

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**A violência doméstica contra crianças e adolescentes**  
**no município de Curitiba**

**Vera Lúcia Alves de Oliveira**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública para a  
obtenção do título de Mestre em Saúde  
Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

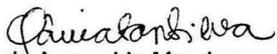
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Prado  
de Mello Jorge



**São Paulo**  
**2006**

Em 11 / 05 / 06

Aprovada pela CPG em sua 4ª / Sessão.  
realizada em 11 / 05 / 06.

  
P Maria Aparecida Mendes  
Secretária

# **A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Curitiba**

**Vera Lúcia Alves de Oliveira**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública da  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade  
de São Paulo para a obtenção do título de  
Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia  
Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Maria Helena Prado  
de Mello Jorge

**São Paulo**

**2006**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores. Ao usá-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data:

51956/2010 *del*

## AGRADECIMENTOS

---

Este trabalho só foi possível graças ao apoio de muitas pessoas, que das mais diversas formas me incentivaram ao longo da sua realização.

Foi no Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba que cresceu o gosto pela Epidemiologia e de onde veio a inspiração para desenvolver este trabalho. Especialmente a **Karin Regina Luhm** deixo a minha gratidão pelo imenso incentivo, confiança e apoio.

À minha orientadora, **Prof.<sup>a</sup> Maria Helena Prado de Mello Jorge**, quero agradecer os inúmeros conselhos e a revisão exaustiva deste texto, o apoio e o incentivo que nunca faltaram, o entusiasmo que sempre demonstrou por este trabalho e o carinho com que sempre fui tratada.

Queria igualmente demonstrar a minha gratidão a **todo o grupo da “Rede de Proteção”**, pela oportunidade de compartilhar a experiência de construir a proposta que motivou este estudo.

Aos **meus irmãos e amigos**, cuja presença é, por si só, fator motivador.

À **minha mãe**, que se foi no andar deste estudo, deixando saudades; à **Dona Nena e ao Tio Maninho** pelo cuidado com meus filhos, nas minhas ausências.

Este trabalho nunca teria sido possível sem o incentivo e o apoio de minha irmã **Vera Lúcia e de toda a família Oliveira e Silva**, pela confiança inabalável com que sempre encararam esta tarefa. A eles, um obrigado que não sei expressar.

**Leonardo e Laís**, meus filhos, agradecer-lhes não me parece suficiente. A maturidade com que vocês enfrentaram as mudanças ocorridas em nossa vida familiar, durante todo o tempo de estudo e elaboração deste trabalho, só afirmou o quanto vocês são especiais. A vocês dedico esta tese.

Nos últimos tempos vem ocorrendo, no Brasil, um aumento importante dos fenômenos violentos. O impacto da violência sobre as crianças e os adolescentes evidencia a vulnerabilidade da infância e da adolescência.

Este trabalho teve como objetivo traçar o perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba, a partir das notificações de maus-tratos emitidas entre 2003 e 2004 pela Rede de Proteção de Curitiba, tendo como pano de fundo o quadro de morbimortalidade por causas externas que acomete esta população.

Excluindo o SOS-Criança, os serviços de saúde representaram os principais notificadores, seguido das escolas municipais. A negligência foi o abuso mais notificado, sendo praticada predominantemente pela mãe, seguida da violência física. A violência sexual, terceira em ordem de frequência, acometeu principalmente o sexo feminino, tendo o padrasto como o principal agressor, seguido do pai. O abandono foi a violência menos notificada, sendo as crianças menores de um ano as principais vítimas.

Esta análise possibilitou conhecer o padrão de ocorrência dos maus-tratos na infância e adolescência no Município, suprimindo a deficiência dos sistemas oficiais de morbimortalidade; trouxe subsídios para o aprimoramento da proposta, para o aperfeiçoamento do formulário de notificação e para o planejamento de ação de atenção e prevenção, sugerindo que a notificação, mais do que um instrumento de informação das situações de maus-tratos, pode e deve ser entendida como uma importante fonte de informação desencadeadora de apoio às famílias e de vigilância desse agravo, passo essencial para o fortalecimento de uma política de enfrentamento da questão.

**Descritores:** Violência doméstica. Maus-tratos Infantis. Saúde Infantil. Criança e Adolescente. Abuso Infantil

## ABSTRACT

---

In recent years an important increase of violence has been observed in Brasil. The violence impact in childhood and adolescence shows how they are vulnerable in this period.

This study analyses the domestic violence profile against children and adolescents in Curitiba, through compulsory notification registered in 2003 and 2004, considering the external causes in the morbimortality frame in this population.

The health services and public school are the main source of notification. The negligence was the most frequent abuse and was practiced particularly by the mother. The physical abuse appears em second place. The sexual abuse arises in third place and is highest for females and the stepfather appears as the principal aggressor, followed by the father. The abandon was the less notificated violence and the children in their first year of life were the principal victims.

This analysis made possible to know the occurrence patterns of abuse in childhood and adolescence in Curitiba and supplies the official information systems of morbimortality with complementary data. The analysis improved the “Curitiba Protection Network”, the notification register and the planning prevention and care actions. The notification register is an important source of information that direct family support, grants the problem surveillance and enforces the public policies.

**Keywords:** Child Abuse. Domestic Violence. Child Health. Child and Adolescent. Childhood abuse.

	<b>Pag.</b>
Lista de tabelas	vi
Lista de figuras	x
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1 – A importância do problema da violência	2
1.2 – A criança e o adolescente como vítimas	7
1.2.1 – Impacto da mortalidade por acidentes e violência na infância e na adolescência em Curitiba	11
1.2.2 – Morbidade hospitalar por acidentes e violência na infância e na adolescência em Curitiba	20
1.3 – A questão dos maus-tratos	24
1.4 – A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.	27
1.5 – Este trabalho: justificativa	32
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
1.1 – Objetivo geral	34
1.2 – Objetivos específicos	34
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>35</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>38</b>
4.1 – Breve análise das notificações recebidas	39
4.1.1 – Distribuição mensal	40
4.1.2 – Instituição notificadora	43
4.1.3 – Local de residência	50
4.1.4 – Residentes em Curitiba segundo a natureza da violência	51
4.2 – A violência doméstica em residentes em Curitiba	58
4.2.1 – Algumas características das vítimas	58
4.2.2 – Regional de residência	62
4.2.3 – Algumas características do agressor	66
4.2.4 – Tipos de violência	71
4.2.5 – Frequência da agressão	99
4.2.6 – Presença de sinais ou sintomas	103
4.2.7 – Violência doméstica fatal	111
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES</b>	<b>114</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>120</b>
<b>Anexo 1: Formulário de Notificação de Violência Contra a Criança e o Adolescente</b>	<b>128</b>

## **LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

---

### **Tabelas**

<b>Tabelas</b>	<b>Pág.</b>
Tabela 1.1 – População de crianças e adolescente segundo idade e sexo (n.º e %) – Curitiba, 2004	9
Tabela 1.2 – Óbitos em crianças e adolescentes segundo causas (n.º) – Curitiba, 1996 a 2003	11
Tabela 1.3 – Óbitos em crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo e sexo (n.º e %) e razão entre os sexos – Curitiba, 1996 a 2002	14
Tabela 1.4 – Internações de crianças e adolescentes por lesões decorrentes de causas externas segundo sexo e idade (n.º e %) e razão entre sexos – Curitiba, 1998 a 2002	22
Tabela 1.5 – Internações de crianças e adolescentes por lesões decorrentes de causas externas segundo tipo (n.º e %) – Curitiba, 1998 a 2002	22
Tabela 4.1 – Número, média diária e mensal de notificações de violência contra a criança e o adolescente (VCCA) – Curitiba, 2003 e 2004	41
Tabela 4.2 – Notificações de VCCA segundo instituição notificadora (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	44
Tabela 4.3 – Notificações de VCCA segundo tipo de serviço (n.º e média) – Curitiba, 2003 e 2004	45
Tabela 4.4 – Equipamentos existentes e que notificaram (n.º e %) e notificações por tipo de serviço (n.º e média) – Curitiba, 2003 e 2004	46
Tabela 4.5 – Notificações de VCCA segundo equipamento notificante e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2004	48

Tabela 4.6 – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (n.º e média mensal) – Curitiba, década de 90, 2000 a 2004	49
Tabela 4.7 – Notificações de VCCA segundo a procedência da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	50
Tabela 4.8 – Notificações de VCCA segundo a natureza da violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	51
Tabela 4.9 – Notificações de violência extrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo algumas características da vítima e do agressor (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	53
Tabela 4.10 – Notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA) segundo sexo da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	58
Tabela 4.11 – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	59
Tabela 4.12 – Notificações de VDCCA segundo sexo e idade da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	61
Tabela 4.13 – Notificação de VDCCA segundo regional de residência da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	63
Tabela 4.14 – Notificações de VDCCA segundo regional da unidade notificante e de residência da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	65
Tabela 4.15 – Notificações de VDCCA segundo sexo do agressor (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	66
Tabela 4.16 – Notificações de VDCCA segundo relação agressor-vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	68
Tabela 4.17 – Notificações de VDCCA segundo uso de álcool/droga por parte do agressor (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	69
Tabela 4.18 – Notificações de VDCCA segundo tipo de droga utilizada (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	70
Tabela 4.19 – Notificações de VDCCA segundo o número de tipos de violência registrado (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	72

Tabela 4.20 – Notificações de VDCCA segundo o número de menções de cada tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	73
Tabela 4.21 – Notificações de VDCCA segundo o tipo de violência, considerando a concomitância dos registros (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	74
Tabela 4.22 – Notificações de VDCCA segundo o tipo de violência, considerando o registro mais importante (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	76
Tabela 4.23 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e sexo da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	81
Tabela 4.24 – Notificações de VDCCA segundo sexo da vítima e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	82
Tabela 4.25 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e idade da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	84
Tabela 4.26 – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	85
Tabela 4.27 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência, idade e sexo da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2004	87
Tabela 4.28 – Notificações de VDCCA segundo sexo do agressor e idade da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2004	89
Tabela 4.29 – Notificações de VDCCA segundo sexo do agressor e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	90
Tabela 4.30 – Notificações de VDCCA segundo relação agressor-vítima e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	91
Tabela 4.31 – Notificações de violência física praticada por pai e mãe segundo sexo da vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	92
Tabela 4.32 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e relação agressor- vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	94
Tabela 4.33 – Notificações de violência sexual segundo sexo da vítima e relação agressor-vítima (n.º) – Curitiba, 2003 e 2004	95

Tabela 4.34 – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e relação agressor-vítima (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	96
Tabela 4.35 – Notificações de VDCCA segundo uso de álcool/droga por parte do agressor e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	98
Tabela 4.36 – Notificações de VDCCA segundo o registro da frequência da violência e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	100
Tabela 4.37 – Notificações de VDCCA segundo a frequência da agressão (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	101
Tabela 4.38 – Notificações de VDCCA segundo frequência da agressão e tipo de violência (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	102
Tabela 4.39 – Notificações de violência física contra crianças e adolescentes segundo a presença de lesão (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	105
Tabela 4.40 – Notificações de violência física contra crianças e adolescentes segundo o número de lesões – Curitiba, 2003 e 2004	106
Tabela 4.41 – Notificações de violência física contra crianças e adolescentes segundo o tipo de sinal ou sintoma (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	107
Tabela 4.42 – Notificações de violência física contra crianças e adolescentes segundo o segmento do corpo afetado (n.º e %) – Curitiba, 2003 e 2004	108
Tabela 4.43 – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o número de lesões – Curitiba, 2003 e 2004	109
Tabela 4.44 – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo tipo de lesão (n.º) – Curitiba, 2003 e 2004	110

## Figuras

<b>Figuras</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1.1 – Óbitos de crianças e adolescentes segundo alguns grupos de causa (%) – Curitiba, 1996 a 2003	12
Figura 1.2 – Mortalidade proporcional de crianças e adolescentes segundo sexo e idade – Curitiba, 2003	13
Figura 1.3 – Taxa de mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas segundo idade – Curitiba, 1996 a 2003	14
Figura 1.4 – Taxa de mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo – Curitiba, 1996 a 2003	15
Figura 1.5 – Óbitos de crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo e idade (n.º) – Curitiba, 1996 a 2002	16
Figura 1.6 – Óbitos por homicídio em crianças e adolescentes segundo tipo de agressão e idade (%) – Curitiba, 1996 a 2002	17
Figura 1.7 – Óbitos por quedas em crianças e adolescentes segundo o tipo e idade (%) – Curitiba, 1996 a 2002	18
Figura 1.8 – Mortalidade proporcional de crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo e idade – Curitiba, 1996 a 2002	19
Figura 1.9 – Internamentos de crianças e adolescentes segundo sexo, idade e causa (%) – Curitiba, 2003	21
Figura 1.10 – Distribuição espacial das Regionais Administrativas e das Redes Locais de Proteção do município de Curitiba	29
Figura 4.1 – Número mensal de notificações de VCCA – Curitiba, 2003 e 2004	41
Figura 4.2 – Notificações de VCCA segundo serviço notificador (n.º) – Curitiba, 2004	43
Figura 4.3 – Notificações de VCCA segundo equipamento notificante e tipo de violência (%) – Curitiba, 2004 (%)	48
Figura 4.4 – Notificações de VCCA segundo município de residência da vítima e natureza da violência (n.º) – Curitiba, 2003 e 2004	57

Figura 4.5 – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima (n.º) – Curitiba, 2003 e 2004	60
Figura 4.6 – Notificações de VDCCA segundo sexo e idade da vítima (%) – Curitiba, 2003 e 2004	61
Figura 4.7 – Taxa de notificação de VDCCA segundo regional de residência da vítima – Curitiba, 2003 e 2004	63
Figura 4.8 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência (%) – Curitiba, 2003 e 2004	76
Figura 4.9 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e sexo da vítima (%) – Curitiba, 2003 e 2004	81
Figura 4.10 – Notificações de VDCCA segundo sexo da vítima e tipo de violência (%) – Curitiba, 2003 e 2004	82
Figura 4.11 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e idade da vítima (%) – Curitiba, 2003 e 2004	84
Figura 4.12 – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e tipo de violência (%) – Curitiba, 2003 e 2004	86
Figura 4.13 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência, idade e sexo da vítima (n.º) – Curitiba, 2004	88
Figura 4.14 – Notificações de VDCCA segundo relação agressor-vítima e tipo de violência (n.º) – Curitiba, 2003 e 2004	92
Figura 4.15 – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e relação agressor- vítima (%) – Curitiba, 2003 e 2004	94
Figura 4.16 – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e relação agressor- vítima (%) – Curitiba, 2003 e 2004	97
Figura 4.17 – Notificações de VDCCA segundo uso de álcool/droga por parte do agressor e tipo de violência (%) – Curitiba, 2003 e 2004	99
Figura 4.18 – Notificações de VDCCA segundo a frequência e o tipo de violência (%) – Curitiba, 2003 e 2004 (%)	103
Figura 4.19 – Notificações de violência física e sexual segundo presença de lesão aparente (%) – Curitiba, 2003 e 2004	105
Figura 4.20 – Distribuição dos sinais e sintomas segundo segmento do corpo afetado na violência doméstica (%) – Curitiba, 2003 e 2004	108

## ***1 - INTRODUÇÃO***

---

*“Nenhum país ou comunidade está isento de violência.  
A violência é um flagelo universal  
que despedaça o arcabouço comunitário  
e ameaça a vida, a saúde e a felicidade de todos nós.”*

*OMS, 2002*

## **1.1 – A IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA**

A Organização Mundial de Saúde – OMS calcula que, no ano 2000, mais de 1,6 milhão de pessoas em todo o mundo tenha perdido a vida em decorrência da violência. Para cada pessoa que morre, muitas mais são feridas e sofrem devido a vários problemas físicos, sexuais e mentais (OMS, 2002).

Até pouco tempo atrás, a violência era considerada uma questão de ordem pública e justiça, limitando-se o setor saúde a dar tratamento a suas conseqüências. MINAYO (2004a) refere que, ao longo dos anos, a violência veio sendo tratada como objeto exclusivo da segurança pública. Tais idéias vêm se alterando graças ao êxito da abordagem da saúde pública a outros problemas de saúde relacionados ao meio ambiente e comportamentos (OMS, 2002); pelo impacto que a violência provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta; pelas exigências de atenção e cuidados de serviços médico-hospitalares; e também pela concepção ampliada adotada pelo setor saúde, onde a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra (MINAYO, 2004a). Colabora também para a valorização deste evento o fato de que, embora se tenha claro que a área de saúde não participa de sua gênese, em outras palavras, não a cria, não a incrementa, nem a desenvolve, é sobre este setor que vai recair o maior ônus da violência (MELLO JORGE e YUNES, 2001). Assim, o setor saúde tem um interesse especial pela prevenção e um papel essencial a desempenhar.

Nesta vertente, o interesse das organizações internacionais pelo assunto vem aumentando. Em 1993, a OMS chamava a atenção para o fato de que “a vida é frágil, previna a violência e a negligência” (MELLO JORGE e YUNES, 2001). Neste

mesmo ano, a Organização Pan-Americana de Saúde - OPS passou a recomendar, aos países membros, a inclusão do tema na agenda de intervenção do setor.

A questão foi ainda mais valorizada na agenda internacional em 1996, quando a Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra, aprovou uma resolução declarando a violência um importante problema de saúde pública em todo o mundo (OMS, 1996).

No Brasil, no final da década de 90, depois da Assembléia Mundial de 1996, o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico com a finalidade de diagnosticar e de prover ações específicas para o setor. Em 2001, foi oficializada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, contendo definições e conceitos, diagnóstico da situação, diretrizes e estratégias de ação intersetorial, ressaltando a responsabilidade do setor saúde. Suas principais diretrizes estão voltadas para a promoção da saúde, para a monitoração da ocorrência desses eventos e para a introdução dessa política no Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas de governo (MS, 2001).

Em 2002, a OMS publica o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, trazendo uma reflexão sobre a responsabilidade do setor saúde diante desse grave problema (OMS, 2002).

Em nosso país, estamos assistindo a um aumento importante dos fenômenos violentos, refletido na tendência francamente crescente de mortalidade por causas externas em todos os grupos de idade, especialmente entre indivíduos de 10 a 24 anos. Tal crescimento enseja a discussão de que estamos passando por uma nova epidemia social e por um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado (SOUZA e col., 2003).

Os acidentes e as violências configuram, no Brasil, um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população (BRASIL, 2001). As mortes violentas, que englobam suicídios, homicídios, acidentes de trânsito e outros acidentes, configuram-se como uma das causas mais importantes de óbitos no país, destacando-se a mortalidade por homicídios, sobretudo entre jovens e adolescentes.

Informações sobre as “causas externas”, designação da Classificação Internacional das Doenças para as mortes, lesões e traumas derivados do fenômeno

dos acidentes e da violência, revelam a magnitude deste problema no Brasil. O crescimento das mortes por causas externas vem sendo observado a partir de 1980, quando passa a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no país (GAWRYSZEWKI e col., 2004).

Em 2002, cerca de 126 mil pessoas morreram em decorrência de causas externas, o que representou cerca de 15% do total de mortes, constituindo o segundo grupo de causas de morte na grande maioria dos estados brasileiros (MS, 2003). Este valor é compatível com o apresentado por SOUZA e col. (2003), que ainda enfatizam que, entre 1980 e 1990, as violências e os acidentes tiveram um incremento de 23%, ao passar de 59 óbitos / 100.000 habitantes, em 1980, para 75 óbitos / 100.000 habitantes, ao final da década de 90.

O impacto destas mortes, que incidem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, pode ser analisado ainda por meio dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), indicador no qual os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos perdidos. No Brasil, este indicador aumentou 30% em relação a acidentes e violência, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (IUNES, 1997).

Em Curitiba, segundo relatório da Secretaria Municipal de Saúde, as causas externas, historicamente, vêm se mantendo como a terceira causa de morte, posicionando-se depois das mortes por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias.

O estudo dos dados a respeito dos óbitos ocorridos no ano de 2003 permite verificar que o peso das causas externas na mortalidade geral do município foi de 12,9% do total dos óbitos. Este dado revela que, para cada oito mortes ocorridas em residentes no município, uma se dá por causas externas (SMS - CURITIBA, 2004).

Na ampla faixa etária que vai de 1 a 39 anos, os óbitos do grupo de causas externas representam a primeira causa de morte. O problema é ainda mais preocupante pelo fato dos adolescentes e jovens representarem o grupo mais vitimizado. Do total de óbitos do sexo masculino, no grupo etário de 15 a 29 anos, 82% foram produzidos por acidentes ou violência. Neste grupo, para cada 10 mortes, 8 ocorreram por algum tipo de causa externa.

Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) em decorrência dos acidentes e eventos violentos assumem a primeira posição no Município, apresentando-se como a causa de maior peso social, principalmente pelo fato de, com maior frequência, atingir jovens e adultos em idade produtiva. No ano 2002, a média de APVP de residentes em Curitiba, por causas externas, foi de 41,8. As mortes violentas foram as que mais contribuíram para a totalidade dos APVP (SMS - CURITIBA, 2004).

No que diz respeito à morbidade, estudo realizado por MINAYO e col., em 2003, com dados do ano 2000, revela que as lesões e envenenamentos, no perfil de morbidade nacional, ocupam o sétimo lugar, correspondendo a 5,8% do total de internações.

De forma semelhante estudo realizado por MELLO JORGE e col., em 2001, em análise relativa ao período de 1996 a 1999, mostra que, no Brasil, as internações decorrentes de lesões e envenenamentos representam cerca de 6% do total das hospitalizações. Seu impacto econômico foi tal que as causas externas corresponderam a 8% do total de gastos com as internações realizadas pelo SUS. Entretanto, seu gasto/dia foi referido como 60% superior ao custo médio das demais internações. MELLO JORGE e KOIZUMI (2004), comparando causas naturais (excluindo gravidez, parto e puerpério) e causas externas, observaram que as últimas representaram 7,7% do total de internações realizadas pelo SUS no ano de 2000. Além disso, confirmaram que os gastos do SUS foram superiores aos das internações por causas naturais

Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) mostram que, em 2003, foram registradas 733.712 internações por causas externas no país, somente nos hospitais ligados ao SUS. Excluindo-se os internamentos por gravidez, parto e puerpério, este montante corresponde a 8,2% do total das hospitalizações realizadas. Neste ano, representou o primeiro motivo de hospitalização no grupo etário de 10 a 39 anos do sexo masculino (MS/SIH/SUS, 2003).

Assim como na mortalidade, o sexo masculino foi responsável pela maioria das internações: cerca de 70%. No grupo etário de 15 a 19 anos representou 27% do total de hospitalizações.

O impacto econômico dos acidentes e das violências pode ser avaliado, indiretamente, por meio dos gastos hospitalares com internação. No Brasil, durante o

ano de 2003, o custo total das internações por lesões decorrentes de acidentes e violência (capítulos XIX e XX da CID-10), corresponderam a 8,1% do total dos gastos, com um custo médio de R\$ 644,50 por paciente. Vale ressaltar que estes valores encontram-se subestimados, já que não são considerados custos do seguimento ambulatorial após a alta e tratamentos de reabilitação. Além disso, os atendimentos exclusivamente ambulatoriais não entram no cômputo geral deste cálculo.

Vale lembrar, ainda, que, afora os custos médicos do tratamento e reabilitação da vítima, estão envolvidos gastos com os sistemas judiciário e penal, os custos sociais com a queda de produtividade, além de perdas materiais decorrentes dos agravos (MENDONÇA e col., 2002).

Em Curitiba, durante o ano 2003 ocorreram 8.109 internamentos por causas externas em residentes no Município, o que totalizou 7,7% das hospitalizações deste ano. Quando se excluem as internações por gravidez, parto e puerpério, passa a representar 9,4% das hospitalizações, assumindo a quinta causa mais importante.

O sexo masculino foi responsável por 70% das hospitalizações por causas externas em Curitiba e a faixa etária de 20 a 49 anos por 50% dos internamentos. O valor médio de cada internação por causa externa foi de R\$ 897,00 e os custos totais dispensados representaram 8,4% do valor total gasto com esta demanda.

## 1.2 – A CRIANÇA E O ADOLESCENTE COMO VÍTIMAS

Não há pouco tempo, em todo o mundo, a criança e o adolescente vêm sendo objeto de preocupação. Desde 1924, com a Declaração de Genebra, considerada a primeira manifestação internacional em prol dos direitos dos menores de idade, a comunidade internacional vem manifestando sua preocupação com estes grupos etários. Em 1959, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, programada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, buscou garantir, a todas as crianças, os direitos à proteção e ao desenvolvimento, considerando os seus interesses prioritários.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) determina como:

... 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 prosperidade, 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. (art. 227).

Em 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprova, por unanimidade, o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, conferindo a esses direitos a força de Lei Internacional, e consagra a doutrina da proteção integral e o princípio da prioridade absoluta, partindo da compreensão de que as normas que cuidam de crianças e adolescentes devem concebê-los como cidadãos plenos, porém sujeitos a proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral (MINAYO, 2004b).

Regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal, o Congresso Nacional aprova, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Entra em vigor a moderna doutrina da “proteção integral”, que assegura a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano e o exercício pleno da cidadania (BEZERRA, 2004).

Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos desta população, o Brasil tornou-se, ainda em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que prevê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo (BRASIL, 2001).

