sexo masculino, a faixa etária com maior frequência foi de 30 a 34 anos (57,1% em 2002 e 60,0% em 2006). Entre as mulheres que praticaram

a violência por outros meios especificados, a faixa etária com maior proporção foi a de 20 a 24 anos (50,0% em 2002 e 100,0% em 2006).

A faixa etária dos agressores na violência por outros meios permaneceu semelhante à análise da violência como um todo, cuja discussão anterior pode ser aplicada a estes resultados. A diferença entre os sexos foi pouca em 2002, mas o predomínio do sexo masculino em 2006 reforça a discussão sobre o uso da violência pelos homens (ASSIS e SOUZA, 1995), como uma relação de dominação do mais forte sobre o mais fraco (MINAYO, 2002).

Tabela 53 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Idade do agressor de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS	SEXO					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		N ^º	%	N ^º	%	N ^º	%
2002	< 15 anos	1	14,3	-	-	1	6,7
	20 a 24 anos	-	-	4	50,0	4	26,7
	25 a 29 anos	1	14,3	2	25,0	3	20,0
	30 a 34 anos	4	57,1	1	12,5	5	27,3
	35 a 39 anos	1	14,3	1	12,5	2	13,3
	TOTAL	7	100,0	8	100,0	15	100,0
2006	20 a 24 anos	1	20,0	2	100,0	3	42,8
	30 a 34 anos	3	60,0	-	-	3	42,8
	35 a 39 anos	1	20,0	-	-	1	14,3
	40 e mais anos	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	5	100	2	100,0	7	100,0

A mãe figurou como a agressora mais freqüente (46,7%) em 2002, seguida pelo padrasto (26,7%). Em 2006, o pai (71,4%) e a mãe (28,6%) foram os únicos agressores de violência por outros meios especificados (Tabela 54).

Tabela 54 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Vínculo entre agressores e vítimas de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Mãe	7	46,7	2	28,6
Pai	1	6,7	5	71,4
Padrasto	4	26,7	-	-
Outro parente	1	6,7	-	-
Vizinho	1	6,7	-	-
Outros	1	6,7	-	-
TOTAL	15	100,0	7	100,0

Em seu estudo com crianças vítimas de agressão física, PASCOLAT et al (2001) também verificaram que a mãe foi a maior agressora, usando as próprias mãos e instrumentos. CAVALCANTI (1999b), por sua vez, observou o pai como o maior participante na violência física. Apesar das diferenças metodológicas dos dois estudos (o primeiro trata de levantamento em serviço de atendimento à criança vitimizada e o segundo junto a Conselho Tutelar), o predomínio dos pais como principais agressores vem ao encontro dos achados de vários autores, nacionais e internacionais, que apontam a violência praticada pelos pais como uma triste realidade em nossa sociedade (ASSIS, 1994; DESLANDES, 1994; SANTORO Jr., 1994; MARMO, 1999; GOMES et al, 1999a; MINAYO, 2001; DE LORENZI et al, 2001; ROQUE e FERRIANI, 2002; HIJAR-MEDINA et al, 2003; TROCMÉ et al, 2003; BRITO et al, 2005; CARMO e HARADA, 2006; PIRES e MIYAZAKI, 2005; THEODORE et al, 2005).

Desta forma, é preciso refletir e trabalhar as relações familiares, com programas que tenham a família como alvo de intervenção, estreitando as relações entre serviço de saúde e comunidade, facilitando a identificação de famílias onde há risco para violência e possibilitando uma prática interdisciplinar. Para LOPES e TAVARES Jr. (2000), é preciso, ainda, utilizar a legislação existente e divulgar as penalidades decorrentes de tal prática para que se mudem comportamentos e o conceito de que a violência doméstica é assunto de fórum exclusivo da família.

A grande proporção de prontuários em que não foi possível colher informações sobre a situação de risco (40,0% em 2002 e 42,9% em 2006) prejudicou a análise desta variável. Ainda assim, observou-se que as principais condições de risco foram

a crise conjugal (33,4%) e o alcoolismo (26,6%), em 2002. Em 2006, o alcoolismo representou 57,1%.

Como já vem sendo discutido na análise geral da violência, o uso do álcool e os conflitos familiares parecem contribuir para a ocorrência de todos os tipos de violência (PASCOLAT et al, 2001; ROQUE e FERRIANI, 2002), mas que não pode ser analisado isoladamente, visto que a violência é gerada por fatores múltiplos e associados entre si (PIRES e MIYAZAKI, 2005).

Seguindo o mesmo padrão da análise geral da violência e corroborando a discussão anterior sobre a violência doméstica, a agressão por outro meio especificado ocorreu, predominantemente, na residência da vítima, com frequência de 86,7% (treze casos) em 2002 e de 100,0% (sete casos) em 2006. Os outros dois casos em 2002 ocorreram na escola (6,7%) e na residência do agressor (6,7%).

Grande parte das vítimas sofreu violência por outros meios especificados quatro ou mais vezes antes da denúncia (73,3% em 2002 e 100,0% em 2006). Os demais casos de 2002 sofreram o abuso pela primeira vez (20,0%) e um caso (6,7%) era ignorado. Este comportamento da violência, tal como ocorreu na análise geral das violências, endossa a discussão de que é preciso conscientizar sobre a importância da denúncia e intervenção, pois para ASSIS e SOUZA (1995) a alegação, por muitos profissionais, de que não se trata de um problema de saúde colabora ainda mais para a reincidência dos maus-tratos.

A população de estudo, em 2002, foi vítima de violência por outros meios especificados por 1 a 2 anos (46,7% em 2002) e por mais de 4 anos (42,9% em 2006) antes que a notificação ocorresse (Tabela 55). Em 2006, as vítimas sofreram violência por períodos que variam de mais de 4 anos (42,9%), menos de 6 meses (28,6%), 1 a 2 anos (14,3%) e 3 a 4 anos (14,3%) antes da notificação.

Não foram localizados trabalhos que especificassem o tempo de abuso neste tipo de violência. Todavia, o tempo e abuso verificado coincide com o tempo de abuso verificado na agressão por força corporal e também com a análise geral da violência, reafirmando a característica silenciosa e insidiosa da violência.

Tabela 55 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.

Tempo de abuso da violência por OUTROS MEIOS ESPECIFICADOS em cada caso	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 6 meses	1	6,7	2	28,6
6 a 12 meses	1	6,7	-	-
1 a 2 anos	7	46,7	1	14,3
3 a 4 anos	2	13,3	1	14,3
Mais de 4 anos	1	6,7	3	42,9
Ignorado	3	20,0	-	-
Total	15	100,0	7	100,0

Entre os casos de 2002, as agressões por meio especificado foram infligidas através de fio (40,0%), instrumento de cozinha (26,7%), cinta (20,0%), barra de ferro (6,7%) e pedaço de madeira (6,7%). Em 2006, os meios utilizados foram cinta (42,9%), fio (28,6%), ferro (14,3%) e instrumento de cozinha (14,3%).

Alguns dos meios verificados no presente estudo são apontados por PIRES e MIYAZAKI (2005) como comuns na violência física e coincidem com os observados por PASCOLAT et al (2001), que, entre as agressões físicas praticadas contra crianças atendidas pelo SOS Criança de Curitiba, constatou a utilização de cinta, madeira, sapato, borracha, entre outros objetos.

Neste aspecto, REICHENHEIM et al (1999) relacionam os diversos instrumentos utilizados na agressão com a gravidade dos traumas decorrentes, a necessidade de internação e, até mesmo, com o óbito. Frente a este fato, tornam-se imprescindíveis medidas de prevenção e intervenção eficazes a fim de evitar e interromper o sofrimento e riscos vividos pela criança vítima deste tipo de agressão.

Todas as vítimas de violência por outros meios especificados (100,0%) tiveram presença de lesão, mas, a exemplo de como ocorreu na análise geral, não foi possível determinar a natureza e gravidade da mesma.

A violência por outros meios especificados ocasionou lesão de múltiplas regiões em 40,0% dos casos, em 2002, seguidas pelos membros inferiores (33,3%), cabeça (20,0%) e abdome/dorso/pelve (6,7%). Em 2006, houve predomínio dos membros inferiores (57,1%), seguidos por região não especificada (28,6%) e múltiplas regiões (14,3%).

REICHENHEIM et al (1999), ao estudarem as consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente, relacionam a presença de lesões em múltiplas regiões com a utilização de instrumentos e objetos durante a agressão física, o que, para os autores, constitui os casos mais graves de lesão.

Desta forma, é possível concluir que a violência por outros meios ocasiona consequências físicas relevantes, o que aponta para a necessidade de medidas de controle, prevenção e redução das seqüelas.

Grande parte dos prontuários de 2002 (96,7%) não continha informação sobre a necessidade de internação. Em 2006, a quantidade de não informados foi de 87,1%, sendo que os 12,9% restantes não necessitaram de internação.

A falta deste registro nos prontuários dificultou a análise da gravidade deste evento, bem como o direcionamento de medidas específicas, tornando evidente a necessidade de melhoras na qualidade da informação.

Houve seqüela física em 100,0% dos casos, todas acompanhadas de seqüela psicológica. Tendo em vista a discussão anterior sobre a gravidade das lesões e os segmentos corpóreos afetados por este tipo de violência, somadas à totalidade de seqüelas físicas e psicológicas observadas no presente estudo, há que se destacar a importância deste evento, apesar dos poucos casos verificados.

▪ A violência por objeto cortante

Foram notificados cinco casos de violência por objeto cortante em 2002 e apenas um caso em 2006, cujos denunciadores foram, em 2002, os vizinhos (40,0%), seguidos pela mãe (20,0%), pai (20,0%) e avós (20,0%). Em 2006, o único caso foi notificado por profissional de saúde.

Os casos de 2002 ocorreram todos no sexo masculino, nas idades de sete, oito (três casos) e nove anos. Em 2006, a vítima de violência por objeto cortante também foi do sexo masculino e tinha 13 anos de idade.

Em relação aos agressores, no ano de 2002, houve predomínio do sexo feminino (3 casos) (60,0%), cuja faixa etária era de 15 a 19 anos. Os dois agressores do sexo masculino (40,0%) eram menores de 15 anos. No caso ocorrido em 2006, o agressor era do sexo masculino e estava na faixa etária de 15 a 19 anos. A violência por objeto

cortante foi praticada pela mãe (60,0%) e por outro (40,0%) nos casos notificados em 2002. Já, em 2006, o agressor era desconhecido.

Apesar da grande proporção de prontuários sem informação sobre a situação de risco para tal evento (60,0%), ainda havia registro da presença de alcoolismo em 40,0% dos casos de 2002, todos relacionados com a mãe enquanto agressora. Nos prontuários de 2006, não havia nenhuma informação a respeito (100,0% de não informados).

A residência da vítima foi o local em que ocorreram mais os casos de violência por objeto cortante (60,0%), seguida pela escola (40,0%), em 2002. Já, em 2006, o único caso aconteceu na via pública. Em 100,0% dos casos de 2002, a vítima sofreu a violência pela primeira vez, enquanto que o caso ocorrido em 2006 havia sofrido a violência por objeto cortante pela segunda vez. O tempo de abuso predominante da violência por objeto cortante foi menos de 6 meses para 100,0% dos casos.

Todos os casos de violência por objeto cortante (100,0%) apresentaram lesão corporal, tanto em 2002 como em 2006. Entre os casos ocorridos em 2002, a violência por objeto cortante atingiu múltiplas regiões em 40,0% (2 casos), seguidas pela cabeça (20,0%), abdome (20,0%) e membros superiores (20,0%). A violência praticada em 2006 atingiu o tórax. Houve necessidade de internação em 60,0% dos casos de 2002. O único caso de 2006 também necessitou ser internado. Todas as vítimas apresentaram seqüela, sendo todas físicas acompanhadas por seqüela psicológica.

Após exaustiva revisão da literatura, não foi possível encontrar estudos que analisassem a agressão por objeto cortante.

Chama a atenção o predomínio exclusivo de vítimas do sexo masculino e em idades acima de sete anos, bem como a pouca idade dos agressores, o que denota a imaturidade de quem agride e, talvez, o comportamento característico dos meninos de envolverem-se em brigas.

A presença da mãe como agressora por objeto cortante, cuja situação de risco verificada foi o alcoolismo, desperta para a reflexão sobre a gravidade do uso do álcool pelos pais, colocando a criança ou adolescente em riscos consideráveis.

A agressão praticada na escola (por outros) e em via pública (por desconhecido) reforça a hipótese de envolvimento dos meninos em brigas e discussões que culminam em agressão, nestes casos, com objeto cortante.

A pouca frequência e o pouco tempo de abuso verificados demonstram que a exposição a este tipo de violência foi esporádica, não caracterizando a cronicidade do evento, como observado na análise geral das violências.

A presença maciça de lesão e de seqüelas físicas, bem como a grande proporção de internação, aponta para a gravidade do evento, que ao atingirem múltiplas regiões e áreas nobres como cabeça, tronco e abdome, colocam em risco a situação de saúde das vítimas.

▪ A violência por objeto quente

Foram notificados dois casos de violência por objeto quente, ambos no ano de 2002, cujos denunciante foram membros da família. As vítimas eram do sexo masculino (um caso) e do sexo feminino (um caso), cujas idades eram de seis e três anos, respectivamente. Os agressores eram do sexo feminino (mãe e tia), na faixa etária de 20 a 24 anos de idade. O alcoolismo foi descrito como situação de risco nos dois casos e o local onde a violência ocorreu foi na residência da vítima, quando a agressora foi a mãe (um caso) e na residência do agressor, quando a agressora foi a tia (um caso). Os objetos utilizados para a agressão foram o ferro de passar roupa e a frigideira quentes. As vítimas haviam sofrido a violência pela primeira vez e a lesão presente foi a queimadura, atingindo os membros superiores em ambos os casos, com necessidade de internação. A seqüela descrita foi física, acompanhada pela psicológica.

O ferro elétrico utilizado em um dos casos é apontado por PIRES e MIYAZAKI (2005) como comum nos casos de agressão física através de instrumentos, entretanto, não foi encontrada na literatura descrição sobre o outro objeto utilizado.

Também não foi possível comparar resultados em decorrência da falta de trabalhos que descrevam, especificamente, a agressão por objetos quentes. Em Hong Kong, um estudo local aponta que a incidência de crianças vítimas de queimadura intencional representa 2,8% de todas as internações de crianças com queimadura (BURD, 2006), mas não especifica o agente causador destas queimaduras.

Há que se destacar que a pouca idade das vítimas verificada no presente estudo, cuja imaturidade física e psicológica não permitem prever ou evitar os perigos, associada à presença do alcoolismo entre as agressoras, revela a perigosa circunstância em que estes atos violentos ocorreram. A gravidade da lesão decorrente, bem como a dor e o tratamento prolongado, denunciam o sofrimento vivido pelas vítimas. A participação da família como denunciante revela a não cumplicidade com a agressão, talvez por se tratar de violência grave com lesões e seqüelas relevantes.

▪ A violência por arma de fogo

O único caso notificado de violência por arma ocorreu em 2002, cujo denunciante foi a mãe e cuja vítima era do sexo feminino, na idade de 12 anos. O agressor era do sexo masculino (vizinho), na faixa etária de 15 a 19 anos, com envolvimento na criminalidade como situação de risco. A violência foi praticada na residência da vítima, pela segunda vez em menos de seis meses. Houve presença de lesão corporal em membros superiores e não havia informação da necessidade de internação. A seqüela registrada foi física, acompanhada da psicológica.

Apesar do presente estudo verificar apenas um caso de agressão por arma de fogo, estudiosos da área apontam para o aumento acentuado do número de lesões causadas por projétil de arma de fogo na população jovem, incluindo crianças e adolescentes, tornando-se um problema de saúde pública em todo o mundo e, principalmente, no Brasil (SHAIKH e WORRALL, 2002; SOUZA, 1994). Uma análise com dados de mortalidade em nosso país revela que houve um aumento de 160,0% na taxa de homicídio, no período de 1977 a 1994, entre os quais inclui-se a agressão por arma de fogo (MELLO JORGE et al, 1997). Algumas pesquisas ainda caracterizam as vítimas deste evento como jovens, do sexo masculino, da raça negra ou parda (SOUZA, 1994). Semelhantemente, estudo aponta que, nos Estados Unidos, a faixa etária mais atingida pelas agressões com arma de fogo é a abaixo de 20 anos de idade, do sexo masculino e de raça negra (FINGERHUT e CHRISTOFFEL, 2002). No México, no Estado de Sonora, dos 168 casos de agressão por arma de fogo registrados na Procuradoria Geral de Justiça no período de 1988 a 1998, 80,0% corresponderam ao sexo masculino e, entre os casos que sobreviveram, 5,5% se deram em menores de cinco anos de idade, 6,5% em crianças de seis a dez anos e 28,5% na faixa etária de onze a quinze anos. Entre os óbitos, três eram menores de cinco anos, quatro estavam entre as idades de seis e dez anos e 20,8% na faixa etária de onze a quinze anos de idade (SOTELO-CRUZ et al, 2000).

Para vários autores, as agressões por projétil de arma de fogo em crianças, apesar de sua baixa frequência, ocasionam lesões severas (SHAIKH e WORRALL, 2002; SILVA et al, 2004), com seqüelas estéticas e funcionais significativas. Alguns fatores são apontados como componentes deste cenário, que vão desde as características inerentes ao jovem (impulsividade, necessidade de experimentação, sensação de impunidade) até as más condições de vida, frustrações pessoais, falta de perspectiva, sensação de impotência, baixa auto-estima, além de envolvimento com a criminalidade e o tráfico de drogas (PHEBO e MOURA, 2005).

Com a finalidade de reduzir a violência por arma de fogo, a nova legislação brasileira passou a restringir a circulação das armas de fogo através do Estatuto do Desarmamento, o que, para alguns autores, deve ser associado a campanhas de desarmamento com sentido educacional, na promoção da paz e na inclusão de vários setores (MINAYO, 2004), numa participação conjunta entre núcleo familiar, escolas, saúde pública, organizações sociais, serviços de atenção a adolescentes, meios de comunicação, procuradorias, legisladores, sociedades médicas, corporações policiais, entre outros (SOTELO-CRUZ et al, 2000). Também se recomenda a melhora nos sistemas de informação com a finalidade de rastrear as lesões e mortes por arma de fogo, no sentido de analisar melhor estes eventos e avaliar estratégias de intervenção (FINGERHUT e CHRISTOFFEL, 2002).

▪ A violência por substância corrosiva

A substância corrosiva foi utilizada para a prática da violência em um único caso notificado em 2006. O ato foi denunciado por profissional de saúde e teve como vítima um adolescente de 13 anos, do sexo masculino. O agressor (o próprio pai) tinha de 35 a 39 anos de idade e referiu o alcoolismo como situação de risco. A violência foi praticada na residência da vítima, pela primeira vez, com presença de queimadura em múltiplas regiões, havendo necessidade de internação e com seqüela física e psicológica.

Mesmo após uma exaustiva revisão bibliográfica, não foram encontrados dados na literatura quanto à agressão por substância corrosiva.

Apesar de um único caso registrado, a gravidade da lesão decorrente chama a atenção e, apesar da vítima ter idade para defender-se de agressão física, talvez não tenha sido possível evitar a agressão por substância corrosiva, uma vez que esta pode ser lançada contra a vítima mesmo à distância. As cicatrizes, certamente deixadas por este tipo de agressão, colaboram ainda mais para a seqüela psicológica, presente no caso estudado. Tal como em outras agressões, o alcoolismo aparece nas circunstâncias do ato violento, destacando a necessidade de atenção a este fator de risco. Neste sentido, GOMES et al (2002a) destacam a associação do alcoolismo com fatores psicológicos, o que requer estudos mais aprofundados a respeito.

4.4.2 A violência por negligência / abandono

A negligência / abandono, definida pela omissão de cuidados e de atendimento às necessidades físicas e emocionais da criança (MARMO, 1999; MINAYO, 2002; SANCHEZ e MINAYO, 2004), foram o motivo de 150 notificações no ano de 2002 e 308 no ano de 2006.

Grande parte dos casos de negligência / abandono foi notificada por profissionais de saúde (63,3% em 2002 e 67,2% em 2006), seguidos por vizinhos (Tabela 56).

Tabela 56 – Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.

Denunciante da NEGLIGÊNCIA / ABANDONO	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	16	10,7	46	14,9
Mãe	2	1,3	2	0,6
Pai	4	2,7	9	2,9
Avós	7	4,7	9	2,9
Outro familiar	3	2,0	26	8,4
Amigo(a) família	1	0,7	-	-
Vizinhos	20	13,3	33	10,7
Comunidade	3	2,0	-	-
Profissional de saúde	95	63,3	207	67,2
Escola	5	3,3	8	2,6
Anônimo	8	5,3	14	4,5
Outro	2	0,1	-	-
TOTAL	150	100,0	308	100,0

A maior frequência de profissionais de saúde como notificadores da negligência / abandono pode estar relacionada com a necessidade de atenção médica que as vítimas apresentam em decorrência das lesões de pele por má higiene corporal, desnutrição, calendário vacinal desatualizado, reincidência de internações por tratamentos inadequados, acidentes domésticos frequentes, entre outros (SANCHEZ e MINAYO, 2004). Para MARMO (1999), estas crianças frequentemente necessitam de serviço médico ou de saúde, o que pode justificar um número maior de notificações pelos profissionais desta área.

As vítimas do sexo feminino (74,7% em 2002 e 72,7% em 2006) predominaram em relação ao masculino (25,3% em 2002 e 27,3% em 2006) (Tabela 57), numa razão de

masculinidade de 0,3 (2002) e 0,4 (2006) ou, ainda, numa razão de 2,9 meninas para cada menino (em 2002) e 2,7 meninas para cada menino (em 2006).

As idades com maiores frequências de negligência / abandono foram de 1 e 5 anos para os meninos (15,8%) e de 2 anos para as meninas (35,7%), em 2002. Em 2006, a maior frequência foi observada aos 4 anos para os meninos (26,1%) e aos 2 anos para as meninas (23,2%). Observa-se que a faixa etária de 2 a 4 anos concentra maiores números de casos, exceto para os meninos em 2002. É possível perceber, ainda, a redução de casos a partir dos 8 anos de idade, tanto em 2002 como em 2006.