O controle da mortalidade infantil e do pré-escolar e as mudanças do padrão de morbi-mortalidade da população, com o visível impacto dos eventos violentos sobre a saúde, principalmente nos grupos etários jovens, evidenciaram a vulnerabilidade desta população. No Brasil, sobretudo nas duas últimas décadas, não se pode falar de criança e adolescente sem que o tema da violência aflore, indicando serem estes dois grupos os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações de seus direitos (SOUZA e MELLO JORGE, 2004).

Existem diferentes subdivisões da faixa etária relativamente à criança e ao adolescente, com limites variáveis. Entre elas podemos citar:

- Para efeitos da lei, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003) considera criança o menor de 12 anos de idade incompletos e adolescentes aqueles com idade compreendida entre 12 e 18 anos.
- Quanto ao setor saúde, o grupo etário que compreende a criança pode ser dividido em menores de 1 ano, de 1 a 4 (pré-escolar) e de 5 a 9 anos (escolar).
- A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a adolescência abrange o período de 10 a 19 anos e compreende duas fases distintas: a faixa de 10 a 14 anos, chamada pré-adolescência, e a faixa de 15 a 19 anos, a adolescência propriamente dita (OPAS/OMS, 1985).

Na população brasileira, o total de crianças e adolescentes, de zero a dezenove anos, atingiu, em 2000, cerca de 68.205.000 pessoas. Esta população, mais de 40% do total de habitantes, apresentou-se com distribuição equilibrada segundo o sexo, com pequeno predomínio do masculino. Apesar de as mudanças na composição etária evidenciarem o envelhecimento da população, indicando a redução da participação dos mais jovens na estrutura etária do país, este grupo etário ainda tem uma importância numérica bastante significativa. As diferentes faixas compreendidas entre 0 a 19 anos ainda representam os maiores percentuais quando comparados aos demais grupos da população.

Curitiba, segundo estimativas do IBGE, possuía, em 2004, um total de 587.000 crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, representando cerca de 35% do total da população. Observa-se ainda um leve predomínio do grupo de 15 a 19 anos e do sexo masculino (Tabela 1.1).

**Tabela 1.1 – População de crianças e adolescente segundo idade e sexo (n.º e %) – Curitiba, 2004**

<b>Idade (anos) / Sexo</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
<b>0 a 4</b>		
Masculino	70117	12,0
Feminino	67198	11,5
<b>Subtotal</b>	<b>137315</b>	<b>23,4</b>
<b>5 a 9</b>		
Masculino	71231	12,1
Feminino	68378	11,7
<b>Subtotal</b>	<b>139609</b>	<b>23,8</b>
<b>10 a 14</b>		
Masculino	73441	12,5
Feminino	72022	12,3
<b>Subtotal</b>	<b>145463</b>	<b>24,8</b>
<b>15 a 19</b>		
Masculino	81308	13,9
Feminino	82843	14,1
<b>Subtotal</b>	<b>164151</b>	<b>28,0</b>
<b>0 a 19</b>		
Masculino	296097	50,5
Feminino	290441	49,5
<b>Total</b>	<b>586538</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE

Embora a violência contra a criança e o adolescente seja, na realidade, muitas vezes maior do que somente aquela que leva à morte, ou da que venha a necessitar de internação hospitalar, a análise dos dados de mortalidade e morbidade traz um panorama da violência que afeta esta população, proporcionado uma estimativa bruta dos níveis de violência contra este grupo. São números que refletem os eventos extremos, pelo seu grau de letalidade e de comprometimento à saúde.

Para a análise de mortalidade foram considerados os óbitos classificados no capítulo XX da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), categorizados sob o título de causas externas de mortalidade, que englobam todos os agravos acidentais e intencionais, abrangendo os acidentes de transporte, homicídios, suicídios, quedas, afogamentos, entre outros. Na análise de morbidade foram considerados os agravos classificados no capítulo XIX (lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas) da CID-10. Optou-se, ainda, por considerar como criança e adolescente a população de 0 a 19 anos, pela facilidade de acesso aos dados assim disponibilizados pelos sistemas de informações analisados (SIM e SIH-SUS).

### 1.2.1 - Impacto da Mortalidade por Acidentes e Violência na Infância e na Adolescência em Curitiba

Entre 1996 e 2003 ocorreram em Curitiba 1.751 óbitos por acidentes e violência no grupo etário de 0 a 19 anos, representando 28,7% do total de mortes nesta faixa etária e a segunda causa de morte nesta população, sendo suplantada apenas pelas causas perinatais (29,8%). Porém, com a gradativa redução dos óbitos por afecções do período perinatal durante o período analisado, as causas externas assumem a primeira causa de morte a partir de 2002.

No conjunto dos 8 anos analisados, as mortes por acidentes e violência representaram mais do que o quádruplo das mortes por doenças infectoparasitárias e mais do que o triplo das mortes por doenças do aparelho respiratório, constante preocupação dos programas municipais, considerando as características climáticas desfavoráveis da região. (Tabela 1.2)

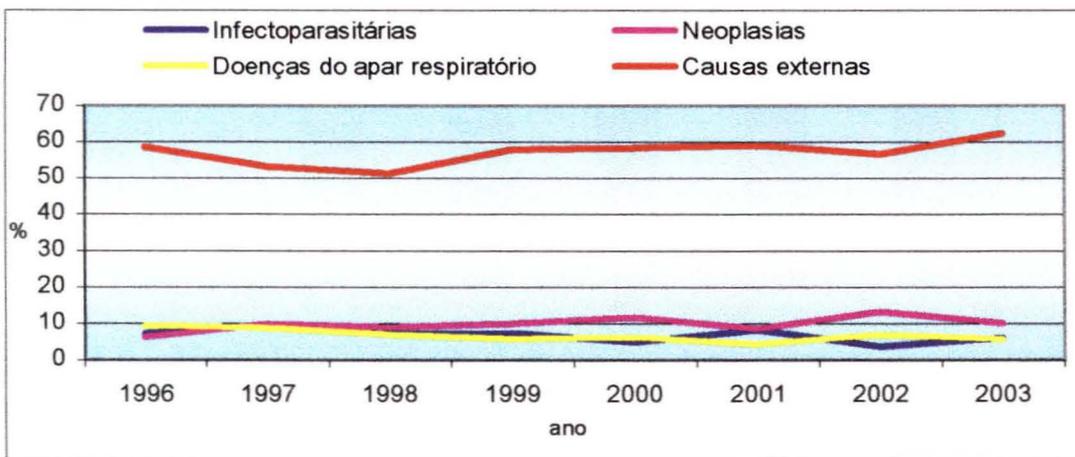
**Tabela 1.2** - Óbitos em crianças e adolescentes segundo causas\* (n.º) - Curitiba, 1996 a 2003

Causa (CID10 CAP)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	
	n.º	%								
Infectoparasitárias	57	60	55	42	34	35	20	33	336	5,5
Aparelho respiratório	109	92	95	44	56	51	37	34	518	8,5
Afecções período perinatal	290	253	226	237	251	205	184	171	1817	29,8
Malformações congênitas	106	128	116	105	98	95	93	78	819	13,4
Causas externas	261	234	202	197	233	198	202	224	1751	28,7
Outros	107	100	124	114	110	93	109	97	854	14,0
<b>Total</b>	<b>930</b>	<b>867</b>	<b>818</b>	<b>739</b>	<b>782</b>	<b>677</b>	<b>645</b>	<b>637</b>	<b>6095</b>	<b>100,0</b>

Nota: \* Capítulos do CID-10

Fonte: 1996 a 2002 – DATASUS/MS e 2003 – SMS Curitiba (dados preliminares)

Os números refletem uma situação ainda mais preocupante quando excluimos os óbitos infantis, que possuem um peso grande de mortes por causas perinatais e malformações congênitas. No grupo de 1 a 19 anos, as causas externas assumem a primeira causa de morte, guardando uma posição bastante distanciada das outras causas importantes nesta população. Em termos proporcionais, os dados mostram, com clareza, a grande importância das causas externas na atual configuração do padrão de mortalidade das crianças e adolescentes do Município. Elas são responsáveis por mais de 50% dos óbitos nesta faixa etária (Figura 1.1).



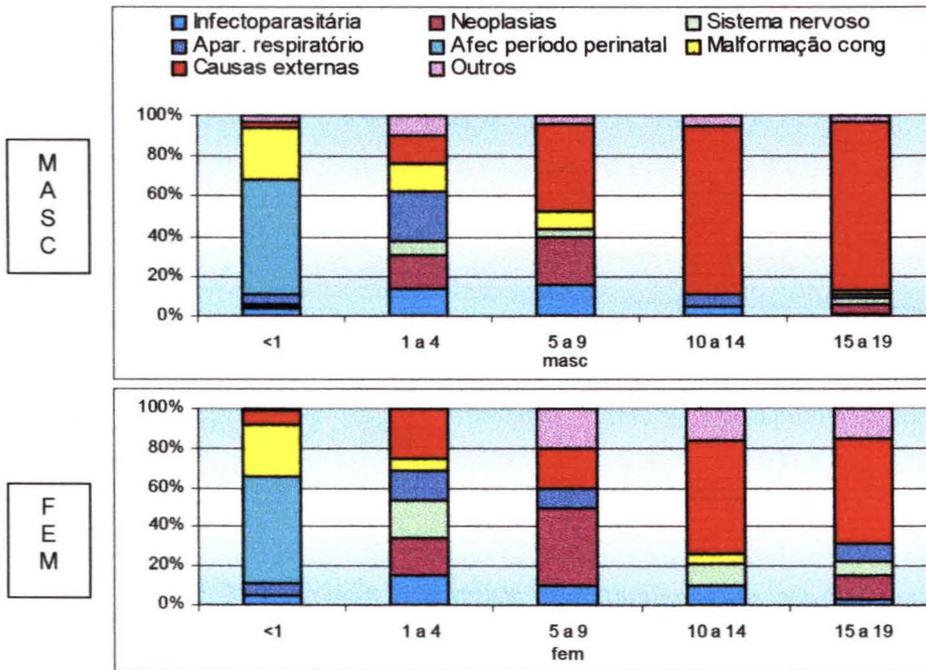
**Figura 1.1** – Óbitos de crianças e adolescentes segundo alguns grupos de causa (%) - Curitiba, 1996 a 2003

**Fonte:** 1996 a 2002 – DATASUS/MS e 2003 – SMS Curitiba (dados preliminares)

Quando analisamos a distribuição percentual da mortalidade segundo grupo etário e gênero, vemos que as causas de morte apresentam distribuições diferenciadas. A análise da mortalidade de 2003 reflete este fato e ainda aponta a magnitude assumida pelas mortes acidentais ou violentas com o aumento da idade. (Figura 1.2):

- Entre 1 e 4 anos o grupo de causas externas já apresenta proporção significativa.
- A partir dos 5 anos de idade, acompanhamos o crescimento proporcional das mortes acidentais ou violentas, de forma mais pronunciada no sexo masculino. Para os meninos, as causas externas constituem a primeira causa de morte a partir dos 5 anos de idade, chegando a representar 84% das mortes na faixa de 15 a 19 anos.

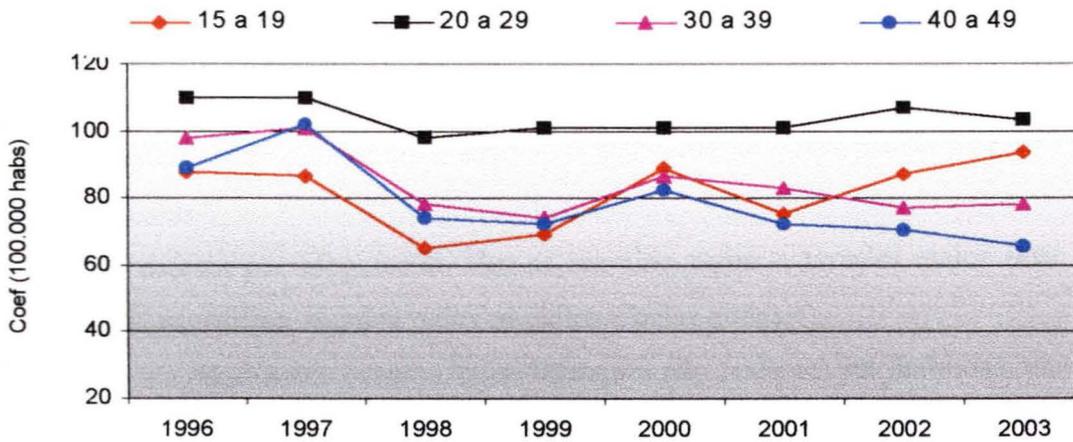
- No sexo feminino estes agravos assumem os maiores percentuais a partir dos 10 anos, mesmo assim, com valores inferiores ao observado no sexo masculino.



**Figura 1.2** – Mortalidade proporcional de crianças e adolescentes segundo sexo e idade – Curitiba, 2003

**Fonte:** SMS Curitiba (dados preliminares)

Observa-se ainda o deslocamento da mortalidade por causas externas para faixas etárias cada vez mais jovens. A evolução da taxa de mortalidade por acidentes e violência, comparativamente aos grupos de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos, reflete este fato. O grupo de 15 a 19 anos apresentava a menor taxa em 1996 e em 2003 passou a ser a segunda faixa etária mais acometida. De 1998 a 2003 ocorreu um incremento de cerca de 44% na taxa de mortalidade por acidentes e violência entre adolescentes de 15 a 19 anos, passando de 65,1 por 100.000 habitantes para 94,1 em 2003. (Figura 1.3)



**Figura 1.3** - Taxa de mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas segundo idade – Curitiba, 1996 a 2003

**Fonte:** 1996 a 2002 – DATASUS/MS e 2003 – SMS Curitiba (dados preliminares)

Nota-se a sobremortalidade masculina independente do tipo específico de causa externa. Em média, para cada óbito feminino por acidente ou violência, correspondem 3 mortes do sexo masculino. No entanto, encontramos variações nesta proporção, dependendo do tipo de evento. Na mortalidade por homicídios esta relação apresenta-se ainda mais significativa: para cada morte entre mulheres, correspondem 7 mortes entre homens. (Tabela 1.3)

**Tabela 1.3** – Óbitos em crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo e sexo (n.º e %) e razão entre os sexos – Curitiba, 1996 a 2002

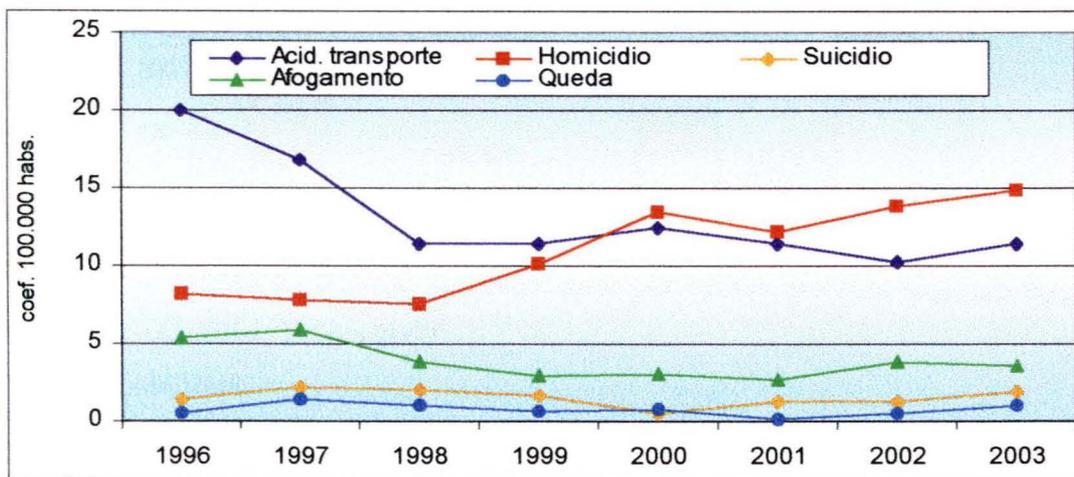
Causas Externas	Masculino		Feminino		Total		Razão
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	M/F
Homicídios	361	87,6	51	12,4	412	100,0	7
Acidentes transporte	372	70,9	153	29,1	525	100,0	2
Afogamentos	118	76,1	37	23,9	155	100,0	3
Suicídios	40	67,8	19	32,2	59	100,0	2
Quedas	23	79,3	6	20,7	29	100,0	4
Intenção indeterminada	88	74,6	30	25,4	118	100,0	3
Outros	139	60,7	90	39,3	229	100,0	2
<b>Total</b>	<b>1141</b>	<b>74,7</b>	<b>386</b>	<b>25,3</b>	<b>1527</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>

**Fonte:** DATASUS/MS

Ao longo do período analisado, a mortalidade por acidentes e violência variou internamente, em seus subgrupos. De 1996 a 2000, o subgrupo com as taxas mais elevadas foi o relativo aos acidentes de transporte, seguido pelos homicídios. A partir de 2000, os homicídios passaram a ser a principal causa de morte dentro do grupo de causas externas.

As mortes por afogamento têm se mantido como a terceira maior taxa de mortalidade específica, seguida pelos suicídios e pelas quedas.

A taxa relativa aos eventos, cujas intenções não puderam ser definidas, tem se mantida em patamares reduzidos nesta população, o que reflete a boa qualidade do Sistema de Mortalidade do Município. (Figura 1.4)



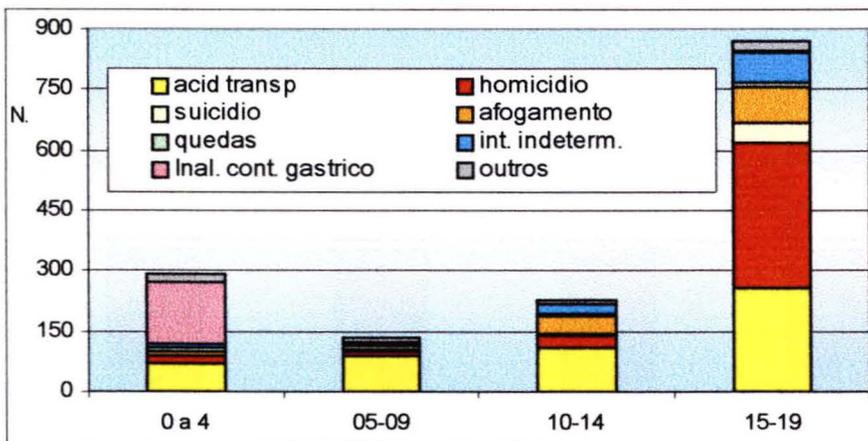
**Figura 1.4** – Taxa de mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo – Curitiba, 1996 a 2003

Fonte: 1996 a 2002 – DATASUS/MS e 2003 – SMS Curitiba (dados preliminares)

Os grupos etários apresentam diferenças quanto à distribuição dos tipos de causas externas, refletindo as variadas exposições ao risco de morrer e adoecer (Figura 1.5):

- Na faixa etária de 0 a 4 anos o maior número de mortes foi por inalação do conteúdo gástrico, principalmente na mortalidade infantil, porém, já é significativo o número de mortes por acidente de transporte.
- Entre 5 e 14 anos predominam as mortes acidentais. Os acidentes de transporte foram responsáveis pelo maior número de óbitos violentos nestes grupos.

- No grupo de 10 a 14 anos, chama a atenção a morte causada por afogamento, que assume a segunda causa.
- Vale ainda observar as mortes por homicídios presentes na população de até 9 anos de idade, sugerindo a possibilidade de maus-tratos ou negligência.
- Entre 15 e 19 anos, os homicídios assumem a primeira causa de óbito, seguido pelos acidentes de transporte. O afogamento e o suicídio adquirem importância nessa faixa etária.



**Figura 1.5** – Óbitos de crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo e idade (n.º) – Curitiba, 1996 a 2002

Fonte: DATASUS/MS

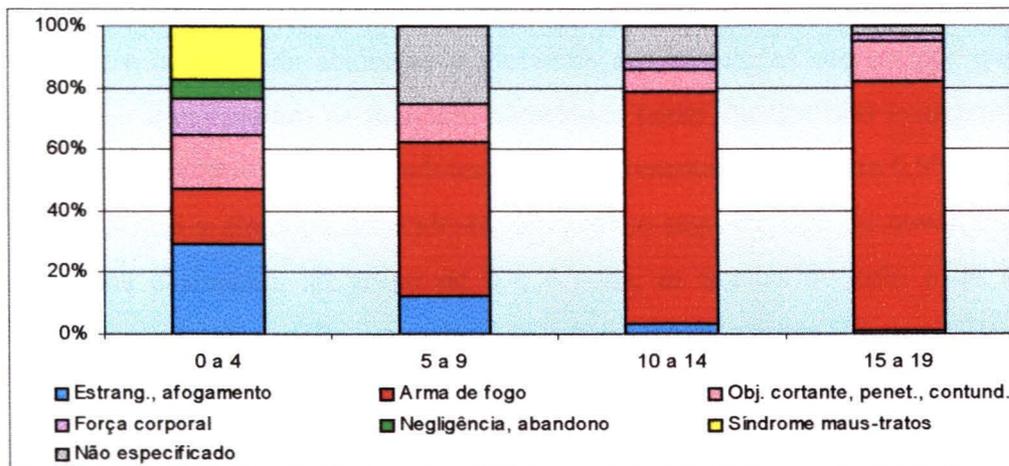
Entre 1996 e 2002 ocorreram 412 mortes por homicídio nesta população, representando cerca de 17% do total de mortes provocadas por este tipo de evento. Neste período ocorreram mais mortes por agressão do que as provocadas por doenças infecto-parasitárias (303 óbitos), ressaltando que somente os homicídios provocados por armas de fogo (317) já superaram este valor.

A faixa etária de 15 a 19 agregou a maioria dos homicídios ocorridos em crianças e adolescentes, cerca de 87 em toda a série, apresentando um acréscimo de 100% em seu coeficiente, passando de 24,1 em 1996 para 48,9 por 100.000 hab. em 2003.

Na avaliação do tipo de agressão que levou à morte, observamos importantes alterações com o aumento da idade. As mortes provocadas por enforcamento, sufocação ou estrangulamento, apresentam o maior percentual no grupo de 0 a 4

anos, reduzindo-se com o aumento da idade. De forma contrária, notamos o aumento dos óbitos provocados por armas de fogo, chegando a representar 77% do total de morte por agressão na faixa acima de 15 anos.

Chama a atenção o conjunto de agressões no grupo de 0 a 4 anos. Apesar de somente 23% das agressões terem sido codificadas como ocasionadas por negligência / abandono e síndrome dos maus-tratos, as outras causas especificadas, no mínimo, conotam a ausência da proteção necessária para esta faixa etária, tida como completamente dependente dos cuidados e proteção de um adulto (Figura 1.6).



**Figura 1.6** – Óbitos por homicídio de crianças e adolescentes segundo tipo de agressão e idade (%) – Curitiba, 1996 a 2002

Fonte: DATASUS/MS

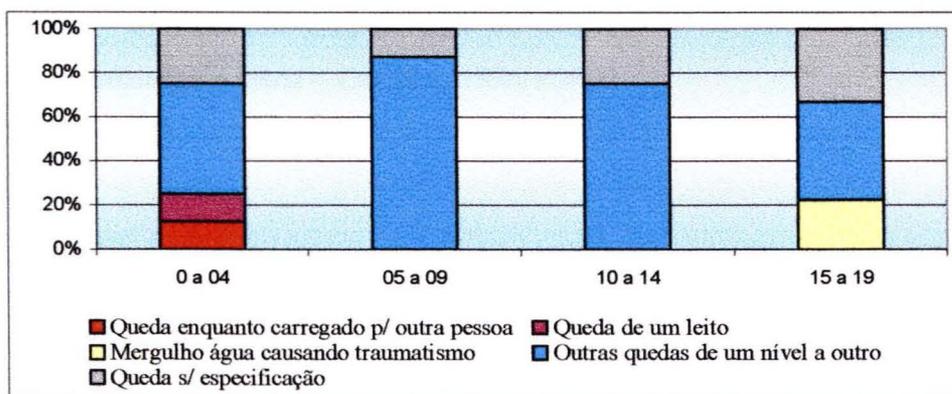
No período de 1996 a 2002 aconteceram 525 óbitos por acidentes de transporte nesta faixa etária, o que representou 17% do total de mortes ocasionadas por este tipo de evento. Apesar de encontrarmos um grande percentual de mortes por acidentes de transporte classificados sob a codificação V89 (acidente não especificado), notamos que 34,7% das mortes foram provocadas por atropelamento, representando cerca de 20% do total de atropelamentos do período. Este grupo etário também se responsabilizou por cerca de 21% do total de mortes de ciclistas.

Enquanto na população como um todo, as mortes por afogamento têm se mantido como a quinta causa de morte acidental / violenta, entre crianças e adolescentes constituem a terceira maior taxa de mortalidade por causa externa. No

período analisado, representou 44,4% do total dos afogamentos, o que reforça a magnitude do problema, principalmente se levarmos em consideração o fato do município não possuir litoral e ter poucos meses de clima apropriado para o lazer aquático.

Aconteceram 59 suicídios na população de crianças e adolescentes entre 1996 e 2002, representando 11% do total de violência auto-infringida ocorrida na totalidade da população. Apesar do menor número de ocorrências, estes valores expressam a importância do problema, pelo fato de estar acontecendo em faixas etárias tão jovens: 54 ocorreram entre adolescentes de 15 a 19 anos e 5 entre 10 a 14 anos.

Dentre os tipos de acidentes e violência analisados, as mortes por quedas foram as que apresentaram os menores números e taxas. No período ocorreram 29 óbitos por quedas entre crianças e adolescentes, representando somente 6,9% do total de mortes devido a este tipo de acidente. Na análise segundo tipo de queda e faixa etária, chama a atenção, no grupo de 0 a 4 anos, as quedas do colo e do leito, indicando negligência ou falta de cuidado na supervisão da criança (Figura 1.7).

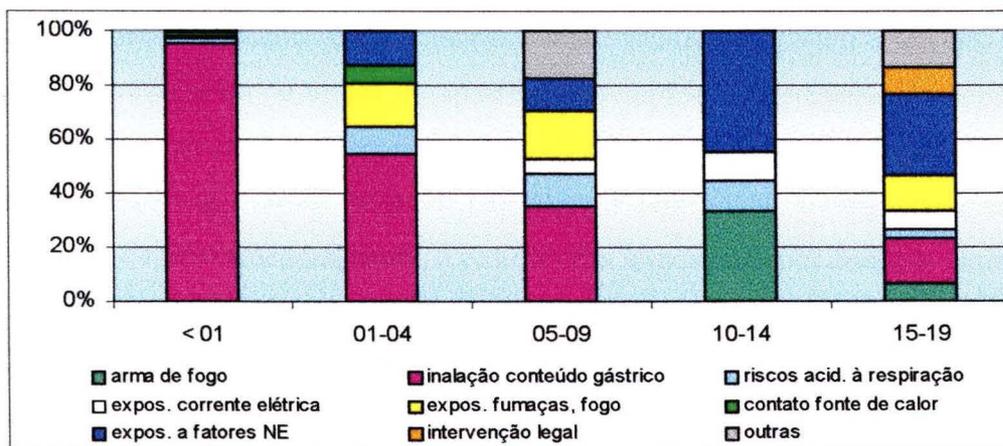


**Figura 1.7** – Óbitos por quedas em crianças e adolescentes segundo o tipo e idade (%) – Curitiba, 1996 a 2002

Fonte: DATASUS/MS

Outros eventos, apesar de acontecerem em menor número, merecem destaque, quer seja pela relevância que assumem em determinada faixa etária ou pela gravidade que representam (Figura 1.8).

- As mortes por exposição a fumaça e fogo, contato com fonte de calor e exposição à corrente elétrica, também nos remetem à existência de negligência.
- Na população acima de 10 anos aparecem as mortes acidentais pelo uso das armas de fogo.
- Na população de 15 a 19 anos observamos o percentual de mortes por intervenção legal, caracterizada como aquela praticada por policial no exercício de sua profissão, mas que, por outro lado, pode representar abuso do poder.



**Figura 1.8** – Mortalidade proporcional de crianças e adolescentes por causas externas segundo tipo e idade – Curitiba, 1996 a 2002

Fonte: DATASUS/MS

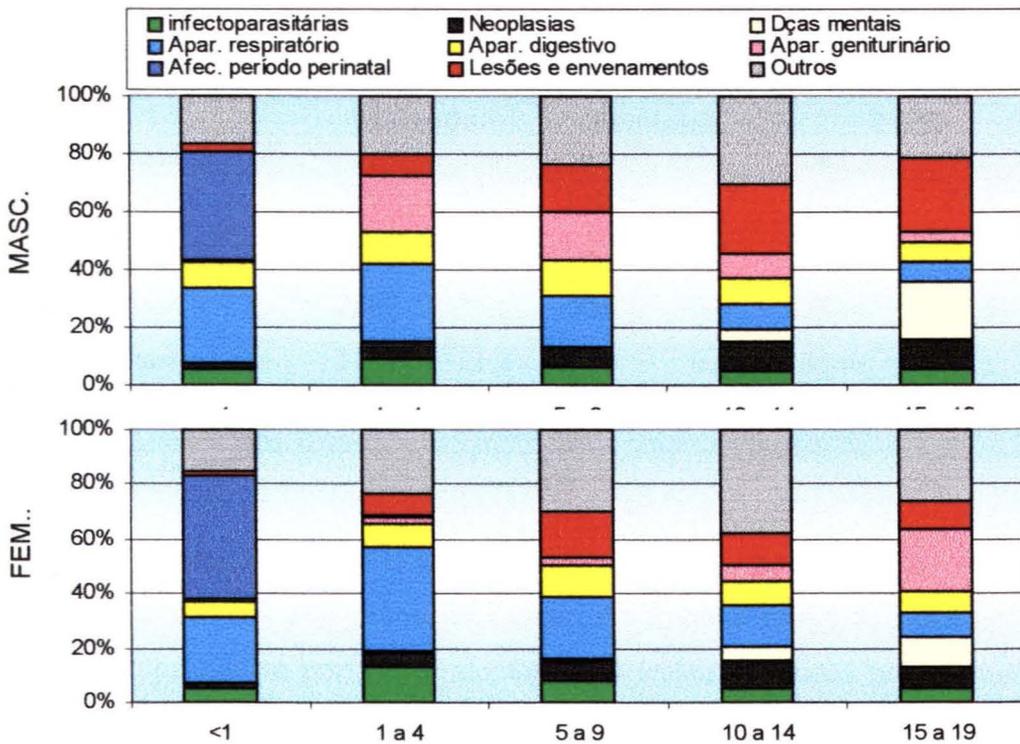
### **1.2.2 – Morbidade Hospitalar por Acidentes e Violência na Infância e na Adolescência em Curitiba**

Entre 1998 a 2002 ocorreram 601.022 hospitalizações de residentes em Curitiba, considerando todos os diagnósticos. Deste total, 133.896 (22,3%) foram referentes a crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos de idade.

Excluindo-se as causas relativas a gravidez, parto e puerpério, as internações ocasionadas por lesões, envenenamentos e causas externas foram responsáveis por 11,9% das hospitalizações entre crianças e adolescentes, ocupando o terceiro posto, sendo superado pelas “doenças do aparelho respiratório” e apresentando percentual muito próximo ao das “doenças de aparelho digestivo”. Vale observar que, a partir de 2002, as lesões e causas externas passaram a representar a segunda causa de internação, devido, essencialmente, à redução das internações por doenças digestivas.

A importância das lesões, envenenamentos e causas externas pode ser evidenciada pelo fato de serem elas a primeira causa de hospitalização na população de 10 a 19 anos, do sexo masculino, no ano de 2003, representando cerca de 25% do total das hospitalizações. Neste sexo observamos o crescimento progressivo do percentual de hospitalizações com o aumento da idade.

Entre as meninas, independente da faixa etária, os percentuais de hospitalização por causas externas assumem valores inferiores, comparativamente ao sexo masculino. (Figura 1.9)



**Figura 1.9** – Internamentos de crianças e adolescentes segundo sexo, idade e causa (%) – Curitiba, 2003

Fonte: MS/SIH/SUS

A distribuição das hospitalizações, segundo sexo e idade, permite ver a preponderância do sexo masculino sobre o feminino (68,7% e 31,3%), ou seja, o dobro de meninos em relação às meninas. No entanto, nos diferentes grupos etários, esta relação apresenta-se de forma heterogênea. É entre os menores de 4 anos que a relação de hospitalização segundo o sexo apresenta-se mais equilibrada: correspondendo 1,4 hospitalização de menino para cada uma de menina. Com o aumento da idade ela fica mais evidente, atingindo o máximo entre adolescentes de 15 a 19 anos quando, para cada hospitalização feminina, correspondem 3,5 masculinas.

Verifica-se, ainda, no sexo masculino, o aumento proporcional das internações com o aumento da idade e, inversamente, a redução das hospitalizações no sexo feminino. (Tabela 1.4)

**Tabela 1.4** – Internações de crianças e adolescentes por lesões decorrentes de causas externas segundo sexo e idade (n.º e %) e razão entre sexos – Curitiba, 1998 a 2002

Sexo Faixa etária	Masculino		Feminino		Total		Razão M/F
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
Menor 4 anos	1903	15,1	1353	10,7	3256	25,8	1,4
5 a 9 anos	1941	15,4	1053	8,3	2994	23,7	1,8
10 a 14 anos	2088	16,5	756	6,0	2844	22,5	2,8
15 a 19 anos	2752	21,8	794	6,3	3546	28,1	3,5
<b>Total</b>	<b>8684</b>	<b>68,7</b>	<b>3956</b>	<b>31,3</b>	<b>12640</b>	<b>100,0</b>	<b>2,2</b>

Fonte: MS/SIH/SUS

A tabela 1.5 mostra a participação de cada tipo de lesão no total das hospitalizações por este grupo de causas. As fraturas foram as mais prevalentes, responsabilizando-se por 39,2% do total das lesões, seguidas pelos traumatismos (36,7%). Esta distribuição apresenta um padrão semelhante ao encontrado na população como um todo, com exceção da maior proporção de queimaduras e corrosões que, nesta faixa etária, assume a terceira posição, representando 14,4% do total das hospitalizações. Em menores proporções aparecem os outros tipos de lesões. Vale ainda ressaltar que, durante todos os anos analisados, não houve nenhum registro de hospitalização devido à síndrome de maus-tratos.

**Tabela 1.5** – Internações de crianças e adolescentes por lesões decorrentes de causas externas segundo tipo (n.º e %) – Curitiba, 1998 a 2002

Tipo de Lesão	n.º	%
Fraturas	4457	39,2
Traumatismos	4164	36,7
Queimaduras e corrosões	1633	14,4
Luxação e entorses	565	5,0
Envenenamento e intoxicação	269	2,4
Corpo estranho em orifício natural	78	0,7
Outros	191	1,7
<b>Total</b>	<b>11357</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MS/SIH/SUS

Entre as fraturas, as do antebraço responderam por cerca de 40% deste grupo. Somadas às localizadas em punho, mão e braço totalizam 60% do total, apontando os membros superiores como a região mais comprometida. As fraturas de crânio e face figuram em segundo lugar com 13,4%. Analisado conjuntamente com o fato de 47% dos traumatismos hospitalizados terem sido os intracranianos, evidencia-se a magnitude da participação desta região e a gravidades dos eventos que levaram à hospitalização. As fraturas concentram-se no lado masculino, apresentando participação crescente com o aumento da idade.

Com relação aos traumatismos, apesar da grande concentração estar entre adolescentes de 15 a 19 anos do sexo masculino, chama atenção a importante participação dos menores de 5 anos, de ambos os sexos.

Ainda com relação aos traumatismos é importante frisar que 14% envolveram múltiplas regiões e que em 83 (2%) ocorreu amputação traumática de parte do corpo, sendo que a região mais envolvida foi a de punho e mão.

A metade das hospitalizações por envenenamento e intoxicação aconteceu pela ingestão de medicamentos. Este percentual mostra-se ainda mais importante em crianças menores de 5 anos, quando chega a representar 43% das hospitalizações.

É expressiva a ocorrência de queimaduras e corrosões na faixa de menores de 5 anos. Este tipo de lesão também é mais presente no sexo masculino e apresenta um padrão de redução com o aumento da idade.

### 1.3 – A QUESTÃO DOS MAUS-TRATOS

Além da violência que leva à morte e daquela que, em razão da gravidade das lesões acarretadas, exige hospitalização, convivemos de modo cotidiano e oculto com várias outras formas de violência. A violência doméstica ou intrafamiliar é, sem dúvida, responsável por milhares de crianças e adolescentes vitimados no Brasil (GOMES e col., 2002a) e os dados oficialmente reportados, relativos à mortalidade e morbidade por este tipo de violência, provavelmente, estão subnotificados e, muitas vezes, mascarados sob outras denominações

Como a violência está presente de maneira difusa, sendo exercida de várias formas na sociedade, de modo geral, existe uma subnotificação da mesma no país, principalmente dos eventos não fatais e dos que, com raras exceções, não demandam algum tipo de atenção clínica.

A violência contra a criança e o adolescente constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas ou instituições capaz de causar danos físico, sexual e / ou psicológico à vítima (MINAYO, 2002). Estes grupos etários, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são vítimas freqüentes de atos abusivos, que representam um evento mais difundido em nossa sociedade do que se poderia imaginar. Como consequência destes atos, observamos danos importantes à saúde, bem como implicações psicológicas nas vítimas e familiares, repercutindo na sociedade como um todo.

Além disso, os maus-tratos contra crianças e adolescentes representam um fenômeno silencioso e que acarreta reduzida mobilização social, por ser considerado problema privado, protegido pelo manto de medidas educativas e disciplinares. Devido às suas múltiplas formas e circunstâncias de manifestação, a mensuração da magnitude deste fenômeno tem sido, até agora, muito insatisfatória. A análise das estatísticas de mortalidade por causas e por idades é o método mais utilizado, mas as mortes violentas são somente a ponta de um iceberg, um simples indício da grande dimensão do problema. Os dados de morbidade são escassos. Em geral, referem-se somente a casos hospitalizados e nem sempre totalmente confiáveis, além dos sistemas de vigilância existentes raramente permitirem detectar os maus-tratos contra

crianças e adolescentes. A OMS, 1999, refere que os dados disponíveis para elaborar uma política sólida são ainda insuficientes.

O conhecimento desse problema é vital como base para a tomada de decisão. São importantes dados fidedignos, não só para fins de planejamento e controle, mas também para a promoção e prevenção. Sem informações, é pequena a pressão sobre as pessoas para reconhecimento e reação ao problema (OMS, 2002).

No Brasil, o tema relativo aos maus-tratos contra crianças e adolescentes foi tratado no texto da atual Constituição Federal, que reconheceu este grupo como sujeito de direitos (art. 227 – Brasil 1988), conceito ratificado posteriormente na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989).

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 2003) regulamentou esse artigo da Constituição, defendendo o direito das crianças e dos adolescentes e revogando o antigo Código de Menores.

O ECA tornou obrigatória a notificação dos casos suspeitos e confirmados de maus tratos, por parte dos médicos, professores ou responsáveis por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creches, prevendo penas para quem deixasse de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 13 e 245). A obrigatoriedade da notificação foi também assegurada pelo Conselho Federal de Medicina, através do Parecer n.º 815/97: “o médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa a revelação de segredo profissional”.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001) dá destaque à necessidade de atenção e notificação, pelo Sistema de Saúde, das situações de maus-tratos e violências contra meninos e meninas.

Em outubro de 2001, o então Ministro da Saúde, José Serra, considerando o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, lança a portaria n.º 1.968 que dispõe sobre a notificação compulsória, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde, através do preenchimento da Ficha de

Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes (BRASIL, 2002).

Acompanhamos, por outro lado, como consequência, o crescente interesse dos serviços na elaboração de propostas de ação para a prevenção e acompanhamento de suas vítimas e familiares, assim como a necessidade da definição de instrumentos voltados para a vigilância deste agravo, objetivando estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causada por este evento; identificar fatores de risco que envolvem a sua ocorrência; recomendar, com bases objetivas, medidas necessárias para prevenir ou controlar a sua ocorrência; entre outros.

*“É importante ter essa Rede de Proteção para não deixar meninas se venderem nas ruas e crianças serem maltratadas e espancadas.*

*Que Deus guarde esta Rede de Proteção para que nunca acabe e sempre se desenvolva.*

*Deus abençoe”.*

*Thais Pessoa – 4.ª série*

*08/10/2003*

## **1.4 – A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA**

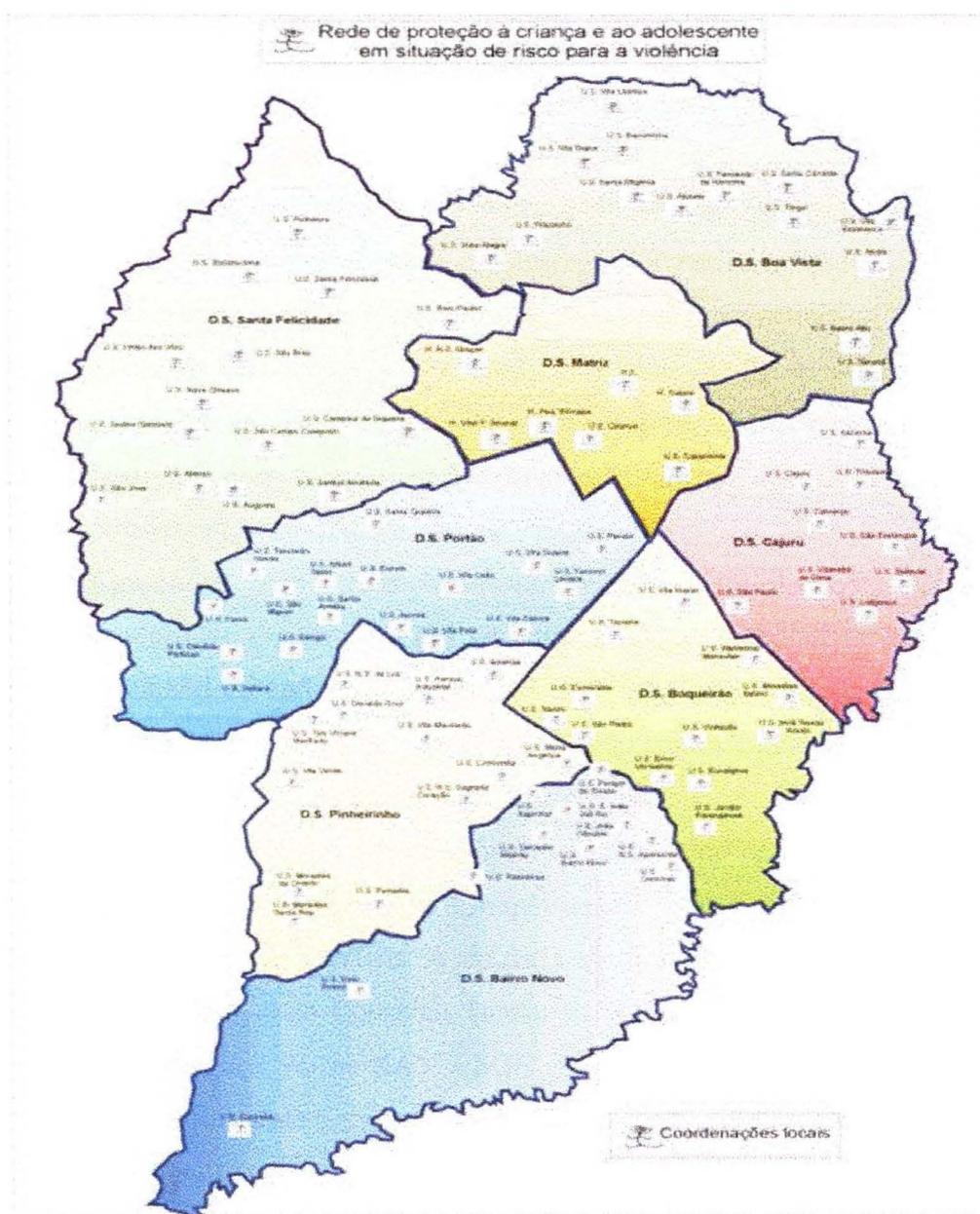
Em Curitiba, pesquisa realizada, em 1988, pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano Municipal e pela Secretaria Municipal de Saúde, tomando por base as informações disponíveis no Instituto Médico Legal, no SOS Criança e nos Conselhos Tutelares, trouxe à tona a magnitude da violência que acomete crianças e adolescentes, motivando a implantação da “Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência”, planejada e estruturada com a participação direta de vários setores envolvidos no atendimento desse segmento social, especialmente os setores da saúde, da educação e da assistência social.

A estruturação organizacional do município de Curitiba tem propiciado o trabalho em rede e o funcionamento da Rede de Proteção. A gestão municipal caracteriza-se pela descentralização das gerências e das ações, regionalizando os equipamentos e serviços e estabelecendo uma estrutura constituída por oito Regionais Administrativas. As subsecretarias da área administrativa e as de atuação social compartilham espaços dentro da Rua da Cidadania, edificação planejada para este fim, viabilizando a aproximação dos serviços entre si e a maior integração interinstitucional.

A partir de uma situação de violência contra crianças e adolescentes identificada por um professor, médico, enfermeiro, educador, assistente social, dentista, psicólogo, pedagogo, ou qualquer outro profissional, desencadeia-se um processo que se inicia pelo levantamento de informações que possibilitem a avaliação da situação e do risco de novas agressões. Para esta avaliação, considera-se a condição da vítima, o tipo e a característica da violência sofrida, as características do agressor e as condições da família em prestar socorro e proteção à criança ou ao adolescente vitimizado. Tal avaliação tem como resultado a definição dos procedimentos a serem seguidos pelo serviço que identificou o problema e pelo conjunto dos serviços que integram a Rede Local de Proteção.

O conjunto de serviços de saúde próprios do Município compõe-se de 107 Unidades de Saúde (US), das quais 5 funcionam em regime de 24 horas, 47 trabalham com o Programa Saúde da Família (PSF), 11 incluem especialidades médicas. A maioria possui agentes comunitários de saúde fazendo parte de seu quadro profissional.

Todas as US, excetuando-se as Unidades 24 Horas e as especializadas, responsabilizam-se por um território processo-social, configurando sua área de abrangência. Uma Unidade de Saúde, juntamente com os demais serviços / instituições, públicos ou não, localizados na sua área de abrangência, e que desempenham atividades com crianças, adolescentes e suas famílias, constituem uma Rede Local de Proteção. A Rede Local configura-se como grupo de trabalho constituído por representantes de todos os serviços mencionados que, em conjunto, responsabilizam-se pelo acompanhamento da população e dos casos de maus-tratos diagnosticados naquele espaço geográfico. O trabalho integrado entre os diferentes serviços tem potencializado a mobilização e articulação dos recursos disponíveis na região para o atendimento e acompanhamento da família, a fim de promover uma rede de vigilância, apoio e prevenção de reincidências. (Figura 1.10)



**Figura 1.10** - Distribuição espacial das Regionais Administrativas e das Redes Locais de Proteção do município de Curitiba

A cidade possui oito Conselhos Tutelares, um para cada Regional Administrativa, totalizando 40 Conselheiros que se encontram integrados à Rede de Proteção. Em maior ou menor grau, além de representarem o destino principal das notificações emitidas pelos serviços da Rede de Proteção, alguns conselheiros participam efetivamente do acompanhamento dos casos notificados, em conjunto com os demais integrantes das Redes Locais.

Cada Rede Local encontra-se vinculada a uma Coordenação Regional da Rede de Proteção, em número de oito, igualmente configurada de forma intersetorial. Estas, por sua vez, vinculam-se à Coordenação Municipal da Rede de Proteção, também composta por representantes das varias instituições integrantes da proposta.

Nessa proposta, um formulário, padronizado e normatizado para a notificação da violência contra a criança e o adolescente, constitui-se em instrumento duplamente importante: além de funcionar como uma das ferramentas utilizadas para o acompanhamento dos casos, a prevenção aos maus-tratos e a promoção da proteção, é também um instrumento que viabiliza a vigilância desse evento, ao mesmo tempo em que cumpre o previsto no ECA no que diz respeito à obrigatoriedade da comunicação dos maus-tratos observados.

Configuram-se como estabelecimentos notificadores de maus-tratos, no município de Curitiba, um total de 117 serviços de saúde, incluindo-se 8 hospitais, 167 escolas municipais, 165 escolas estaduais, 143 centros municipais de educação infantil (creches), além de outros serviços diretamente ligados à criança e ao adolescente, totalizando 672 estabelecimentos notificadores.

O Formulário de Notificação (Anexo 1) é preenchido para todos os casos de suspeita ou de violência comprovada. Compõe-se por 3 vias carbonadas, sendo de uso comum para todos os serviços. A unidade notificadora arquiva a terceira via, encaminha a primeira via ao Conselho Tutelar da região de residência da criança / adolescente e a segunda via ao SAV - SOS Criança (Serviço de Atendimento ao Vitimizado). Posteriormente a segunda via é remetida ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde que tem sob sua responsabilidade a manutenção do banco de dados que é processado através do programa Epi-Info 6.0. Este fluxo permite, ainda, que a Rede Local seja informada de qualquer caso notificado de criança / adolescente residente em sua área de abrangência, independente de qual seja a unidade notificadora, garantindo o acompanhamento do caso pelos serviços existentes na região de residência da criança / adolescente vitimado.

Em agosto de 2002, o SAV-SOS Criança, passou também a notificar, à Rede de Proteção, os atendimentos solicitados através da procura direta a este serviço de atendimento 24 horas, destinado a receber denúncias de violação de direitos, como as realizados por anônimos, vizinhos, conhecidos ou parentes das vítimas. Ressalta-se,

no entanto, que os atendimentos efetuados pelos Conselhos Tutelares, a partir de procura direta a este serviço, não são notificados à Rede de Proteção, em virtude de uma postura incompreensível adotada pelo conjunto dos conselheiros.

Esta proposta tem como objetivos contribuir para a redução da vulnerabilidade infanto-juvenil, em especial quanto à violência intrafamiliar; intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos; e, através da manutenção e análise do banco de dados das notificações, tornar visível a violência que se pratica contra esse grupo etário, através da construção de indicadores, da formulação de instrumentos de avaliação dos resultados alcançados, da democratização das informações e do desencadeamento de ações de proteção e de prevenção.

## **1.5 – JUSTIFICATIVA**

Frente à magnitude e à relevância do problema da violência contra crianças e adolescentes e à premente necessidade de conhecer, em maior profundidade, a situação da violência doméstica praticada contra esta população no município de Curitiba, justifica-se este trabalho.