Tabela 57 – Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas: Etnia, 2002 e 2006.							
Ano	Idade da vítima de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 1 ano	3	7,	5	4,5	8	5,3
	1 ano	6	15,8	3	2,7	9	6,0
	2 anos	3	7,9	40	35,7	43	28,7
	3 anos	3	7,9	25	22,3	28	1,9
	4 anos	4	10,5	22	19,6	26	17,3
	5 anos	6	15,8	5	4,5	11	28,9
	6 anos	5	13,2	3	2,7	8	5,3
	7 anos	3	7,9	3	2,7	6	4,0
	8 anos	1	2,6	2	1,8	3	2,0
	9 anos	1	2,6	-	-	1	0,7
	10 anos	2	5,3	1	0,9	3	2,0
	11 anos	1	2,6	2	1,8	3	2,0
	12 anos	-	-	1	0,9	1	0,7
	TOTAL		38	100,0	112	100,0	150
2006	< 1 ano	-		4	1,8	4	1,3
	1 ano	6	7,1	11	4,9	17	5,5
	2 anos	13	15,4	52	23,2	65	21,1
	3 anos	18	21,4	20	8,9	38	12,3
	4 anos	22	26,1	27	12,0	49	15,9
	5 anos	8	9,5	15	6,9	23	0,7
	6 anos	-	-	19	8,5	19	0,1
	7 anos	2	2,4	6	2,7	8	2,6
	8 anos	3	3,6	3	1,4	6	1,9
	9 anos	-	-	-	-	-	-
	10 anos	-	-	2	0,9	2	0,6
	11 anos	2	2,4	1	0,5	3	1,0
	12 anos	-	-	4	1,8	2	0,6
	TOTAL		84	100,0	224	100,0	308

A figura 14 permite visualizar a maior participação do sexo feminino, principalmente nas faixas etárias menores.

Figura 14 - Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

A figura 15 traz os coeficientes de incidência da negligência / abandono em menores de 15 anos, estimando o risco que cada faixa etária tem de sofrer este tipo de violência. Os maiores coeficientes foram observados nas idades de 2 anos, no sexo feminino (0,8 por 1.000) e na de 1 ano para os meninos (1,6 por 1.000) , em 2002. Em 2006, a incidência foi maior na faixa etária de 2 a 4 anos para ambos os sexos, com coeficientes de 13,8 (por 1.000) e de 5,0 (por 1.000) aos 4 anos, no sexo feminino e masculino, respectivamente. É possível perceber o aumento nos coeficientes de 2002 para 2006, em ambos os sexos, com aumento expressivo nas idades de 2 a 4 anos, quando o coeficiente geral passa de 3,3 (aos 4 anos) para 9,3, representando um aumento de 181,8%. Observa-se, ainda, que o risco de sofrer este evento é quase três vezes maior no sexo feminino (13,8 por 1.000) em relação ao sexo masculino (5,0 por 1.000), no ano de 2006.

Coeficientes menores que os de 2006 foram encontrados por ASSIS e SOUZA (1995), que verificaram uma taxa de incidência de 3,8 (por 100.000 habitantes) de negligência / abandono, na faixa etária de 0 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro. Entretanto, além do coeficiente estar calculado para 100.000 habitantes, trata-se de ocorrências registradas em delegacias do município, o que pode ter diferido dos presentes resultados, uma vez que, geralmente, trata-se de casos mais graves. DESLANDES (1994) verificou que as negligências representaram 23,5% das notificações feitas aos CRAMIs, no Estado de São Paulo, ocupando o segundo lugar em relação a todos os tipos de violência, resultado coincidente com o presente estudo, como já verificado na análise geral. Entre os menores atendidos no SOS Criança de Curitiba, a negligência também ocupou a segunda colocação, com um percentual de 41,7% (WEBER et al, 2002). Já no estudo de OLIVEIRA (2006), a negligência ocupou a primeira colocação, com 51,8% de 2.326 notificações, em 2004.

Quanto ao sexo, CAVALCANTI (1999b) observou maior frequência de negligência no sexo masculino, assim como no estudo de WEBER et al (2002), porém a faixa etária com maior frequência de negligência no primeiro estudo foi similar ao do presente (1 a 4 anos).

O maior risco observado na faixa etária de 2 a 4 anos de idade justifica-se pela total dependência que as crianças nestas idades têm dos adultos para seus cuidados básicos. Associa-se a este fator, o fato das mães trabalhadoras que não têm onde deixar seus filhos pequenos, ainda sem idade escolar. Neste sentido, WEBER et al (2002) destacam que o governo não disponibiliza vagas suficientes em creches municipais. Reportagens locais confirmavam, em 2001, que existiam 20 mil crianças à espera de vagas nas creches de

Curitiba (JORNAL DO ESTADO DO PARANÁ de 14/11/2001) e 12 mil em Londrina (FOLHA DO PARANÁ de 13/03/2001). Outro fator considerado por MARMO et al (1995) é o próprio desconhecimento dos pais acerca das necessidades e cuidados a serem dispensados à criança em cada faixa etária. Desta forma, a ampliação de creches municipais e o acompanhamento da criança pelos serviços de saúde, principalmente pelo Programa de Saúde da Família, com ações de orientação e cuidados de saúde, podem contribuir para diminuir, pelo menos em parte, a negligência e o abandono sofridos pelas crianças.

O expressivo aumento nos coeficientes entre 2002 e 2006, como já verificado na análise geral, chama a atenção principalmente pela faixa etária na qual este aumento ocorreu em maior dimensão. Neste sentido, torna-se fundamental analisar as circunstâncias geradoras desta negligência a fim de determinar as condições que contribuíram para este aumento na sua incidência. Alguns autores apontam que a negligência se posiciona entre os limites da pobreza e dos maus-tratos, pois a miséria impossibilita a família de prover os requisitos básicos para os cuidados com a criança (MARMO, 1999; MINAYO, 2002; SANCHEZ e MINAYO, 2004). Há que se considerar, neste aspecto, que a falta de recursos para moradia e alimentação, aliada à baixa escolaridade, ao subemprego, à baixa renda e ao saneamento precário, dificultam a atenção digna à infância. Desta forma, a dificuldade em determinar os limites entre falta de condições e prática abusiva prejudica a real estimativa deste tipo de violência (MINAYO, 2002). Apesar disto, alguns estudiosos destacam que a negligência também ocorre nas classes mais favorecidas, caracterizada pela ausência dos pais, pela falta de diálogo e afeto em relação aos filhos (SANCHEZ e MINAYO, 2004). O que ocorre, na verdade, é a falta de dados nas classes mais favorecidas.

Frente a este complexo contexto e às importantes conseqüências que a negligência / abandono trazem para a saúde física e psicológica de suas vítimas, torna-se indiscutível a necessidade de enfrentamento deste agravo através de atenção intersetorial e multiprofissional, além de melhoras nas condições de vida.

Figura 15 – Coeficientes de incidência da NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Entre os agressores, o predomínio do sexo feminino foi de 94,7% (em 2002) e 96,7% (em 2006) (Tabela 58). Entre as mulheres, a faixa etária predominante foi de 20 a

24 anos (63,4% em 2002 e 48,3% em 2006). Entre os homens, a faixa etária mais comum foi de 30 a 34 anos (62,5% em 2002) e 35 a 39 anos (37,5% em 2006).

Tabela 58 – Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Idade do agressor de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO	SEXO DO AGRESSOR					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	15 a 19 anos	-	-	11	7,7	11	7,3
	20 a 24 anos	1	12,5	90	63,4	91	60,7
	25 a 29 anos	2	25,0	20	14,1	22	14,7
	30 a 34 anos	5	62,5	15	10,6	20	13,3
	35 a 39 aos	-	-	3	2,1	3	2,0
	40 e mais anos	-	-	2	1,4	2	1,2
	Não Informado	-	-	1	0,7	1	0,7
TOTAL		8	100,0	142	100,0	150	100,0
2006	< 15 anos	-	-	2	0,7	2	0,6
	15 a 19 anos	-	-	18	6,0	18	5,8
	20 a 24 anos	-	-	144	48,3	144	46,7
	25 a 29 anos	2	20,0	79	26,5	81	26,3
	30 a 34 anos	3	30,0	43	14,4	46	14,9
	35 a 39 anos	4	40,0	6	2,0	10	3,2
	40 e mais anos	1	10,0	6	2,0	7	2,3
TOTAL		10	100,0	298	100,0	308	100,0

A figura 16 permite visualizar a maior participação do sexo feminino na prática de negligência / abandono, em todas as faixas etárias, com destaque para a faixa de 20 a 24 anos.

*Nota: foram excluídos 1 caso (em 2002) e 7 casos (em 2006) cuja idade do agressor não estava informada.

Figura 16 - Distribuição proporcional (%) dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Observa-se que a idade dos agressores segue o mesmo padrão da análise geral da violência (20 a 24 anos para as mulheres e 30 a 34 anos para os homens). Entretanto, ao

contrário do que se observa na agressão por força corporal, houve predomínio do sexo feminino entre os que cometeram negligência / abandono contra os menores de 15 anos.

A esta característica pode-se acrescentar a discussão anterior sobre o uso da força corporal pelo sexo masculino, enquanto a negligência é culturalmente atribuída à mulher pela sua própria condição natural e social de cuidadora.

Os atos de negligência / abandono foram praticados, em sua grande maioria, pela própria mãe (57,8% em 2002 e 69,5% em 2006) e pela madrasta (34,8% em 2002 e 22,2% em 2006) (Tabela 59).

Tabela 59 – Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Vínculo entre agressores e vítimas de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar				
Mãe	119	57,8	196	69,5
Pai	6	3,0	10	3,6
Padrasto	1	1,6	1	0,6
Madrasta	23	34,8	99	22,2
Outros parentes	1	2,8	2	4,1
TOTAL	150	100,0	308	100,0

Os achados coincidem com estudo que identificou a mãe como a principal autora da negligência (WEBER et al, 2002). GOMES et al (2002a) também destacam que, na maioria das vezes, a negligência envolve mães jovens, sem maturidade para a maternidade, cuja gestação não era desejada ou que se encontram separadas do parceiro. Em 35,7% dos casos de negligência estudados por WEBER et al (2002) junto ao SOS Criança de Curitiba, a criança morava somente com a mãe, o que caracteriza uma das situações mais comuns de negligência onde a mãe é separada (GOMES et al, 2002a) e, portanto, necessita trabalhar e cuidar sozinha da criança.

A presença da mãe e madrasta como as principais agressoras desperta para a necessidade de se trabalhar as relações familiares, além das sugestões já feitas anteriormente.

A idade muito jovem da mãe (32,0% em 2002 e 20,8% em 2006) e a questão da maternidade, ou seja, quando a criança não é filho biológico (28,7% em 2002 e 32,8% em 2006), seguidas pelo alcoolismo (10,6% em 2002 e 18,8% em 2006), foram descritas como as situações mais frequentes que envolveram os casos de negligência / abandono (Tabela 60). Observa-se, ainda, a presença de prostituição e emprego noturno entre as circunstâncias deste tipo de violência. Os termos “maternidade” e “paternidade” dizem respeito aos conflitos decorrentes de filho não biológico.

Tabela 60 – Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo a situação de risco, Londrina, 2002 e 2006.

Situação de risco na NEGLIGÊNCIA / ABANDONO	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Condições do agressor				
Alcoolismo	16	10,6	58	18,8
Drogadição	9	6,0	16	5,2
Doença psíquica	3	2,0	-	-
Condições sociais				
Desemprego	-	-	2	0,7
Emprego noturno	4	2,7	8	2,6
Dificuldade financeira	1	0,7	1	0,3
Prostituição	4	2,7	2	0,7
Condições familiares				
Crise conjugal	13	8,7	21	6,8
Mãe jovem	48	32,0	64	20,8
Companheiro(a) preso(a)	-	-	2	0,6
Não tem quem cuide da criança	-	-	1	0,3
Mãe solteira	2	1,3	1	0,3
Maternidade	43	28,7	101	32,8
Paternidade	1	0,7	-	-
Doença ou perda do cônjuge	1	0,7	2	0,7
Condições da criança				
Criança especial	1	0,7	1	0,3
Filho adotivo	1	0,7	-	-
Não informado	3	2,0	28	9,1
TOTAL	150	100,0	308	100,0

Diferentemente das agressões físicas, em que o alcoolismo era apontado como a principal situação de risco, na negligência / abandono outras situações predominam e são referentes à mãe. A pouca idade das mesmas, bem como as questões da maternidade, também são descritas por GOMES et al (2002a) como condições para a negligência. Neste sentido, além das questões já discutidas anteriormente, acrescenta-se a necessidade de

acompanhamento efetivo das mães jovens durante o pré-natal, parto e puerpério, além do acompanhamento da criança através da puericultura e programas de saúde.

O alcoolismo, por sua vez, é apontado por PIRES e MIYAZAKI (2005) como fator associado a alto risco para negligência dos filhos, além do uso de drogas, baixa renda, famílias numerosas, desemprego, pobreza, psicopatias e desestruturação familiar. Para o autor, a negligência física está muito associada à pobreza, embora o desemprego e a dificuldade financeira não tenham tido grande frequência no presente estudo.

Já a prostituição e o trabalho noturno que aparecem entre as condições levantadas, apesar de sua pouca proporção, chamam a atenção pelos aspectos sociais que envolvem tais situações e que não se restringem aos limites do lar. Neste sentido, as condições sócio-econômicas devem ser consideradas diante da prática da negligência.

Quase todos os casos de negligência / abandono se deram na residência da vítima (97,3% em 2002 e 96,4% em 2006). Os demais ocorreram na via pública (2,7% em 2002 e 3,6% em 2006) e referem-se a crianças deixadas na rua por longos períodos do dia.

Tendo em vista que as maiores autoras da negligência foram a madrasta e a mãe, é coerente que estes abusos tenham ocorrido em grande parte no lar. Estes resultados podem reforçar a discussão anterior acerca das mães que trabalham e deixam seus filhos sozinhos em casa ou até mesmo na rua. Mas é preciso lembrar que a prática da negligência não se resume na ausência do cuidador. O fato de ela ser exercida na residência da vítima não a simplifica deste modo. Ao contrário, denota o que muitos autores discutem, de que a família, atualmente, é vista como lugar de muitas contradições, configurando maus-tratos aos seus componentes (SANTOS, 2002). Neste sentido, POIRIER (2004) destaca que, entre outras ações de enfrentamento, é preciso fortalecer e estruturar as famílias, pois são elas que desempenham o papel de proteger as crianças.

As vítimas de negligência / abandono sofreram o abuso por quatro e mais vezes antes da notificação (100,0%) e por períodos que variam de 1 a 2 anos (56,7% em 2002 e 62,7% em 2006) até 3 a 4 anos (18,0% em 2002 e 20,5% em 2006) (Tabela 61).

Tabela 61 – Distribuição dos casos de NEGLIGÊNCIA / ABANDONO contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.

Tempo de abuso da NEGLIGÊNCIA / ABANDONO em cada caso	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 6 meses	15	1,0	9	2,9
6 a 12 meses	14	9,3	24	7,8
1 a 2 anos	85	56,7	193	62,7
3 a 4 anos	27	18,0	63	20,5
Mais de 4 anos	9	6,0	19	6,2
TOTAL	150	100,0	308	100,0

A alta frequência e o longo período com que a negligência veio sendo praticada antes da notificação denotam o aspecto silencioso e crônico que caracterizam a maioria dos atos violentos praticados contra a criança, os quais são mantidos dentro dos lares sob o medo e o constrangimento (SANTOS, 2002).

Foi relatada a necessidade de internação em 64,7% (em 2002) e 65,6% (em 2006) dos prontuários, sendo que 13,3% (em 2002) e 6,2% (em 2006) não precisaram ser internados, além de 22,0% (em 2002) e 28,2% (em 2006) que não traziam esta informação.

Apesar das internações referidas, dados oficiais (DATASUS, 2002 e 2006) não mostram internações por negligência em 2002 e 2006, no município de Londrina. Talvez isto se deva à codificação baseada na lesão ou, até mesmo, como causa acidental. Outra questão a considerar é que, normalmente, os casos de negligência são encobertos por uma patologia orgânica (SANTOS, 2002), dificultando o seu real registro.

Quase que a totalidade das vítimas de negligência / abandono apresentou seqüela (98,7% em 2002 e 98,7% em 2006). Entre as seqüelas, a física foi a mais comum (89,2% em 2002 e 98,7% em 2006), seguida pela psicológica em 10,8% (em 2002) e 1,3% (em 2006). Houve, ainda, a presença de mais de uma seqüela (81,8% em 2002 e 96,4% em 2006), sendo a psicológica a segunda seqüela em todos estes casos.

Além das seqüelas físicas, quando não ocasionam a morte, as seqüelas psicológicas se revelam como as mais perigosas para as vítimas de maus-tratos, pois se estendem por longos anos e, talvez, por toda a vida. Para POIRIER (2004), os efeitos perversos da violência podem comprometer permanentemente as crianças e os adolescentes, prejudicando o aprendizado, as relações sociais e o pleno desenvolvimento.

Pensando especificamente em relação à negligência, agressão de difícil diagnóstico pela subjetividade dos sintomas, a presença de seqüela psicológica adquire dimensão importante em decorrência do tempo de exposição, resultado já apresentado anteriormente. Portanto, refletir sobre formas de prevenção, detecção e tratamento adequados torna-se essencial.

4.4.3 A violência sexual

Foram notificados 120 casos de violência sexual em 2002 e 186 casos em 2006, cujos principais denunciadores foram outros familiares (tios, cunhada, primo) (55,8% em 2002 e 67,2% em 2006), seguidos pela escola (12,5%) e pela própria vítima (9,2%), em 2002. Em 2006, além de outros familiares (67,2%), a mãe (8,1%) e a escola (7,0%) também notificaram a violência sexual com maior frequência em relação aos outros denunciadores (Tabela 62).

Tabela 62 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.

Denunciante da VIOLÊNCIA SEXUAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	83	69,2	153	82,3
Mãe	9	7,5	15	8,1
Pai	3	2,5	10	5,4
Avós	4	3,3	3	1,6
Outros familiares	67	55,8	125	67,2
Amigo(a) família	-	-	-	-
Vizinhos e comunidade	2	1,6	5	2,7
Profissional de saúde	4	3,3	6	3,2
Escola	15	12,5	13	7,0
Própria vítima	11	9,2	5	2,7
Anônimo	1	0,8	2	1,1
Outro	4	3,3	2	1,1
TOTAL	120	100,0	186	100,0

São poucos os estudos que trazem o denunciante da violência sexual, relacionando, na maioria das vezes, somente o agressor. ASSIS e SOUZA (1995), num levantamento nas delegacias do Rio de Janeiro, verificaram que a maior parte das denúncias de violência sexual contra menores de 19 anos foi feita por familiares (55,0%), seguidos por policiais (27,0%) e pela própria vítima em apenas 8,0% dos casos. No estudo de GUERRA (2000), na Bolívia, as mães foram as que mais denunciaram a agressão.

De difícil notificação por envolver tabus e discriminação das vítimas como culpadas (MINAYO, 2001), vários autores consideram a violência sexual subestimada em decorrência do sub-registro (DREZETT et al, 2001; MORALES e SCHRAMM, 2002; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005). RIBEIRO et al (2004) destacam que os fatores que contribuem para a pouca denúncia das vitimizações sexuais envolvem medo, falta de credibilidade no sistema legal e o silêncio do cúmplice.

Apesar de a própria vítima ter notificado alguns casos, sua baixa frequência como denunciante é discutida pelos autores como consequência do profundo pacto de silêncio que envolve a agressão sexual e a falta de estrutura psicológica da criança para comunicar o fato. Destaca-se, ainda, a culpabilização da criança ou adolescente por ter sido abusada. Um exemplo é a pesquisa de GUERRA (2000), que ao analisar 140 denúncias de agressão sexual entre adolescentes bolivianas menores de 18 anos, verificou que 30,0% das vítimas, ao relatarem o abuso, foram agredidas fisicamente e responsabilizadas pelo ocorrido. Associadas a estes fatores, a pouca credibilidade no relato da criança ou adolescente e a complicada confirmação da violência fazem com que a vítima dependa, muitas vezes, da iniciativa de outras pessoas fora do núcleo familiar para que a notificação seja feita (DREZETT et al, 2001; MORALES e SCHRAMM, 2002; ROQUE e FERRIANI, 2002; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; RIBEIRO et al, 2004), o que pode explicar a maior proporção de denúncias por familiares e pela escola, no presente estudo.

Estudiosos da área ainda discutem o papel de conivência que a mãe assume diante da violência sexual dentro de casa. Segundo PFEIFFER e SALVAGNI (2005), para a mãe, a denúncia representa a ruptura do equilíbrio doméstico da família incestuosa. Para manter a estabilidade e a segurança, a mãe passa a corroborar a prática do abuso, não reconhecendo o incesto, pois revelá-lo representaria reconhecer o fracasso de seu papel como mãe e esposa. Somando-se a isto, GUERRA (2000) ainda acrescenta o temor da mãe de que ao denunciar o abuso haja rompimento com os parentes e conhecidos, além da incerteza em relação ao futuro ao ter que enfrentar as exigências da vida sem o marido, o trauma de ter que lidar com a polícia e tribunais e a própria incapacidade de opôr-se a uma violência que ela mesma tenha sofrido. Talvez estas questões justifiquem a tímida participação da mãe como notificadora, na presente investigação.

Entre as vítimas de violência sexual houve predomínio do sexo feminino (70,0% em 2002 e 74,2% em 2006), numa razão de masculinidade de 0,4 (em 2002) e 0,3 (em 2006) ou numa proporção de 2,3 meninas para cada menino (em 2002) e de 2,9 meninas

para cada menino (em 2006) (Tabela 63). Observou-se grande concentração de casos femininos na faixa etária dos 10 aos 14 anos (59,5% em 2002 e 58,0% em 2006) e de casos masculinos na faixa etária de 5 a 9 anos (50,0% em 2002 e 66,7% em 2006).

Tabela 63 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Segundo o sexo e a idade das vítimas: Belo Horizonte, 2002 e 2006.							
Ano	Idade da vítima de VIOLÊNCIA SEXUAL	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	1 ano	-	-	2	2,4	2	1,6
	2 anos	1	2,8	2	2,4	3	2,5
	3 anos	2	5,5	8	9,5	10	8,3
	4 anos	7	19,4	5	5,9	12	10,0
		(10)	(27,7)	(17)	(20,2)	(27)	(22,5)
	5 anos	6	16,7	3	3,6	9	7,5
	6 anos	4	11,1	3	3,6	7	5,8
	7 anos	3	8,3	4	4,8	7	5,8
	8 anos	4	11,1	2	2,4	6	5,0
	9 anos	1	2,8	5	5,9	6	5,0
		(18)	(50,0)	(17)	(20,2)	(35)	(29,2)
	10 anos	7	19,4	3	3,6	10	8,3
	11 anos	2	5,5	10	11,9	12	10,0
	12 anos	2	5,5	12	14,3	14	11,7
	13 anos	1	2,8	9	10,7	10	8,3
	14 anos	2	5,5	16	19,0	18	15,0
		(14)	(38,9)	(50)	(59,5)	(64)	(53,3)
TOTAL		36	100,0	84	100,0	120	100,0
2006	2 anos	-	-	3	2,2	3	1,6
	3 anos	2	4,2	5	3,6	7	3,8
	4 anos	2	4,2	6	4,3	8	4,3
		(4)	(8,4)	(14)	(10,1)	(18)	(9,7)
	5 anos	3	6,2	6	4,3	9	4,8
	6 anos	3	6,2	7	5,1	10	5,4
	7 anos	8	16,7	5	3,6	13	7,0
	8 anos	8	16,7	14	10,1	22	11,8
	9 anos	10	20,8	12	8,7	22	11,8
		(32)	(66,7)	(44)	(31,8)	(76)	(40,9)
	10 anos	5	10,4	22	15,9	27	14,5
	11 anos	2	4,2	16	11,6	18	9,7
	12 anos	-	-	20	14,5	20	10,7
	13 anos	3	6,2	10	7,2	13	7,0
	14 anos	2	4,2	12	8,7	14	7,5
		(12)	(25,0)	(80)	(58,0)	(92)	(49,5)
	TOTAL		48	100,0	138	100,0	186

O predomínio do sexo feminino na violência sexual também é reconhecido por outros autores (ASSIS e SOUZA, 1995; CAVALCANTI, 1999b; GUERRA, 2000; DE LORENZI et al, 2001; DREZETT et al, 2001; WEBER et al, 2002; POLANCZYK et al, 2003; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; OLIVEIRA, 2006). BRITO et al (2005), ao analisarem os registros do CRAMI de São José do Rio Preto (São Paulo), observaram uma razão de masculinidade de 1:7, entre as vítimas de violência sexual. A maior proporção de vítimas do sexo feminino pode ser explicada pelas próprias questões de gênero, que ainda colocam a mulher como um objeto sexual, apesar das conquistas femininas atuais (MARMO, 1999), fazendo com que crianças e adolescentes meninas sejam os alvos preferenciais dos agressores (RIBEIRO et al, 2004). Já as situações de abuso homossexual constituem apenas 10,0% dos casos de violências sexual (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005), sem que necessariamente constitua um comportamento definitivo homossexual da vítima ou agressor.

Quanto à faixa etária, ASSIS e SOUZA (1995) também observaram grande proporção de vítimas na faixa etária de 10 a 14 anos. Em pesquisa realizada junto ao Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo, com 71 crianças (menores de 10 anos) e 546 adolescentes (10 a 20 anos) vítimas de abuso sexual, os autores verificaram uma média de 5,8 anos para as crianças e 15,6 anos para as adolescentes (DREZETT et al, 2001). Já, CAVALCANTI (1999b), em levantamento junto ao Conselho Tutelar de Niterói, observou maior número de casos de violência sexual nas faixas etárias de 5 a 9 e de 10 a 14 anos, entre as meninas, e de 1 a 4, 5 a 9 e 10 a 14 anos, entre os meninos. Em levantamento junto ao *Organismo Nacional de La Mujer y Familia* (ONAMFA), na cidade de El Alto (Bolívia), o grupo etário de 10 a 14 anos representou 44,1% das vítimas de abuso sexual (GUERRA, 2000). No mesmo estudo, o abuso de crianças do sexo masculino se restringiu à idade de 5 anos. Tais resultados assemelham-se à presente investigação.

O predomínio de casos femininos na faixa etária de 10 a 14 anos revela a preferência dos agressores por meninas na puberdade, quando se desenvolvem os caracteres sexuais secundários. Ao contrário, entre os meninos, a pouca idade em que são vítimas com mais frequência pode estar relacionada com a impossibilidade de defesa, o que não ocorre em idades mais avançadas.

A figura 17 mostra a maior proporção de vítimas do sexo feminino em todas as idades, principalmente nas idades acima de dez anos.

Figura 17 - Distribuição proporcional (%) dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Calculando-se os coeficientes de incidência da violência sexual em menores de 15 anos (Figura 18), obteve-se maior risco nas idades de 14 anos para o sexo feminino (0,5 por 1.000) e aos 4 e 10 anos para o sexo masculino (1,7 por 1.000), em 2002. Em 2006,

observou-se maior risco aos 10 anos para as meninas (5,0 por 1.000) e aos 9 anos para os meninos (2,3 por 1.000). Interessante destacar o expressivo aumento nos coeficientes entre os dois anos de estudo, especialmente no sexo feminino após os 8 anos de idade, em que ocorre uma explosão dos coeficientes em 2006, se comparados aos de 2002. Nota-se também o aumento do risco entre as meninas após os 8 anos de idade, ao contrário dos meninos em que os coeficientes declinam a partir desta idade. Os coeficientes totais foram de 1,0 por 1.000 crianças (em 2002) e de 1,4 por 1.000 (em 2006).

Taxa de incidência diferente foi encontrada por ASSIS e SOUZA (1995), cujos registros nas delegacias do Rio de Janeiro levaram a uma taxa de incidência de 21,6 (por 100.000 habitantes) de abuso sexual, na faixa etária de 0 a 19 anos, ou seja, uma taxa de 0,2 por 1.000, inferior à do presente estudo. Entretanto, é preciso ressaltar que menos de 10,0% dos casos chegam às delegacias (campo de estudo do referido trabalho) pelo temor que as vítimas têm em relação às medidas legais de confirmação do abuso e à exposição social (RIBEIRO et al, 2004). Estudo desenvolvido nas escolas estaduais de Porto Alegre (RS) identificou 2,3% de adolescentes que já haviam sido vítimas de abuso sexual (POLANCZYK et al, 2003). Em São Paulo, dos 52.965 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, atendidas pelo LACRI, no período de 1996 a 2001, 8,0% foram por abuso sexual (LACRI, 2008). O Centro de Referência da Criança e do Adolescente de São Paulo (CRECA) registrou 7.068 casos de violência doméstica contra criança e adolescente em 2000, dos quais 6,2% foram por violência sexual (CRECA, 2008). O CRAMI, em São Paulo, recebeu 3.279 casos de maus-tratos na infância, sendo 19,2% de abuso sexual (CRAMI, 2008). Em Curitiba, a violência sexual representou 6,2% das 2.326 notificações emitidas pelos serviços que compõem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (OLIVEIRA, 2006).

Pesquisa domiciliar realizada na Carolina do Norte e do Sul evidenciou o abuso sexual entre as crianças de mães entrevistadas, resultando numa incidência de 23 casos por 1.000 crianças (29 por 1.000 entre as meninas e 3 por 1.000 entre os meninos), resultado bastante alto se comparado à presente investigação (THEODORE et al, 2006). Porém, há que se considerar que se trata de entrevista domiciliar, cujos casos nem sempre são reportados aos órgãos oficiais. Nos Estados Unidos, a incidência de abuso sexual já chegou a 2,6 por 1.000 adolescentes na faixa etária de 12 a 14 anos e de 2,9 por 1.000 adolescentes de 15 a 19 anos de idade (CAPPELLERI et al, 2003), taxas mais altas que as encontradas no presente estudo, porém há que se considerar a melhor qualidade da informação e da notificação naquele país.

Figura 18 – Coeficientes de incidência da VIOÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Apesar dos estudos que se esforçam para delinear uma incidência próxima da realidade, muitos autores nacionais e internacionais ainda consideram a violência sexual de prevalência desconhecida, já que, muitas vezes, a criança só consegue revelar o abuso já na

fase adulta, além do silêncio e tabus que envolvem este tipo de agressão e da dificuldade de alguns países em desenvolver um sistema de vigilância e de informação adequados (MINAYO, 2001; HEGER et al, 2002; MORALES e SCHRAMM, 2002).

A violência sexual notificada na presente investigação foi perpetrada, em sua grande parte, por agressores do sexo masculino (98,3% em 2002 e 97,3% em 2006), porém observa-se a presença de mulheres entre os agressores (1,7% em 2002 e 2,1% em 2006) (Tabela 64).

A faixa etária com maior frequência, entre os homens, foi a de 30 a 34 anos, em 2002 (22,0%), e 40 anos e mais, em 2006 (25,4%), embora se observe casos em que o agressor tinha menos de 15 anos. As duas mulheres (em 2002) tinham de 20 a 24 anos (50,0%) e de 25 a 29 anos de idade (50,0%). Em 2006, a idade das mulheres foi de 20 a 24 anos (50,0%), 35 a 39 anos (25,0%) e 40 e mais anos (25,0%).

Tabela 64 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Idade do agressor de VIOLÊNCIA SEXUAL	SEXO DO AGRESSOR					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 15 anos	24	20,3	-	-	24	20,0
	15 a 19 anos	11	9,3	-	-	11	9,2
	20 a 24 anos	7	5,9	1	50,0	8	6,7
	25 a 29 anos	9	7,6	-	-	9	7,5
	30 a 34 anos	26	22,0	1	50,0	27	22,5
	35 a 39 anos	16	13,6	-	-	16	13,3
	40 e mais anos	19	16,1	-	-	19	15,8
	Ignorado	6	5,0	-	-	6	5,0
	TOTAL	118	100,0	2	100,0	120	100,0
2006	< 15 anos	18	9,9	-	-	18	9,7
	15 a 19 anos	21	11,6	-	-	21	11,3
	20 a 24 anos	10	5,5	2	50,0	12	6,4
	25 a 29 anos	9	5,0	-	-	9	4,8
	30 a 34 anos	39	21,5	-	-	39	21,0
	35 a 39 anos	33	18,2	1	25,0	34	18,3
	40 e mais anos	46	25,4	1	25,0	47	25,3
	Ignorada	4	2,2	-	-	5*	2,7
	TOTAL	181	100,0	4	100,0	186*	100,0

*inclui um caso cujo sexo do agressor não era informado.

As situações de abuso sexual em que figuraram mulheres como agressoras (dois casos em 2002 e quatro casos em 2006) foram praticadas por mãe e babá, que abusaram

dos menores na própria residência da vítima e em abrigo público (onde mãe e criança pernoitavam).

A figura 19 permite visualizar o grande predomínio do sexo masculino entre os agressores de violência sexual.

A grande maioria dos estudos sobre violência sexual aponta o sexo masculino predominante entre os agressores (ASSIS e SOUZA, 1995; DREZETT et al, 2001; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; BRITO et al, 2005), coincidindo com os resultados da presente casuística. O predomínio de agressores sexuais do sexo masculino reforça a discussão de gênero acerca da exploração e dominação dos homens sobre o sexo feminino, especialmente sobre as crianças, perpetuando o padrão cultural da sociedade patriarcal (MARMO, 1999). Neste sentido, RIBEIRO et al (2004) destacam que as diferenças entre os sexos se convertem em desigualdades que possibilitam o processo de dominação e exploração.

Infelizmente, não foram encontrados trabalhos que caracterizassem o agressor de violência sexual segundo sua idade. A concentração na faixa etária de 30 a 40 anos, entre os homens, provavelmente se relacione, entre muitos fatores, com o fato de que nestas idades muitos homens podem já ter constituído uma segunda família, na qual a convivência com enteadas pode facilitar o abuso, tendo em vista que grande parte dos agressores são os padrastos, conforme mostram os estudos de GOMES (1998), DE LORENZI et al (2001) e GUERRA (2000).

A participação de menores de 15 anos entre os agressores desperta para a reflexão acerca da adolescência, fase em que as descobertas e incertezas quanto à sexualidade assumem proporções importantes no comportamento do jovem. Neste sentido, autores da área destacam a importância de programas voltados para a adolescência, nos quais se aborde as questões da sexualidade e da vulnerabilidade a que estes jovens estão expostos (MAAKAROUN, 1991; ZAGURY, 1996).

*excluídos 6 casos em 2002 e 5 casos em 2006 de sexo não informado.

Figura 19 - Distribuição proporcional (%) dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

A tabela 65 apresenta o vínculo entre agressores e vítimas. As maiores frequências se deram nos casos em que os agressores foram o padrasto (25,0% em 2002 e 30,1% em 2006), outros parentes (17,5% em 2002 e 21,5% em 2006) e vizinhos (12,5% em 2002 e 18,3% em 2006). Em seguida, vieram os desconhecidos, amigos da família e o próprio pai.

Tabela 65 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Vínculo entre agressores e vítimas de VIOLÊNCIA SEXUAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	88	73,3	110	59,1
Mãe	1	0,8	1	0,5
Pai	36	30,0	13	7,0
Padrasto	30	25,0	56	30,1
Outros parentes	21	17,5	40	21,5
Vizinhos	15	12,5	34	18,3
Colega de escola	2	1,7	9	4,8
Amigo(a) família	5	4,2	16	8,6
Namorado da mãe	-	-	2	1,1
Babá	1	0,8	1	0,5
Outros				
Porteiro do prédio	1	0,8	2	1,1
Caseiro da chácara	-	-	1	0,5
Vendedor de lanche da escola	-	-	2	1,1
Desconhecido	7	5,8	7	3,8
Ignorado	1	0,8	-	-
Não informado	-	-	2	1,1
TOTAL	120	100,0	186	100,0

A participação do padrasto, outros parentes, vizinhos, pais e amigos da família é amplamente divulgada pelas pesquisas da área, desde as mais antigas até as mais atuais (GOMES, 1998; ASSIS e SOUZA, 1995; MARMO, 1999; CAVALCANTI, 1999b; GUERRA, 2000; DE LORENZI et al, 2001; DREZETT et al, 2001; MINATO, 2001; MORALES e SCHRAMM, 2002; RIBEIRO et al, 2004; PIRES e MIYAZAKI, 2005; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005), revelando que o agressor sexual é, na maioria das vezes, alguém próximo à criança. Além da proximidade, que facilita a abordagem, estas pessoas contam com a confiança das vítimas, usando esta relação de confiança para se aproximar cada vez mais, num processo insidioso, sem que a criança perceba o ato abusivo do adulto. Para alguns autores, esta aproximação é recebida pela criança como demonstração afetiva e a idéia de proteção faz com que a criança interprete os atos do abuso como normais em um

relacionamento (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005). Aliado a isto, acredita-se que a intimidação psicológica utilizada pelo agressor seja fator determinante para neutralizar a resistência da vítima (DEZETT et al, 2001).

Embora 56,7% (em 2002) e 61,8% (em 2006) dos prontuários não relatassem a situação de risco, o alcoolismo foi registrado como uma situação freqüente em 21,7% (em 2002) e 24,7% (em 2006) (Tabela 66).

GUERRA (2000) também identificou o alcoolismo presente em 35,0% das famílias bolivianas, cujas crianças foram abusadas sexualmente. Semelhante ao que vem sendo apresentado e discutido em outros tipos de violência, o alcoolismo constitui fator comum em vários tipos de agressão praticada contra a criança e o adolescente.

Tabela 66 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006.

Situação de risco na VIOLÊNCIA SEXUAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Condições do agressor				
Alcoolismo	26	21,7	46	24,7
Drogadição	6	5,0	8	4,3
Criminalidade	2	0,8	-	-
Distúrbio psíquico	1	0,8	1	0,5
Condições sociais				
Desemprego	4	3,3	8	4,3
Condições familiares				
Paternidade	2	1,7	-	-
Ignorado	11	9,1	8	4,3
Não informado	68	56,7	115	61,8
TOTAL	120	100,0	186	100,0

A maioria dos casos de violência sexual ocorreu na residência da vítima (52,5% em 2002 e 52,7% em 2006), seguida pela residência do agressor (25,0% em 2002 e 30,1% em 2006) (Tabela 67).

Outros estudos também apontam o ambiente doméstico como o local onde mais ocorre a violência sexual (RIBEIRO et al, 2004). Estudo realizado no Centro de Referência da Mulher revelou que 42,3% dos casos de abuso sexual contra crianças ocorreram na residência da vítima e 28,2% na residência do agressor (DREZETT et al, 2001). Estudo realizado na Bolívia, na cidade de El Alto, também observou que mais da metade (54,7%)

dos casos de violência sexual contra menores de 18 anos ocorreram no domicílio da vítima (GUERRA, 2000). A maior proporção de agressão sexual cometida dentro de casa suscita a reflexão de que a lar, muitas vezes, não constitui um local seguro para as crianças, uma vez que a agressão pode ser praticada sem que a sociedade tome conhecimento.

A ocorrência de casos na escola também é citado por DREZETT et al (2001), porém mais característico entre as adolescentes (10 a 20 anos) que, em seu estudo, foram vítimas de abuso sexual no percurso para a escola (63,2% dos casos na referida faixa etária).

Tabela 67 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o local onde ocorreu a violência. Londrina, 2002 e 2006.

Local onde ocorreu a VIOLÊNCIA SEXUAL	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Residência da vítima	63	52,5	98	52,7
Residência do agressor	30	25,0	56	30,1
Residência de parente	1	0,8	10	5,4
Escola	13	10,8	-	-
Via pública	3	2,5	8	4,3
Terreno baldio	3	2,5	1	0,8
Outro (abrigo público)	6	5,0	7	3,8
Ignorado	1	0,8	-	-
Não informado	-	-	1	0,5
TOTAL	120	100,0	186	100,0

Observou-se, no presente estudo, que mais da metade das vítimas de violência sexual sofreu o abuso pela primeira vez (53,3% em 2002 e 52,2% em 2006) (Tabela 68). Entretanto, houve casos em que a violência havia sido cometida por quatro ou mais vezes (31,7% em 2002 e 36,6% em 2006). O tempo de abuso foi menos de seis meses (57,5% em 2002 e 57,0% em 2006) (Tabela 69), mas uma pequena parcela (20,8% em 2002 e 29,0% em 2006) sofreu por um período de 1 a 2 anos antes que o caso fosse notificado.

Apesar da metade das vítimas de violência sexual terem sofrido a agressão pela primeira vez e por menos de seis meses, a presença do abuso por quatro ou mais vezes e por um 1 a 2 anos caracteriza o aspecto insidioso da violência sexual contra menores (MORALES e SCHRAMM, 2002; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005), em que o menor não consegue verbalizar o abuso para terceiros e onde o poder e persuasão do agressor consegue manter o abuso em segredo. Neste sentido, GUERRA (2000) identificou que 76,6% dos agressores sexuais usaram o suborno e a ameaça para assegurar o silêncio

de suas vítimas (crianças e adolescentes de 0 a 18 anos). Além destas circunstâncias que envolvem a agressão sexual, MARMO (1999) ainda destaca que dificilmente os agressores sexuais procuram tratamento voluntariamente, sem o qual a agressão tende a continuar, contribuindo para que a criança sofra o abuso por várias vezes e longos períodos.

Tabela 68 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo a frequência da violência no mesmo caso. Londrina, 2002 e 2006.

Frequência da VIOLÊNCIA SEXUAL no mesmo caso	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Primeira vez	64	53,3	97	52,2
Segunda vez	9	7,5	4	2,2
Terceira vez	4	3,3	11	5,9
Quatro ou mais vezes	38	31,7	68	36,6
Ignorado	3	2,5	4	2,2
Não informado	2	1,7	2	1,1
TOTAL	120	100,0	186	100,0

Tabela 69 – Distribuição dos casos de VIOLÊNCIA SEXUAL contra menores de 15 anos segundo o tempo de abuso em cada caso. Londrina, 2002 e 2006.

Tempo de abuso da VIOLÊNCIA SEXUAL em cada caso	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 6 meses	69	57,5	106	57,0
6 a 12 meses	8	6,7	14	7,5
1 a 2 anos	25	20,8	54	29,0
3 a 4 anos	5	4,2	1	0,5
Mais de 4 anos	1	0,8	1	0,5
Ignorado	4	3,3	4	2,2
Não informado	8	6,7	6	3,3
TOTAL	120	100,0	186	100,0

Quase todos os casos de violência sexual ocasionaram lesão corporal (98,3% em 2002 e 90,3% em 2006). Nos demais, não foi possível determinar a presença de lesão em decorrência da qualidade da informação.

Apesar do estudo não ter conseguido determinar a natureza e o tipo das lesões, estudos apontam a importância das lesões decorrentes da agressão sexual. DREZETT et al (2001), por exemplo, verificaram a presença de fissura anal, rotura perineal e fissura de fúrcula vaginal como as lesões mais frequentes nas vítimas deste tipo de violência.

GUERRA (2000), além das lesões genitais e anais, ainda encontrou, entre crianças e adolescentes bolivianas vítimas de abuso sexual, a presença de doenças sexualmente transmissíveis (infecções gonocócicas e sífilis), lesões por mordedura, alopecia por arrancamento dos cabelos, além de fratura óssea em úmero e clavícula.

Estes resultados alarmantes trazem consigo o agravamento de que muitas lesões podem trazer consequências para a vida reprodutiva destas vítimas, além da possibilidade de gravidez decorrente do estupro, situação verificada em 10 das 140 denúncias estudadas por GUERRA (2000).

Considerando a gravidade das lesões acima descritas, torna-se essencial atenção especializada e continuada à saúde física e emocional destas vítimas, além de acompanhamento especializado àquelas que engravidaram em consequência do abuso. Neste contexto, há que se considerar, ainda, o alto custo da violência sexual para o sistema de saúde. Desta forma, este tipo de agravamento requer medidas preventivas urgentes que canalizem na sua redução e controle.

Na grande maioria dos casos de violência sexual, o segmento corpóreo mais afetado foi a pelve (93,4% em 2002 e 93,1% em 2006), seguida pelos casos em que foram afetadas múltiplas regiões (6,6% em 2002 e 6,9% em 2006).

Justifica-se a pelve ter sido mais afetada justamente pelas lesões genitais decorrentes do abuso sexual. Já o acometimento de múltiplas regiões pode ter sido em decorrência de violência física associada.