Reforça a importância deste estudo a constatação de que as estatísticas oficiais de morbimortalidade não dão conta do problema da violência doméstica, cujas vítimas, em sua grande maioria, não necessitam de atendimento em serviços de saúde e, quando o buscam, tem seus casos codificados sob outras rubricas, impossibilitando a caracterização deste tipo de violência.

## ***2 - OBJETIVO***

---

## **2.1 – OBJETIVO GERAL**

Traçar o perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba, a partir da análise do banco de dados da Rede de Proteção dos anos de 2003 e 2004.

## **2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Construir alguns indicadores de violência contra a criança e o adolescente, utilizando como fonte de informação o Formulário de Notificação de Violência contra a Criança e ao Adolescente adotado pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência do município de Curitiba:

- Freqüência por tipo de serviço notificador, por regional notificadora e por regional de residência da vítima;
- Tipos de violência por ordem de freqüência;
- Tipos de violência por faixa etária e sexo da vítima;
- Concomitância de diferentes tipos de violência;
- Agentes agressores por violência em geral, por tipo de violência, por sexo e faixa etária da vítima;
- Reincidência de violência e por tipo de violência;
- Freqüência dos tipos de lesões e segmento do corpo afetado; etc..

### ***3 – MATERIAL E MÉTODO***

---

Trata-se de um estudo descritivo baseado nas notificações de violência contra crianças e adolescentes emitidas, durante os anos de 2003 e 2004, pelos serviços que compõem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência no município de Curitiba, disponíveis no banco de dados existente na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Utilizando o Formulário de Notificação (Anexo 1) como fonte de informação, foi possível trabalhar com as seguintes variáveis:

- Quanto à natureza da violência: doméstica e extrafamiliar;
- Quanto à vítima: idade, sexo, regional de residência;
- Quanto ao agente agressor: sexo, relação com a vítima, uso de álcool e outras drogas;
- Quanto aos tipos de violência: física, sexual, psicológica, negligência e abandono;
- Quanto às lesões: tipo e segmento do corpo afetado;
- Frequência da agressão;
- Serviço e regional notificadores.

A classificação dos diferentes tipos de maus-tratos teve como base as definições adotadas pela proposta do Município de Curitiba, definida em seu Manual de Atendimento (PMC, 2002), englobando os seguintes tipos: agressão física, sexual e psicológica, negligência e abandono:

- **Violência Física:** Consiste no uso da força física, de forma intencional, por parte dos pais, responsável, outro adulto ou adolescente mais velho, com o objetivo de ferir, podendo provocar dano ou morte a criança ou ao adolescente, deixando ou não marcas evidentes.
- **Violência Sexual:** Situação em que a criança ou o adolescente é usado para a gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho. Inclui desde carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo até o ato sexual, com ou sem penetração.
- **Violência Psicológica:** Consiste na submissão da criança ou do adolescente a agressões verbais constantes, humilhações, hostilidade, culpabilização, rejeição ou indiferença por parte dos pais ou responsável.

- **Negligência:** Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, pelos pais ou responsável, em relação à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e atenção a criança ou ao adolescente. Estes atos podem se apresentar em variados níveis de gravidade, desde os descuidos repetitivos até o **Abandono**.

O banco de dados da Rede de Proteção possibilita o registro de até dois tipos de violência por notificação, caso ocorra a notificação de mais de um tipo de violência de forma concomitante. Optou-se, neste trabalho, por considerar, para fins de análise, o principal motivo da notificação registrado pelo agente notificador. Para essa seleção foram consideradas as informações registradas no campo “Descrição do ocorrido/Motivo da suspeita” do formulário de notificação, assim como informações comumente anexadas a esse formulário, quando existiram. Nos casos de notificação com registro de mais de um tipo de violência, a seleção do principal motivo da notificação foi realizada pela autora, caso a caso, a fim de garantir a confiabilidade da interpretação.

Os dados referentes a residentes no município de Curitiba foram trabalhados, segundo sexo e faixas etárias, considerando a seguinte distribuição: 0 a 4, 5 a 9, 10 a 14 e 15 a 17 anos. Como consequência dos resultados encontrados no processo de análise, em alguns momentos o grupo etário de menores de um ano foi analisado isoladamente.

Para a análise das notificações de maus-tratos, cujo banco de dados é construído a partir de formulários nominais individualizados, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, responsável pelo gerenciamento deste banco, após aprovação deste Projeto de Pesquisa por parte do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Por razões éticas foi garantido o sigilo das informações individuais obtidas através das notificações de maus-tratos.

## ***4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO***

---

*Diante dos acontecimentos de cada dia,  
Numa época em que reina a confusão,  
Em que corre sangue,  
Em que o arbítrio tem força de lei,  
Em que a humanidade se desumaniza;  
Não digam nunca:  
Isso é natural!  
Para que nada passe  
A ser imutável!*

*Bertold Brecht*

A construção do perfil epidemiológico da violência que atinge crianças e adolescentes em Curitiba-PR, em especial a violência doméstica, elaborado dentro de uma perspectiva quantitativo-descritiva, a partir de informações provenientes das “notificações obrigatórias de violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes”, emitidas nos anos de 2003 e 2004, tem por finalidade contextualizar a violência doméstica nesse grupo populacional no Município.

#### **4.1 BREVE ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES RECEBIDAS**

Em 2003, os serviços que compõem a Rede de Proteção em Curitiba notificaram 1.536 casos de violência contra crianças e adolescentes; em 2004 foram 2.219 notificações, o que representou um crescimento de 44,5%. A média mensal de notificações também variou de 128, em 2003, para 185 em 2004. Tal fato pode ser explicado, em parte, pelo aumento do número de serviços notificantes e pela capacitação oferecida continuamente aos profissionais dos diferentes setores integrantes da proposta, ações que trouxeram, como resultado, a maior capacidade de detecção das situações de violência contra crianças e adolescentes, não representando, necessariamente, o aumento da violência contra estes grupos.

### 4.1.1 Distribuição Mensal

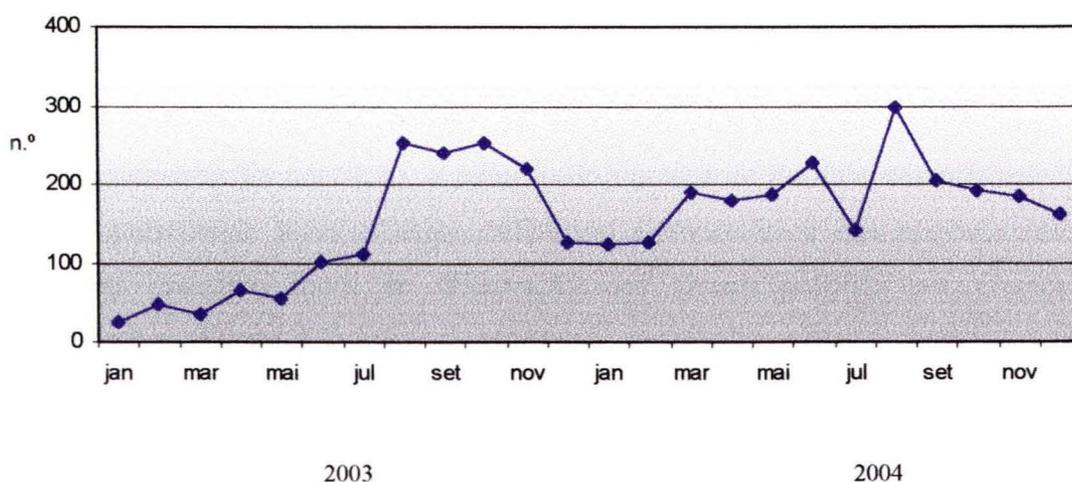
O número mensal de notificações apresentou-se bastante irregular durante os anos analisados. Iniciou o período, no mês de janeiro de 2003, com 26 notificações e atingiu o maior valor desse ano no mês de outubro, quando foram contabilizados 254 registros, correspondentes a cerca de 8,2 notificações/dia.

Chama a atenção o salto verificado no número de casos observados a partir de agosto de 2003. Este crescimento ocorreu, basicamente, devido ao fato do Serviço de Atendimento ao Vitimizado (SAV - SOS Criança) ter passado a notificar, à Rede de Proteção, os atendimentos solicitados através da procura direta àquele serviço de atendimento 24 horas, destinado a receber denúncias de violação de direitos, como as realizados por anônimos, vizinhos, conhecidos ou parentes das vítimas. A partir de então, praticamente, dobrou o número mensal de notificações, que passou de 112 em julho de 2003, para 253 em agosto.

A média mensal de ocorrências notificadas, conforme referido, variou de 128, em 2003, para 185, em 2004. (Tabela 4.1 e Figura 4.1)

**Tabela 4.1** – Número, média diária e mensal de notificações de violência contra a criança e o adolescente (VCCA) - Curitiba, 2003 e 2004

Mês	2003		2004	
	n.º	Média/dia	n.º	Média/dia
Janeiro	26	0,8	124	4,0
Fevereiro	48	1,7	127	4,4
Março	36	1,2	189	6,1
Abril	65	2,2	179	6,0
Mai	55	1,8	188	6,1
Junho	102	3,4	228	7,6
Julho	112	3,6	141	4,5
Agosto	253	8,2	299	9,6
Setembro	240	8,0	204	6,8
Outubro	254	8,2	193	6,2
Novembro	219	7,3	184	6,1
Dezembro	126	4,1	163	5,3
<b>Total</b>	<b>1536</b>	<b>4,2</b>	<b>2219</b>	<b>6,1</b>
<b>Média/mês</b>	<b>128</b>		<b>185</b>	



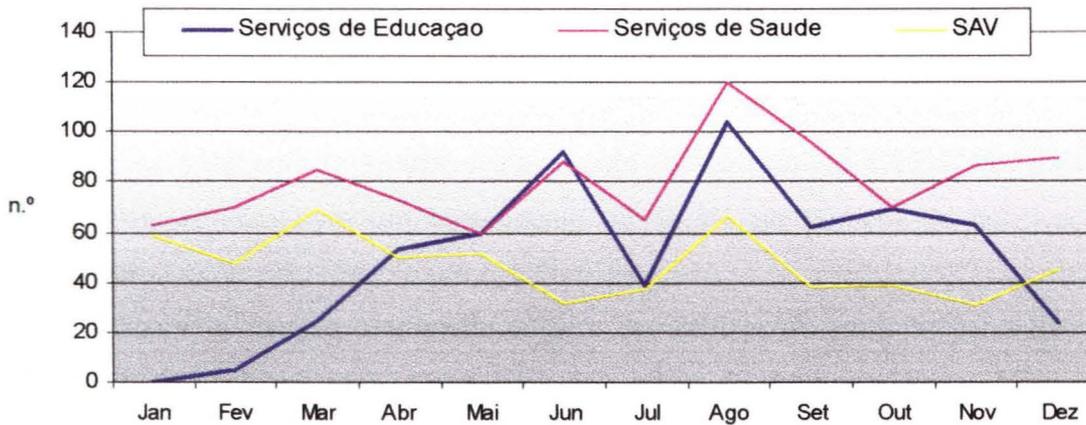
**Figura 4.1** – Número mensal de notificações de VCCA – Curitiba, 2003 e 2004

Nota-se, ainda, uma importante redução do número de notificações nos meses de dezembro 2003, janeiro, fevereiro e julho de 2004, coincidindo com os períodos de férias escolares, fato também observado na análise de anos anteriores (SMS-CURITIBA, 2003).

CAMARGO (1996), analisando as denúncias de violência contra crianças e adolescentes no município de Maringá-PR, nos anos de 1990 a 1993, tendo, como fontes, informações de uma Delegacia de Polícia, da Delegacia da Mulher, do Conselho Tutelar e do Fórum, observou, contrariamente, maior número de ocorrência nos meses de novembro, janeiro e dezembro. Esta autora relaciona o maior número de casos observados em janeiro e dezembro, meses de férias escolares, com a permanência, da criança e do adolescente, por mais tempo em suas casas ou na rua.

Esse fato foi também constatado em levantamento das ocorrências do Setor de Sexologia do Instituto Médico Legal Central de São Paulo, onde o trimestre de maior prevalência foi o primeiro (janeiro, fevereiro e março), explicado pela ausência da proteção conferida pela permanência das crianças nas salas de aula (DIEGOLI, 1996).

Na Rede de Proteção de Curitiba, as notificações são realizadas a partir da observação de sinais de alerta por parte dos diferentes serviços e categorias profissionais, que atuam diretamente na atenção à criança e ao adolescente. Nas férias escolares essa população passa a maior parte do tempo em suas casas, longe do olhar dos serviços de educação, o que justificaria a redução do número de notificações durante os meses de férias. De fato, na análise da distribuição mensal das notificações, segundo o tipo de serviço notificador, observa-se que, nos estabelecimentos de educação, a redução do número de notificações nos meses de férias apresenta-se mais evidente, refletindo a importância dos estabelecimentos escolares enquanto locus de observação dos abusos sofridos por crianças e adolescentes. (Figura 4.2)



**Figura 4.2** – Notificações de VCCA segundo serviço notificador (n.º) - Curitiba, 2004

#### 4.1.2 Segundo Instituição Notificadora

O serviço notificador é o elemento que torna pública a violência contra a criança e o adolescente e pode ser considerado um ator importante na Rede de Proteção. Dentre os serviços que integram essa Rede, observa-se que, em 2004, cerca da quarta parte das notificações foi emitida pelo SAV-SOS Criança, configurando-se como o serviço que realizou o maior número de registros. Apesar deste serviço só ter passado a notificar, à Rede, em agosto de 2003, efetuou 21,7% das notificações deste ano, percentual inferior somente ao assumido pelas Unidades de Saúde, que se responsabilizaram por 25,7% dos registros. (Tabela 4.2)

Os demais serviços apresentaram trocas de posição quanto ao número de notificações nos dois anos analisados. Em 2003, as Unidades de Saúde foram as que mais notificaram, seguidas dos Hospitais e das Escolas Municipais. Em 2004, excluindo o SAV-SOS Criança, os Hospitais realizaram o maior número de notificações (23,1%), seguidos das Escolas Municipais e das Unidades de Saúde. Os Centros de Educação Infantil mantiveram-se como o quinto serviço notificador, nos dois anos em estudo.

A maioria dos serviços apresentou um incremento no número de notificações entre os dois anos analisados. Esse incremento foi mais expressivo entre os Hospitais e as Escolas Municipais. Nos Hospitais, o número de notificações passou de 315, em 2003, para 512, em 2004, representando um incremento de 62,5%. As Escolas Municipais apresentaram um crescimento de 58,3% no número de notificações realizadas.

Chama a atenção o reduzido número de notificações emitidas pelas Escolas Estaduais, estabelecimentos responsáveis pela oferta do ensino médio no Município e, por consequência, espaço propício para a observação e notificação das situações de violência envolvendo adolescentes. Tal fato aponta a baixa integração desse serviço na proposta de Rede do Município, problema que precisa ser enfrentado, visando a maior cobertura na observação desse grupo etário.

**Tabela 4.2** – Notificações de VCCA segundo instituição notificadora (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Serviço	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
SAV – SOS Criança	334	21,7	569	25,6
Hospitais	315	20,5	512	23,1
Escolas Municipais	300	19,5	475	21,4
Unidades de Saúde	394	25,7	455	20,5
Centros de Educação Infantil (CMEI)	107	7,0	121	5,5
Programas Sociais	10	0,7	30	1,4
Contra turnos*	31	2,0	16	0,7
Escolas Estaduais	28	1,8	16	0,7
Conselho Tutelar	1	0,1	2	0,1
Outros	16	1,0	22	1,0
Não informado	-	-	1	0,0
<b>Total</b>	<b>1536</b>	<b>100,0</b>	<b>2219</b>	<b>100,0</b>

\* Programa de atividades e acompanhamento ao estudante em turno contrário ao turno de estudo.

Avaliando as notificações, tendo em conta o número de equipamentos existentes em cada serviço, nota-se que aqueles ligados à saúde foram os que mais notificaram. Os hospitais apresentaram a maior média de notificação, supostamente pelo fato de cobrir uma grande demanda em termos de atendimento, além de atuar como referência para a atenção ao abuso sexual.

Enquanto cada Unidade de Saúde efetuou, em média, 3,6 e 4,2 notificações em 2003 e 2004, respectivamente, cada Escola Municipal notificou uma média de 1,9 e 2,8 nos dois anos em estudo. Observa-se, ainda, o aumento do número de equipamentos notificantes entre os dois anos, o que justifica, em parte, o aumento do número de notificações observado entre 2003 e 2004. (Tabela 4.3)

**Tabela 4.3** – Notificações de VCCA segundo tipo de serviço (n.º e média) - Curitiba, 2003 e 2004

	Serviço	2003			2004		
		n.º notific.	n.º equip.	Notif. por equip.	n.º notific.	n.º equip.	Notif. por equip.
Saúde	Unidades de Saúde	394	109	3,6	455	109	4,2
	Hospitais	315	4	78,8	512	8	64,0
	<b>Sub total</b>	<b>709</b>	<b>113</b>	<b>6,3</b>	<b>967</b>	<b>117</b>	<b>8,3</b>
Educação	Escolas Municipais	300	159	1,9	475	167	2,8
	CMEI	107	125	0,9	121	143	0,8
	Escolas Estaduais	28	165	0,5	16	165	0,1
	<b>Sub total</b>	<b>435</b>	<b>449</b>	<b>1,0</b>	<b>612</b>	<b>475</b>	<b>1,3</b>
	Outros serviços	392			640		
	<b>Total</b>	<b>1536</b>			<b>2219</b>		

Observa-se, no entanto, que o percentual de equipamentos que realizaram pelo menos uma notificação por ano apresentou variação segundo o tipo de serviço e entre os dois anos em estudo (Tabela 4.4). Excluído os Hospitais, entre as Unidades de Saúde encontramos os maiores percentuais de equipamentos que realizaram notificações. Em 2003, 82,6% das Unidades de Saúde realizaram pelo menos uma notificação. Em 2004, das 109 Unidades de Saúde, 34 não notificaram nem um caso,

representando importante redução do número de equipamentos notificadores. Observa-se, no entanto, o aumento da média de notificações por equipamento que passou de 4,4 para 6,1, respectivamente em 2003 e 2004.

Entre as Escolas Municipais observa-se um incremento de equipamentos que realizaram notificação, passando de 44,0% em 2003 para 61,7% em 2004. O serviço estadual de educação, provavelmente devido à baixa integração à Rede de Proteção, como mencionada anteriormente, foi o que apresentou os menores percentuais de equipamentos notificadores, nos dois anos analisados. Por atender crianças e até 6 anos de idade, chama a atenção os reduzidos percentuais de Centros de Educação Infantil notificadores, nos dois anos. Soma-se a isso o fato de também apresentarem as menores médias de notificação por equipamento.

Essa análise, por um lado, reflete a existência de serviços/equipamentos mais e menos atuantes, apontando a necessidade de análises e intervenções pontuais visando conhecer o motivo da baixa participação de alguns equipamentos nos diferentes serviços. Por outro lado, evidencia um potencial de crescimento da proposta, ainda a ser atingido.

**Tabela 4.4** – Equipamentos existentes e que notificaram (n.º e %) e notificações por tipo de serviço (n.º e média) – Curitiba, 2003 e 2004

Serviços	Equipamentos			Notificações		
	Total n.º	Que notificaram n.º	%	n.º	por equipamento	
2003	Hospitais	4	4	100,0	315	78,8
	Unidades de Saúde	109	90	82,6	394	4,4
	Escolas Municipais	159	70	44,0	300	4,3
	CMEI	125	55	44,0	107	1,9
	Escolas Estaduais	165	8	4,8	28	3,5
2004	Hospitais	8	8	100,0	512	64,0
	Unidades de Saúde	109	75	68,8	455	6,1
	Escolas Municipais	167	103	61,7	475	4,6
	CMEI	143	57	39,9	121	2,1
	Escolas Estaduais	165	10	6,1	165	1,6

Os tipos de maus-tratos informados refletem as características do serviço notificador e/ou o grupo etário atendido pelo serviço, como se pode observar na tabela 4.5 e na figura 4.3, relativas às notificações realizadas em 2004.

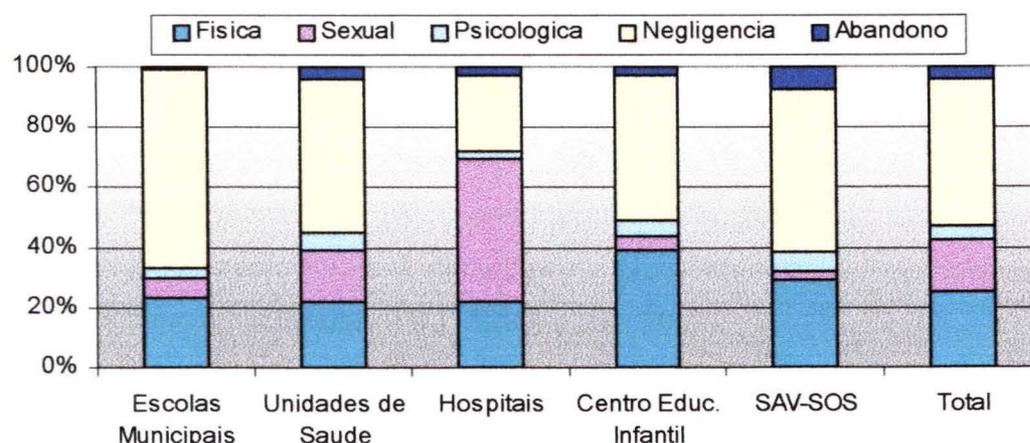
Os serviços de educação infantil, que atendem a população pré-escolar, notificaram primeiramente a negligência, seguida de perto da violência física. As Escolas Municipais, responsáveis por escolares de 6 e 15 anos, notificaram predominantemente a negligência.

Entre as notificações feitas pelos hospitais, a violência sexual foi a de maior frequência, com 244 casos notificados, o que corresponde a mais de 60% do total deste tipo de maus-tratos. Vale observar a existência de três Hospitais de Referência para vítima de violência sexual entre os hospitais notificadores. As Unidades de Saúde foram as que apresentaram o segundo maior número de notificação de violência sexual, correspondente a 81 notificações.

Entre as notificações realizadas pelo SAV-SOS Criança, lembrando que estas se referem aos casos de procura direta a esse serviço, observa-se o reduzido número de casos de violência sexual (15 notificações ou 3,9% do total de abuso sexual), número inferior, até mesmo, aos informados pelas Escolas Municipais. Este fato chama a atenção, principalmente por ser o serviço que realizou o maior número de notificações no ano de 2004.

**Tabela 4.5** – Notificações de VCCA segundo equipamento notificante e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2004

Serviço	Física		Sexual		Psicológica		Negligência		Abandono		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Escolas Municipais	111	23,4	32	6,7	14	2,9	315	66,3	3	0,6	475	100,0
Escolas Estaduais	3	18,8	2	12,5	0	0,0	11	68,8	-	-	16	100,0
Unidades de Saúde	98	21,5	81	17,8	26	5,7	232	51,0	18	4,0	455	100,0
Hospitais	112	21,9	244	47,7	15	2,9	128	25,0	13	2,5	512	100,0
Centros Educ. Infantil	47	38,8	6	5,0	6	5,0	59	48,8	3	2,5	121	100,0
Contra tumos	5	31,3	1	6,3	2	12,5	8	50,0	-	-	16	100,0
SAV-SOS	167	29,3	15	2,6	36	6,3	308	54,1	43	7,6	569	100,0
Ignorado	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Outros	15	27,8	4	7,4	3	5,6	31	57,4	1	1,9	54	100,0
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>25,1</b>	<b>385</b>	<b>17,4</b>	<b>102</b>	<b>4,6</b>	<b>1093</b>	<b>49,3</b>	<b>81</b>	<b>3,65</b>	<b>2219</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.3** – Notificações de VCCA segundo equipamento notificante e tipo de violência (%) - Curitiba, 2004 (%)

Esta constatação sugere a baixa captação de casos de violência sexual pelo SAV-SOS Criança, fato também evidenciado na análise comparativa entre a média mensal dos atendimentos de violência sexual realizados pelo SAV-SOS Criança na década de 90 e nos anos de 2000 e 2001 e dos notificados pela Rede de Proteção entre 2002 e 2004. Observa-se o aumento importante no número e na média mensal

de notificações de abuso sexual, evidente após a conclusão da implantação da Rede de Proteção em 2002. (Tabela 4.6)

**Tabela 4.6** – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (n.º e média mensal) - Curitiba, década de 90, 2000 a 2004

Período	Atendimentos / notificações	
	n.º	Média / Mês
Década de 90 *	433	3,6
Ano de 2000 *	20	1,7
Ano de 2001 *	14	1,2
Ano de 2002 **	192	16,0
Ano de 2003 **	169	14,1
Ano de 2004 **	141	11,8

Fonte: \* SAV-SOS Criança \*\* Rede de Proteção

Até o ano 2000, dados fornecidos pelo SAV-SOS Criança apontaram um percentual de 0,9% de abuso sexual no total dos atendimentos. Com a Rede de Proteção, esse valor passou a representar 13,8% em 2003 e 7,8% em 2004, como será visto adiante, evidenciando que o sub-registro dessa forma de abuso, que se caracteriza pelo anonimato, está diminuindo e possibilitando que mecanismos de proteção possam ser acionados (OLIVEIRA e col., 2003).

A violência sexual doméstica sustenta-se no silêncio da família. Por se tratar de uma ocorrência que envolve medo e vergonha, a informação de abuso sexual é frequentemente sonogada por pessoas próximas à vítima e pela própria vítima. As primeiras, pelo temor das repercussões familiares e sociais que tal notícia pode envolver, e a vítima, pelo medo de ser castigada, não acreditada e não protegida.

Diferente dos outros tipos de violência, onde as marcas ou sinais são mais evidentes, o abuso sexual acontece de forma menos aparente aos olhos de terceiros, dificultando a sua percepção e conseqüente denúncia por parte, até mesmo, de pessoas do convívio diário da criança e do adolescente vitimizado. DESLANDES (1994a), reforça que esse tipo de maus-tratos, por representar sério tabu cultural, é o que mais permanece subnotificado.

Avaliação da Rede de Proteção, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ressalta a importância desse sistema integrado e capacitado de proteção e assistência à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência, onde o aumento observado do número de casos de abuso sexual define a maior capacidade de denúncia e/ou a melhor capacidade diagnóstica (SMS-CURITIBA, 2003).

#### 4.1.3 Segundo Local de Residência

Nos dois anos analisados, cerca de 89% do total de notificações realizadas, foram relativas a crianças e adolescentes residentes em Curitiba. (Tabela 4.7)

Nas demais situações, as crianças e os adolescentes residiam em outros municípios, destacando-se os da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), com cerca de 10% das notificações. Observou-se a ocorrência de 3 notificações em 2003 e 2 em 2004 de residentes em outros estados, possivelmente, passando férias ou em viagem a esta cidade. A maioria dos casos de residentes na RMC e a totalidade dos residentes em outros estados foram notificadas por Hospitais que integram a Rede de Proteção e que se constituem em serviços de referência para a região. A providência tomada com relação a estes casos foi a comunicação ao Conselho Tutelar do Município de residência da criança ou adolescente, para possível acompanhamento.

**Tabela 4.7** – Notificações de VCCA segundo a procedência da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Residência	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Curitiba	1356	88,3	1986	89,5
Região Metropolitana de Curitiba (RMC)	171	11,1	216	9,7
Outros Municípios do Paraná	6	0,4	15	0,7
Municípios de outros Estados	3	0,2	2	0,1
<b>Total</b>	<b>1536</b>	<b>100,0</b>	<b>2219</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.4 Residentes em Curitiba Segundo a Natureza da Violência

Do total de notificações de residentes em Curitiba em 2003 e 2004, pouco mais de 90% foram relativas à violência doméstica (Tabela 4.8). O lar tem sido identificado como um local privilegiado para a expressão da violência contra crianças e adolescentes, na medida em que nele se estabelece o confronto subjetivo e cotidiano da disciplina, dominação e resistência (CAMARGO, 1996).

**Tabela 4.8** – Notificações de VVCA segundo a natureza da violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Natureza	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Doméstica	1224	90,3	1813	91,3
Extrafamiliar	108	8,0	140	7,0
Outros	12	0,9	21	1,1
Ignorado	12	0,9	12	0,6
<b>Total</b>	<b>1356</b>	<b>100,0</b>	<b>1986</b>	<b>100,0</b>

Pesquisa publicada pelo IBGE (1989), apontou o domicílio como o local mais freqüente para a ocorrência de violência física na infância e na adolescência. Dados desta pesquisa revelam que cerca de 20% das crianças e adolescentes sofrem violência física e 80% dos agressores são seus próprios pais, parentes e conhecidos (IBGE, 1989).

Conclusões de uma pesquisa de ASSIS (1994), realizada com adolescentes de escolas públicas e privadas do município de Duque da Caxias - RJ, revelaram que 75% dos entrevistados apontaram os irmãos como autores de atos violentos, 40%, o pai e 45%, a mãe, refletindo a magnitude da violência doméstica contra esse segmento populacional. Além disso, a violência intrafamiliar é referida como a mais freqüentemente notificada aos serviços de atenção à infância e a adolescência (MS, 1997).

Alguns estudos acrescentam que as crianças são as vítimas preferenciais da violência que ocorre dentro de casa, enquanto a violência extrafamiliar atinge preferencialmente os adolescentes (MS, 2001).

Neste trabalho, as ocorrências extrafamiliares corresponderam a 8% do total e, entre elas, o tipo de violência mais comum foi a sexual (62% em 2003 e 70% em 2004), o que deve contribuir para a predominância do sexo feminino entre as vítimas de violência desta natureza (50,9% em 2003 e 66,4% em 2004). O segundo tipo mais comum foi a violência física. Estas duas modalidades, em conjunto, representaram cerca de 91% das ocorrências extrafamiliares.

A maior parte dos perpetradores das agressões era desconhecida, seguindo-se vizinhos e amigos da vítima. O principal local de ocorrência deste tipo de violência foi a via pública, que, somado às agressões ocorridas nos terrenos baldios, representam respectivamente 37% e 44,3% do total dos locais informados. A residência do agressor aparece como o segundo local mais freqüente de ocorrência deste tipo de violência. ASSIS, em 2005, refere-se à violência na comunidade como outra forma de vitimização que atinge intensamente a vida dos adolescentes, na medida em que estes são alvos privilegiados dos maus-tratos que ocorrem próximo ao domicílio.

A violência ocorrida nas escolas, isoladamente, responde por cerca de 14% das violências extrafamiliares nos dois anos analisados, evidenciando uma modalidade de agressão que vem sendo objeto de atenção e preocupação. (Tabela 4.9)

Pesquisa realizada com estudantes, em São Paulo, mostrou que 70% já foram vítimas, nos colégios, de furto, ameaças de agressão e destruição de seus pertences (KAHN, 2001). Inquérito realizado em 10 capitais brasileiras apontou que 6% dos jovens entre 16 a 24 anos sofreram agressão física na escola (CARDIA, 1999). Esta modalidade de violência também vem sendo estudada através de pesquisa sobre *bullying*, representado pelo comportamento de crianças e adolescentes agressivos, que humilham, aterrorizam, agredem sexual ou fisicamente os colegas.

MENEGHEL(1996), buscando a associação entre violência doméstica e violência na escola, constatou que os agredidos fisicamente em casa correm quatro vezes mais risco de serem agressivos na escola.

Estes dados refletem o largo espectro de situações violentas a que as crianças e adolescentes estão submetidos como também remete à existência da inter-relação entre elas. MINAYO (2002), refere que os diversos tipos de violência costumam se expressar de forma associada, conformando uma rede onde aquelas que expressam os conflitos do sistema social se articulam nos níveis individuais.

**Tabela 4.9** – Notificações de violência extrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo algumas características da vítima e do agressor (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Características		2003		2004	
		n.º	%	n.º	%
Tipo de violência	Sexual	67	62,0	98	70,0
	Física	32	29,6	30	21,4
	Psicológica	6	5,6	10	7,1
	Negligência	3	2,8	2	1,4
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>
Sexo	Feminino	55	50,9	93	66,4
	Masculino	53	49,1	47	33,6
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>
Agressor	Desconhecido	33	30,6	49	35,0
	Vizinho	28	25,9	26	18,6
	Amigo da vítima	20	18,5	16	11,4
	Outros	27	25,0	49	35,0
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>
Local de ocorrência	Via pública	35	32,4	54	38,6
	Residência do agressor	24	22,2	33	23,6
	Escola	16	14,8	19	13,6
	Terreno baldio	5	4,6	8	5,7
	Residência da vítima	4	3,7	7	5,0
	Ignorado	10	9,3	6	4,3
	Outros	14	13,0	13	9,3
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Ocorreram ainda 17 notificações de casos de maus-tratos a crianças em sua fase intra-uterina (7 em 2003 e 10 em 2004), cujas mães, gestantes, apresentaram hábitos ou comportamentos que, traduzidos, constituíam negligência ou risco para a criança, na opinião do notificador. Na totalidade dos casos, todos notificados por Unidades de Saúde, houve recusa da mãe na realização do pré-natal. De forma concomitante, em 6 notificações a gestante fazia uso de álcool e outras drogas. Em um caso a mãe era portadora de doença mental e, em outro, era HIV positivo.

Embora essa constatação possa parecer estranha, alguns trabalhos apontam o pré-natal como uma oportunidade adequada para a atuação em casos de maus-tratos, não só pela possibilidade de detecção de fatores de risco, como também por ser um momento propício para a orientação de ações preventivas contra o abuso infantil durante o período gestacional (MACHADO e col., 1994).

DESLANDES (1994b), ressalta que as gestantes consideradas de “alto risco” para a prática de maus-tratos podem ser identificadas e apoiadas multidisciplinarmente pela equipe do serviço. Aponta ainda algumas pistas para a identificação de gestantes de “alto risco”, entre as quais ser usuária de álcool ou outra droga, ter tentado o aborto, demonstrar grande apatia diante da gravidez e nascimento da criança, sofrer de problemas psicossomáticos, entre outros.

SANTOS (2002), denomina este evento de “maus-tratos ao feto” e lembra que podem ser incluídos nesta categoria não só os atos de agressão deliberados por parte da mãe, mas também outros tipos de conduta que trazem riscos conhecidos para o feto, como o alcoolismo, dependência de drogas, automedicação, ausência de cuidados, etc.. Enfatiza ainda a importância dos profissionais de saúde na identificação precoce dessas situações.

A notificação destacada a seguir ilustra essa situação.

*Notificação n.º 475 de 2003*

*Notificador: Unidade de Saúde*

*Tipo de maus-tratos: negligência*

*“Gestante de aproximadamente 30 semanas, usuária de drogas pesadas. Recusa-se a realizar pré-natal em nossa Unidade de Saúde ou outro local. Recusa também o tratamento por dependência química.”*

Foram notificados, também, 16 casos de auto-agressão (5 em 2003 e 11 em 2004), situações em que foram observadas tentativas de suicídio por parte de adolescentes de 10 a 17 anos. Na metade dos casos foi constatada intoxicação medicamentosa, em duas situações o uso de raticida e, nas demais, o uso de outras drogas ilícitas.

Apesar do número reduzido de tentativas de suicídio notificadas, trata-se de situação preocupante na medida em que se mostra como sinal de alerta. MELLO JORGE (1998a), sinaliza para o fato de que esta questão deve ser objeto de atenção, por ser difícil aceitar que um adolescente opte por este caminho.

A adolescência é uma etapa de conflitos e contradições para a maioria das pessoas e o comportamento suicida, juntamente com o maior envolvimento com abuso de substâncias, tem sido constantemente apontado como uma das manifestações na vida da vítima de maus-tratos (SCHERER e SCHERER, 2000).

LIPPI (2003), analisando a hipótese de que a tentativa de suicídio, em qualquer idade, pode estar associada com as violências ocorridas na infância, encontrou correlação significativa no que se refere aos abusos sexuais e psicológicos, confirmando a correlação.

O caso relatado a seguir refere-se a esse ponto.

*Notificação n.º 1248 de 2004*

*Notificador: Hospital*

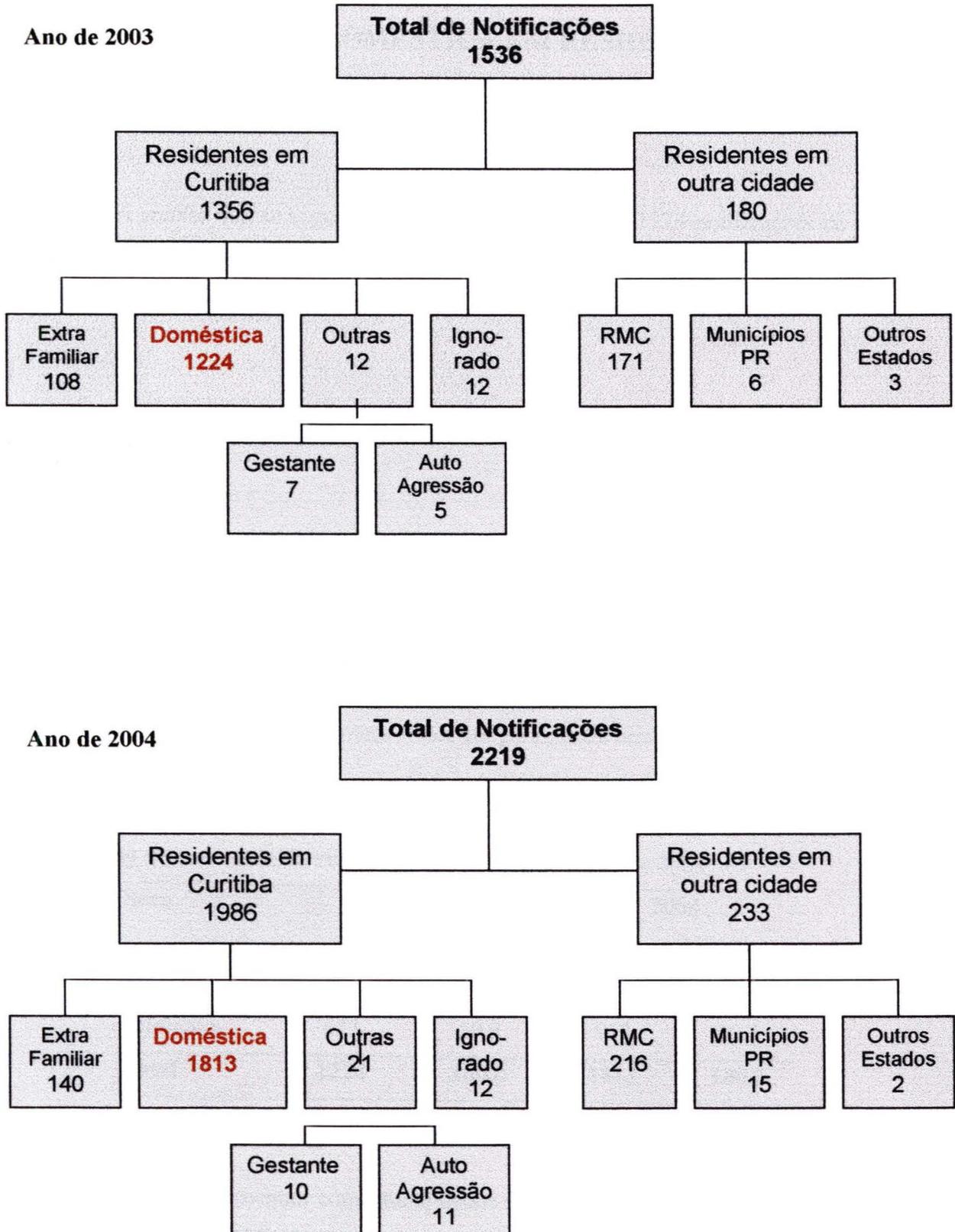
*Tipo de maus-tratos: violência psicológica e negligência*

*“Sexo feminino, 11 anos. Ingeriu 100 comprimidos de sulfato ferroso. Refere que brigou com o pai e a mãe repreendeu-a e ameaçou bater.”*

Em 24 notificações (12 em 2003 e 12 em 2004) não foi possível elucidar a natureza da violência observada.

A figura 4.4 apresenta, de forma esquemática, o conjunto de notificações realizadas nos anos de 2003 e 2004, com suas diferentes características referentes ao município de residência da vítima e à natureza da violência.

Neste trabalho, visando caracterizar a violência doméstica cometida contra crianças e adolescentes residentes no município de Curitiba, foram excluídos da análise os casos de violência extrafamiliar, auto-agressão, violência contra o feto e as notificações em que não pode ser confirmada a natureza da violência.



**Figura 4.4** – Notificações de VCCA segundo município de residência da vítima e natureza da violência (n.º) – Curitiba, 2003 e 2004.

## 4.2 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM RESIDENTES EM CURITIBA

A análise que se segue refere-se exclusivamente às 1224 notificações do ano de 2003 e às 1813 notificações de 2004 relativas à violência doméstica contra crianças e adolescentes residentes em Curitiba.

### 4.2.1 Algumas Características das Vítimas

#### - Sexo e Idade

A violência doméstica distribuiu-se equilibradamente entre meninos e meninas, apresentando freqüências bastante semelhantes entre os anos de 2003 e 2004 (Tabela 4.10). GOMES e col. (1999), observam que o sexo não é uma variável que determina a ocorrência de maus-tratos em geral, entre crianças e adolescentes.

**Tabela 4.10** – Notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA) segundo sexo da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Sexo	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Masculino	601	49,1	901	49,7
Feminino	623	50,9	912	50,3
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

Estudos que tiveram como fonte dados provenientes de Conselhos Tutelares (CAVALCANTI, 1999; TOMIO, 2000), ou serviços de atenção aos maus-tratos, apontam a maior prevalência do sexo feminino. Este fato pode sugerir que a procura por atenção e atendimento acontece de forma mais efetiva quando a vítima é do sexo feminino.

A definição da faixa etária de maior prevalência de maus-tratos tem sido objeto de estudo e resultados divergentes vêm sendo observados.

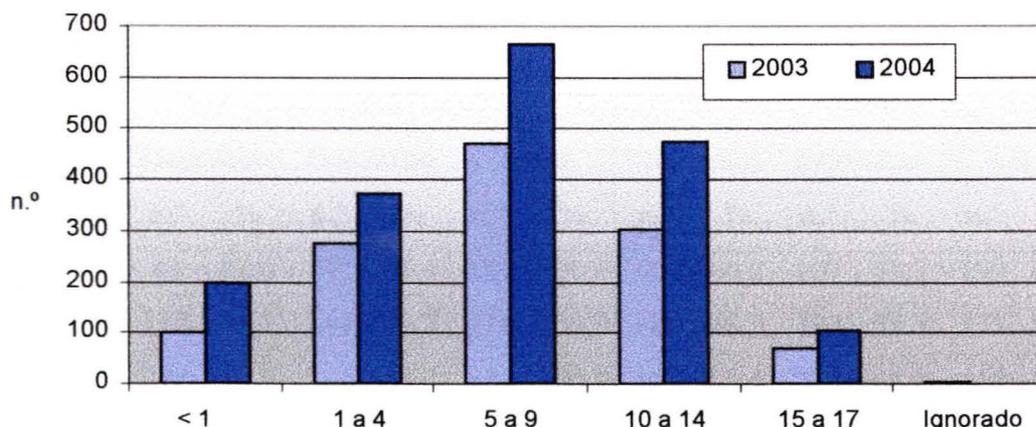
Neste trabalho, as notificações, segundo grupo etário, mantiveram também um padrão semelhante nos dois anos analisados. O maior número de casos envolveu crianças de 5 e 9 anos de idade, seguido do grupo de 0 a 4 anos, assumindo, conjuntamente, 61% dos casos notificados em 2003 e 57,2% em 2004. Chama a atenção a ocorrência de 89 casos de maus-tratos em menores de 1 mês de vida (25 em 2003 e 64 em 2004), fase da vida de completa falta de defesa e de total dependência de um cuidador. (Tabela 4.11 e Figura 4.5)

Entre os adolescentes, a faixa etária mais atingida foi aquela compreendida entre 10 e 14 anos, concentrando cerca de 25% das notificações. Vale lembrar que, sem a efetiva participação das Escolas Estaduais na Rede de Proteção, a análise da violência doméstica entre adolescentes, principalmente do grupo acima de 14 anos, torna-se deficiente.

FORTE (2001), salienta que, apesar da sociedade enfatizar os maus-tratos em crianças, a incidência entre adolescentes também é alta e que, apesar deste grupo ser mais resistente a castigos corporais, os danos emocionais são infinitos.

**Tabela 4.11** – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Idade (anos)	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
< 1	101	8,3	199	11,0
1 a 4	276	22,5	373	20,6
5 a 9	471	38,5	664	36,6
10 a 14	303	24,8	473	26,1
15 a 17	69	5,6	104	5,7
Ignorado	4	0,3	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>



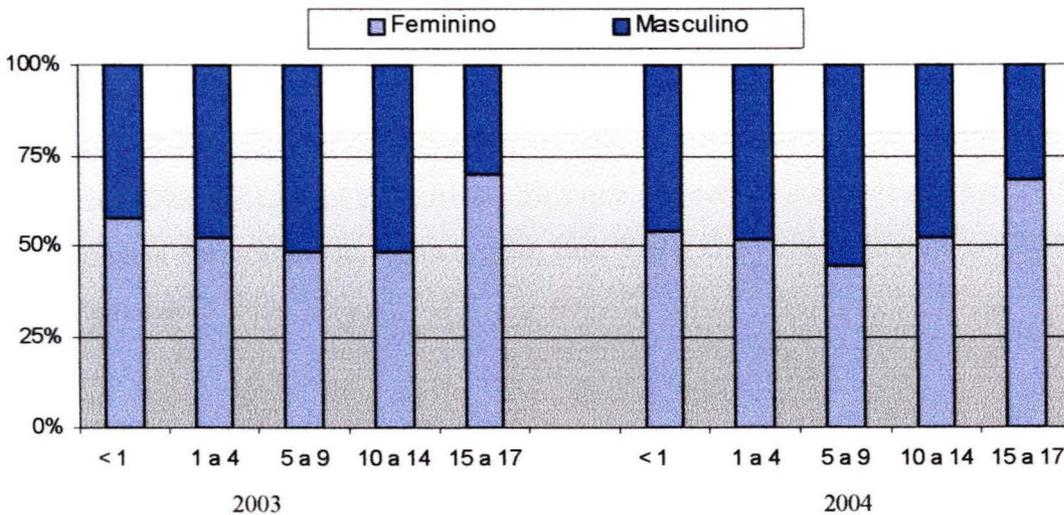
**Figura 4.5** – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima (n.º) - Curitiba, 2003 e 2004

Analisando conjuntamente as variáveis sexo e idade da vítima (Tabela 4.12 e Figura 4.6), observa-se um equilíbrio na distribuição das notificações segundo o sexo nas diferentes faixas etárias, com exceção do grupo de adolescentes de 15 a 17 anos, onde o sexo feminino responde por cerca de 70% dos casos. Esse fato representa uma razão de sexos de 1:2, ou seja, para cada menino envolvido em violência doméstica existem duas meninas, valores que possivelmente expressam a maior capacidade de defesa e independência dos rapazes em relação às moças (CAVALCANTI, 1999).

Nos menores de 1 ano de idade, nota-se uma pequena prevalência de casos entre as meninas, principalmente no ano de 2003, quando representou 57,4% dos casos. Igualmente, na faixa de 5 a 9 anos prevaleceu, com ligeira margem de diferença, a notificação do sexo masculino, nos dois anos em estudo.

**Tabela 4.12** – Notificações de VDCCA segundo sexo e idade da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Idade (anos)	2003						2004					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
< 1	43	42,6	58	57,4	101	100,0	92	46,2	107	53,8	199	100,0
1 a 4	132	47,8	144	52,2	276	100,0	181	48,5	192	51,5	373	100,0
5 a 9	244	51,8	227	48,2	471	100,0	369	55,6	295	44,4	664	100,0
10 a 14	157	51,8	146	48,2	303	100,0	226	47,8	247	52,2	473	100,0
15 a 17	21	30,4	48	69,6	69	100,0	33	31,7	71	68,3	104	100,0
Ignorado	4	100,0	-	-	4	100,0	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>601</b>	<b>49,1</b>	<b>623</b>	<b>50,9</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>901</b>	<b>49,7</b>	<b>912</b>	<b>50,3</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.6** – Notificações de VDCCA segundo sexo e idade da vítima (%) - Curitiba, 2003 e 2004

#### **4.2.2 Segundo Regional de Residência**

Nos dois anos em estudo, a gestão municipal encontrava-se descentralizada em oito Regionais Administrativas, apresentando delimitações territoriais com características populacionais, demográficas e sociais diversas.