Mais de 70,0% dos prontuários (74,2% em 2002 e 70,4% em 2006) não traziam a informação da necessidade de internação hospitalar das vítimas, impossibilitando a análise desta variável. Apenas uma pequena parcela tinha o registro de que foi necessária a internação (5,8% em 2002 e 11,3% em 2006).

Não foram encontrados estudos acerca da violência sexual que analisassem a necessidade de internação em suas vítimas. Todavia, tendo em vista as lesões discutidas acima, em consequência da violência sexual, é possível que grande parte dos casos necessite de internação, embora não haja relato deste dado.

Quase que a totalidade das vítimas de violência sexual apresentou seqüelas (98,3% em 2002 e 97,8% em 2006), ou seja, 118 casos em 2002 e 182 casos em 2006.

Entre os casos em que houve seqüela, a mais comum foi a física (89,8% em 2002 e 92,9% em 2006). Todos os casos de seqüela física foram acompanhados pela seqüela psicológica.

Os autores são unânimes quanto à presença de seqüelas importantes no abuso sexual. Além das lesões físicas e genitais sofridas, a possibilidade de uma doença sexualmente transmissível e de uma gravidez indesejada constitui uma triste realidade (MARMO, 1999; MINAYO, 2001; GUERRA, 2000; RIBEIRO et al, 2004; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005), como discutido anteriormente. Mais grave, ainda, são as seqüelas psicológicas, relatadas em todas as vítimas da presente investigação.

Neste aspecto, os autores ressaltam o grande impacto que a agressão sexual exerce na saúde física e mental das vítimas, deixando marcas profundas e causando danos irreparáveis em seu desenvolvimento, com impacto na vida reprodutiva e sexual (GUERRA, 2000; POLANCZYK et al, 2003; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005;). A curto prazo, a experiência do abuso sexual pode ocasionar em suas vítimas distúrbios de alimentação e do sono, descontrole esfinteriano, problemas escolares, interesse sexual e atitudes provocativas precoces, depressão, fuga de casa, tentativa de suicídio, uso de drogas, ansiedade e agressividade. A longo prazo, a agressão sexual pode levar à prostituição e delinquência na adolescência, a distúrbios psicossomáticos, desvios e transtornos sexuais, tais como frigidez, vaginismo, impotência, homossexualismo masculino e feminino, troca freqüente de parceiro, entre outros (MARMO, 1999; MINAYO, 2001; POLANCZYK et al, 2003).

Diante dos danos e agravos que a violência sexual determina, este tipo de abuso tem sido considerado como um problema de saúde pública (DREZETT et al, 2001), além da estreita interface com as questões policiais e jurídicas. Há que se considerar, todavia, que somente medidas punitivas não solucionam um problema tão complexo quanto a agressão sexual (GUIMARÃES et al, 2004). Desta forma, é preciso que os órgãos competentes trabalhem para a detecção precoce, a fim de interromper sua incidência e possibilitar tratamento e acompanhamento adequados que possam reduzir as importantes e devastadoras seqüelas decorrentes.

4.4.4 A violência por outros tipos de maus tratos

A violência por outros tipos de maus-tratos engloba, no presente estudo, os casos de mendicância, prostituição e trabalho infantil, o que somou 11 casos em 2002 e 27 casos em 2006.

Os denunciante mais freqüentes deste tipo de violência foram a comunidade (36,4% em 2002 e 22,2% em 2006), seguida pelos profissionais de saúde (18,2% em 2002 e 18,5% em 2006) (Tabela 70). Observa-se, em 2006, a participação de denunciante anônimos (22,2%) e vizinhos (11,1%).

Tabela 70 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS contra menores de 15 anos segundo o denunciante. Londrina, 2002 e 2006.

Denunciante da violência por OUTROS TIPOS DE MAUS- TRATOS	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Mãe	1	9,1	1	3,7
Pai	-	-	2	7,4
Outro parente	1	9,1	1	3,7
Vizinhos	1	9,1	3	11,1
Comunidade	4	36,4	6	22,2
Profissional de saúde	2	18,2	5	18,5
Escola	-	-	1	3,7
Policial militar	1	9,1	1	3,7
Anônimo	1	9,1	6	22,2
Não informado	-	-	1	3,7
TOTAL	11	100,0	27	100,0

Ao contrário da maioria dos tipos de violência em que prevaleceu a família ou profissionais de saúde como notificadores, na violência por outros tipos de maus-tratos já ocorre a participação da comunidade, em maior proporção. Talvez este fato deva por tratar-se de violência ocorrida fora do ambiente doméstico, como a mendicância, o trabalho infantil e a prostituição. Interessante observar a participação de anônimos como denunciante, o que pode revelar que a sociedade tem se mobilizado no sentido de notificar aos órgãos competentes situações de risco em que figuram crianças e adolescentes. Isto pode refletir a importância que se tem dado à infância e à adolescência nas últimas décadas.

Desde 1923, quando a Assembléia da Sociedade das Nações Unidas elaborou a Declaração dos Direitos da Criança, o movimento para se garantir proteção para o desenvolvimento infantil vem conscientizando a sociedade e poderes públicos. A Declaração Universal dos Direitos da Criança (UNICEF, 2008), proclamada pela Assembléia das Nações Unidas (ONU) em 1959, preconiza para a criança os direitos de: igualdade sem distinção de raça, cor, religião ou nacionalidade; proteção para o seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social; direito a um nome e uma

nacionalidade; alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e a mãe; educação e cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente; amor e compreensão dos pais e da sociedade; educação gratuita e lazer infantil; prioridade para receber proteção e socorro; de ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração e não ser objeto de nenhum tipo de tráfico; e de crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos.

No Brasil, os direitos da criança são legalmente assegurados pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em seu Artigo 227 - parágrafo 4º, que declara: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito a 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 qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Neste movimento, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8069/1990 (BRASIL, 1990) veio acrescentar novos conteúdos ao elenco dos direitos da infância e da juventude em nosso país, deixando de perceber as crianças e adolescentes como "feixes de necessidades", para encará-los como sujeitos de direitos exigíveis em lei, promovendo uma noção de cidadania.

O ECA trouxe mudanças importantes na política de proteção especial em situação de risco (ameaça ou transgressão à integridade física, psicológica ou moral - abandono, negligência, maus-tratos, exploração, uso de drogas, prostituição, ato infracional, crianças de rua, etc) e na política de garantias (defesa jurídico-social dos direitos individuais e coletivos da população infanto-juvenil através do Ministério Público, Defensoria Pública, Magistratura, Polícia) a fim de garantir, assegurar e manter o respeito aos seus direitos e punir os transgressores.

Atualmente, a ampla divulgação destes dispositivos e da necessidade de proteção da infância tem gerado maior participação da comunidade, grupos e sociedade nas denúncias em que crianças e adolescentes estejam em situação de risco, justificando os resultados encontrados no presente estudo.

Entre as vítimas de outros tipos de maus-tratos, houve uma diferença mínima entre o sexo feminino (54,6% em 2002 e 55,6% em 2006) e o sexo masculino (45,4% em 2002 e 44,4% em 2006), levando a uma razão de masculinidade de 0,8 (tanto em 2002 como em 2006) ou, ainda, uma proporção de 1,2 meninas para cada menino (Tabela 71).

A faixa etária com maior número de vítimas foi a de 7 anos entre os meninos (40,0%) e de 10 anos para as meninas (33,3%) no ano de 2002. Em 2006, a maior proporção foi observada nas idades de 11 anos para o sexo masculino (33,3%) e 8 anos para o sexo feminino (26,7%). Os demais casos se distribuíram de forma diversificada entre as outras idades.

Tabela 71 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Idade das vítimas de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS- TRATOS	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	< 1 ano	-	-	1	16,7	1	9,1
	2 anos	-	-	1	16,7	1	9,1
	4 anos	-	-	1	16,7	1	9,1
	6 anos	1	20,0	-	-	1	9,1
	7 anos	2	40,0	-	-	2	18,2
	8 anos	1	20,0	-	-	1	9,1
	10 anos	1	20,0	2	33,3	3	27,3
	14 anos	-	-	1	16,7	1	9,1
TOTAL		5	100,0	6	100,0	11	100,0
2006	< 1 ano	-	-	1	6,7	1	3,7
	2 anos	-	-	2	13,3	2	7,4
	4 anos	1	8,3	3	20,0	4	14,8
	5 anos	3	25,0	-	-	3	11,1
	6 anos	2	16,7	2	13,3	4	14,8
	7 anos	1	8,3	1	6,7	2	7,4
	8 anos	-	-	4	26,7	4	14,8
	10 anos	1	8,3	-	-	1	3,7
	11 anos	4	33,3	-	-	4	14,8
	13 anos	-	-	2	13,3	2	7,4
	TOTAL		12	100,0	15	100,0	27

Chama a atenção, no presente estudo, a pouca idade em que meninos e meninas foram expostos a situações como trabalho infantil, mendicância e prostituição. Destaca-se, ainda, que não há distinção de sexo, pois a diferença entre meninos e meninas foi mínima.

A dificuldade em encontrar trabalhos que descrevam as características de crianças e adolescentes vítimas de tais eventos dificultou a comparação de resultados. Estudos isolados descrevem algumas características destas vítimas, outros, porém se concentram mais na questão social e estrutural que envolvem estes tipos de violência. MALDONADO e AUZA (1995), por exemplo, caracterizam as meninas de rua e prostitutas na cidade de La

Paz (Bolívia) cuja faixa etária predominante é de 15 a 20 anos (80,0%), porém há presença de crianças de 10 a 14 anos (20,0%). Outro estudo desenvolvido na Colômbia, na cidade portuária de Santa Maria, traçou características de crianças e adolescentes vítimas de exploração sexual comercial e verificaram grande proporção de menores de 14 anos (AMAR et al, 2006).

Apesar de poucos casos, o envolvimento de meninos e meninas abaixo de 13 anos nas situações de trabalho infantil, mendicância e prostituição revela a expressão da violência que atinge nossas crianças e adolescentes, exigindo intervenções estruturais e urgentes.

Em relação aos agressores, houve pouca diferença entre o sexo masculino (54,5% em 2002 e 44,4% em 2006) e o sexo feminino (45,4% em 2002 e 55,6% em 2006) dos agressores de violência por maus-tratos (Tabela 72).

A idade dos agressores se diferenciou entre um ano e outro. Entre os casos notificados em 2002, a faixa etária predominante foi de 25 a 29 anos, nos dois sexos (50,0% no sexo masculino e 60,0% no sexo feminino). Já, em 2006, a faixa etária de 30 a 34 anos se destacou entre os homens (58,3%), enquanto a faixa etária de 20 a 24 anos foi a mais freqüente entre as mulheres (40,0%).

Tabela 72 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade do agressor. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Idade do agressor de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS- TRATOS	SEXO DO AGRESSOR					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	20 a 24 anos	-	-	1	20,0	2	18,2
	25 a 29 anos	3	50,0	3	60,0	5	45,4
	30 a 34 anos	1	16,7	1	20,0	2	18,2
	35 a 39 anos	1	16,7	-	-	1	
	40 e mais anos	1	16,7	-	-	1	
	TOTAL	6	100,0	5	100,0	11	100,0
2006	< 15 anos	1	8,3	-	-	1	3,7
	20 a 24 anos	-	-	6	40,0	6	22,2
	25 a 29 anos	1	8,3	2	13,3	3	11,1
	30 a 34 anos	7	58,3	5	33,3	12	44,4
	35 a 39 anos	2	16,7	2	13,3	4	14,8
	Ignorado	1	8,3	-	-	1	3,7
	TOTAL	12	100,0	15	100,0	27	100,0

Observa-se que, nos dois anos de estudo, a faixa etária dos agressores se assemelha àquela verificada na análise geral da violência, ou seja, constituída por pessoas

consideradas na idade produtiva, mas que, no entanto, praticam a exploração de crianças e adolescentes na mendicância, trabalho infantil e prostituição. Não foram encontrados estudos similares.

Tanto em 2002 como em 2006, os agressores de violência por outros tipos de maus-tratos foram a mãe (45,5% em 2002 e 37,0% em 2006) e o pai (45,5% em 2002 e 37,0% em 2006). Interessante relatar a presença de agente de prostituição em 2002 (9,0%) e em 2006 (7,5%). Em 2006, a exploração foi realizada também por outros parentes em 18,5% dos casos.

Observa-se que apenas um caso (3,7%), em 2006, envolveu agressor desconhecido (agente de prostituição). Todos os outros, nos dois anos de estudo, tiveram os pais ou familiares colocando os menores nas situações de risco de mendicância, trabalho infantil e prostituição. Estes resultados despertam para a reflexão de que as condições geradoras de tais eventos emergem de dentro de casa. Neste sentido, alguns autores colocam que a pobreza e a falta de condições familiares para prover a subsistência, bem como a desestruturação familiar, são fatores determinantes nestes casos, além de maus-tratos e violência sexual (MINAYO, 2001; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; RIBEIRO, 2003). Colocadas na rua ou no trabalho precoce por seus próprios pais e familiares, estas crianças encontram-se extremamente vulneráveis, pois a rua, para muitos autores, não é um espaço que propicia desenvolvimento sadio, além dos perigos e adversidades que ela oferece, tais como falta de condições saudáveis de vida, indução ao crime, maus-tratos praticados por policiais e grupos, envolvimento com drogas, alcoolismo, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (ASSIS, 1994; RIBEIRO, 2003). Nem tampouco o trabalho precoce possibilita condições dignas para a infância e adolescência.

O desemprego (45,5% em 2002 e 25,9% em 2006) foi a situação de risco mais freqüente entre os casos de violência por outros maus-tratos, seguido pelo alcoolismo (27,3% em 2002) e pela drogadição (11,1% em 2006) (Tabela 73).

Vários estudiosos da área destacam que não se pode desconsiderar o peso que as más condições de vida exercem sobre a prostituição infantil, a mendicância e o trabalho precoce (GOMES, 1994; PINHEIRO, 1999; GOMES et al, 1999c; MINAYO, 2001; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; RIBEIRO, 2003; AMAR et al, 2006). MALDONADO e AUZA (1995) ainda destacam que muitas das crianças e adolescentes colocados na rua procedem de famílias numerosas, desintegradas, de baixo nível sócio-econômico e pais consumidores de álcool ou drogas. Frente a estas condições adversas, a exploração da

criança pauta-se na comercialização do seu corpo (no caso da prostituição infantil) ou na necessidade de mão-de-obra (no caso do trabalho infantil e mendicância) que traga recursos para aquela família.

Há que se destacar, neste contexto, que um determinado tipo de exploração pode culminar em outros. Muitas vezes a criança se inicia na mendicância e acaba envolvida na prostituição, sem falar no envolvimento com drogas e criminalidade decorrentes da excessiva exposição da criança ao mundo cruel das ruas.

Análises mais profundas sobre o tema apontam que não bastam leis e intervenções governamentais. Tendo em vista que a origem do trabalho infantil, mendicância e prostituição infanto-juvenil está na desigualdade social, miséria, má distribuição de renda, desemprego e na violência estrutural (MINAYO, 2001; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; SANCHEZ e MINAYO, 2004; AMAR et al, 2006), é preciso que se desenvolvam mecanismos que melhorem as condições de vida e que, ao mesmo tempo, habilitem os sistemas públicos de atendimento a crianças, adolescentes e suas famílias em situação de risco social.

Tabela 73 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS contra menores de 15 anos segundo a situação de risco. Londrina, 2002 e 2006.

Situação de risco na violência por OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS	ANO			
	2002		2006	
	Nº	%	Nº	%
Condições do agressor				
Alcoolismo	3	27,3	-	-
Drogadição	-	-	3	11,1
Condições sociais				
Desemprego	5	45,5	7	25,9
Prostituição	1	9,1	2	7,4
Condições familiares				
Maternidade	-	-	6	22,2
Não informado	2	18,2	9	33,3
TOTAL	11	100,0	27	100,0

Diferentemente dos outros tipos de violência, a violência por outros tipos de maus-tratos ocorreu, predominantemente, em via pública (90,9% em 2002 e 96,3% em 2006), resultado coerente com as características deste tipo de violência. Os demais casos

ocorreram em chácara (um caso em 2002 e um caso em 2006), ambos referentes ao trabalho infantil.

Em 2002, 100,0% dos casos sofreram violência por outros tipos de maus-tratos por quatro vezes ou mais. Em 2006, apenas 3,7% sofreram este tipo de evento pela primeira vez, 7,4% por três vezes e 88,9% por quatro ou mais vezes.

A maior proporção quanto ao tempo de abuso foi observada no período de 1 a 2 anos (54,5% em 2002 e 48,1% em 2006), seguido pelo período de 3 a 4 anos (36,4% em 2002 e 25,9% em 2006) e de 6 a 12 meses (9,1% em 2002 e 14,8% em 2006).

A grande frequência e o longo período de exposição dos menores de 15 anos à mendicância, trabalho infantil e prostituição despertam para a possibilidade de consequências relevantes para estes menores, desde o abandono escolar (consequência mais comum nos casos de trabalho infantil em virtude da longa jornada de trabalho imposta a estas crianças e adolescentes) (ASSIS, 1994) até os riscos à saúde física e mental decorrente das condições adversas já comentadas anteriormente (RIBEIRO, 2003).

Os maus-tratos praticados nesta categoria foram diferentes para as vítimas do sexo masculino e feminino (Tabela 74). Entre os meninos, houve predomínio do trabalho infantil (60,0% em 2002 e 58,3% em 2006) e da mendicância (40,0% em 2002 e 41,7% em 2006). Entre as meninas, destacou-se a mendicância (50,0% em 2002 e 53,3% em 2006), seguida pela prostituição (33,3% nos dois anos de estudo) e pelo trabalho infantil (16,7% em 2002 e 13,3% em 2006).

Tabela 74 – Distribuição dos casos de violência por OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS contra menores de 15 anos segundo o tipo de maus-tratos. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	OUTROS TIPOS DE MAUS-TRATOS	SEXO DA VÍTIMA					
		Masculino		Feminino		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	Trabalho infantil	3	60,0	1	16,7	4	36,4
	Mendicância	2	40,0	3	50,0	5	45,4
	Prostituição	-	-	2	33,3	2	18,2
	TOTAL	5	100,0	6	100	11	100,0
2006	Trabalho infantil	7	58,3	2	13,3	9	33,3
	Mendicância	5	41,7	8	53,3	13	48,1
	Prostituição	-	-	5	33,3	5	18,5
	TOTAL	12	100,0	15	100	27	100,0

Em 2002, os casos femininos de prostituição se deram aos 13 anos (dois casos) e o trabalho infantil aos 10 anos de idade. Os casos de mendicância feminino ocorreram em menor de um ano, dois e quatro anos de idade (um caso em cada idade). Os casos de trabalho infantil no sexo masculino ocorreram aos seis (um caso) e dez anos (dois casos), enquanto a mendicância se deu aos sete e oito anos (um caso em cada idade).

Em 2006, os casos de prostituição feminina ocorreram aos 13 anos de idade (dois casos), aos 12 anos (dois casos) e 11 anos de idade (um caso). A mendicância feminina se deu em menor de um (1 caso), aos dois anos (dois casos), aos quatro (três casos) e aos seis anos (dois casos). Os casos de trabalho infantil no sexo feminino ocorreram aos sete e oito anos de idade (um caso em cada). No sexo masculino, em 2006, o trabalho infantil ocorreu nas idades de seis (dois casos), dez (um caso) e onze anos (quatro casos). Já a mendicância se deu nas idades de quatro (um caso), cinco (três casos) e sete anos (um caso).

Apesar de a Lei brasileira permitir que crianças acima de 14 anos trabalhem como aprendiz, as idades identificadas na presente casuística são bem inferiores, o que caracteriza, na visão de muitos autores, um fenômeno social e uma violência estrutural presente em nosso país (MINAYO, 2001; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; SANCHEZ e MINAYO, 2004), principalmente pelo fato de crianças constituírem mão-de-obra barata e com jornadas de trabalho que ultrapassam seus limites (MINAYO, 2002; RIBEIRO, 2003). Dados oficiais do IBGE (2008) relatam que, em 2001, havia 296.705 crianças, de cinco a nove anos, e 19.3526 adolescentes, de 10 a 14 anos, inseridos no mercado de trabalho. Há que se considerar, neste contexto, as consequências do trabalho infantil para a saúde (em decorrência dos riscos e insalubridade) e para o desempenho escolar destas crianças e adolescentes, além dos efeitos perversos no seu crescimento e desenvolvimento (SANCHEZ e MINAYO, 2004).

Em se tratando da prostituição infantil, o cenário torna-se ainda mais grave, considerando as idades envolvidas na presente investigação. Apesar da preocupação de órgãos competentes e da conscientização social cada vez maior sobre a exploração sexual na infância, a mesma continua sendo visivelmente praticada (GOMES, 1994). Um estudo realizado com base nos depoimentos prestados à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a prostituição infanto-juvenil, em nosso país, revelou que a prostituição infantil se configura diferentemente para cada região. O turismo sexual ganha destaque no Nordeste e a prostituição infanto-juvenil no Sudoeste, entre meninas que vivem na rua. No Norte e

Centro-Oeste, o estudo revelou o tráfico de escravas nas áreas do garimpo e no Sul o que se observou foi o aliciamento de crianças e adolescentes nas cidades do interior através de informações falsas aliadas à ingenuidade dos pais (GOMES et al, 1999c). Considerada como questão social, inserida num conjunto de determinantes, a prostituição infantil ainda é pouco reconhecida estatisticamente (GOMES et al, 1999c), cuja precariedade de dados dificulta intervenções efetivas. Reconhecida como uma das realidades mais cruéis e comuns contra a infância brasileira, a prostituição infantil requer articulação entre a saúde e outros setores, numa perspectiva interdisciplinar capaz de desenvolver ações sociais que culminem na mudança deste quadro (GOMES, 1994). Destaca-se, frente a este contexto, a importância de programas junto às meninas e meninos de rua, constantemente expostos à exploração sexual.

Não foi possível estabelecer a presença de lesão e nem o segmento corpóreo afetado pela violência por outros tipos de maus-tratos em decorrência da qualidade da informação. Em grande parte dos prontuários (63,6% em 2002 e 59,3% em 2006), o evento foi caracterizado como Síndrome dos Maus-Tratos e no restante (36,4% em 2002 e 40,7% em 2006) como efeito de privação.

Não houve relato da necessidade de internação nestes casos, embora se acredite que internações possam ter ocorrido sem que houvesse registro no prontuário.

Houve presença de seqüela em 100,0% dos casos de violência por outros tipos de maus-tratos, tanto em 2002 como em 2006, todas seqüelas físicas, acompanhadas por seqüela psicológica. Em virtude da qualidade da informação, não foi possível determinar o tipo de seqüela física ou psicológica ocasionada nesta população de estudo.

Quanto ao trabalho infantil, seqüelas como doenças ocupacionais, além do prejuízo no crescimento e desenvolvimento também são apontadas (PINHEIRO, 1999). As seqüelas destes tipos de violência são discutidas por vários autores como desastrosas para a criança. Em se tratando da mendicância, ASSIS e CONSTANTINO (2003) destacam, entre as crianças de rua, a presença de carência nutricional, prejudicada saúde bucal, doenças de pele e sexualmente transmissíveis, dependência a substâncias, além de distúrbios psíquicos.

Já, em relação à prostituição infantil, as seqüelas decorrentes deste agravo podem trazer danos irreparáveis, desde gestação precoce e indesejada até seqüelas decorrentes de abortos provocados, doenças sexualmente transmissíveis, lesões físicas em virtude das agressões que possa sofrer e até mesmo a infertilidade, além das seqüelas psicológicas que

assumem grande proporção, como baixa auto-estima e intenção suicida (MALDONADO e AUZA, 1995; AMAR et al, 2006).

Diante de seqüelas tão significativas, é preciso ressaltar a necessidade de que a sociedade como um todo combata estes tipos de violência tão desastrosos para a criança e o adolescente. Neste sentido, entende-se que deva ser prioritária a participação de todos os segmentos sociais, instâncias executivas e legislativas a fim de formular, acompanhar e avaliar políticas voltadas para a redução do trabalho infantil, da problemática das crianças de rua e, principalmente, da exploração sexual de crianças e adolescentes.

4.4.5 A violência psicológica

Foram motivo de denúncia apenas quatro casos de violência psicológica, três em 2002 e um em 2006. Há que se considerar, entretanto, o fato de que a violência psicológica dificilmente consiste motivo de notificação, mas geralmente acompanha os outros tipos de agressão.

A mãe (66,7%) e outros familiares (33,3%) foram responsáveis pelas denúncias de violência psicológica em 2002. Em 2006, o pai figurou como o denunciante em 100,0% dos casos.

As vítimas, em 2002, foram todas do sexo masculino e tinham as idades de 6, 10 e 11 anos. Em 2006, o único caso era do sexo feminino e na idade de 7 anos.

Em 2002, o agressor masculino, desconhecido (33,3%) estava na faixa etária de 40 anos e mais, enquanto as agressoras femininas, mães (66,7%), tinham de 20 a 24 anos. Em 2006, a única agressora foi a mãe, na faixa etária de 20 a 24 anos de idade.

A crise conjugal foi descrita como situação de risco em 66,7% dos casos, sendo que 33,3% dos prontuários não continham esta informação, em 2002. Em 2006, o único caso ocorreu em meio à crise conjugal.

A residência da vítima (66,7%) e o supermercado (33,3%) foram os locais onde ocorreu a violência psicológica, em 2002. O caso de 2006 ocorreu na residência da vítima. Em 66,7% dos casos a violência psicológica ocorreu quatro ou mais vezes, enquanto o caso ocorrido no supermercado sofreu este tipo de abuso pela primeira vez (33,3%), em 2002. No caso de 2006, a criança já havia sofrido a violência por quatro vezes ou mais. Os três casos de 2002 vinham sofrendo este agravo por um período de seis meses a um ano (33,3%) e de um a dois anos (66,7%). O caso ocorrido em 2006 vinha sendo submetido à violência psicológica por um a dois anos.

Não houve presença de lesão corporal entre estes casos e nem necessidade de internação. A seqüela predominante foi a psicológica (96,7% em 2002 e 100,0% em 2006).

Apesar de bastante notificada em outros países (MINAYO, 2001), a baixa denúncia da violência psicológica, em nosso país, é discutida por alguns autores como conseqüente da não presença de lesões visíveis, ao contrário da agressão física que deixa marcas e é facilmente comprovada (BRITO et al, 2005). Os estudos ainda destacam que a violência psicológica é relatada com mais freqüência quando associada a outros tipos de agressão (MOURA e REICHEBHEIM, 2005), como verificado na análise geral da violência no presente estudo, em que a violência psicológica esteve associada em todas as agressões.

Confundida como uma forma de educar com rigor (MINAYO, 2001), a violência psicológica ocupa tímidas proporções nos estudos e investigações. Apesar de não ocupar lugar de destaque nas estatísticas, ela está presente no dia-a-dia. Um exemplo disto é o estudo desenvolvido num hospital de ensino de São Paulo, no qual 43,0% dos pais, ao educarem seus filhos, utilizavam privações materiais ou de lazer, ameaças verbais, humilhações, entre outras (CARMO e HARADA, 2006), o que para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) significa maus-tratos psicológicos. BRAZ e CARDOSO (2000) ainda ressaltam que a violência psicológica não é valorizada por não ameaçar a integridade física, ao mesmo tempo em que é vista natural no processo de educação da criança.

Pouco estudada, em virtude de sua difícil identificação, a violência psicológica é pouco conhecida no que se refere às características de suas vítimas. CAVALCANTI (1999b), num levantamento junto ao Conselho Tutelar de Niterói, identificou abuso psicológico com maior freqüência nas faixas etárias mais avançadas (a partir dos cinco anos de idade), o que coincide com nossos achados. É preciso lembrar que antes desta idade, a criança sofre mais o abuso físico, justamente por não ter capacidade cognitiva de compreender as pressões psicológicas.

Com repercussões consideráveis no desenvolvimento psico-social da criança (ASSIS e AVANCI, 2004), os maus-tratos psicológicos afetam a auto-estima e as relações interpessoais, resultando em seqüelas difíceis de serem tratadas, se não percebidas precocemente. A freqüência e o tempo de abuso em que as crianças do presente estudo foram submetidas a esta agressão, bem como o registro de seqüelas já instaladas, chamam a atenção neste aspecto.

Como as mães configuraram como agressoras em quase a sua totalidade e a crise conjugal foi apontada como ingrediente para o ato abusivo, entende-se que a atenção e

tratamento devam ser extensivos a todo o grupo familiar, a exemplo de todos os tipos de violência (BRITO et al, 2005).

4.4.2 A violência por uso de droga

Houve apenas um caso de violência por droga registrado em 2002 e outro em 2006. Os denunciante foram a mãe (em 2002) e anônimo (em 2006).

As vítimas foram do sexo feminino, aos sete anos de idade (em 2002) e do sexo masculino aos seis anos (em 2006). Nos dois casos, o agressor foi o pai, com idade de 25 a 29 anos, ambos envolvidos com a drogadição e a criminalidade como situação de risco.

A violência foi praticada na residência da vítima, por quatro vezes ou mais antes da denúncia, num período de um a dois anos (tanto em 2002 como em 2006).

Como lesão decorrente da agressão houve intoxicação, havendo necessidade de internação do caso ocorrido em 2006. Em ambos os casos foi registrada seqüela física, acompanhada pela neurológica.

O aumento do consumo de drogas nos últimos anos fez com que aumentassem também os casos de intoxicação, acidental ou intencional ou simplesmente pela inalação passiva, de crianças e adolescentes (MARMO, 1999). A autora ressalta que a intoxicação deliberada da criança pode ser, muitas vezes, uma forma que os pais encontram de acalmar a mesma. Ainda se destaca, neste contexto, que o desvio de recursos para a compra da droga pode acarretar em negligência dos filhos por falta de recursos, além do risco de envolvimento em atividades criminais e do desenvolvimento de distúrbios mentais que possam acarretar em maus-tratos contra as crianças e comprometer a capacidade de cuidado em relação às mesmas. Importante lembrar que a intoxicação por drogas pode ser fatal na criança.

A pouca idade das crianças, bem como o envolvimento dos pais na criminalidade, o período do abuso de um a dois anos, a necessidade de internação e a presença de seqüela neurológica, além da intoxicação, alertam para a desestruturação familiar e para as possibilidades de comprometimentos severos, entre eles, a dependência da própria criança. Talvez a severidade destes casos tenha motivado a denúncia anônima e pela própria mãe.

O uso do álcool e da droga nas circunstâncias violentas é relatado por vários autores (DESLANDES, 1994; PASCOLAT et al, 2001; GOMES et al, 2002a; SOUZA et

al, 2003). Entretanto, não foram localizados estudos que descrevessem a intoxicação intencional de crianças por drogas, impossibilitando comparações de resultados.

4.4.3 A violência por meio não especificado

Foram considerados violência por meio não especificado os casos em que não havia especificação do tipo de violência cometida, o que ocorreu em um caso de 2002 e em dois casos de 2006, cujos denunciante foram o profissional de saúde (em 2002) e, em 2006, familiar e anônimo.

As vítimas eram todas do sexo feminino e tinham um ano de idade (em 2002) e, em 2006, cinco e dez anos.

No ano de 2002, o único agressor de violência por outros meios não especificados (namorado da mãe) era do sexo masculino (100,0%), na idade de 30 a 34 anos. No ano de 2006, houve um agressor feminino (mãe) na idade de 35 a 39 anos (50,0%) e um agressor masculino (pai) na faixa etária de 40 e mais anos (50,0%).

A drogadição foi relatada como situação de risco em todos os casos, sendo que a violência ocorreu na residência das vítimas, por quatro ou mais vezes antes da denúncia, por um tempo de abuso de 1 a 2 anos.

Houve presença de lesão corporal em 100,0% dos casos e o segmento corpóreo afetado foram múltiplas regiões. Houve necessidade de internação apenas no caso de 2002 e em todos os casos foi relatado a presença de seqüela física, acompanhada pela psicológica.

Embora, não tenha sido registrada a violência que ocasionou as denúncias, a presença de lesão corporal em múltiplas regiões e a necessidade de internação denota a gravidade dos eventos. A falta de informação quanto à causa prejudicou uma melhor análise destes casos.

Neste aspecto, a precária qualidade da informação também é descrita por outros estudos (ASSIS e SOUZA, 1995; GOMES, 1998; RIBEIRO et al, 2004), o que sugere melhoras no registro, pois muitas vezes as informações são insuficientes para que se possa compreender como os atos de violência ocorreram.

4.5 ANÁLISE DAS REINCIDÊNCIAS

Foram verificados 172 casos de reincidência (10,6% da população estudada), em que a criança ou adolescente foi atendido por violência em diferentes ocasiões, em diferentes momentos e circunstâncias de violência.

A tabela 75 apresenta os casos reincidentes comparando se o serviço procurado, o denunciante, o tipo de violência e agressor se modificaram ou não. Além disto, a tabela traz o sexo das vítimas em que ocorreram as reincidências, o intervalo entre as notificações, as situações de risco que envolveram as reincidências e a providência tomada na primeira notificação.

Faz-se necessário esclarecer que não houve um prazo suficientemente longo que permitisse verificar as reincidências dos casos atendidos em 2006. Portanto, os resultados a seguir não representam a real chance dos casos de 2006 reincidirem. Ainda assim, torna-se importante analisar os casos reincidentes a fim de identificar mudanças no comportamento da violência perpetrada contra a mesma criança em diferentes ocasiões.

Observa-se na tabela 75 que as reincidências ocorreram mais entre vítimas do sexo feminino (66,3%), sendo o mesmo denunciante em 77,9% dos casos, embora o serviço procurado para a nova notificação fosse diferente em 40,7%.

O tipo de violência motivadora da notificação e o agressor foram os mesmos que a notificação anterior na sua quase totalidade (98,8%). Houve somente dois casos em que o tipo de violência e o agressor foram diferentes, no entanto, a violência reincidente foi cometida por membros da mesma família.

O intervalo entre as notificações se distribuíram entre 3 a 4 meses (33,7%) e 5 a 6 meses (15,7%), com maior proporção no período de 4 anos (que correspondem, pelo tempo, exclusivamente aos casos de 2002).

O alcoolismo foi reportado como situação de risco em 40,1% destes casos reincidentes, embora a proporção de prontuários sem esta informação corresponda a 32,6%. Este fato evidencia, sem dúvida, que os 40,1% de respostas positivas constituem-se em um valor mínimo do alcoolismo como situação de risco.

Entre os casos reincidentes, as providências mais freqüentes tomadas pelo serviço na primeira notificação foram a convocação do agressor (51,7%), a advertência (25,0%) e a notificação ao agressor (11,6%).

Tabela 75 – Distribuição dos casos reincidentes de violência contra menores de 15 anos. Londrina, 2002 e 2006.

COMPARAÇÃO ENTRE OS CASOS REINCIDENTES		Nº	%
Serviço de atendimento	Mesmo	102	59,3
	Diferente	70	40,7
	Sub-total	172	100,0
Sexo da vítima	Masculino	58	33,7
	Feminino	114	66,3
	Sub-total	172	100,0
Denunciante da violência	Mesmo	134	77,9
	Diferente	24	13,9
	Não informado	14	8,1
	Sub-total	172	100,0
Intervalo entre as notificações	1 a 2 meses	17	9,9
	3 a 4 meses	58	33,7
	5 a 6 meses	27	15,7
	7 a 8 meses	8	4,6
	9 a 10 meses	3	1,7
	4 anos	59	34,3
	Sub-total	172	100,0
Tipo de violência	Mesma	170	98,8
	Diferente (mesma família)	2	1,2
	Sub-total	172	100,0
Agressor	Mesmo	170	98,8
	Diferente (mesma família)	2	1,2
	Sub-total	172	100,0
Situação de risco	Alcoolismo	69	40,1
	Drogadicão	7	4,1
	Doença psíquica	2	1,2
	Dificuldade financeira	7	4,1
	Prostituição mãe	2	1,2
	Crise conjugal	14	8,1
	Maternidade	10	5,8
	Paternidade	4	2,3
	Religião pai	1	0,6
	Não informado	56	32,6
	Sub-total	172	100,0
Providência na primeira notificação	Convocação	89	51,7
	Advertência	43	25,0
	Notificação	20	11,6
	Visita domiciliar	17	9,9
	Orientação	3	1,7
	Sub-total	172	100,0
TOTAL		172	100,0

Proporção similar de reincidências foi observada por DESLANDES (1994) que, ao analisar os casos atendidos pelos CRAMIs, no Estado de São Paulo, verificou 10,0% a 24,0% de notificações reincidentes, geralmente após seis meses de encerrado o atendimento.

As reincidências, bem como a repetição do tipo de violência e do agressor em quase todos os casos reincidentes, revelam o caráter contínuo que a violência contra a criança assume. Esta característica recidivante e crônica é destacada por alguns autores, que atribuem este fato à rede de fatores e ao complexo contexto multicausal que envolvem a violência. Além disto, alguns estudiosos destacam que a postura de muitos profissionais em não intervir por entender que não se trata de um problema de saúde acaba por contribuir para que as reincidências ocorram (SANTORO Jr., 1994; ASSIS e SOUZA, 1995).

Chama a atenção, nos presentes resultados, a proporção em que o denunciante procurou outro serviço para proceder a uma nova notificação. Isto pode denotar a falta de credibilidade no serviço procurado anteriormente ou, ainda, a necessidade de notificar em serviço de outra região para não sofrer represália do agressor.

Neste contexto, há que se avaliar a eficácia dos serviços que recebem a notificação, nas medidas adequadas de encaminhamento, bem como a existência de serviços especializados de tratamento para que se consiga interromper a violência e evitar as reincidências. Neste aspecto, DESLANDES (1994) destaca a necessidade de equipe interdisciplinar e de uma rede que integre vários equipamentos sociais, no sentido de formar parcerias entre sociedade civil e Estado na atuação junto às famílias que vivenciam a violência contra a criança e adolescente. Atualmente, frente às necessidades das vítimas de violência e de suas famílias, a atuação em equipe multiprofissional é recomendada e necessária, uma vez que nenhuma instituição, indivíduo ou disciplina isolada detém todo o conhecimento, recursos e habilidades para o enfrentamento da violência contra a criança e tratamento adequado das vítimas e suas famílias (BRASIL, 2002b). SANTORO Jr. (1994) também destaca que a intervenção preventiva e curativa da violência contra a criança e o adolescente depende de uma rede interdisciplinar de atenção.

No Brasil, já existem alguns exemplos de redes de atenção à criança e adolescente vitimizados. Em Ribeirão Preto (VENDRÚSCULO et al, 2004), a Prefeitura Municipal implantou, em 1997, a Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente – RAICA, que prioriza o atendimento descentralizado e articula as ações entre as Secretarias existentes e demais recursos. A experiência já aponta resultados como maior comunicação

entre os diferentes serviços, num espaço de diálogo conjunto, otimização dos recursos existentes e atendimento com maior qualidade e eficiência.

Outro exemplo está em Curitiba, onde a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência busca sensibilizar e capacitar profissionais diretamente envolvidos no atendimento a este grupo, no sentido de prevenir e identificar precocemente para que se interrompa o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos (OLIVEIRA et al, 2003).

Frente a estes exemplos, pode-se concluir que a integração entre os serviços voltados para a questão da violência, numa proposta de Rede de Proteção aos menores vitimizados, pode contribuir para melhorar as relações entre os Conselhos Tutelares, com conseqüente atendimento contextualizado e de forma integrada, com profissionais capacitados e protocolos apropriados, que canalizem na prevenção, identificação e intervenção precoces, além de encaminhamentos e tratamentos apropriados que evitem a continuidade e progressão da violência cometida contra a criança ou o adolescente. DESLANDES (2004) ainda acrescenta que a atuação em rede é reconhecida atualmente como capaz de responder à complexidade das demandas trazidas pela violência, fortalecendo a proteção e a garantia dos direitos da criança e do adolescente.

Quanto às situações de risco, o alcoolismo vem sendo apontado ao longo deste trabalho como um fator presente em quase todos os tipos de agressão, revelando a necessidade de campanhas e programas públicos de fácil acesso que visem à prevenção e o tratamento adequado dos dependentes. Talvez a grande dificuldade em combater o consumo alcoólico se deva ao fato da bebida constituir-se em droga lícita, de fácil e livre acesso. Neste sentido, há que se investir na educação individual e coletiva, junto a todos os setores sociais, grupos, escolas, comunidades e serviços de saúde, alertando para os efeitos maléficos do consumo exagerado de bebida alcoólica e da sua grande repercussão na violência.

Quanto às providências tomadas pelos serviços na primeira notificação dos casos reincidentes, observou-se que a convocação do agressor para comparecer ao serviço não teve grande impacto para interrupção da violência, bem como a advertência e notificação. A título de esclarecimento, a convocação para que o agressor compareça ao serviço tem a finalidade de apurar os fatos e orientar o agressor quanto às medidas cabíveis que podem ser tomadas em relação à situação de violência. A notificação ocorre quando o agressor não atende à convocação e a advertência consiste em orientações por escrito quanto às medidas que serão tomadas caso a agressão persista.

Responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, a eficácia e a integração dos Conselhos Tutelares com outros serviços têm sido questionadas por vários autores como um processo ainda em construção (SCHERER SCHERER, 2000; OLIVEIRA, 2002; GOMES et al, 2002b; BRASIL, 2002b; ASSIS e CONSTANTINO, 2003; FERREIRA, 2005). As dificuldades vividas pelos Conselhos Tutelares, já discutidas na introdução deste trabalho, acarretam na descrença quanto à efetiva resolução dos casos notificados. Neste aspecto, FERREIRA (2005) destaca que faltam estudos que determinem melhor o efeito das medidas tomadas pelos serviços na redução e interrupção da violência. Para VENDRÚSCULO et al (2004), a atual sobreposição de papéis dos serviços de atendimento à criança vítima de violência, as falhas no sistema de comunicação, a duplicidade de procedimentos e o distanciamento entre o atendimento e o atendido, revelam e reforçam a visão fragmentada e de pouca resolutividade dos serviços. Desta forma, a implantação de redes e estratégias que melhorem a eficácia dos serviços torna-se essencial.

Para que se consiga reduzir a reincidência é preciso, ainda, investir na formação dos profissionais da área (OLIVEIRA, 2002), desde os cursos técnicos até a graduação e pós-graduação, para que estejam capacitados para o enfrentamento deste agravo.

Outro aspecto a ser considerado consiste na necessidade de se ter a família como alvo e não apenas as crianças vítimas de agressão, nos casos de violência doméstica perpetrada pelos próprios pais ou familiares. Estudo realizado junto ao CRAMI confirma que 80,0% das famílias, atendidas pelo serviço, referiram que a intervenção proporcionou interrupção ou diminuição na intensidade da violência, sendo que as visitas domiciliares foram a forma de acompanhamento mais eficaz, na opinião dos pais (BRITO et al, 2005). Para o autor, a oportunidade dada às famílias de refletir sobre os relacionamentos e nas formas de educar a criança, foi capaz de provocar modificações no contexto das relações afetivas familiares. Para FERREIRA (2005), o grande investimento para a interrupção da violência está em ajudar as famílias agressoras a identificarem e buscarem os recursos, internos e externos, para superação da violência. Afinal, tratar e preservar as relações familiares parece ser o meio mais eficaz de garantir o crescimento e desenvolvimento da criança em seu próprio ambiente.

4.5 ANÁLISE DOS CASOS ENCAMINHADOS AO FÓRUM

Quanto aos casos encaminhados ao Fórum, foram estudados apenas os casos notificados em 2002, no sentido de que o tempo decorrente fosse suficiente para verificação do desfecho do caso.

A importância de se estudar os casos notificados ao Fórum após decorrido algum tempo é ressaltada por GOMES (1998) como fundamental para que os Conselhos Tutelares e serviços afins possam conhecer o que vem sendo feito na área dos direitos da infância e, desta forma, destacar ações a serem implementadas em face a uma realidade constatada.

Neste sentido, o estudo seguiu os casos encaminhados à Vara da Infância e da Juventude com o objetivo de conhecer as medidas de proteção tomadas em relação à criança ou adolescente vitimizado. As medidas em relação ao agressor não foram estudadas, primeiramente por não serem objetos da presente investigação. Em segundo lugar, por não ser possível ter acesso aos processos contra os agressores sem o nome dos mesmos, informação, esta, que dificilmente é registrada nos prontuários dos Conselhos Tutelares e programas.