Em números absolutos, a Regional Portão foi a que apresentou o maior quantitativo de casos de residentes notificados em 2003 (209 notificações), seguido da Regional Boa Vista. Em 2004, a Regional Boa Vista passou a apresentar o maior número de casos, seguido da Regional Cajuru. Nos dois anos, a Regional Pinheirinho permaneceu como a terceira Regional com mais casos notificados. (Tabela 4.13)

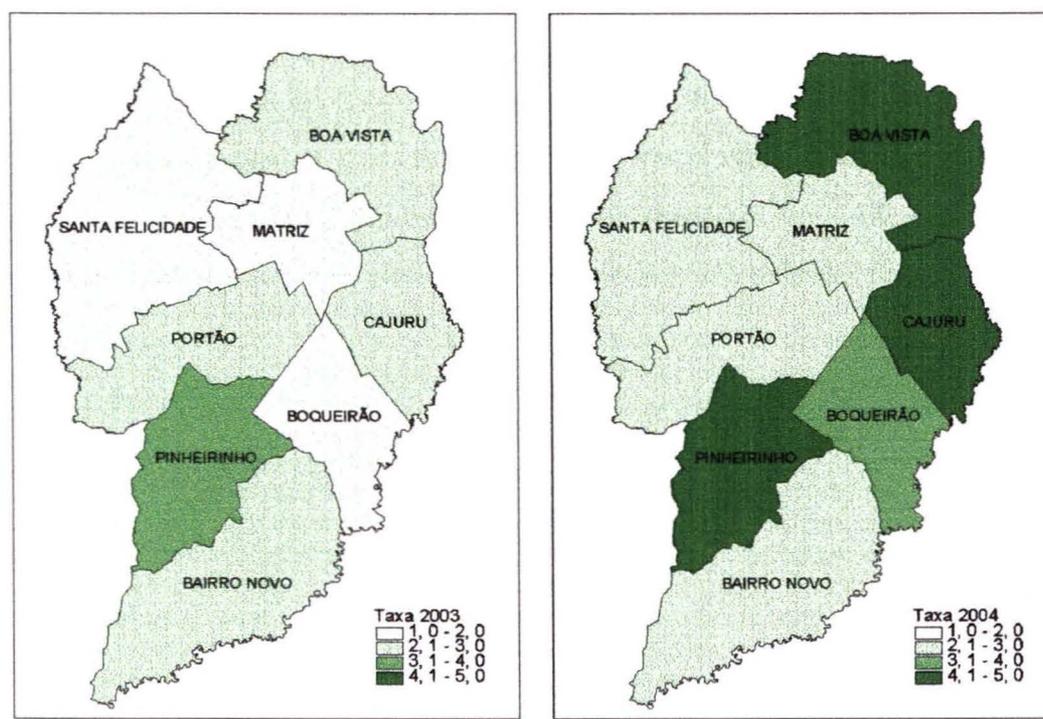
Na análise da taxa de notificação, que leva em consideração a população residente em cada uma das Regionais Administrativas, observa-se que, com exceção do Bairro Novo, todas as demais Regionais apresentaram um incremento em sua taxa de notificações, entre 2003 e 2004. Vale reiterar que o incremento observado não representa, necessariamente, o aumento da violência contra estes grupos, mas pode ser explicado pelo maior número de serviços notificantes em 2004 e pelo aumento da capacidade de detecção das situações de violência contra crianças e adolescentes.

Em 2003, a Regional Pinheirinho foi a que apresentou a maior taxa. Em 2004, três Regionais destacaram-se, nesta ordem: Boa Vista, Cajuru e Pinheirinho. (Tabela 4.13 e Figura 4.7)

**Tabela 4.13** – Notificação de VDCCA segundo regional de residência da vítima (n.º e taxa) - Curitiba, 2003 e 2004

Regional	2003			2004		
	n.º	Pop 0 a 18 anos	Taxa	n.º	Pop 0 a 18 anos	Taxa
Bairro Novo	123	57.514	2,1	121	58.426	2,1
Boqueirão	133	69.115	1,9	237	70.211	3,4
Boa Vista	202	75.943	2,7	340	77.148	4,4
Cajuru	178	70.320	2,5	308	71.436	4,3
Matriz	69	46.895	1,5	105	47.639	2,2
Pinheirinho	201	64.136	3,1	281	65.154	4,3
Portão	209	98.084	2,1	267	99.640	2,7
Sta Felicidade	108	61.134	1,8	153	62.104	2,5
Não informado	1			1		
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>543.140</b>	<b>2,3</b>	<b>1813</b>	<b>551.758</b>	<b>3,3</b>

Taxa: por 1.000 habitantes  
 Fonte da população: IPPUC



**Figura 4.7** – Taxa de notificação de VDCCA (por 1.000 hab.) segundo regional de residência da vítima - Curitiba, 2003 e 2004

Analisando conjuntamente a regional de residência da vítima em relação à regional notificante, verificam-se alguns aspectos interessantes, como mostra a tabela 4.14.

A Matriz foi a única Regional que apresentou o número de casos notificados, relativos a residentes nesta região, menor que o número de notificações realizadas pela própria Regional. Por um lado, trata-se da região central da cidade, com características demográficas de predomínio de população de adultos e idosos; por outro lado, nessa Regional que localizam-se os principais hospitais que integram a Rede de Proteção, inclusive os três Hospitais de Referência para Atenção às Vítimas de Violência Sexual.

Em todas as outras Regionais, como era de se esperar, o número de residentes notificados foi superior ao número de notificações realizadas por serviços da própria Regional. Esta diferença traduz-se principalmente pelas notificações realizadas pelo SAV-SOS Criança e pelos Hospitais.

Tem sido referida a tendência, principalmente nos casos reincidentes e graves de violência física e sexual, à busca de serviços de saúde distantes do local de moradia e diferentes uns dos outros, por ocasião de cada ocorrência, com o intuito de não deixar evidências sobre a origem das lesões.

Estes fatos evidenciam a importância de um fluxo de informação que garanta que o acompanhamento das vítimas de maus-tratos seja realizado pelos serviços existentes em sua região de residência, independente do local em que a violência tenha sido observada e notificada, possibilitando o acompanhamento de cada caso.

**Tabela 4.14 – Notificações de VDCCA segundo regional da unidade notificante e de residência da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004**

Ano	Regional	Notificações	Residentes	Casos notificados	
		Realizadas	notificados	por outra regional	
		n.º	n.º	n.º	%
2003	Bairro Novo	78	123	45	36,6
	Boqueirão	86	133	47	35,3
	Boa Vista	156	202	46	22,8
	Cajuru	114	178	64	36,0
	Matriz	152	69	-	-
	Pinheirinho	108	201	93	46,3
	Portão	143	209	66	31,6
	Sta Felicidade	60	108	48	44,4
	SAV – SOS	327	-	-	-
	Não informado	-	1	-	-
<b>Total</b>		<b>1224</b>	<b>1224</b>		
2004	Bairro Novo	70	121	51	42,1
	Boqueirão	129	237	108	45,6
	Boa Vista	219	340	121	35,6
	Cajuru	181	308	127	41,2
	Matriz	249	105	-	-
	Pinheirinho	131	281	150	52,4
	Portão	129	267	138	51,7
	Sta Felicidade	128	153	25	16,3
	SAV – SOS	559	-	-	-
	Não informado	18	1	-	-
<b>Total</b>		<b>1813</b>	<b>1813</b>		

### 4.2.3 Algumas Características do Agressor

#### - Sexo

Na análise da variável sexo do agressor, observa-se que a violência doméstica foi perpetrada em sua maioria pela figura feminina, que se responsabilizou por 54,7% das ocorrências em 2003 e 64,9% em 2004. (Tabela 4.15) Esse achado é compatível com o esperado, considerando-se que a criança e o adolescente, normalmente, permanecem a maior parte do tempo sob os cuidados de uma mulher, seja ela mãe, avó, tia, vizinha ou outras; e que, em nossa cultura, em geral, é delegada à figura materna a maior parte das responsabilidades relativas à educação e proteção dos filhos.

No entanto, mesmo em menor número, as agressões perpetradas por figuras do sexo masculino ganham expressão, na medida em que este grupo, socialmente, não carrega a responsabilidade de cuidados e proteção como a delegada ao sexo feminino.

**Tabela 4.15** – Notificações de VDCCA segundo sexo do agressor (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Sexo	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Masculino	542	44,3	631	34,8
Feminino	669	54,7	1177	64,9
Ignorado	13	1,1	5	0,3
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

## **- Relação Com a Vítima**

A mãe e o pai foram os maiores responsáveis pelos maus-tratos contra crianças e adolescentes notificados à Rede de Proteção. A mãe foi a agressora mais freqüente, notificada como a principal agente violadora em 48,9% dos casos, em 2003, e 60,2% em 2004. (Tabela 4.16) Normalmente, a mãe é apontada nos estudos como o agressor mais freqüente. Além de passar mais tempo com os filhos, é atribuída a ela a responsabilidade das decisões e convivência doméstica.

O pai aparece como o segundo agressor em ordem de freqüência, mostrando-se como o principal agente em 27,9% e 23,7% dos casos, respectivamente, para cada um dos anos analisados. Supõe-se que uma vez igualado o tempo de permanência junto aos filhos, o pai passaria a ser o agressor mais freqüente (DESLANDES, 1994b). Considerando todas as vezes em que um dos progenitores aparece como vitimizador, a proporção chega a 76,8% e 83,9%.

Em relação aos pais substitutos, observa-se a supremacia do padrasto, responsável por 5,5% das agressões, enquanto que a madrasta aparece em somente 0,7% dos casos.

Existe também a participação de outros componentes da família – avô(ó), tio(a), irmão(ã) e primo(a) que, juntos, são responsabilizados em 8,6% das notificações. FONSECA (1995), menciona a coletivização das responsabilidades pelas crianças dentro do grupo familiar, ocasionada principalmente pela dificuldade financeira e desestruturação da família, onde é comum o envolvimento de outros parentes, principalmente dos avós e tios, que passam a exercer outras funções na rede familiar, inclusive a de cuidador das crianças / adolescentes.

Foram ainda notificados 13 casos em que os companheiros ou namorados das adolescentes aparecem como o agressor.

**Tabela 4.16** – Notificações de VDCCA segundo relação agressor-vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Relação	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Mãe	598	48,9	1091	60,2
Pai	342	27,9	430	23,7
Padrasto	85	6,9	84	4,6
Avô (ó)	50	4,1	58	3,2
Tio (a)	37	3,0	43	2,4
Irmão (ã)	27	2,2	31	1,7
Primo (a)	20	1,6	15	0,8
Madrasta	13	1,1	9	0,5
Companheiro / namorado	10	0,8	3	0,2
Amigo da família	8	0,7	-	-
Babá	1	0,1	3	0,2
Filho do padrasto / madrasta	3	0,2	3	0,2
Mãe / pai adotivo / social	2	0,2	18	1,0
Outro parente	3	0,2	11	0,6
Outro responsável	3	0,2	4	0,2
Toda a família	1	0,1	4	0,2
Vizinho	3	0,1	-	-
Ignorado	18	1,5	6	0,3
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

## - Uso de Álcool e Outras Drogas

É muito complexa a articulação entre violência e uso de álcool ou drogas, existindo várias dificuldades em se medir esta relação. Alguns autores concordam que drogas e álcool, freqüentemente, têm papel importante nas atividades violentas, porém é difícil determinar o nexos causal desta relação, bem como as influências do meio e as características individuais dos usuários de drogas e álcool (MINAYO e DESLANDES, 1998).

A avaliação sobre o uso de álcool ou outra droga por parte do agressor foi prejudicada, neste trabalho, pela baixa qualidade do preenchimento dos dados desta variável, motivada, provavelmente, pela dificuldade na obtenção desta informação. Nos anos de 2003 e 2004, respectivamente, em 19,0% e 23,5% dos casos, as informações relativas a este tema não foram registradas, ou seja, o campo específico para o registro da informação permaneceu em branco. Por outro lado, do total de casos em que houve algum registro, não foi possível obter a informação em 47,6% dos casos em 2003 e 41,7% em 2004, sendo assinalado o campo ignorado. (Tabela 4.17)

**Tabela 4.17** – Notificações de VDCCA segundo uso de álcool/droga por parte do agressor (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Uso de álcool ou Outra droga	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Informado	991	81,0	1387	76,5
{ Usa	360	(36,3)	561	(40,5)
{ Não usa	159	(16,1)	247	(17,8)
{ Ignorado	472	(47,6)	579	(41,7)
Não informado	233	19,0	426	23,5
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Os valores entre parênteses referem-se às percentagens calculadas sobre o total de casos informados.

Entre as respostas consideradas válidas (positivas ou negativas) nos dois anos de estudo, cerca de 70% foram positivas quanto ao uso de álcool ou outra droga.

VANRELL (1999), analisando o comportamento agressivo contra crianças, utilizando informações do Setor de Perícias Médico-Legais de São José do Rio Preto e dos serviços de emergência e pronto-socorro, levantou o alcoolismo como uma das principais “causas” detectadas (50%), seguido da desorganização familiar (30%), entre outros.

A OMS (2002), menciona vários estudos onde o abuso infantil foi associado ao abuso de substâncias, porém salienta que mais pesquisas são necessárias para distinguir os efeitos do abuso de substâncias das questões relacionadas à pobreza, distúrbios mentais e problemas de saúde associados a tal comportamento.

Entre os usuários de algum tipo de droga o uso do álcool se sobressai (59,4% em 2003 e 49,4% em 2004). Em menor percentual o agressor fazia uso de outro tipo de droga ilícita: maconha, crack ou cocaína (18,1% em 2003 e 17,3% em 2004) ou a associação destas com o álcool (15,8% em 2003 e 27,3% em 2004), como pode ser visto na tabela 4.18.

**Tabela 4.18** – Notificações de VDCA segundo tipo de droga utilizada (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de Droga	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Não informado	24	6,7	34	6,1
Álcool	214	59,4	277	49,4
Droga	65	18,1	97	17,3
Álcool e droga	57	15,8	153	27,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>	<b>561</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.4 Tipos de Violência

A OMS (2002), classifica os maus-tratos basicamente em quatro categorias: violência física, sexual ou psicológica e negligência. Neste trabalho, levando em conta a classificação adotada pela Rede de Proteção de Curitiba, foi incluído também o abandono como uma categoria independente, apesar de poder ser considerado como uma forma extrema de negligência (SBP, 2000).

Os tipos de maus-tratos expressam-se de forma dinâmica e inter-relacionada, não havendo limites rígidos entre estas categorias. A violência sexual, por exemplo, está sempre relacionada com a violência física e psicológica; a violência física não pode ser dissociada da psicológica; assim como a negligência é tanto uma violência física como psicológica (CAMARGO, 1996). CAMINHA (2000), menciona que qualquer forma de abuso surge de uma negligência primária, incorrendo em abusos psicológicos até chegar às demais categorias que, por sua vez, podem estar presentes simultânea e instantaneamente.

Quanto a esse aspecto, neste estudo, constatou-se a presença de mais do que um tipo de abuso em 322 ou 26,3% das notificações de violência doméstica emitidas em 2003. Em 2004, este valor foi de 513 ou 28,3%. (Tabela 4.19) CAVALCANTI (1999), estudando os registros de violência doméstica do Conselho Tutelar de Niterói, observou que, em 32% das ocorrências, a vítima sofreu mais de um tipo de abuso. DESLANDES (1994b), também verificou um alto percentual de mais de um tipo de abuso cometido sobre a mesma criança / adolescente nos atendimentos realizados pelos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos à Infância e Adolescência (CRAMIs).

**Tabela 4.19** – Notificações de VDCCA segundo o número de tipos de violência registrado (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

<b>Registro</b>	<b>2003</b>		<b>2004</b>	
	<b>n.º</b>	<b>%</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
Um tipo de violência	902	73,7	1300	71,7
Mais do que um tipo de violência	322	26,3	513	28,3
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

De forma isolada ou conjunta, houve o registro de 1.546 tipos de violência nas 1.224 notificações realizadas em 2003 e 2.326 registros nas 1.813 notificações de 2004, representando uma média de 1,3 tipo de violência por notificação, nos dois anos analisados. Apesar do banco de dados da Rede de Proteção permitir a entrada de, no máximo, dois tipos de violência por notificação, esta análise evidencia a magnitude da concomitância de vários tipos de violência.

Nesta análise, que considerou, quando houve o registro de mais de um tipo de abuso, os dois principais tipos de violência informados por notificação, a negligência foi a violência mais prevalente, seguida pelo abuso físico. A violência psicológica, tida como de difícil identificação, por produzir seqüelas não visíveis, aparece como a terceira mais notificada. O abandono que, em 2003, foi o menos prevalente, assume a quarta posição em 2004, quando a violência sexual passa para a última posição. (Tabela 4.20)

**Tabela 4.20** – Notificações de VDCCA segundo o número de menções de cada tipo de violência\* (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

<b>Tipo de Violência</b>	<b>2003</b>		<b>2004</b>	
	<b>n.º</b>	<b>%</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
Negligência	659	42,6	1205	51,8
Física	439	28,4	481	20,7
Psicológica	201	13,0	339	14,6
Sexual	172	11,1	145	6,2
Abandono	75	4,9	156	6,7
<b>Total</b>	<b>1546</b>	<b>100,0</b>	<b>2326</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** \*Considerando o registro concomitante de até dois tipos de violência.

Na tabela seguinte (Tabela 4.21) encontra-se a distribuição dos casos de crianças e adolescentes vitimizados segundo tipo de abuso, discriminado-se as associações entre mais de um tipo, nos casos em que ocorreu concomitância. Nesta análise, o tipo de violência doméstica mais notificado, nos dois anos em análise, continua sendo a negligência, seguida da violência física, registradas de forma isolada. As demais posições sofreram alterações de um ano para o outro.

**Tabela 4.21** – Notificações de VDCCA segundo o tipo de violência\* (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de violência	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Negligência	462	37,7	869	47,9
Física	264	21,6	253	14,0
Negligência e psicológica	49	4,0	136	7,5
Física e psicológica	93	7,6	123	5,8
Abandono e negligência	61	5,0	104	5,7
Sexual	124	10,1	94	5,2
Negligência e física	70	5,7	89	4,9
Psicológica	40	3,3	42	2,3
Abandono	12	1,0	42	2,3
Sexual e psicológica	18	1,5	29	1,6
Física e sexual	12	1,0	15	0,8
Sexual e negligência	17	1,4	7	0,4
Abandono e psicológica	1	0,1	9	0,5
Sexual e abandono	1	0,1	-	-
Física e abandono	-	-	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** \*Considerando a concomitância dos registros.

Para as demais análises que se seguem, considerou-se o principal tipo de violência que motivou a notificação, mesmo nas situações em que houve mais de um tipo de registro. A seleção do principal tipo de violência foi feita, sempre pela autora, por meio da identificação do principal motivo da notificação registrado pelo agente notificador, tendo como base informações de diferentes campos da ficha de notificação.

Apesar de dificilmente uma forma de violência manifestar-se isoladamente, esta distribuição possibilita a avaliação das formas mais frequentes de abuso.

Considerando o registro selecionado como mais importante, a distribuição segundo o tipo de abuso manteve o mesmo padrão nos dois anos analisados: a negligência aparece como a mais freqüente (43,5% em 2003 e 57,5% em 2004), seguida pela violência física, sexual e psicológica e pelo abandono. Esta mesma seqüência foi observada na análise das notificações feitas por profissionais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, relativas ao período de 2000 a 2002 (OLIVEIRA, 2004).

Nos Estados Unidos a negligência tem permanecido como a forma mais comum de maus-tratos (NAIC, 2001). Nesse país, levantamento nacional referente ao ano de 2003, realizado pelo NATIONAL CHILD ABUSE AND NEGLECT DATA SYSTEM – NCANDS, (2004), revelou que 60,9% das vítimas de maus-tratos sofreram negligência, 18,9% foram abusadas fisicamente, 9,9% foram vítimas de abuso sexual, 4,9% foram maltratadas psicologicamente e 5,4% sofreram outros tipos de abuso, como o abandono, ameaças física e uso de drogas durante a gravidez.

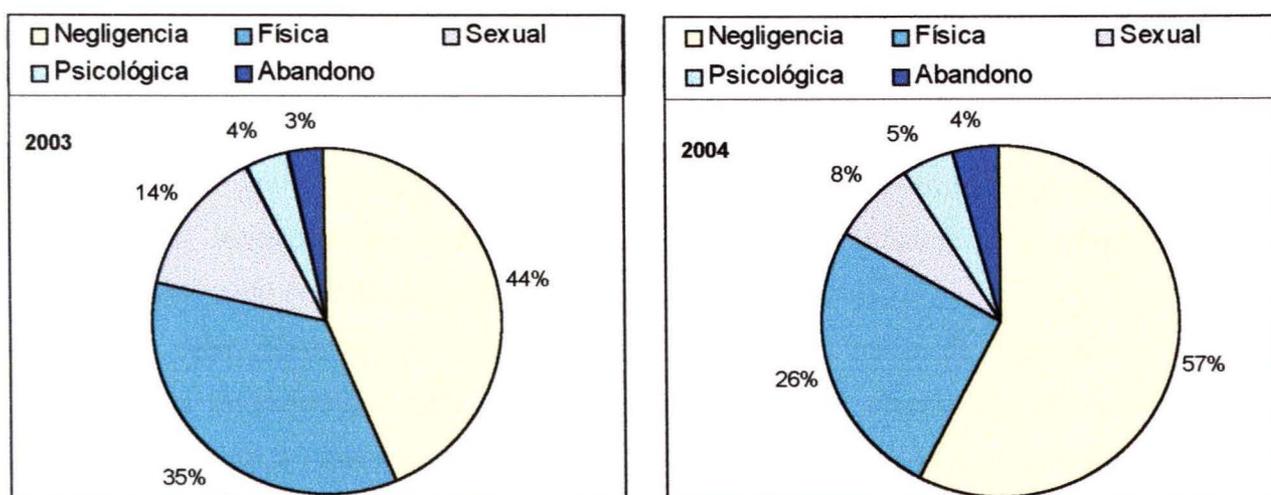
A violência psicológica que, na análise que considerou todos os abusos notificados, de forma isolada ou conjunta (Tabela 4.20), aparecia como a terceira mais notificada, aqui assume a quarta posição, mostrando que a percepção deste tipo de violência, por carregar intensa subjetividade, tem a maioria de seus registros associados, de forma subjacente, a outro tipo de abuso. Somente 4,3% das notificações em 2003 e 4,7% em 2004 tiveram a violência psicológica como o principal tipo de abuso,

Comparando os dois anos, nota-se o aumento do percentual de participação da negligência em detrimento da redução do percentual de violência física e da sexual. (Tabela 4.22 e Figura 4.8)

**Tabela 4.22** – Notificações de VDCCA segundo o tipo de violência\* (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de violência	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Negligência	532	43,5	1042	57,5
Física	430	35,1	467	25,8
Sexual	169	13,8	141	7,8
Psicológica	53	4,3	85	4,7
Abandono	40	3,3	78	4,3
<b>Total</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

Nota: \*Considerando o registro mais importante.



**Figura 4.8** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência (%) - Curitiba, 2003 e 2004

A distribuição segundo o tipo de violência tem apresentado variações em diferentes estudos, dependendo das características da fonte de informação e do método de obtenção dos dados, dificultando a comparabilidade entre os mesmos.

Neste trabalho a negligência aparece como o abuso mais prevalente. Se somadas às notificações relativas ao abandono, tido como um nível extremo de negligência caracterizado pela ausência ou deserção, por parte do responsável pela criança ou adolescente, dos cuidados necessários, expondo-os a situações de risco, os

valores ultrapassam os percentuais de 46%, em 2003 e 61% em 2004, refletindo a importância deste tipo de maus-tratos. A violência física, tida como a faceta mais visível da violência cometida contra crianças e adolescentes, aparece como o segundo tipo de abuso nos dois anos analisados, totalizando 35,1% em 2003 e com 25,8% em 2004.

LOPES e TAVARES (2000), ao investigarem casos de maus-tratos na infância atendidos no Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, entre 1987 e 1997, também identificaram o predomínio de casos de negligência (47,3), seguido de abuso físico (39%). Igualmente, dados coletados pelo LACRI – Laboratório de Estudo da Criança do Instituto de Psicologia da USP/SP, relativos a casos notificados entre 1996 a 2004, apontam também a negligência como a violência mais frequentemente notificada (SILVA e SILVA, 2005).

Contrariamente, GONÇALVES e col. (1999), estudando os atendimentos realizados pelo SOS Criança, do Rio de Janeiro, encontraram o abuso físico como a mais prevalente, seguido da negligência, da violência psicológica e da sexual. Sequência também observada por DESLANDES (1993), em investigação nos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos à Infância e Adolescência (CRAMIs), no período de 1988-1992.

Vale observar que várias análises realizadas a partir de informações de serviços de referência para maus-tratos, como os dois últimos estudos citados, verificam que a violência física representou o tipo de abuso que mais chega a esses serviços. Entretanto, pode-se supor que a criança ou o adolescente que chega a um serviço de referência, provavelmente, já sofreu maus-tratos anteriores menos graves, que não foram valorizados.

A negligência ainda é menos observada nos estudos que têm como fonte instituições policiais e jurídicas, como o realizado por CAMARGO (1996), que usou informações da Delegacia de Polícia, da Delegacia da Mulher, do Conselho Tutelar e do Fórum, como já referido.

Por outro lado, nas análises que tiveram os dados colhidos de forma mais aleatória, menos dirigida ou de forma pró-ativa, a negligência figura como a mais prevalente. Segundo AZEVEDO e GUERRA (2005), este fato reforça a tese

defendida por alguns historiadores brasileiros de que há uma cultura camuflada de abandono infantil no país.

Pode-se concluir que a forma mais comum de maus-tratos observada na sociedade seja a negligência, porém, como este tipo de abuso encontra-se “justificado” pelas condições sociais e, por outro lado, é pouco reconhecido como expressão da violência que acomete, principalmente, a população infantil, a sua importância seja relativizada por ocasião de análises feitas a partir de fontes de serviços de atendimento e de defesa.

O fato de, na Rede de Proteção, existir maior número de notificações de negligência, pode ser conseqüência de estar ocorrendo uma visão precoce da situação, ou seja, a violência que se estabelece na relação familiar está sendo observada de forma mais antecipada.

GUERRA e LEME (1995), reforçam que o fenômeno da negligência implica em que se ponha na mesa a polêmica discussão acerca da distribuição de renda e de recursos na área social.

Crianças e adolescentes vítimas de negligência são freqüentadoras assíduas dos serviços de saúde e presença constante nos estabelecimentos escolares, porém, desafiam a sensibilidade dos profissionais em discernir entre prática abusiva, ignorância ou miséria (DESLANDES, 1994b). MINAYO (2002), afirma que a negligência é um tipo de ação difícil de ser qualificada quando as famílias estão em situação de miséria, enfatizando que, como a negligência se define pela omissão do trato e das necessidades da criança e do adolescente, a reconhecida ausência de condições econômicas dessas famílias, muitas vezes, dificulta o julgamento mais preciso entre prática abusiva e impossibilidade de prover atenção.