Entre os casos de violência contra menores de 15 anos notificados em 2002, 230 casos (37,9%) foram encaminhados à Vara da Infância e da Juventude.

Resultados semelhantes foram encontrados por GONÇALVES et al (1999), em cujo estudo 31,6% dos casos confirmados de violência contra criança, atendidos pelo SOS Criança de Curitiba, foram encaminhados à Vara da Infância e da Juventude.

Nota-se que apenas uma parte dos casos é encaminhada à autoridade pública, o que representa os casos mais graves que colocam em risco a vida da criança ou adolescente. Segundo o relato dos conselheiros tutelares, as situações que caracterizam gravidade e risco demandam abrigo da criança, o qual é comunicado à Vara da Infância e Juventude em um prazo de 24 horas.

▪ Os tipos de violência nos casos encaminhados ao Fórum

Analisando-se cada tipo de violência, observou-se que a maior taxa de encaminhamentos se deu nos casos de outros maus-tratos, ou seja, trabalho infantil, mendicância e prostituição (54,5%), violência sexual (50,8%) e negligência/abandono (46,7%) (Tabela 76). Entretanto, ao se analisar o total de encaminhamentos, percebe-se que a maior proporção entre eles ocorreu na violência por força corporal (38,3%), negligência/abandono (30,4%) e violência sexual (26,5%). Em mais da metade dos casos

(63,5%) encaminhados ao Fórum, a criança ou adolescente havia sofrido mais de um tipo de violência.

Tabela 76 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos ENCAMINHADOS AO FÓRUM segundo o tipo de violência. Londrina, 2002.

Tipo de Violência	Encaminhado ao Fórum					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Violência por força corporal	88	29,5	210	70,5	298	100,0
Negligência / abandono	70	46,7	80	53,3	150	100,0
Violência sexual	61	50,8	59	49,2	120	100,0
Outros tipos de maus-tratos	6	54,5	5	45,5	11	100,0
Violência psicológica	-	-	3	100,0	3	100,0
Outro meio especificado	5	33,3	10	66,7	15	100,0
TOTAL	230	37.9	377	62.1	607	100,0

A maior taxa de encaminhamento entre os casos de trabalho infantil, mendicância e prostituição chamam a atenção na medida em que constituem violências praticadas fora do ambiente doméstico e que envolvem aspectos sociais em maior grau. Entendidas como situações complexas e multifatoriais, que demandam o envolvimento de vários setores no seu enfrentamento (ASSIS, 1994; MINAYO, 2001), talvez o seu encaminhamento se justifique na incapacidade e impossibilidade de resolução pelos Conselhos Tutelares, além da alta exposição da criança aos riscos já discutidos em capítulo anterior. Nestes casos, a intervenção judiciária é necessária e decisiva, pois para ROQUE e FERRIANI (2002), é o Poder Judiciário que reúne condições para determinar a cessação do abuso, seja por destituição do pátrio poder, interdição de permanência e de contato com a vítima, determinação de tratamento para a família abusiva ou, até mesmo, através da prisão do agressor.

Já os casos de violência sexual, cuja taxa de encaminhamento representa somente a metade dos casos, talvez não seja encaminhado com mais frequência pela própria falta de provas (por não realização do exame de corpo delito e exames que possam levar à identidade do agressor) ou por não haver testemunhas do evento, o que faz com que não se tenha prova da autoria e materialidade do crime. A exemplo disto, GOMES (1998) também verificou que em somente 31,0% dos casos de violência contra crianças denunciados às delegacias do Rio de Janeiro foram realizados exames na vítima para fundamentar a denúncia.

Quanto à negligência / abandono, por sua vez, cuja comprovação é ainda mais difícil por não produzir, na maioria das vezes, lesão corporal, acredita-se que constitua motivo de encaminhamento à Vara da Infância e da Juventude apenas os casos mais graves, em que a condição de vida da criança esteja ameaçada.

Não foram encontrados estudos que pudessem servir de parâmetro, pois as análises sobre casos de violência contra a criança e adolescentes notificados ao Ministério Público dizem respeito à violência como um todo, não especificando os encaminhamentos conforme o tipo de agressão.

▪ A situação dos casos em 2007

Verificou-se que, decorridos cinco anos da notificação, os casos encaminhados à Vara da Infância e da Juventude encontravam-se concluídos em 45,6% (Figura 20), por arquivamento do processo (87,6%), por arquivamento do inquérito (8,6%) ou por condenação do réu (3,8%). Parte destes casos (31,8%) continuava em andamento e em 22,6% não foi possível saber a situação do caso por não ter sido encontrado o processo, o que pode significar que não houve instauração de inquérito.

Entre os inquéritos que foram arquivados antes de se tornarem processo (9), o arquivamento se deu em virtude de ter sido suspensa a situação de risco (33,3%) ou porque a mãe separou-se do agressor (66,7%).

Entre os casos em que o processo foi arquivado (92), o arquivamento ocorreu, principalmente, por ter sido considerada suspensa a situação de risco para a criança (77,1%), pela adoção da criança por outra família (10,9%), pela guarda definitiva por membros da mesma família da criança (8,7%), porque a mãe separou-se do agressor, pai ou não (2,2%) e um caso em que o agressor foi morto pela comunidade (1,1%).

Resultados pouco diferentes foram encontrados por GOMES et al (1999a), que ao estudarem o desfecho das denúncias de violência contra criança e adolescente junto às delegacias do Rio de Janeiro, decorridos cinco anos, observou que das 105 denúncias registradas, apenas 25 (23,8%) haviam virado inquérito para apurar a responsabilidade dos atos violentos cometidos contra a criança. Destes inquéritos, 76,2% ainda estavam em processamento, 12,4% em andamento, 8,6% tinham sido arquivados e apenas um virou processo em que o réu foi inocentado. O autor ainda destaca que o fator que mais contribuiu para que os atos violentos contra a criança não se tornassem processos foi a falta de provas, o que MORALES e SCHRAMM (2002) também consideram fator decisivo para

que os réus presumidos sejam considerados inocentes. Apesar de pouca frequência (3,8%), no presente estudo observa-se a presença de condenação dos réus.

Figura 20 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos ENCAMINHADOS AO FÓRUM segundo a situação do caso no Fórum, em 2007. Londrina, 2002.

Apesar de a criança ser considerada prioridade absoluta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), observa-se, no presente estudo, que, mesmo decorridos cinco anos, uma parte considerável dos processos continuava em andamento. Entre os fatores que dificultam o andamento dos processos na justiça, alguns autores apontam a quantidade de processos acumulados, os trâmites burocráticos de sua tramitação, o demorado andamento no desenrolar do processo, dificuldades quanto a recursos humanos (em número e capacitação), entre outros (ASSIS e CONSTANTINO, 2003). Mesmo em outros países onde a justiça é mais ágil, muitos casos de maus-tratos não chegam a processo legal e menos, ainda, resultam em condenação (WHO, 2004; JOA e EDELSON, 2004).

Este cenário, na visão de GOMES et al (1999a), representa uma violação dos direitos da criança e do adolescente estabelecidos por Lei (BRASIL, 1990), numa indiferença e banalização dos eventos violentos praticados contra os menores. Entretanto, alguns autores argumentam que, em se tratando de violência intrafamiliar, punir o responsável não consiste necessariamente a melhor conduta (GONÇALVES e FERREIRA, 2002). Em virtude disto, os autores ressaltam que os baixos índices de condenação de pais

ou responsáveis não devem ser tomados como indicadores de impunidade ou de ineficácia do sistema judicial.

▪ **Os processos em andamento**

Entre os processos em andamento (73), 38,4% estavam em acompanhamento social e em 26,0% dos casos a criança estava em abrigo com acompanhamento social (Tabela 77). Outras 15 crianças (20,5%) estavam sob a guarda dos avós enquanto os pais encontravam-se em tratamento e, ainda, 8 crianças (8,7%) estavam com famílias acolhedoras.

Tabela 77 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos ENCAMINHADOS AO FÓRUM segundo o andamento do processo. Londrina, 2002.

Andamento do processo nos casos ENCAMINHADOS AO FÓRUM	Nº	%
Suspensão do pátrio poder	1	1,4
Agressor foragido	2	2,7
Acompanhamento social	28	38,4
Adoção em processo	1	1,4
Guarda com o pai e acompanhamento social	3	4,1
Criança em casa-abrigo e acompanhamento social	19	26,0
Criança com avós e pais em tratamento	15	20,5
Criança com família acolhedora e guarda provisória monitorada	8	8,7
TOTAL	73	100,0

PASCOLAT et al (2001), ao estudarem os casos confirmados de abuso físico infantil registrados no SOS Criança de Curitiba, verificaram que somente 16,0% das vítimas foram afastadas da família como medida de proteção, resultado inferior à presente casuística em que 26,0% encontrava-se em abrigo. Entretanto, os autores acima citados estudaram apenas a agressão física, diferentemente da presente investigação que incluiu todos os tipos de violência, o que pode ter gerado diferenças nos resultados, tendo em vista a maior gravidade ou situação de risco de determinados tipos de violência ora estudados, os quais possam exigir afastamento imediato da criança de sua família.

A questão da retirada da criança vítima de violência de sua família, ou seja, o abrigamento, é debatido por muitos autores que, não poucas vezes, divergem nas suas conclusões. Na visão de PARREIRA e JUSTO (2005), estar em situação de abrigamento

coloca a criança ou adolescente em lugar de passagem, cujos vínculos são temporários e as relações instáveis, o que significa ter que lidar com o abandono e a falta de referências. Os autores ainda destacam que a retirada da criança de sua família pode representar para ela uma punição de suas reações diante da situação de mau-trato. Neste aspecto, há que se considerar que a criança ou adolescente deseja a interrupção do abuso, mas não deseja a punição do agressor e nem tampouco ser afastada dele (FERREIRA e SCHRAMM, 2000). Trata-se de uma situação complexa, na qual a sociedade quer ver o agressor identificado e punido, a criança quer que sua condição de vítima seja reconhecida, todos querem que o abuso cesse, mas a separação e punição do agressor podem gerar sofrimento maior para a criança, causando danos adicionais aos já existentes pela agressão. As consequências do abrigo para a criança são relatadas por PARREIRA e JUSTO (2005) como significativas, pois a criança perde sua filiação anterior e não receberá outra que lhe sirva de âncora para seu crescimento e desenvolvimento, o que os autores classificam de “desfiliação psicossocial”. Para vários autores, retirar a criança ou adolescente de um ambiente onde seus direitos não estão sendo respeitados e onde a integridade física e/ou psíquica do menor estão ameaçadas, constitui-se uma interdição legítima e legal segundo as leis de proteção da criança e do adolescente. Entretanto, há que se considerar o rompimento dos laços e vínculos importantes para a criança (ROQUE e FERRIANI, 2002). FERREIRA et al (1999) ainda apontam que a violência contra a criança constitui um sintoma e pedido de socorro que a família, como um todo, envia à sociedade.

Diante destas questões, é possível compreender que a medida de retirar a criança de sua família agressora, embora necessária, de imediato, em muitos casos, deve ser avaliada cuidadosamente ao mesmo passo em que as instituições de abrigo devam ser estruturadas de forma a minimizar os traumas vividos pela criança afastada de sua família, em decorrência de maus-tratos.

Neste sentido, DESLANDES (1994), em seu estudo junto aos registros dos CRAMIs, no Estado de São Paulo, observou que em 75,0% a 88,0% dos atendimentos a criança ou adolescente vitimizado e o agente agressor permaneceram juntos à sua família original após a atuação do serviço, o que reforça a premissa de que a família deve ser preservada e tratada adequadamente. O predomínio de famílias em acompanhamento social no presente estudo denota esta preocupação atual.

Os resultados permitiram as conclusões que se seguem:

Quanto às notificações:

- Foram estudadas 1.999 notificações de violência contra crianças e adolescentes (734 em 2002 e 1265 em 2006).
- Houve crescimento de 72,3% no número de notificações entre os anos de 2002 e 2006.
- Em 2006, a média de notificações foi de 105 ao mês e 3 ao dia.
- As notificações de 2002 encontravam-se encerradas em 80,1%. Em 2006, 43,9% ainda estavam em andamento.

Quanto aos casos de violência:

- Foram estudados 1.620 casos de violência notificada contra menores de 15 anos, no ano de 2002 (607 casos) e 2006 (1013 casos).
- O primeiro atendimento ocorreu, principalmente, nos Conselhos Tutelares.
- A proporção da violência notificada na população menor de 15 anos foi de 0,5%, em 2002, e 0,8% , em 2006, representando um aumento de 60,0% entre um ano e outro.
- Os denunciante mais freqüentes foram a mãe (21,1% em 2002 e 24,2 em 2006), a escola (15,2% em 2002 e 10,3% em 2006) e os profissionais de saúde (19,9 em 2002 e 23,7% em 2006).

Características das vítimas:

- Os maiores coeficientes de incidência foram observados na idade de 2 anos para as meninas (coeficiente de 13,5 por 1000 crianças) e na idade de 6 anos para os meninos (12,7 por 1000) em 2002. No ano de 2006, os coeficientes mais elevados se deram aos 4 anos para as meninas (26,4) e aos 5 anos para os meninos (16,5).
- O ensino fundamental incompleto predominou entre as vítimas (41,3%), em 2002, sendo que, em 2006, as crianças sem idade escolar representaram 43,8%.
- A maioria residia com os pais (45,6% em 2002 e 33,2% em 2006), tendo um deles como responsável pela criança (97,7% em 2002 e 98,3% em 2006).
- A violência ocorreu com maior freqüência sobre o primeiro filho (27,3% em 2002 e 33,9% em 2006), excluídos os casos de filhos únicos.

Características das famílias:

- A violência foi mais freqüente nas famílias com 3 a 4 membros (46,4% em 2002 e 54,2% em 2006).
- Maior parte das vítimas tinha um irmão (34,9% em 2002 e 39,8% em 2006).
- O número de vítimas na casa mais freqüente foi de duas vítimas (38,8% em 2002 e 37,6% em 2006).
- A idade dos pais foi de 20 a 24 anos para as mães (21,1% em 2002 e 20,3% em 2006) e de 30 a 34 anos para os pais (15,8% em 2002 e 10,8% em 2006).
- Grande parte das vítimas eram filhos de pais separados (51,9% em 2002 e 65,1% em 2006).
- O ensino fundamental foi a escolaridade predominante entre os pais das vítimas.
- Entre as mães, a profissão mais comum foi diarista, sendo que entre os pais houve grande proporção de pedreiro e mecânico.
- Cerca de 30,0% dos pais encontravam-se empregados, com renda predominante de 1 a 2 salários mínimos (53,9% em 2002 e 56,3% em 2006).

Características dos agressores:

- Houve predomínio de agressores do sexo masculino (58,0% em 2002 e 55,3% em 2006) em relação ao sexo feminino (42,0% em 2002 e 44,7% em 2006), numa razão de masculinidade de 1,4 (em 2002) e 1,2 homens para cada mulher (em 2006).
- A idade do agressor (tanto em 2002 como em 2006) foi de 20 a 24 anos para o sexo feminino (46,9% em 2002 e 41,6% em 2006) e de 30 a 34 anos para os agressores masculinos (34,7% em 2002 e 32,9% em 2006).
- A grande maioria dos agressores possuía ensino fundamental incompleto (79,7% em 2002 e 82,8% em 2006) e com situação ocupacional ativa (empregados) (50,6% em 2002 e 58,8% em 2006), com renda referida de 1 a 2 salários mínimos (49,4% em 2002 e 57,6% em 2006).
- Parte dos agressores era casada (33,1% em 2002) ou amasiada (34,9% em 2006).
- A violência foi praticada pela mãe (33,6% em 2002 e 27,6% em 2006), pai (32,4% em 2002 e 27,1% em 2006), padrasto (10,4% em 2002 e 15,7% em 2006) e madrasta (5,3% em 2002 e 15,5% em 2006).
- Foi observado o alcoolismo como situação de risco do agressor masculino (53,4% dos casos de 2002 e 61,3% em 2006). Entre as mulheres agressoras, o alcoolismo aliado à

crise conjugal e problemas de maternidade foram os riscos mais freqüentes (26,0% em 2002 e 34,9% em 2006).

Características da violência propriamente dita:

- As violências ocorreram com maior freqüência na residência da vítima (82,0% em 2002 e 86,0% em 2006).
- Grande parte dos atos violentos foi praticada mais de 4 vezes (77,1 % em 2002 e 85,1% em 2006) e por um período de 1 a 2 anos antes da denúncia (36,3% em 2002 e 20,7% em 2006).
- Na grande maioria dos casos, a vítima sofreu mais de um tipo de violência (67,9% em 2002 e 72,5% em 2006), sendo a violência física (49,1% em 2002 e 47,3% em 2006), a negligência / abandono (24,7% em 2002 e 30,4% em 2006) e a sexual (19,8% em 2002 e 18,4% em 2006) as mais freqüentes.
- A mãe e a madrasta praticaram mais “negligência / abandono”, enquanto o pai, babá e entidades de educação exerceram mais a agressão corporal. O padrasto, outros parentes, vizinhos, colegas de escola, amigos da família namorado da mãe, desconhecidos e outros (porteiro, caseiro, namorado da vítima, motorista de escola, entre outros) praticaram mais o abuso sexual.

Conseqüências da violência:

- Houve presença de lesão corporal em 90,4% dos casos em 2002 e em 92,0% das vítimas em 2006.
- O segmento corpóreo mais afetado pela violência foi representado por “múltiplas regiões” (36,4% em 2002 e 28,7% em 2006).
- 20,0% das vítimas necessitaram de internação.
- A presença de seqüelas ocorreu em 99,3% (em 2002) e 99,0% (em 2006) da população estudada, sendo a seqüela física a de maior predomínio (94,2% em 2002 e 97,0% em 2006), acompanhada pela seqüela psicológica em 89,5% (em 2002) e 95,6% (em 2006) dos casos com presença de seqüela.

Análise detalhada dos tipos de violência:

- Na violência por força corporal (298 casos em 2002 e 479 em 2006), os denunciante mais freqüentes foram a escola e a mãe. Não houve muita diferença entre o sexo das vítimas e o maior coeficiente de incidência ocorreu na idade de

seis anos, para os dois sexos. Os agressores mais freqüentes foram o pai e a mãe, sendo o álcool e a crise conjugal as situações de risco apontadas. A violência ocorreu na residência da vítima, por quatro ou mais vezes e por um período de um a dois anos. Houve lesão corporal em todos os casos, atingindo múltiplas regiões, na sua maioria, com seqüela física predominante, acompanhada pela psicológica.

- Na violência por outros meios especificados (15 casos em 2002 e 7 em 2006), a denúncia foi feita em maior proporção por vizinhos e anônimos. O sexo feminino foi mais freqüente entre as vítimas e as idades com predomínio foram as de 11 e 12 anos para as meninas, e 6, 8, 11 e 13 anos para os meninos. O agressor foi o pai em sua grande maioria e o alcoolismo juntamente com a crise conjugal foram relatados como situações de risco. A agressão ocorreu mais na residência da vítima, por quatro ou mais vezes e por períodos de 1 a 2 anos e de 4 anos e mais. Os meios utilizados foram cinta, fio, barra de ferro, instrumento de cozinha e pedaço de madeira. Houve lesão corporal e seqüela física em todos os casos, atingindo múltiplas regiões e membros inferiores com mais freqüência.
- Na violência por objeto cortante (5 casos em 2002 e 1 caso em 2006), os denunciante mais freqüentes foram os vizinhos e profissionais de saúde. Os casos ocorreram exclusivamente no sexo masculino, nas idades de 7, 8, 9 e 13 anos. Os agressores foram a mãe e desconhecidos, ocorrendo na residência da vítima, escola e via pública com mais freqüência. A agressão se deu pela primeira e segunda vez, em sua grande maioria, e houve lesão corporal em todos os casos, atingindo múltiplas regiões e tórax em maior proporção. Houve seqüela física, acompanhada pela psicológica em todos os casos.
- Na violência por objeto quente (2 casos em 2002), os denunciante foram familiares e as vítimas foram do sexo feminino e masculino em igual proporção, nas idades de 6 e 3 anos. As agressoras foram a mãe e a tia, sendo o alcoolismo a situação de risco. A agressão foi praticada pela primeira vez e os instrumentos utilizados foram ferro de passar roupa e frigideira quentes. Houve lesão, queimadura de membros superiores em ambos os casos, com seqüela física acompanhada de psicológica.
- Na agressão por arma de fogo (1 caso em 2002), o denunciante foi a mãe e a vítima tinha 12 anos, do sexo feminino. O agressor foi o vizinho, cuja situação de risco era o envolvimento com a criminalidade. A agressão ocorreu na residência da vítima, pela segunda vez e a lesão produzida atingiu membros superiores, com seqüela física acompanhada de psicológica.

- Na agressão por substância corrosiva (1 caso em 2006), denunciada por profissional de saúde, a vítima tinha 13 anos, do sexo masculino, cujo agressor era o próprio pai, em situação de risco por alcoolismo. A violência foi praticada na residência da vítima, pela primeira vez, ocasionando queimadura de múltiplas regiões, com seqüela física acompanhada pela psicológica.
- Na negligência / abandono (150 casos em 2002 e 308 em 2006), os principais denunciante foram profissionais de saúde e o sexo feminino foi o mais freqüente entre as vítimas. Os coeficientes de incidência foram maiores nas idades de 2 a 4 anos, sendo os agressores mais freqüentes a madrasta e a mãe, sendo que as situações de risco relatadas foram a idade muito jovem da mãe e as situações de maternidade (filho não biológico). A agressão ocorreu na residência da vítima, por quatro ou mais vezes e por um período de 1 a 2 anos, em sua maioria. Houve presença de lesão corporal em grande proporção, embora não se trate de agressão física e as seqüelas físicas decorrentes do mau-trato tiveram freqüências significativas.
- Na violência sexual (120 casos em 2002 e 186 em 2006), os denunciante foram os familiares em maior proporção. O sexo feminino foi o que mais concentrou os casos e os coeficientes de maior incidência se deram nas idades de 10 e 14 anos para as meninas e de 4 e 9 anos para os meninos. Os principais agressores foram os padrastos e outros parentes. O alcoolismo foi referido como situação de risco com mais freqüência e a agressão ocorreu, em grande parte, na residência da vítima, tanto pela primeira vez como por quatro ou mais vezes, por um período que variou entre menos de 6 meses e de 1 a 2 anos. Houve lesão corporal em, praticamente, todos os casos, atingindo a pelve e ocasionando seqüela física e psicológica.
- Na violência por outros tipos de maus-tratos (11 casos em 2002 e 27 casos em 2006), os denunciante foram a comunidade e os profissionais de saúde, com maior freqüência. Houve pouca diferença entre o sexo das vítimas e as idades com maior freqüência foram as de 10 anos para as meninas e 7 anos para os meninos. Os agressores mais freqüentes foram a mãe e o pai, sendo o desemprego a situação de risco relatada em maior proporção. A violência ocorreu, em quase sua totalidade, em via pública, por quatro ou mais vezes e por um período de 1 a 2 anos, mais freqüentemente. Entre as vítimas do sexo masculino, os maus-tratos mais freqüentes foram o trabalho infantil e a mendicância. Entre as meninas vítimas

deste tipo de agressão, a mendicância e a prostituição tiveram maior proporção. Houve seqüela física em todos os casos, acompanhada pela seqüela psicológica.