GOMES e col, (2002a), analisando a percepção dos maus-tratos contra crianças e adolescentes por parte dos profissionais de saúde da rede pública, referem que a negligência traz um aspecto invisível, pelo fato de nem sempre ser possível diferenciar o que é negligência pura ou simplesmente uma negligência por falta de condições de vida.

CAVALCANTI (1999), enfatiza que, num país em que o Estado é negligente, ao privar cidadãos dos direitos sociais, não garantindo, a todos, condições mínimas de sobrevivência e bem-estar, é complicada a identificação desta forma de abuso.

Na medida em que há um tênue limite entre a precariedade socioeconômica da família e o descaso ao cuidado familiar, o registro deste tipo de abuso acaba por abarcar desde situações de negligência típica, onde os pais ou responsáveis falham em termos de suprir as necessidades básicas da criança e do adolescente, mesmo havendo condições para tal, até situações em que as necessidades básicas não são supridas como resultado de condições de vida além do seu controle, caracterizando-se como violência estrutural.

MINAYO (2002), classifica violência estrutural como aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento e CAVALCANTI (1999), enfatiza que este é o tipo de violência que mais freqüentemente afeta as crianças e adolescentes brasileiros, vivendo, em sua maioria, em condições miseráveis.

MORAIS (1999), menciona a negligência contextual, caracterizada pela ausência ou insuficiência de recursos do meio onde está inserida a família, enfatizando que este tipo de negligência é provocado pela pobreza e pela exclusão social.

DUBOWSTZ (1999) cita alguns estudos que identificam fatores associados à pobreza que potencializam a negligência: desemprego, pais solteiros, instabilidade da moradia e mudanças freqüentes, comunidades de alto risco, várias pessoas morando na mesma casa, acesso limitado ao sistema de saúde, exposição a riscos ambientais ou vizinhança perigosa. PELTON (1994) ressalta que a probabilidade de negligência é amplamente dependente da habilidade de cada um para lidar com a pobreza. As famílias pobres freqüentemente vivem, não por sua própria escolha, em vizinhanças com alto índice de criminalidade e em casas com riscos ambientais, como instalações elétricas precárias ou janelas inseguras.

GOMES e col. (2002b), referem que estes aspectos podem atenuar o fato de se imputar aos pais o papel de alguém que não cuida, mas, por outro lado, não diminui a vivência de a criança estar sendo maltratada.

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2002), ressalta que, embora a discussão a respeito de quem é o responsável pelo cuidado com a criança (Estado, sociedade, família) e das repercussões que as dificuldades sócio-econômicas

podem ter na vida, considera-se que a negligência ocorre quando não se satisfazem as necessidades básicas da criança.

Neste sentido, concordando com DESLANDES (1994b), é fundamental que se considere a ação ou omissão do agente agressor, independente das condições sócio-econômicas existentes, para que a sociedade possa tomar uma atitude protetora.

*Notificação n.º 596 de 2004*

*Notificador: Unidade de Saúde*

*Tipo de maus-tratos: negligência*

*Sexo masculino, 4 anos. “Criança passando fome. A mãe não traz na Unidade para fazer vacinas e consultas. Em visita domiciliar, educadoras da comunidade perceberam que a criança pedia comida e a mãe não dava, alegando que não tinha. Criança usando roupas sujas e o tanque estava com água preta. A mãe disse que estava lavando a roupa nesta água.”*

## **- Tipos de Violência Segundo Algumas Características da Vítima**

### **Sexo e idade**

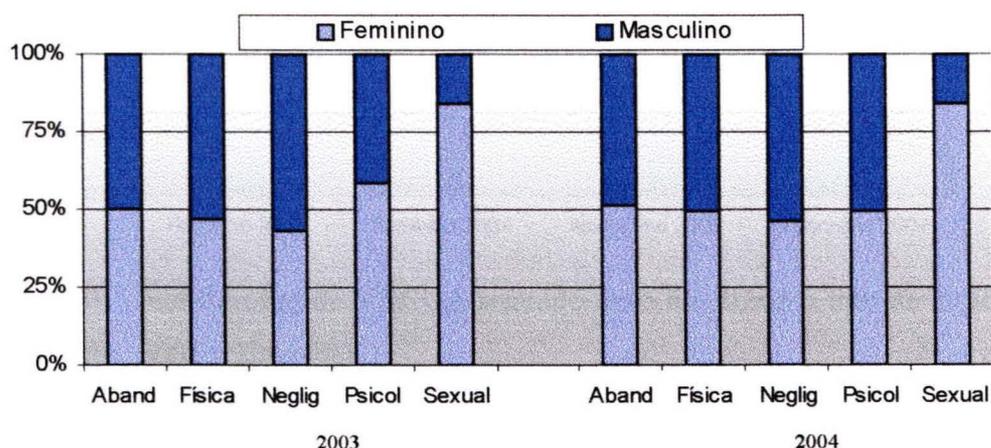
A análise dos tipos de violência segundo o sexo (Tabela 4.23 e Figura 4.9) evidencia que, apesar dos meninos serem também vítimas de violência sexual, a maioria dos casos envolveu crianças e adolescentes do sexo feminino (84% em 2003 e 83,7% em 2004). As meninas, em relação aos meninos, são abusadas em uma razão de 5 vezes. Este fato já foi observado em vários estudos, o que evidencia a questão de gênero, onde as diferenças quanto ao sexo são traduzidas em desigualdades e maior risco para as meninas.

Os outros tipos de violência distribuíram-se de forma equilibrada entre os sexos, apresentando pequenas variações na comparação entre os dois anos

analisados. Observa-se uma pequena predominância do sexo masculino na negligência e na violência física. (Tabela 4.23 e Figura 4.9)

**Tabela 4.23** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e sexo da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de Violência	2003						2004					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Abandono	20	50,0	20	50,0	40	100,0	38	48,7	40	51,3	78	100,0
Física	230	53,5	200	46,5	430	100,0	237	50,7	230	49,3	467	100,0
Negligência	302	56,8	230	43,2	532	100,0	560	53,7	482	46,3	1042	100,0
Psicológica	22	41,5	31	58,5	53	100,0	43	50,6	42	49,4	85	100,0
Sexual	27	16,0	142	84,0	169	100,0	23	16,3	118	83,7	141	100,0
<b>Total</b>	<b>601</b>	<b>49,1</b>	<b>623</b>	<b>50,9</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>901</b>	<b>49,7</b>	<b>912</b>	<b>50,3</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

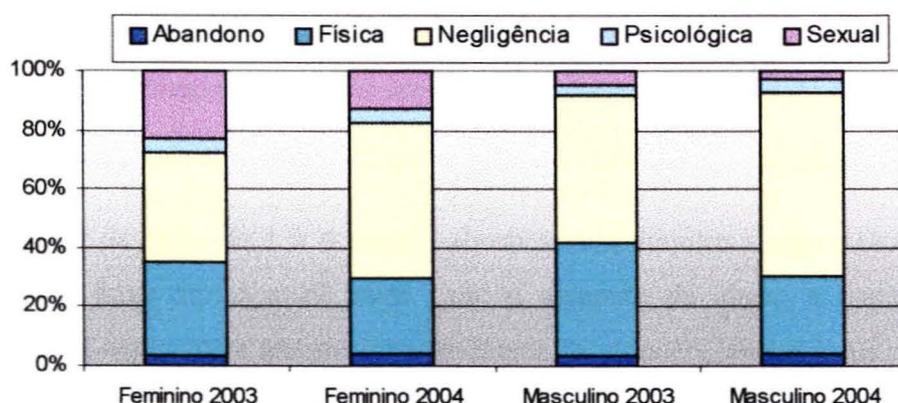


**Figura 4.9** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e sexo da vítima (%) - Curitiba, 2003 e 2004

Nos dois anos, independente do sexo, a prevalência dos tipos de violência seguiu a mesma seqüência da análise total, ou seja: negligência, violência física, sexual e psicológica e abandono. Igualmente, observa-se o aumento da negligência e a redução da participação proporcional da violência física e da sexual em ambos os sexos. (Tabela 4.24 e Figura 4.10)

**Tabela 4.24** – Notificações de VDCCA segundo sexo da vítima e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de Violência	2003				2004			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Abandono	20	3,3	20	3,2	38	4,2	40	4,4
Física	230	38,3	200	32,1	237	26,3	230	25,2
Negligência	302	50,2	230	36,9	560	62,2	482	52,9
Psicológica	22	3,7	31	5,0	43	4,8	42	4,6
Sexual	27	4,5	142	22,8	23	2,6	118	12,9
<b>Total</b>	<b>601</b>	<b>100,0</b>	<b>623</b>	<b>100,0</b>	<b>901</b>	<b>100,0</b>	<b>912</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.10** – Notificações de VDCCA segundo sexo da vítima e tipo de violência (%) - Curitiba, 2003 e 2004 (%)

Na tabela 4.25 e figura 4.11 é mostrada a proporção de cada tipo de violência em relação ao total de casos ocorridos em cada faixa etária. Observa-se que os vários tipos de violência apresentam-se de forma diferente dependendo do grupo etário observado. Crianças menores de 1 ano são acometidas, predominantemente, pela negligência, por estarem mais expostas a este tipo de maus-tratos e pela maior dependência dos adultos para seus cuidados diários.

Do total das 89 notificações realizadas nos dois anos de estudo, relativas a maus-tratos contra crianças com menos de 1 mês de vida, a negligência foi o abuso

mais freqüente (73 notificações ou 82% do total), seguida do abandono que respondeu por 14,6% dos registros.

É expressamente relevante a verificação de abuso físico e sexual no grupo de menores de 1 ano, fato que chama a atenção principalmente por terem sido notificados dois casos de violência física e um de abuso sexual entre os menores de 1 mês de vida. A notificação a seguir reflete esta situação.

*Notificação n.º 529 de 2003*

*Notificador: Hospital*

*Tipo de maus-tratos: físico*

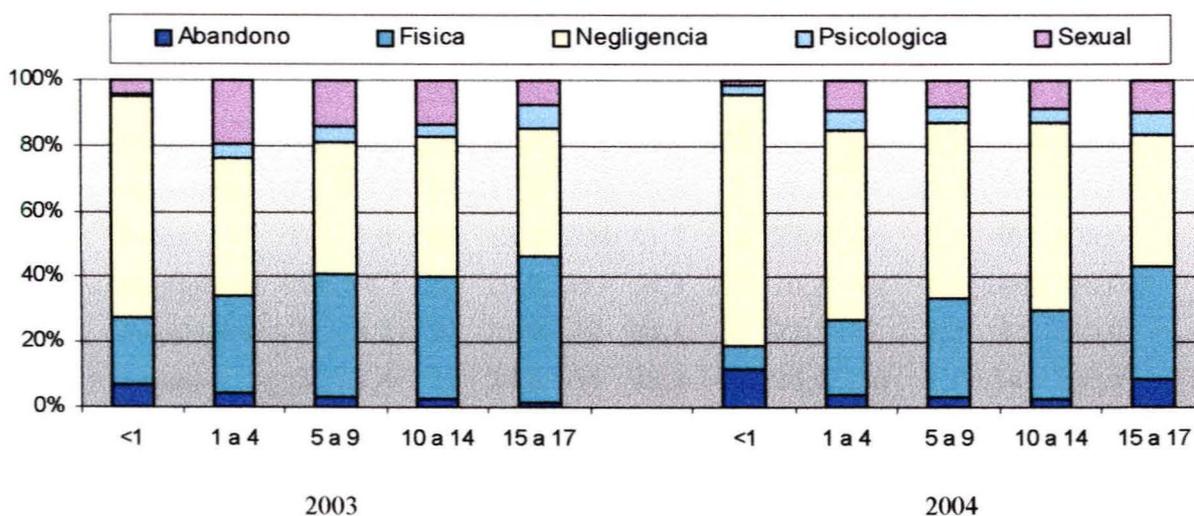
*Sexo feminino, 26 dias. “Tia trouxe a sobrinha que encontrou na casa da irmã sozinha, gemendo e com hematoma na cabeça. Questionada sobre o que aconteceu, a mãe disse que não aqueça mais essa criança e se recusou a levar a filha ao hospital. Criança apresentou hematoma na cabeça e fratura da clavícula.”*

A partir da faixa de 1 a 4 anos o abuso sexual adquire a expressão que se mantém até a faixa de 15 a 17 anos. Com o aumento da idade, a participação proporcional da negligência assume uma tendência de redução, atingindo os menores percentuais nos grupo de 15 a 17 anos. De forma inversa, a violência física tende a aumentar com a idade.

**Tabela 4.25** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e idade da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Ano	Tipo de Violência	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 17		Total	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
2003	Abandono	7	6,9	11	4,0	14	3,0	7	2,3	1	1,4	40	3,3
	Física	21	20,8	84	30,4	178	37,8	115	38,0	31	44,9	429	35,2
	Negligência	68	67,3	116	42,0	189	40,1	129	42,6	27	39,1	529	43,4
	Psicológica	1	1,0	12	4,3	23	4,9	12	4,0	5	7,2	53	4,3
	Sexual	4	4,0	53	19,2	67	14,2	40	13,2	5	7,2	169	13,9
	<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>471</b>	<b>100,0</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>1220*</b>
2004	Abandono	23	11,6	14	3,8	20	3,0	12	2,5	9	8,7	78	4,3
	Física	14	7,0	85	22,8	204	30,7	128	27,1	36	34,6	467	25,8
	Negligência	153	76,9	217	58,2	357	53,8	273	57,7	42	40,4	1042	57,5
	Psicológica	7	3,5	22	5,9	29	4,4	20	4,2	7	6,7	85	4,7
	Sexual	2	1,0	35	9,4	54	8,1	40	8,5	10	9,6	141	7,8
	<b>Total</b>		<b>199</b>	<b>100,0</b>	<b>373</b>	<b>100,0</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>	<b>473</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>

Nota: \*Em 4 notificações a idade da vítima foi ignorada.



**Figura 4.11** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e idade da vítima (%) - Curitiba, 2003 e 2004

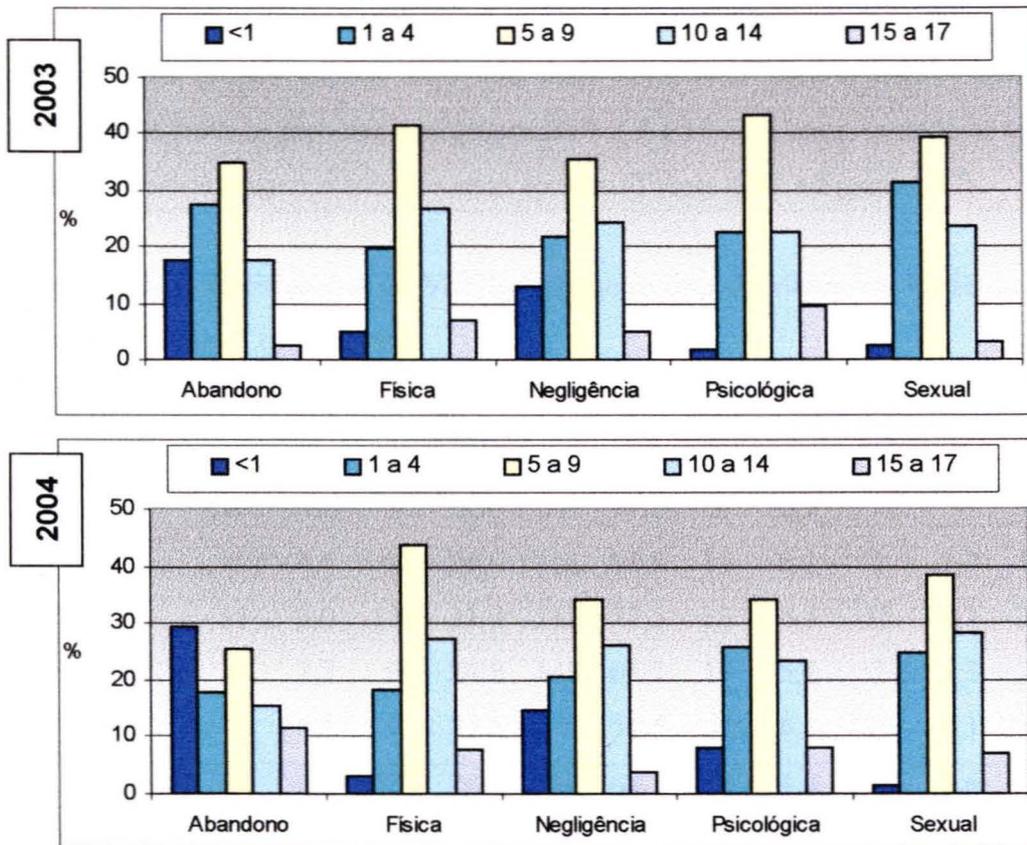
Na tabela 4.26 e figura 4.12 é mostrada a distribuição proporcional dos grupos etários em relação ao total de cada tipo de abuso.

Com relação à violência física e à negligência, a distribuição dos grupos etários manteve o mesmo padrão nos dois anos de estudo. Na violência física o grupo mais acometido foi o de 5 a 9 anos, seguido das faixas de 10 a 14, 1 a 4 e 15 a 17 anos. As crianças menores de um ano foram as menos vitimizadas por este tipo de abuso. Na negligência, o grupo de menores de 1 ano assume a quarta colocação e o grupo menos acometido passa a ser o de adolescentes de 15 a 17 anos.

O abandono tem as suas maiores freqüências entre as crianças menores de 10 anos e, em 2004, a maior proporção deste tipo de maus-tratos ocorre entre os menores de 1 ano (29,5%).

**Tabela 4.26** – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Ano	Tipo de violência	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 17		Total	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
2003	Abandono	7	17,5	11	27,5	14	35,0	7	17,5	1	2,5	40	100,0
	Física	21	4,9	84	19,6	178	41,5	115	26,8	31	7,2	429	100,0
	Negligência	68	12,9	116	21,9	189	35,7	129	24,4	27	5,1	529	100,0
	Psicológica	1	1,9	12	22,6	23	43,4	12	22,6	5	9,4	53	100,0
	Sexual	4	2,4	53	31,4	67	39,6	40	23,7	5	3,0	169	100,0
	<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>8,3</b>	<b>276</b>	<b>22,6</b>	<b>471</b>	<b>38,6</b>	<b>303</b>	<b>24,8</b>	<b>69</b>	<b>5,7</b>	<b>1220</b>	<b>100,0</b>
2004	Abandono	23	29,5	14	17,9	20	25,6	12	15,4	9	11,5	78	100,0
	Física	14	3,0	85	18,2	204	43,7	128	27,4	36	7,7	467	100,0
	Negligência	153	14,7	217	20,8	357	34,3	273	26,2	42	4,0	1042	100,0
	Psicológica	7	8,2	22	25,9	29	34,1	20	23,5	7	8,2	85	100,0
	Sexual	2	1,4	35	24,8	54	38,3	40	28,4	10	7,1	141	100,0
	<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>11,0</b>	<b>373</b>	<b>20,6</b>	<b>664</b>	<b>36,6</b>	<b>473</b>	<b>26,1</b>	<b>104</b>	<b>5,7</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.12** – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e tipo de violência (%) - Curitiba, 2003 e 2004

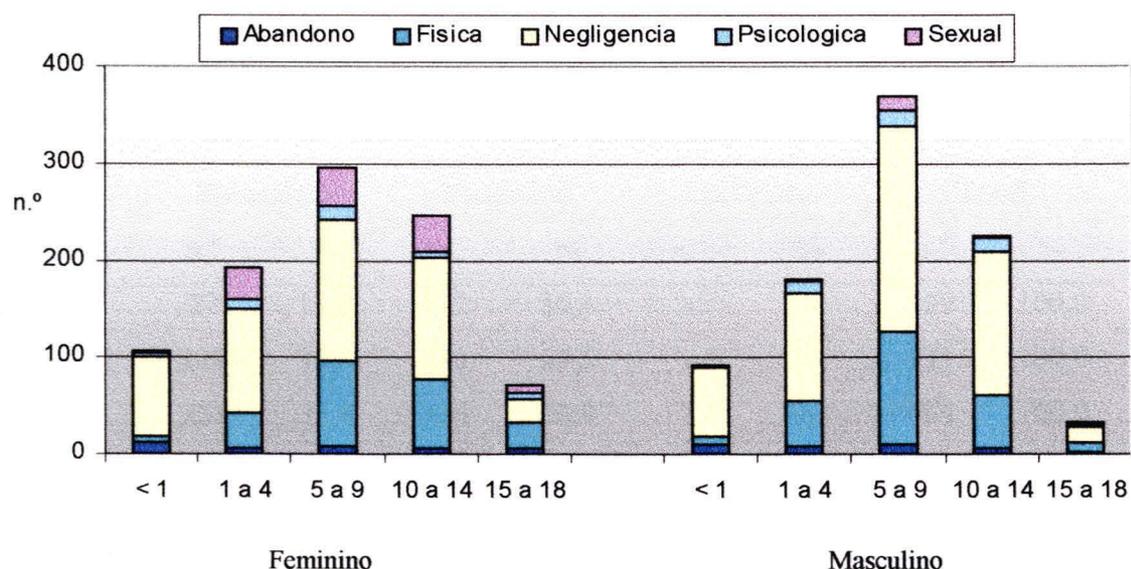
Independente do sexo, a negligência foi a violência mais freqüente em todas as faixas etárias, apresentando-se de forma mais preponderante nas crianças menores de 1 ano. Apesar do abandono ter sido a violência menos presente numa análise geral, nos menores de 1 ano adquire maior visibilidade, configurando-se como o segundo tipo mais freqüente em ambos os sexos – 12,1% entre as meninas e 10,9% entre os meninos.

No grupo de 15 a 17 anos observa-se um maior número de casos no sexo feminino: enquanto 27 mulheres foram vítimas de violência física neste grupo etário, somente 9 homens apresentaram este tipo de ocorrência, constatação também realizada por CAVALCANTI (1999), em seu estudo. Esta autora ainda observa que este fato possivelmente expressa a maior capacidade de defesa e independência dos rapazes em relação às moças.