- Na violência psicológica (3 casos em 2002 e 1 caso em 2006), o denunciante mais freqüente foi o pai, sendo o sexo masculino o mais freqüente entre as vítimas, nas idades de 6, 10 e 11 anos. O único caso feminino ocorreu aos sete anos. A agressora foi a mãe, em maior proporção, sendo a crise conjugal a situação de risco referida. A agressão foi praticada na residência da vítima, trazendo seqüela psicológica em, praticamente, todos os casos.
- Na violência por uso de droga (1 caso em 2002 e 1 caso em 2006), os denunciante foram a mãe e anônimo, sendo um caso no sexo masculino e outro no feminino. Os agressores foram os pais, cuja drogadição e envolvimento com a criminalidade foram relatadas como situações de risco. A intoxicação foi a lesão corporal decorrente, com seqüela física e neurológica.
- Na violência por meios não especificados (1 caso em 2002 e 2 casos em 2006), ou seja, casos em que não se sabe qual o tipo de agressão infligida, os denunciante mais freqüentes foram os profissionais de saúde e familiares. Ocorreram casos exclusivamente femininos, nas idades de 1, 5 e 10 anos. Os agressores foram o namorado da mãe, mãe e pai, sendo a drogadição descrita como situação de risco. Houve lesão corporal em todos os casos, atingindo múltiplas regiões, com seqüela física acompanhada pela seqüela psicológica.

Nota: os Quadros 1 e 2 (anexos 19 e 20) sintetizam essas distribuições.

Reincidências:

- Houve reincidência em 10,6% dos casos, cujos denunciante (77,9%), agressores (98,8%) e tipo de violência (98,8%) se mantiveram os mesmos. As reincidências ocorreram com maior proporção nos casos em que a vítima era do sexo feminino (66,3%) e o serviço procurado para nova notificação foi diferente em 40,7% das reincidências. A convocação do agressor foi a medida mais freqüente que havia sido tomada na primeira notificação (51,7%) e o alcoolismo foi a situação de risco mais freqüente entre estes casos (40,1%). O intervalo entre as notificações foi de 4 anos (34,3%) e de 3 a 4 meses (33,7%).

Casos encaminhados ao Fórum:

- Entre os casos de 2002 encaminhados ao Fórum, 40,0% dos processos haviam sido arquivados, 3,9% haviam sido arquivados enquanto ainda inquéritos, em 1,7% o réu havia sido condenado e 31,7% encontrava-se em andamento, dos quais 38,4% estavam em acompanhamento social, em 26,0% desses processos a criança vítima encontrava-se em casa-abrigo com acompanhamento social e 20,5% tinham a guarda provisória com os avós enquanto os pais estavam em tratamento. Ainda, em 22,6% dos casos encaminhados ao Fórum não foi possível conhecer o andamento do caso por não terem sido encontrados os processos.

6.1 Uma palavra sobre a qualidade da informação

É preciso destacar que, na presente investigação, houve uma grande dificuldade quanto à qualidade da informação nos formulários junto aos Conselhos Tutelares. A carência de informações e a relativa inconsistência de dados, bem como a ausência de alguns registros prejudicaram algumas análises, como apontado ao longo deste trabalho. Alguns dados só foram obtidos e complementados graças aos registros do programa e projeto envolvidos no presente estudo, cujas informações foram acrescentadas às fichas de cada caso, como descrito na metodologia.

Estudos nacionais e internacionais apontam para a qualidade da informação como uma questão vital na questão da violência (ASSIS e SOUZA, 1995; GOMES, 1998; WALDMAN e MELLO JORGE, 1999; HIJAR-MEDINA et al, 2003; LAVERDE et al, 2004; RIBEIRO et al, 2004).

Neste sentido, torna-se essencial o treinamento adequado e contínuo dos recursos humanos envolvidos com a notificação da violência contra menores. O investimento em pessoal especializado pode contribuir para o melhor registro das informações necessárias para que se conheçam as características da criança violentada, seu agressor, as circunstâncias em que ocorrem estas violências, entre outras características vitais para a análise deste importante agravo na população infanto-juvenil.

Ressalta-se, ainda, que além da melhora no registro da informação, a construção de banco de dados e sistemas de informação também torna-se relevante, pois permite monitorar o problema, identificar padrões de comportamento do evento, gerar hipóteses para estudos de investigação, servir para a tomada de decisão, avaliar programas de prevenção e atenção, emitir relatórios periódicos atuais com agilidade (LAVERDE et al, 2004), além de produzir informação confiável e oportuna. Para o autor acima citado, a vigilância em saúde pública deve contar com um sistema de informação específico para a violência, como parte dos programas de atenção e prevenção de maus-tratos ao menor.

A presença de casos de violências em que não foi possível determinar o meio utilizado reforça a necessidade de melhora no registro e na qualidade das informações, pois não há registro sistemático para dados de violência notificada. A criação e a implantação de um protocolo de atendimento nos serviços de notificação podem contribuir para o conhecimento epidemiológico destes importantes eventos, tornando mais visível a violência praticada contra crianças e adolescentes, permitindo análises qualitativas mais apuradas e direcionando melhor o planejamento de ações de proteção, controle e prevenção.

6.2 A violência propriamente dita

A proposta deste estudo foi a de descrever a epidemiologia das violências notificadas contra menores de 15 anos no município de Londrina. Neste sentido, foram caracterizadas as notificações segundo o número e a situação em cada serviço; analisados os casos de violência segundo o local do primeiro atendimento, número total de casos ao ano, mês e dia, a proporção da violência na população de estudo e os denunciante; caracterizadas as vítimas segundo o sexo e a idade, escolaridade, região de residência e inserção na família; caracterizadas as famílias das vítimas segundo o número de membros, número de irmãos, número de vítimas, idade, estado civil, escolaridade, profissão, situação ocupacional dos pais e renda familiar; descritos os agressores segundo sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação ocupacional, renda, vínculo com a vítima, situação de risco, denunciante do agressor; analisadas as violências segundo o momento e local onde a mesma ocorreu, frequência e tempo de abuso, tipos de violência, consequências (presença de lesão, segmento corpóreo afetado, internação e seqüelas) e análise detalhada de cada tipo de violência infligida contra os menores de 15 anos. Também se pretendeu analisar as reincidências e os casos encaminhados à Vara da Infância e da Juventude após cinco anos da notificação.

Quanto aos aspectos metodológicos, faz-se oportuno ressaltar que, pelo estudo ter se restringido aos casos de violência notificados aos Conselhos Tutelares e programas e projetos de atendimento, certamente os resultados subestimam a real incidência destes eventos na população. Entretanto, acredita-se que esta limitação não seja suficientemente importante para comprometer a interpretação dos resultados apresentados.

As violências contra menores de 15 anos constituem causa importante de notificações aos Conselhos Tutelares e serviços afins no Município de Londrina. O aumento na incidência deste evento (60,0% de 2002 a 2006) e relevantes consequências físicas e psicológicas para a criança, além dos aspectos multifatoriais que envolvem a violência, revelam a necessidade urgente de medidas preventivas e de atendimento e tratamento adequados, que considerem a família como alvo.

Há que se destacar, ainda, a ampla gama de tipos de violência verificada na presente casuística, bem como os diversos agressores e situações de risco, os quais se modificam de acordo com o tipo de violência, sexo e idade da criança. Conhecer as características detalhadas dos diversos tipos de agressão torna-se fundamental para se determinar formas específicas e efetivas de intervenção e prevenção.

Considerando que grande parte das violências ocorre no ambiente doméstico, pode-se compreender que a atuação junto às famílias constitui uma forma importante de tratamento e prevenção. Medidas de orientação em espaços como escolas, comunidades, grupos e sociedade em geral, são essenciais para debater a questão da violência, promovendo sua prevenção a partir da conscientização e da melhora nas relações interpessoais. O engajamento de programas que tenham a família como alvo de intervenção nas estratégias de ação também deve ser considerado.

A abordagem do tema nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação também torna-se fundamental no sentido de despertar para as repercussões da violência na saúde física e mental da criança, bem como preparar os alunos para efetiva identificação, abordagem e atuação frente aos casos de violência contra a criança e o adolescente, considerando sua amplitude, suas múltiplas causas e fatores associados.

Tendo em vista a sub-notificação da violência discutida ao longo deste trabalho, fica evidente a necessidade de estratégias e campanhas que culminem no aumento das notificações para que se possa realmente conhecer a incidência deste agravo, além do fato de que a notificação constitui-se importante fonte de dados para a vigilância da violência, fornecendo subsídios que possam fortalecer políticas de enfrentamento.

Destaca-se, ainda, a importância da formação de redes de atendimento que integrem os serviços existentes, priorizem políticas para enfrentamento e redução da violência, viabilizem recursos e possibilitem melhorar a qualidade do atendimento e tratamento, proporcionando meios e estratégias que realmente sejam capazes de identificar e interromper as agressões praticadas contra a criança e o adolescente. As reincidências verificadas no presente estudo reforçam a necessidade de atendimento integral e integrado em uma rede de apoio, que possa contribuir para a intervenção precoce, redução de seqüelas, acompanhamento das vítimas, reabilitação e formas efetivas de prevenção, contribuindo, assim, para que se diminua o sofrimento físico, moral e psicológico sofrido pelas crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Ações conjuntas entre a saúde, setores públicos e sociedade civil também são importantes no enfrentamento da violência.

Diante da complexidade e do grande impacto da violência no crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, torna-se essencial trabalhar a prevenção em todos os seus níveis, ou seja, primária (ações de nível estrutural para promoção da saúde e redução da pobreza e da desigualdade, políticas de desenvolvimento e oferta do mercado de trabalho, políticas relacionadas às armas de fogo, álcool e drogas, entre outras), secundária (focalizando grupos mais vulneráveis e incluindo ações sociais como estímulo à

permanência na escola, orientação e estímulo para resolução pacífica de conflitos, etc.) ou terciária (atuação com vítimas da violência com prevenção de seqüelas e qualificação do atendimento).

Finalmente, é preciso destacar a importância de os profissionais, que lidam direta e indiretamente com a criança e o adolescente, estarem alertas para os sinais e sintomas de violência a fim de melhorar a identificação e notificação deste agravo. Tendo em vista que em alguns tipos de violência são os profissionais de saúde que mais denunciam, ressalta-se a necessidade de investimentos no preparo técnico e científico de tais profissionais, no sentido de aprimorar o exame físico na criança, o que pode contribuir para a identificação dos maus-tratos.

Há ainda que se pensar na articulação das informações geradas pelas pesquisas com a ação política e com a prática do setor saúde na atenção e prevenção deste importante agravo.

Este estudo pretendeu trazer alguns conhecimentos epidemiológicos sobre a violência praticada contra menores de 15 anos no município de Londrina. Por se tratar de um estudo transversal, as características aqui apresentadas se referem a um momento específico, podendo sofrer modificações na medida em que intervenções vão sendo implantadas. Portanto, há que se destacar a importância do monitoramento destes eventos e de novos estudos que aprofundem o conhecimento do tema e contribuam para a sua prevenção e tratamento.

Espera-se que os resultados trazidos por este trabalho possam contribuir para a reflexão e discussão acerca da violência cometida contra nossas crianças e adolescentes, servindo como um dos pontos de partida para os encaminhamentos necessários.

1. ABRAPIA. Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em <[http://: www.abrapia.org.br](http://www.abrapia.org.br)>.
2. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Alvarado-Zaldivar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martinez S, Terrones-González A. Prevalência de violência doméstica em La ciudad de Durango. Salud Pública de México 1998; 40(6): 481-486.
4. Amar JA, Orozco CM, Correa AC, Nolasco BR, Russo RMS. Exploración sexual comercial infantil em el distrito turístico y portuário de Santa Marta. Rev Psicol 2006; 24(2): 175-82.
5. American Humane Association. American Association for Protecting Children (AAPC). Highlights of Official Child Neglect and Abuse Reporting, 2001. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em www.americanhumaneassociation.org.documents.htm.
6. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia domestica e la salud infantil. Rev. Med Chile 2003; 131: 1454-62.
7. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cad. Saúde Pública 1994; 10(supl. 1): 126-34.
8. Assis SG, Avanci JQ. Labirinto de espelhos. A formação da auto-estima na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
9. Assis SG, Avanci JQ. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.59-67.
10. Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS (organizadora). Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 163-89.
11. Assis SG, Souza ER. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. J Pediatr (Rio J.) 1995; 71(6): 303-12.
12. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(1): 43-51.
13. Azevedo MA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 1989.

14. Azevedo MA. Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes. A ponta do iceberg. Brasil 1996 a 2007. São Paulo: LACRI, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia da Aprendizagem do Desenvolvimento e da Personalidade. [citado 2008 jan 15]. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri>>.
15. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreat* 2000; 5(3): 218-26.
16. Barros F, Victora C. Epidemiologia da Saúde Infantil – um manual para diagnóstico comunitário. São Paulo: Hucitec; 1998.
17. Barros MDA, Ximenes R, Lima ML. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(2): 142-9.
18. Bastos ACS, Alcântara MAR. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar. In: Lima CA (Coord.) et al. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296 p.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal, 1988.
20. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei Federal nº. 8069, 13/07/1990.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
23. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Estadual de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília: Ministério da Justiça, 2001a.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbi-Mortalidade por acidentes e violências: Portaria do Ministério da Saúde / GM nº. 737 de 16/05/2001 publicada no DOU nº. 96, seção 1E, de 18/05/2001 / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. 2008a. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.
28. Brasil. Ministério da Justiça. Serviço de Advocacia da Criança (SAC) da Secretaria do Menor. 2008b. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.mj.org.br>>.
29. Brasil. Ministério da Justiça. Portal do Ministério da Justiça. 2008c. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.mj.org.br>>.
30. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev. Latino-am.enfermagem* 2000; 8(1): 91-97.
31. Brenes RG. La prevencion del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco anos de edad. *Acta Pediátr.* 2001; 15(3): 1-13.
32. Brito AM, Zanetta DM; Mendonça RC; Barison SZ, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-9.
33. Browne KD, Hamilton CE. Police recognition of links between spouse abuse and child abuse. *Child Maltreatment* 1999; 4(2): 136-47.
34. Burd A. Child abuse and non-accidental injury in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006; 12(1): 87.
35. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *Am J Public Health* 2003; 83(1): 1622-4.
36. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006; 14(6): 17-25.
37. Castro DSP. Construção de um saber e responsabilidade social na psicologia: o conselho tutelar em foro [tese doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia / Universidade de São Paulo; 2002.
38. Cavalcanti MLT. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999a; 4: 193-200.
39. Cavalcanti MLT. Estudo descritivo dos registros de violência doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. *Cad. Saúde Coletiva* 1999b; 7(1): 99-123.

40. Chalk R, Gibbons A, Scarupa HJ. The multiple dimensions of child abuse and neglect: new insights into na old problem, 2002. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <http://www.Childtrends.org/files/ChildAbuseRB.pdf>.
41. Conselho Tutelar Centro de Londrina. Relatório dos Atendimentos de 15/07/2005 a 15/01/2006. Londrina; 2006.
42. CRAMI. Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.crami.org.br](http://www.crami.org.br)>.
43. CRECA. Centro de Referência da Criança e do Adolescente. São Paulo. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.socialbomjesus.org.br](http://www.socialbomjesus.org.br)>.
44. Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. NSPCC Information Briefings. Abril 2004. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: www.nspcc.org.uk/Inform/OnlineResources/InformationBriefings/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse_asp_ifega26028html.
45. Crenshaw WB, Crenshaw LM, Lichtenberg JW. When educators confront child abuse: na analysis of the decision to report. Child Abuse and Neglect 1995; 19 (9): 1095-113.
46. Cruz Neto e Moreira, MR. A concretização das Políticas Públicas em direção à prevenção da violência estrutural. Ciência e Saúde Coletiva 1999; 4(1): 33-52.
47. DATASUS. Mortalidade – Brasil, 2002. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
48. DATASUS. Morbidade por agressão – Londrina, 2002 e 2006. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
49. DATASUS. Coeficiente de mortalidade específico por causas externas – Paraná, 2004. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
50. DATASUS. Mortalidade – Brasil, 2005(a). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
51. DATASUS. Mortalidade – Paraná, 2005(b). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
52. DATASUS. Mortalidade – Londrina, 2005(c). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet>.
53. DATASUS. Mortalidade por causas externas – Brasil, 2005(d). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
54. DATASUS. Mortalidade por causas externas – Paraná, 2005(e). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.

55. DATASUS. Mortalidade por causas externas – Londrina, 2005(f). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
56. DATASUS. Morbidade – Brasil, 2007(a). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
57. DATASUS. Morbidade – Paraná, 2007(b). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
58. DATASUS. Morbidade – Londrina, 2007(c). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
59. DATASUS. Morbidade por causas externas – Brasil, 2007(d). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
60. DATASUS. Morbidade por causas externas – Paraná, 2007(e). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
61. DATASUS. Morbidade por causas externas – Londrina, 2007(f). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet)>.
62. De Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. Rev. Cient. AMECS 2001; 10(1): 47-52.
63. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burten AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. EPI INFO version 6: word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; 1995.
64. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad. Saúde Públ. 1994; 10(supl.1): 177-87.
65. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? Ciência e Saúde Coletiva (RJ) 1999; 4(1): 81-94.
66. Deslandes SF. Redes de Proteção Social e Redes Sociais: uma práxis integradora. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.135-41.
67. Dias S. A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. Psicol. USP 2000; 11 (1): 119-35.
68. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JÁ, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr (Rio J) 2001; 77(5): 413-9.
69. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. J Pediatr (Rio J) 2005; 81(5 Supl): S173-S180.

70. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(6): 659-65.
71. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SRS. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 123-30.
72. Fingerhut LA, Christoffel KK. Firearm-related death and injury among children and adolescents. *Future Child* 2002; 12(2): 24-37.
73. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat* 2005; 10(3): 5-25. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em <http://: www.bireme.br>.
74. Fong CM, Cheung HM, Lau PY. Fractures associated with non-accidental injury: an orthopaedic perspective in a local regional hospital. *Hong Kong Med J* 2005; 11(6): 445-51.
75. Freitas EV, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(4): 1059-1070.
76. Gardner JM, Powell CA, Thomas JA, Millard D. Perceptions and experiences of violence among secondary school students in urban Jamaica. *Rev. Panam Salud Publica* 2003; 14(2): 97-103.
77. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(2): 1-11.
78. Gomes, R. Prostituição Infantil: Uma Questão de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10(1): 58-66.
79. Gomes R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade das crianças vítimas de violência. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2): 301-11.
80. Gomes R, Silva CMFP, Njaine K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999b; 4: 171-81.
81. Gomes R, Minayo MCS, Fontoura HA. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. *Rev Saúde Pública* 1999c; 33 (2): 171-9.
82. Gomes R, Junqueira MFP, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002b; 7(2): 275-83.

83. Gomes R, Almeida ABB, Ecteins IB, Solter M, Paiva SCS. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 1999a; 7(3): 5-8.
84. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad. Saúde Pública* 2002a; 18(3): 707-14.
85. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(1): 315-9.
86. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(6): 547-53.
87. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research* 2001; 9(5): 320-5.
88. Guerra RDO. Abuso sexual em niñas y niños – consideraciones clínicas. *J Pediatr* 2000; 76(4): C33-C38.
89. Guimarães NA, Farias EP, Barbosa AMFC. O incesto como problema de violência: atendimento e estratégias de interrupção. In: Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.81-6.*
90. Harada MJCS, Brêtas JR, Silva CV. Causas, conseqüências e prevenção de violência doméstica contra crianças e adolescente. *Rev Paul Enfermagem* 2003; 22(3): 261-7.
91. Hebe SG. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(6): 547-53.
92. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26(4): 645-59.
93. Hjar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Rev. Salud Pública de México* 2003; 45(4): 252-8.
94. Hong Kong Medical Coordinators on Child Abuse. Management of child abuse in Hong Kong: results of a territory-wide inter-hospital prospective surveillance study. *Hong Kong Med J* 2003; 9(1): 6-9.
95. Hyden P. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr .Clin. N. A.* 1992; 39(5): 1053-82.

96. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2005. Malha Municipal Digital do Brasil. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/html>>.
97. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Indicadores sociais. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/trabalhoinfantil/default.shtm>>.
98. Jaggar A, Bordo S. Gênero, corpo e conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.
99. Joa D, Edelson MG. Legal outcomes for children who have been sexually abused: the impacto of Child Abuse Assessment Center evaluations. *Child Maltreat* 2004; 9(3): 263-73.
100. Kerig P K, Fedorowicz AE. Assessing maltreatment of children of battered women: methodological and ethical considerations. *Child Maltreatment* 1999; 4(2): 103-15.
101. LACRI. Laboratório de Estudos da Criança. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri>>.
102. Laverde LAB, Ramirez PG, Restrepo VR. Revisión del sistema de información para los programas de vigilância del maltrato al menor: problema de gestión o de tecnología. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2004; 22(1): 129-138.
103. Lima MLC, Ximenes R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(4): 829-40.
104. Londrina. Portal do município de Londrina. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em <<http://www.londrina.pr.gov.br>>.
105. Lopes MVG, Tavares Jr PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatria Moderna* 2000; 36 (10): 684-8.
106. Maakaroun MF. Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991.
107. Maldonado RG, Auza AS. Adolescentes de la calle y prostitucion. *Rev Soc Boliv Pediatr* 1995; 34(2): 51-4.
108. Marmo DB. A violência doméstica contra a criança. *Temas de Pediatria Nestlé* 1999; 68: 5-32.
109. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J. Pediatr. (Rio J.)* 1995; 71(6): 313-6.

110. Mc Alister A, Sandstrom P, Puska P, Veijo A, Chereches R, Heidmets LT. Attitudes towards war, killing and punishment of children among young people in Estonia, Finland, Romania, the Russian Federation, and the USA. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(5): 382-7.
111. Mello Jorge MHP. Acidentes e violências no Brasil – à guisa de conclusão. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(4 supl.): 51-4.
112. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Acidentes, envenenamentos e violências como causas de morte no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 1976; 10: 45-55.
113. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. *Informe Epidemiológico do SUS* 2001; 10(1): 7-18.
114. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos Governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.* 2004; 7(2): 228-38.
115. Mello Jorge MHP, Gawryzewski VP, Latorre MRDO. Análise de dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4 supl): 5-24.
116. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.
117. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. Crianças, Adolescentes e Jovens do Brasil no fim do século XX. In: Westphal MF (org). *Violência e Criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2002. p. 47-72.
118. Mendonça RNS, Alves JGB, Filho JEC. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6): 294-6.
119. Meneguel SN. Violência na infância e adolescência. *J. Pediatr.* 1995; 71(6): 294-6.
120. Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1990; 6: 278-92.
121. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater-infant (Recife)* 2001; 1: 91-102.
122. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF (org). *Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP); 2002. p.95-114.
123. Minayo MCS. Desarmar, amar e argumentar como ética de vida. *Abrasco* 2004; 91(XXI): 20-2.

124. Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J. Pediatr.* 1994; 70(5): 263-6.
125. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 7-32.
126. Monteiro MCN, Cabral MAA, Jodelet D. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 161-70.
127. Morales AE, Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 265-73.
128. Moreira MIG. Psicologia da adolescência: contribuições para um estado de arte. *Interações estud. Pesqui. Psicol.* 2000; 5(10): 25-51.
129. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4): 1124-33.
130. Muza GM. A criança maltratada e negligenciada. *J. Pediatr* 1994; 70(1): 56-9.
131. Oliveira H. A violência doméstica contra a criança e o adolescente. In: Westphal MF (org). *Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP); 2002. p.137-40.
132. Oliveira VLA. A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo; 2006.
133. Oliveira VLA, Ribeiro CR, Albuquerque C. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. *Divulgação em Saúde para Debate* (Rio de Janeiro) 2003; 26: 66-72.
134. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10)*. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.
135. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde. Simões CCS. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. – Brasília: OPAS, 2002. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)>.
136. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Portal da OPAS, 2003. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://: www.opas.org.br>>.

137. Ortega MAF, Terrés BEV, Bannack MED, Quintanilha EG, Ramírez MPP, Ortega VS, Kirienko AD. La experiencia de um programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Rev Fac Med UNAM* 2001; 44(2): 49-54.
138. Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Advanced Nursing* 2002; 37(6): 551-7.
139. Parreira SMCP, Justo JS. A criança abrigada: considerações acerca do sentido de filiação. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(2): 175-80.
140. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J. Pediatr (Rio J.)* 2001; 77(1): 35-40.
141. Peterson L et al. Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addictive behaviors* 1996; 21(6): 789-801.
142. Pfeiffer L. Portadores de deficiências e de necessidades especiais duplamente vítimas de violências e discriminações. In: Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al].* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.117-23.
143. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 supl): S197-S204.
144. Pfeiffer L, Hirschheimer MR. Negligência ou omissão no cuidar. Procedente do II Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes; 2007 ago 21; São Paulo, Brasil. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2007.
145. Phebo L, Moura ATMS. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 Supl): S189-S196.
146. Pinheiro AB. O trabalho precoce em adolescentes matriculados em escolas municipais da zona sul do Rio de Janeiro. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>.
147. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005; 12(1): 42-9.

148. Poirier MP. Prevenção à violência contra crianças e adolescentes: um compromisso de todos nós. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.11.
149. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gamerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. Rev Saúde Pública 2003; 37(1): 8-14.
150. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Faço TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003; 19(4): 1201-04.
151. Programa Sentinela da Prefeitura de Londrina. Relatório dos Atendimentos de 01/01/2005 a 31/12/2005. Londrina; 2005.
152. Ramos FR, Monticelli M, Nitschke R. Projeto Acolher: um encontro da Enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. 195 p.
153. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4(1): 109-21.
154. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento Parent Child Conflict Tactis Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra criança e adolescente. Cad. Saúde Pública 2003; 19(6): 1701-12.
155. Ribeiro MO. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(5): 622-9.
156. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 456-64.
157. Ricas J, Miguir TVD, Mona LMG. A violência na infância como uma questão cultural. Texto Contexto Enferm (Florianópolis) 2006; 15(1): 151-4.
158. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na Comarca de Jardinópolis - SP. Rev. Latino-am Enfermagem 2002; 10(3): 334-44.
159. Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.29-38.

160. Santoro Jr M. Saúde e violência na infância e adolescência. *J Pediatr* 1994; 70(5): 259-61.
161. Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal MF (org). *Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP); 2002. p.189-204.
162. Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(5): 1141-51.
163. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2000; 17(3): 521-531.
164. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Boletim Informativo da Saúde 2002; Ano VI (32): 4, mar/abr/mai, 2002. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br>>.
165. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Boletim Informativo da Saúde 2003; Ano VII (35): 4-6, jan/mai 2003. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br>>.
166. Shaikh ZS, Worrall SF. Epidemiology of facial trauma in a sample of patients aged 1-18 years. *Injury* 2002; 33(2): 669-71.
167. Shnit D. Proteção de crianças contra a violência: aspectos legais. In: Westphal MF (org). *Violência e Criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2002. p. 143-65.
168. Silva JJ, Machado RA, Nascimento MM, Brainer D, Macedo T, Valente R. Lesão por arma de fogo em terço inferior de face de criança: relato de caso. *Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial* 2004; 4(3): 163-8.
169. Simões SEM, Reichenheim ME. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(3): 521-531.
170. SIPIA. Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – Ministério da Justiça. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sipia>>.
171. Smith JW. Addiction medicine and domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 19: 329-338.
172. Sotelo-Cruz N, Cordero-Olivares A, Woller-Vázquez R. Heridas por proyectil de arma de fuego em niños y adolescentes. *Cir Ciruj* 2000; 68(3): 204-10.

173. Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(2): 45-60.
174. Souza ER, Mello Jorge MHP. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde* / [Cláudia Araújo de Lima (coord) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.23-8.
175. Souza ER, Assis SG, Silva CMP. Violência no Município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos; *Rev. Panam Salud Publica / Pan AM J. Public Health* 1997; 1(5): 389-98.
176. Souza ER, Minayo MCS, Njaine K, Cruz AJM, Silva HB, Santos FCL, Moreira CO. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: Minayo MCS (organizadora). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 49-81.
177. Suguihiro VLT, Barros MNF. A importância da ação interdisciplinar para uma política de inclusão social. *ABEPSS – Anais do Seminário Latino-Americano de Serviço Social*. 2004, p. 608-23.
178. Takiuti AD. *Adolescência e saúde*. Comissão de Saúde do Adolescente. São Paulo: Paris Editorial. Secretaria de Estado da Saúde; 1998.
179. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic Features of the Physical and Sexual Maltreatment of Children in the Carolinas. *Pediatrics* 2005; 115(3): 331-7. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em <[http://: www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)>.
180. Trocmé N, MacMillan H, Fallon B, Marco RD. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ* 2003; 169(9): 911-5.
181. UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. *Innocenti Report Card; Nº 2*. Florence: UNICEF. Innocent Research Center; 2001. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.unicef-icdc.org](http://www.unicef-icdc.org)>.
182. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório sobre a situação da infância brasileira; 2003. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.unicef-icdc.org](http://www.unicef-icdc.org)>.
183. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Documento Preliminar do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra a Criança e o

- Adolescente, 2005. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <[http://: www.unicef-icdc.org](http://www.unicef-icdc.org)>.
184. UNICEF. Declaração Universal dos Direitos da Criança. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em www.mj.gov.br.
 185. Vendrusculo TS, Ribeiro MA, Armond LC, Almeida ECS, Ferriani MGC. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. Rev. Latino-am Enfermagem 2004; 12(3): 564-7.
 186. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. Maltrato infantil em la ciudad de Temuco. Estudio de prevalência y factores asociados. Rev Méd Chile 2001; 129(12): 1425-32.
 187. Waiselfisz JJ. Mapa da violência IV: os jovens no Brasil – Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Secretaria Estadual dos Direitos Humanos; 2004. 170 p.
 188. Waldman EA, Mello Jorge MHP. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. Ciência e Saúde Coletiva 1999; 4(1): 71-9.
 189. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. Psico-USF 2002; 7(2): 163-73.
 190. WHO. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2003. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <http://www.who.int/gb>>.
 191. WHO. World Health Organization. Preventing Violence – a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2004. [citado 2008 Fev. 20]. Disponível em: <http://www.who.int/gb>>.
 192. Yunes J. Prefácio. In: Westphal MF (org). Violência e Criança. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2002. p. 11-2.
 193. Zagury T. O adolescente por ele mesmo. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1996.
 194. Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(Supl II): S51-5.

ANEXO 1

ANEXO 7

ANEXO 10

ANEXO 11

ANEXO 13

ANEXO 14

ANEXO 15

ANEXO 16

ANEXO 17

ANEXO 18

ANEXO 19

ANEXO 20

Tabela 10 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo a região de residência das vítimas e o serviço acionado. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	REGIÃO DE RESIDÊNCIA DA VÍTIMA	A		B		C		D		E		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	Norte	147	68,1	19	8,8	29	13,4	13	6,0	8	3,7	216	100,0
	Sul	14	9,9	82	58,2	24	17,0	7	5,0	14	9,9	141	100,0
	Leste	13	14,8	37	42,0	19	21,6	10	11,4	9	10,2	88	100,0
	Oeste	28	35,9	9	11,5	24	30,8	4	5,1	13	16,7	78	100,0
	Centro	3	4,8	12	19,0	32	50,8	5	7,9	11	17,5	63	100,0
	Não informado	9	45,0	3	15,0	7	35,0	1	5,0	-	-	20	100,0
TOTAL		214	35,3	162	26,7	136*	22,4	40	6,6	55	9,1	607*	100,0
2006	Norte	280	73,3	62	16,2	21	5,5	5	1,3	14	3,7	382	100,0
	Sul	1	1,0	74	75,5	10	10,2	-	-	13	3,3	98	100,0
	Leste	10	12,2	43	52,4	16	19,5	-	-	13	15,9	82	100,0
	Oeste	14	6,4	62	28,3	122	55,7	10	4,6	11	5,0	219	100,0
	Centro	1	0,6	16	9,4	138	80,7	6	53,5	10	5,8	171	100,0
	Não informado	27	44,3	17	27,9	17	27,9	-	-	-	-	61	100,0
TOTAL		333	32,9	274	27,0	324	32,0	21	2,1	61	6,0	1013	100,0

*incluído 1 caso de região de residência ignorado

A = Conselho Tutelar Norte B = Conselho Tutelar Sul C = Conselho Tutelar Centro D = Projeto Olho no Futuro E = Programa Sentinela

Tabela 18 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de vítimas na casa e o número de irmãos. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Número de irmãos	Número de vítimas													
		UMA		DUAS		TRÊS		QUATRO		+ QUATRO		NI		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	Um	17	8,0	194	91,5	1	0,5	-	-	-	-	-	-	212	100,0
	Dois	26	27,7	5	5,3	63	67,0	-	-	-	-	-	-	94	100,0
	Três	10	19,6	1	2,0	-	-	38	74,5	1	2,0	1	2,0	51	100,0
	Quatro	6	50,0	1	8,3	1	8,3	-	-	3	25,0	1	8,3	12	100,0
	Cinco	3	75,0	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	4	100,0
	Seis	2	66,7	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	3	100,0
	Mais de seis	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0
	Nenhum	100	96,2	3	2,9	-	-	-	-	-	-	1	1,0	104	100,0
	Não informado	5	4,0	1	0,8	-	-	-	-	-	-	119	95,2	125	100,0
TOTAL		169	27,8	205	33,8	65	10,7	38	6,3	8	1,3	122	20,1	607	100,0
2006	Um	37	9,2	362	89,8	4	1,0	-	-	-	-	-	-	403	100,0
	Dois	23	18,9	9	7,4	87	71,3	-	-	-	-	3	2,5	122	100,0
	Três	13	28,3	2	4,3	-	-	30	65,2	-	-	1	2,2	46	100,0
	Quatro	3	42,9	1	14,3	-	-	-	-	3	42,9	-	-	7	100,0
	Cinco	1	20,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	-	-	5	100,0
	Nenhum	181	97,8	3	1,6	-	-	-	-	-	-	1	0,5	185	100,0
	Não informado	10	4,1	3	1,2	-	-	-	-	1	0,4	231	94,3	245	100,0
TOTAL		268	26,5	381	37,6	92	9,1	31	3,1	5	0,5	236	23,3	1013	100,0

Tabela 19 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o número de vítimas na casa e o número de membros na família. Londrina, 2002 e 2006.

Ano	Número de membros na família	Número de vítimas															
		UMA		DUAS		TRÊS		QUATRO		+ QUATRO		IGN		NI		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2002	Dois	36	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	100,0
	Três	63	48,8	66	51,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	129	100,0
	Quatro	21	13,7	112	73,2	20	13,1	-	-	-	-	-	-	-	-	153	100,0
	Cinco	24	29,6	7	8,6	43	53,1	6	7,4	-	-	-	-	1	1,2	81	100,0
	Seis	15	25,4	13	22,0	1	1,7	27	45,8	2	3,4	-	-	1	1,7	59	100,0
	Mais de seis	7	35,0	3	15,0	-	-	4	20,0	6	30,0	-	-	-	-	20	100,0
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
	Não informado	3	2,3	4	3,1	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	119	93,0	128	100,0
TOTAL		169	27,8	205	33,8	65	10,7	38	6,3	8	1,3	1	0,2	121	19,9	607	100,0
2006	Dois	60	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	100,0
	Três	137	50,7	133	49,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	270	100,0
	Quatro	32	11,5	221	79,5	24	8,6	-	-	-	-	-	-	1	0,4	278	100,0
	Cinco	19	18,1	10	9,5	62	59,0	10	9,5	1	2,3	-	-	4	3,8	105	100,0
	Seis	11	25,6	7	16,3	3	7,0	21	48,8	-	-	-	-	-	-	43	100,0
	Mais de seis	3	23,1	3	23,1	3	23,1	-	-	3	23,1	-	-	1	7,7	13	100,0
	Não informado	6	2,5	7	2,9	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	229	93,9	244	100,0
TOTAL		268	26,5	381	37,6	92	9,1	31	3,1	5	0,5	1	0,1	235	23,2	1013	100,0

Tabela 32 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o agressor e o denunciante. Londrina, 2002.

AGRESSOR	DENUCIANTE																			
	Mãe		Pai		Familiar		Profissional de saúde		Escola		Vizinho Comunidade		Própria vítima		Outro		Anônimo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mãe	-	-	6	2,9	36	17,5	89	43,2	8	3,9	42	20,4	-	-	-	-	25	25	206	100,0
Pai	50	25,4	-	-	52	26,4	6	3,0	56	28,4	13	6,6	-	-	5	2,5	15	15	197	100,0
Padrasto	13	20,6	-	-	13	20,6	6	9,5	11	17,5	6	9,5	9	14,3	4	6,3	1	1	63	100,0
Madrasta	-	-	-	-	3	9,4	19	59,4	8	25,0	2	6,2	-	-	-	-	-	-	32	100,0
Outros parentes	28	77,8	-	-	4	11,1	-	-	1	2,8	-	-	3	8,3	-	-	-	-	36	100,0
Vizinhos	19	90,5	-	-	-	-	1	4,8	-	-	1	4,8	-	-	-	-	-	-	21	100,0
Colega de escola	1	5,3	6	31,6	2	10,5	-	-	8	42,1	-	-	2	10,5	-	-	-	-	19	100,0
Desconhecido	4	44,4	1	11,1	1	11,1	-	-	-	-	3	33,3	-	-	-	-	-	-	9	100,0
Entidade educação	3	42,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	57,1	-	-	-	-	7	100,0
Amigo(a) família	5	83,3	-	-	1	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100,0
Namorado da mãe	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Babá	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0
Ignorado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Não informado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
TOTAL	128	21,1	13	2,1	113	18,6	121	19,9	92	15,2	67	11,0	18	3,0	14	2,3	41	6,7	607	100,0

Tabela 33 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o agressor e o denunciante. Londrina, 2006.

AGRESSOR	DENUCIANTE																			
	Mãe		Pai		Familiar		Profissional de saúde		Escola		Vizinho Comunidade		Própria vítima		Outro		Anônimo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mãe	-	-	25	8,9	61	21,6	136	48,2	5	1,8	16	5,7	-	-	-	-	39	13,8	282	100,0
Pai	133	48,4	-	-	50	18,2	19	6,9	21	7,6	44	16,0	1	0,4	4	1,4	3	1,1	275	100,0
Padrasto	85	53,5	-	-	30	18,9	-	-	18	11,3	15	9,4	4	2,5	3	1,9	4	2,5	159	100,0
Madrasta	-	-	1	0,6	26	16,6	73	46,5	34	21,7	23	14,6	-	-	-	-	-	-	157	100,0
Outros parentes	18	36,7	-	-	11	22,4	10	20,4	10	20,4	-	-	-	-	-	-	-	-	49	100,0
Vizinhos	10	27,0	-	-	-	-	-	-	-	-	27	73,0	-	-	-	-	-	-	37	100,0
Colega de escola	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100,0
Desconhecido	6	60,0	-	-	-	-	2	20,0	2	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100,0
Entidade educação	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0
Amigo(a) família	12	75,0	-	-	3	18,8	-	-	1	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	16	100,0
Namorado da mãe	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0
Babá	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	3	100,0
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100,0	-	-	-	-	-	-	6	100,0
Ignorado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Não informado	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
TOTAL	272	26,8	26	2,6	181	17,9	240	23,7	104	10,7	132	13,0	5	0,5	7	0,7	46	4,5	1013	100,0

Tabela 38 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos relacionando o primeiro e o segundo tipo de violência infligida. Londrina, 2002.

VIOLÊNCIA 1	VIOLÊNCIA 2											
	A		B		C		D		E		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Violência Física												
Força corporal	-	-	27	10,1	7	2,6	11	4,1	223	83,2	268	100,0
Outro meio especificado	1	8,3	1	8,3	-	-	-	-	10	83,3	12	100,0
Objeto quente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
Arma não especificada	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
Negligência e Abandono	75	75,0	-	-	-	-	-	-	25	25,0	100	100,0
Violência Sexual	7	36,8	-	-	2	10,5	1	5,3	9	47,4	19	100,0
Outros maus tratos	2	22,2	4	44,4	-	-	-	-	3	33,3	9	100,0
Uso de Droga	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
Outro meio não especificado	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
TOTAL	85	20,6	33	8,0	9	2,2	12	2,9	273	66,3	412	100,0

A = Força corporal

B = Negligência e abandono

C = Outros maus tratos

D = Outro meio especificado

E = Psicológica

Tabela 39 – Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos relacionando o primeiro e o segundo tipo de violência infligida. Londrina, 2006.

VIOLÊNCIA 1	VIOLÊNCIA 2													
	A		B		C		D		E		F		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Violência Física														
Força corporal	-	-	51	11,4	5	1,1	3	0,7	388	86,6	1	0,2	448	100,0
Outro meio especificado	5	71,4	2	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	7	100,0
Negligência e abandono	179	81,0	-	-	3	1,4	-	-	39	17,6	-	-	221	100,0
Violência Sexual	2	5,9	-	-	-	-	-	-	32	94,1	-	-	34	100,0
Outros maus tratos	8	38,1	4	19,0	-	-	-	-	9	42,9	-	-	21	100,0
Violência Psicológica	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Droga medicamento	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Outro meio não especificado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
TOTAL	197	26,8	57	7,8	8	1,1	3	0,4	468	63,8	1	0,1	734	100,0

A = Força corporal

B = Negligência e abandono

C = Outros maus tratos

D = Outro meio especificado

E = Psicológica

F = Droga medicamento

Tabela 41 – Distribuição dos tipos de violência contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores e vítimas. Londrina, 2006.

Tabela 11 - Distribuição dos tipos de violência contra menores de 16 anos segundo o vínculo com o agressor e violência sexual, 2008																								
AGRESSOR	TIPO DE VIOLÊNCIA																							
	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		TOTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Mãe	71	25,2	2	0,7	-	-	-	-	196	69,5	1	0,3	10	3,5	1	0,3	-	-	1	0,3	282	100,0		
Pai	234	85,1	5	1,8	-	-	1	0,4	10	3,6	13	4,7	10	3,6	-	-	1	0,4	1	0,4	275	100,0		
Padrasto	101	63,5	-	-	-	-	-	-	1	0,6	56	35,2	1	0,6	-	-	-	-	-	-	159	100,0		
Madrasta	53	33,8	-	-	-	-	-	-	99	63,1	-	-	5	3,2	-	-	-	-	-	-	157	100,0		
Outros parentes	7	14,3	-	-	-	-	-	-	2	4,1	40	81,6	-	-	-	-	-	-	-	-	49	100,0		
Vizinhos	3	8,1	-	-	-	-	-	-	-	-	34	91,9	-	-	-	-	-	-	-	-	37	100,0		
Colega de escola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100,0		
Desconhecido	1	10,0	-	-	1	10,0	-	-	-	-	7	70,0	1	10,0	-	-	-	-	-	-	10	100,0		
Entidade educação	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0		
Amigo(a) família	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	16	100,0		
Namorado da mãe	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0		
Babá	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0		
Outros	1	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	5	83,3	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100,0		
Ignorado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0		
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0		
TOTAL	479	47,3	7	0,7	1	0,1	1	0,1	308	30,4	186	18,4	27	2,7	1	0,1	1	0,1	2	0,2	1013	100,0		
A = Força corporal		B = Outro meio especificado				C = Objeto cortante				D = Substância corrosiva				E = Negligência e abandono										
F = Violência sexual		G = Outros maus-tratos				H = Violência psicológica				I = Uso de droga				J = Outro meio não especificado										