Também observamos o maior número de violência sexual no sexo feminino em todos os grupos etários, fato que mais contribuiu para o maior número de notificações entre as meninas nos grupos de 0 a 4 e 10 a 14 anos, quando se compara com os mesmos grupos etários do sexo oposto. (Tabela 4.27 e Figura 4.13)

**Tabela 4.27** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência, idade e sexo da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2004

	Idade (anos)	Aband.		Física		Neglig.		Psicol.		Sexual		Total	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Masculino	< 1	10	10,9	9	9,8	71	77,2	2	2,2	-	-	92	100,0
	1 a 4	8	4,4	47	26,0	112	61,9	11	6,1	3	1,7	181	100,0
	5 a 9	11	3,0	116	31,4	212	57,5	15	4,1	15	4,1	369	100,0
	10 a 14	6	2,7	56	24,8	148	65,5	13	5,8	3	1,3	226	100,0
	15 a 17	3	9,1	9	27,3	17	51,5	2	6,1	2	6,1	33	100,0
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>4,2</b>	<b>237</b>	<b>26,3</b>	<b>560</b>	<b>62,2</b>	<b>43</b>	<b>4,8</b>	<b>23</b>	<b>2,6</b>	<b>901</b>	<b>100,0</b>
Feminino	< 1	13	12,1	5	4,7	82	76,6	5	4,7	2	1,9	107	100,0
	1 a 4	6	3,1	38	19,8	105	54,7	11	5,7	32	16,7	192	100,0
	5 a 9	9	3,1	88	29,8	145	49,2	14	4,7	39	13,2	295	100,0
	10 a 14	6	2,4	72	29,1	125	50,6	7	2,8	37	15,0	247	100,0
	15 a 17	6	8,5	27	38,0	25	35,2	5	7,0	8	11,3	71	100,0
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>4,4</b>	<b>230</b>	<b>25,2</b>	<b>482</b>	<b>52,9</b>	<b>42</b>	<b>4,6</b>	<b>118</b>	<b>12,9</b>	<b>912</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.13** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência, idade e sexo da vítima - Curitiba, 2004

## - Tipos de Violência Segundo Algumas Características do Agressor

### Sexo do Agressor

A figura feminina permanece como a principal agressora, independente da faixa etária da vítima, se bem que sua importância tende a diminuir com o aumento da idade da vítima. Enquanto nos menores de 1 ano, o sexo feminino é referido como responsável por cerca de 86,4% das notificações, entre os adolescentes de 15 a 17 anos observa-se mais equilíbrio entre os sexos, de vez que o agressor homem se responsabiliza por 44,8% dos casos. (Tabela 4.28)

**Tabela 4.28** – Notificações de VDCCA segundo sexo do agressor e idade da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2004

Faixa Etária	Sexo do agressor						Total	
	Masculino		Feminino		Ignorado		n.º	%
	n.º	%	n.º	%	n.º	%		
< 1	27	13,6	172	86,4	-	-	199	100,0
1 a 4	128	34,5	243	65,5	-	-	371	100,0
5 a 9	238	35,8	424	63,9	2	0,3	664	100,0
10 a 14	191	40,3	281	59,3	2	0,4	474	100,0
15 a 17	47	44,8	57	54,3	1	1,0	105	100,0
<b>Total</b>	<b>631</b>	<b>34,8</b>	<b>1177</b>	<b>64,9</b>	<b>5</b>	<b>0,3</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

Assim como a violência sexual é predominantemente cometida por agente do sexo masculino, a negligência e o abandono são principalmente praticados por agressores do sexo feminino. A principal violência praticada pela mulher é a negligência, seguida da violência física, abandono e violência psicológica. Quanto ao agressor do sexo masculino, em primeiro lugar aparece a violência física, seguida da negligência, violência sexual e psicológica. (Tabela 4.29)

**Tabela 4.29** – Notificações de VDCCA segundo sexo do agressor e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Ano	Tipo de Violência	Sexo do Agressor							
		Masculino		Feminino		Ignorado		Total	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
2003	Física	230	53,5	196	45,6	4	0,9	430	100,0
	Sexual	154	91,1	7	4,1	8	4,7	169	100,0
	Psicológica	30	56,6	23	43,4	-	-	53	100,0
	Negligência	120	22,6	411	77,3	1	0,2	532	100,0
	Abandono	8	20,0	32	80,0	-	-	40	100,0
	<b>Total</b>		<b>542</b>	<b>44,3</b>	<b>669</b>	<b>54,7</b>	<b>13</b>	<b>1,1</b>	<b>1224</b>
2004	Física	246	52,7	218	46,7	3	0,6	467	100,0
	Sexual	135	95,7	5	3,5	1	0,7	141	100,0
	Psicológica	42	49,4	43	50,6	-	-	85	100,0
	Negligência	193	18,5	848	81,4	1	0,1	1042	100,0
	Abandono	15	19,2	63	80,8	-	-	78	100,0
	<b>Total</b>		<b>631</b>	<b>34,8</b>	<b>1177</b>	<b>64,9</b>	<b>5</b>	<b>0,3</b>	<b>1813</b>

### Relação Com a Vítima

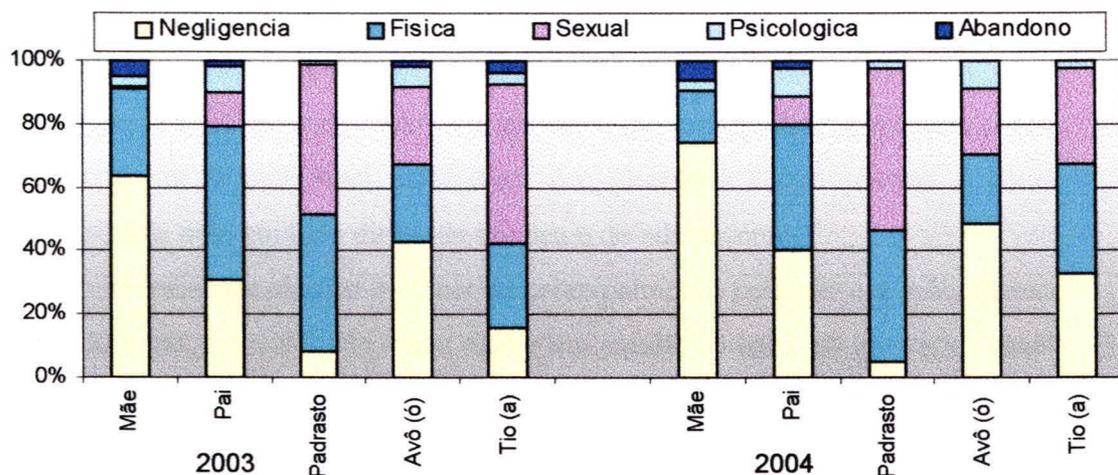
A avaliação dos tipos de violência segundo o agressor revela que as mães praticam, predominantemente, a negligência, depois agredem fisicamente, abandonam e, por último, cometem violência psicológica. Quando se trata do pai agressor, a violência física se equipara à negligência e a violência sexual aparece como a terceira mais freqüente, seguida da violência psicológica e do abandono. Em números absolutos, a negligência perpetrada pelo pai corresponde à metade das praticadas pela mãe e, na violência física, os números se equivalem. Já na violência psicológica, o pai surge como o principal agressor.

Com relação ao padrasto, a violência sexual aparece em primeiro lugar, seguido-se a violência física e o abandono. Os avós primeiramente negligenciam e a violência física perpetrada pelos mesmos iguala-se à violência sexual. A tabela 4.30 e a figura 4.14 ilustram a situação.

Compreendida no grupo “outros”, chama a atenção a ocorrência, nos dois anos analisados, de 13 casos de agressão cometida por namorados ou companheiros da vítima. Todas as vítimas eram do sexo feminino, com idades que variaram de 12 a 18 anos incompletos, e sofreram violência física (9 casos), sexual (2 casos) e psicológica (2 casos), caracterizando-se assim, já neste grupo etário, quando a adolescente inicia seus relacionamentos amorosos, a violência de gênero, habitualmente mais enfatizada entre as mulheres adultas.

**Tabela 4.30** – Notificações de VDCCA segundo relação agressor-vítima e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Ano	Agressor	Negligência		Física		Sexual		Psicológica		Abandono		Total	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
2003	Mãe	380	63,5	167	27,9	2	0,3	18	3,0	31	5,2	598	100,0
	Pai	105	30,7	165	48,2	38	11,1	27	7,9	7	2,0	342	100,0
	Padrasto	7	8,2	37	43,5	40	47,1	1	1,2	-	-	85	100,0
	Avô (ó)	21	42,9	12	24,5	12	24,5	3	6,1	1	2,0	49	100,0
	Tio (a)	4	15,4	7	26,9	13	50,0	1	3,8	1	3,8	26	100,0
	Outro	14	12,5	39	34,8	56	50,0	3	2,7	-	-	112	100,0
	Ignorado	1	8,3	3	25,0	8	66,7	-	-	-	-	12	100,0
	<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>43,5</b>	<b>430</b>	<b>35,1</b>	<b>169</b>	<b>13,8</b>	<b>53</b>	<b>4,3</b>	<b>40</b>	<b>3,3</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>
2004	Mãe	807	74,0	183	16,8	-	-	35	3,2	66	6,0	1091	100,0
	Pai	174	40,5	168	39,1	38	8,8	38	8,8	12	2,8	430	100,0
	Padrasto	4	4,8	35	41,7	43	51,2	2	2,4	-	-	84	100,0
	Avô (ó)	28	48,3	13	22,4	12	20,7	5	8,6	-	-	58	100,0
	Tio (a)	14	32,6	15	34,9	13	30,2	1	2,3	-	-	43	100,0
	Outro	14	13,9	50	49,5	33	32,7	4	4,0	-	-	101	100,0
	Ignorado	1	16,7	3	50,0	2	33,3	-	-	-	-	6	100,0
	<b>Total</b>	<b>1042</b>	<b>57,5</b>	<b>467</b>	<b>25,8</b>	<b>141</b>	<b>7,8</b>	<b>85</b>	<b>4,7</b>	<b>78</b>	<b>4,3</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.14** – Notificações de VDCCA segundo relação agressor-vítima e tipo de violência (%) - Curitiba, 2003 e 2004

A agressão física produzida pelo pai acomete mais os filhos do sexo masculino (58,2% em 2003 e 61,3% em 2004) e a mãe aparece como a que violenta fisicamente mais as meninas (53,3% em 2003 e 55,2% em 2004) do que os meninos. (Tabela 4.31)

**Tabela 4.31** – Notificações de violência física praticada por pai e mãe segundo sexo da vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Agressor	2003						2004					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Pai	96	58,2	69	41,8	165	100,0	103	61,3	65	38,7	168	100,0
Mãe	78	46,7	89	53,3	167	100,0	82	44,8	101	55,2	183	100,0

A tabela 4.32 e a figura 4.15 inter-relacionam, para cada ano, o agente agressor dentro de cada tipo de violência.

Quando se observa a distribuição do agressor, levando em consideração os tipos de violência, vê-se que a negligência e o abandono têm na mãe o principal agente violador. Este fato, na realidade, corresponde ao reflexo do papel tradicional da mãe na família – alimentação, higiene, cuidados da saúde, etc. – tendo como

consequência a negligência e o abandono como sua responsabilidade. GUERRA e LEME (1995), citando GORDON (1988), enfatizam que isto se constitui numa armadilha, no sentido de se deslocar uma questão, que tem também um fundo social, para o estrito plano individual e familiar. Até mesmo a figura paterna é pouco responsabilizada pelo cuidado direto da criança e do adolescente.

A violência psicológica é cometida principalmente pelo pai e a mãe aparece em segundo lugar. Na violência física existe um equilíbrio entre os genitores, sendo que a figura materna se responsabilizou pelo maior número de casos. Nestes dois tipos de violência figuram ainda outros membros da família, ressaltando o padrasto, na violência física, e os avós, na psicológica.

Já na violência sexual, o padrasto foi responsável pelo maior número de vitimizações sexuais, seguido pelos pais, apresentando valores compatíveis com os encontrado por CAMARGO (1996). Esses dados contrastam com aqueles encontrados por RIBEIRO e col. (2004), que, analisando os casos de violência sexual intrafamiliar documentados no Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CRCA) e nos Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto (SP), de 1995 a 2000, relatam o pai como perpetrador de 34,2% dos casos e os padrastos em 30,3%.

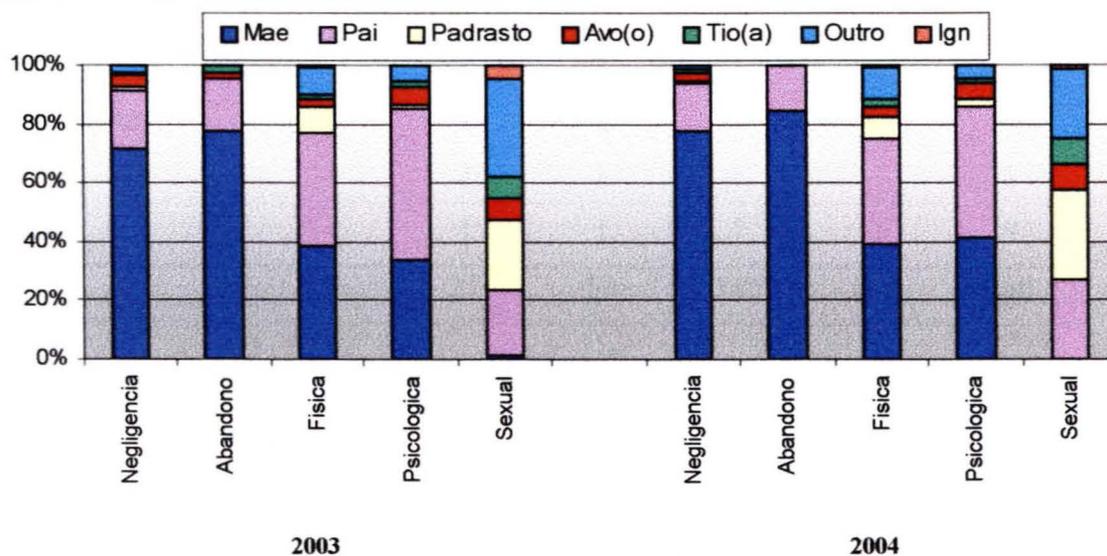
A categoria de abuso sexual acima descrita, caracterizada pelo contato sexual entre pessoas que tenham um grau de parentesco, incluindo os pais, padrastos, tutores ou qualquer pessoa que assuma o papel dos pais, pode ser entendido como incesto, um dos abusos sexuais mais frequentes e que, neste trabalho, representou cerca de 46% em 2003 e 57% em 2004.

Outros componentes da família, que têm grande proximidade com a criança e o adolescente, tais como tios, avôs e outros parentes, também aparecem como agressores sexuais.

A mãe raramente aparece como agressora neste tipo de violência, mas é comum a sua participação passiva, consentindo silenciosamente (DESLANDES, 1994b), constrangida pelo medo da desestruturação da unidade familiar ou por temor a ameaças do seu cônjuge.

**Tabela 4.32** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e relação agressor-vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Ano	Agressor	Negligência		Física		Sexual		Psicológica		Abandono	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
2003	Mãe	380	71,4	167	38,8	2	1,2	18	34,0	31	77,5
	Pai	105	19,7	165	38,4	38	22,5	27	50,9	7	17,5
	Padrasto	7	1,3	37	8,6	40	23,7	1	1,9	-	-
	Avô (ó)	21	3,9	12	2,8	12	7,1	3	5,7	1	2,5
	Tio (a)	4	0,8	7	1,6	13	7,7	1	1,9	1	2,5
	Outro	14	2,6	39	9,1	56	33,1	3	5,7	-	-
	Ignorado	1	0,2	3	0,7	8	4,7	-	-	-	-
<b>Total</b>		<b>532</b>	<b>100,0</b>	<b>430</b>	<b>100,0</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
2004	Mãe	807	77,4	183	39,2	-	-	35	41,2	66	84,6
	Pai	174	16,7	168	36,0	38	27,0	38	44,7	12	15,4
	Padrasto	4	0,4	35	7,5	43	30,5	2	2,4	-	-
	Avô (ó)	28	2,7	13	2,8	12	8,5	5	5,9	-	-
	Tio (a)	14	1,3	15	3,2	13	9,2	1	1,2	-	-
	Outro	14	1,3	50	10,7	33	23,4	4	4,7	-	-
	Ignorado	1	0,1	3	0,6	2	1,4	-	-	-	-
<b>Total</b>		<b>1042</b>	<b>100,0</b>	<b>467</b>	<b>100,0</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.15** – Notificações de VDCCA segundo tipo de violência e relação agressor-vítima (%) - Curitiba, 2003 e 2004

Apesar da violência sexual perpetrada sobre crianças e adolescentes do sexo feminino ter como principais agentes violadores o padrasto e o pai, em menor número figuram os primos, os avôs, os tios, irmãos e outros parentes. Aparecem ainda, como violadores, os vizinhos, amigos da família, pessoas que convivem ou transitam no ambiente familiar da vítima, usufruindo a confiança de sua família, a despeito da inexistência de parentesco.

Quando a vítima é do sexo masculino a distribuição entre estes mesmos agressores equipara-se e os irmãos e tios aparecem com os principais agressores. (Tabela 4.33)

**Tabela 4.33** – Notificações de violência sexual segundo sexo da vítima e relação agressor-vítima (n.º) - Curitiba, 2003 e 2004

Agressor	Masculino			Feminino		
	2003	2004	Total	2003	2004	Total
Irmão	5	4	9	10	5	15
Tio	4	4	8	12	9	21
Pai	4	3	7	35	34	69
Padrasto	4	3	7	37	39	76
Primo	4	2	6	18	9	27
Avô	1	3	4	10	11	21
Amigo da família	-	3	3	7	-	7
Vizinho	-	2	2	1	-	1
Outro parente	1	1	2	4	9	13
Mãe	-	1	1	1	-	1
Ignorado	-	1	1	7	2	9
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>50</b>	<b>142</b>	<b>118</b>	<b>260</b>

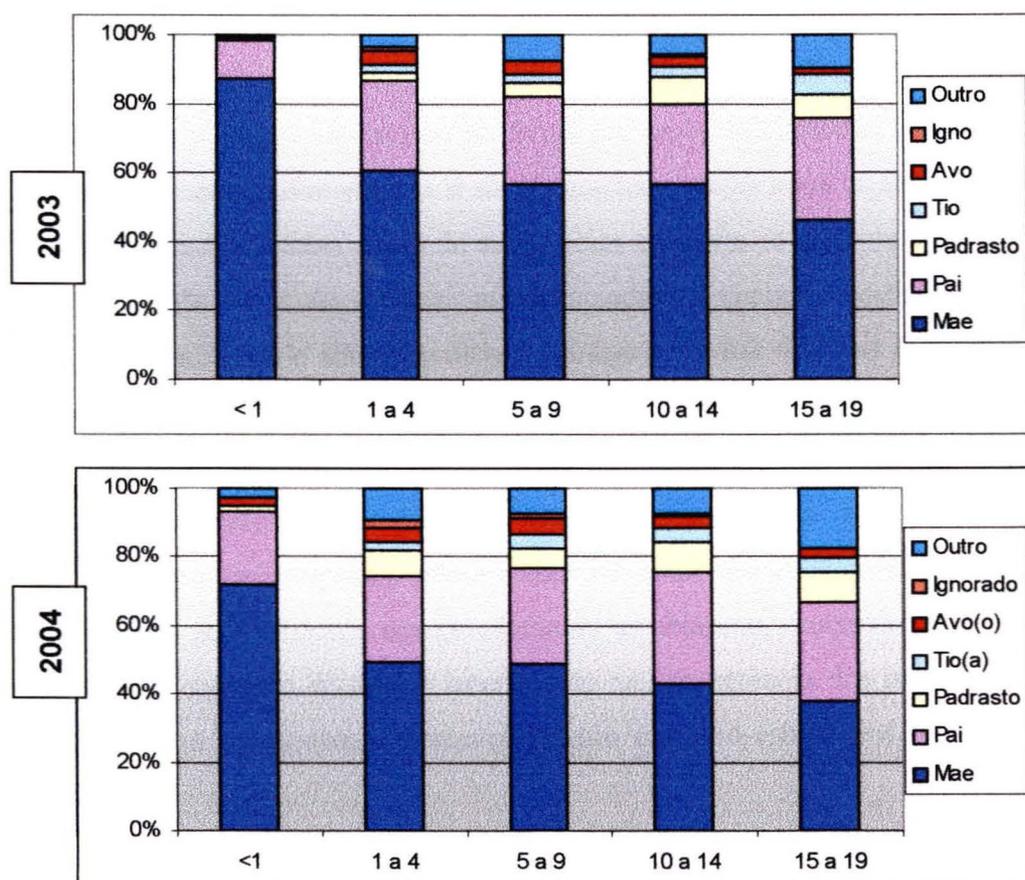
Procurando estabelecer relação entre agressão e idade da vítima, verificam-se alguns aspectos interessantes (Tabela 4.34 e Figura 4.16).

Enquanto entre os menores de 1 ano a mãe aparece, predominantemente, como a principal infratora dos direitos da criança, nos outros grupos etários a sua importância vai sendo reduzida, apesar de continuar assumindo os maiores percentuais nos diferentes grupos etários. Com o aumento da idade, cresce de importância a presença do pai e de outros agentes (padrasto, avô(ó), tio(a), etc.).

**Tabela 4.34** – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e relação agressor-vítima (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Ano	Agressor	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 17		Total	
		n.º	%	n.º	%								
2003	Mãe	73	72,3	137	49,6	229	48,6	131	43,2	26	37,7	596	48,9
	Pai	21	20,8	69	25,0	132	28,0	98	32,3	20	29,0	340	27,9
	Padrasto	2	2,0	21	7,6	29	6,2	27	8,9	6	8,7	85	7,0
	Tio (a)	-	-	5	1,8	17	3,6	12	4,0	3	4,3	37	3,0
	Avô (ó)	2	2,0	12	4,3	24	5,1	10	3,3	2	2,9	50	4,1
	Ignorado	-	-	6	2,2	5	1,1	3	1,0	-	-	14	1,1
	Outro	3	3,0	26	9,4	35	7,4	22	7,3	12	17,4	98	8,0
	<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>471</b>	<b>100,0</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>1220*</b>	<b>100,0</b>
2004	Mãe	174	87,4	226	60,6	376	56,6	267	56,4	48	46,2	1091	60,2
	Pai	22	11,1	97	26	170	25,6	110	23,3	31	29,8	430	23,7
	Padrasto	1	0,5	10	2,7	27	4,1	39	8,2	7	6,7	84	4,6
	Tio (a)	-	-	8	2,1	16	2,4	13	2,7	6	5,8	43	2,4
	Avô (ó)	1	0,5	15	4,0	25	3,8	15	3,2	2	1,9	58	3,2
	Ignorado	-	-	3	0,8	2	0,3	1	0,2	-	-	6	0,3
	Outro	1	0,5	14	3,8	48	7,2	28	5,9	10	9,6	101	5,6
	<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>	<b>373</b>	<b>100,0</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>	<b>473</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

Nota: \*Em 4 notificações a idade da vítima foi ignorada.



**Figura 4.16** – Notificações de VDCCA segundo idade da vítima e relação agressor-vítima (%) - Curitiba, 2003 e 2004

### Uso de Álcool ou Droga e Tipo de Violência

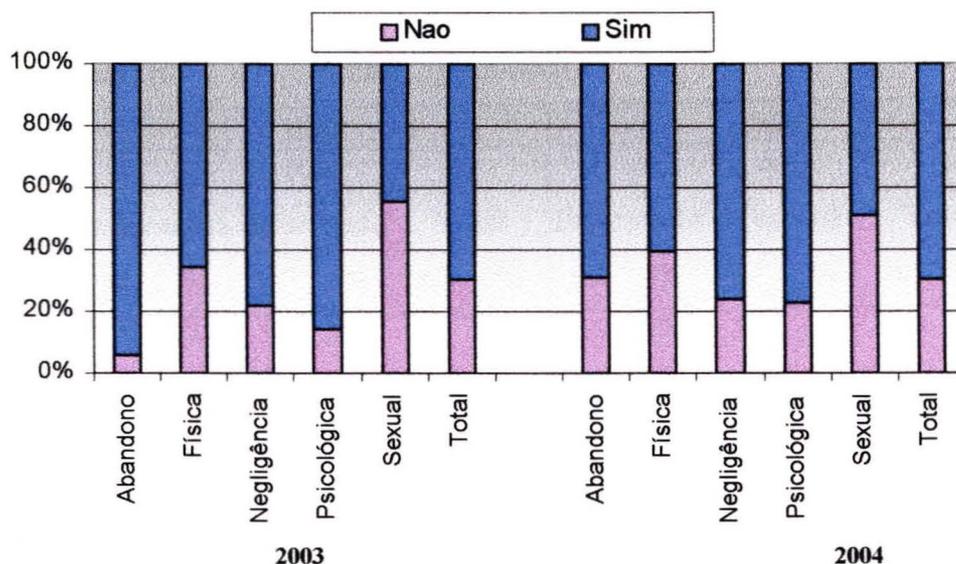
Como vimos, entre as respostas consideradas válidas (positivas ou negativas) quanto ao uso de álcool ou outra droga nos dois anos de estudo, cerca de 70% foram positivas. Ocorreu, no entanto, importante variação quanto ao uso dessas substâncias, de acordo com o tipo de violência. No abuso sexual, seguido do físico, observam-se os menores percentuais de consumidores de álcool ou outra droga. Por outro lado, na negligência, na violência psicológica e no abandono, foi observado um número importante de usuários dessas substâncias. Observa-se ainda um padrão semelhante nesta distribuição nos dois anos de estudo. (Tabela 4.35 e Figura 4.17)

Vale ressaltar que o elevado percentual de usuários de drogas, entre aqueles que negligenciam ou violentam psicologicamente, pode ser reflexo da interpretação adotada de que o uso de algum tipo de droga por parte do cuidador, principalmente nos casos de usuários crônicos, por si só, já caracteriza estes tipos de abuso.

Nos Estados Unidos o uso de substâncias encontra-se relacionada a cerca de 70% do total de casos de crianças negligenciadas, e algumas pesquisas apontam fatores que relacionam o abuso de álcool e droga por parte dos pais e a negligência praticada: o dinheiro necessário para prover as necessidades básicas é desviado para a aquisição de drogas e álcool, interferência na manutenção do emprego limitando ainda mais os recursos da família, exposição da criança a comportamentos criminosos e pessoas perigosas; responsáveis indisponíveis física ou emocionalmente e inaptos para supervisionar apropriadamente as crianças, aumentando o risco de acidentes, e o consumo de drogas interferindo na competência dos pais para prover os cuidados que promovem o desenvolvimento e a auto-estima dos filhos. (NAIC, 2001).

**Tabela 4.35** – Notificações de VDCCA segundo uso de álcool/drogas por parte do agressor e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de Violência	2003						2004					
	Não		Sim		Total		Não		Sim		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Abandono	1	5,6	17	94,4	18	100,0	10	31,3	22	68,8	32	100,0
Física	62	34,3	119	65,7	181	100,0	86	39,1	134	60,9	220	100,0
Negligência	46	22,0	163	78,0	209	100,0	103	23,7	331	76,3	434	100,0
Psicológica	4	14,3	24	85,7	28	100,0	11	22,4	38	77,6	49	100,0
Sexual	46	55,4	37	44,6	83	100,0	37	50,7	36	49,3	73	100,0
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>30,6</b>	<b>360</b>	<b>69,4</b>	<b>519</b>	<b>100,0</b>	<b>247</b>	<b>30,6</b>	<b>561</b>	<b>69,4</b>	<b>808</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.17** – Notificações de VDCCA segundo uso de álcool/droga por parte do agressor e tipo de violência (%) - Curitiba, 2003 e 2004

#### 4.2.5 Freqüência da Agressão

Em grande parte das notificações (32,7% em 2003 e 25,9% em 2004), a freqüência da agressão não foi informada, refletindo a dificuldade de se obter esta informação. Entretanto, foi possível verificar que esta subinformação foi mais importante nos casos de negligência e de abandono, apresentando menores percentuais na violência física e na violência sexual. (Tabela 4.36)

**Tabela 4.36** – Notificações e VDCCA segundo o registro da frequência da violência e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Tipo de Violência	2003						2004					
	Não						Não					
	Informado		Informado		Total		Informado		informado		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Abandono	27	67,5	13	32,5	40	100,0	45	57,7	33	42,3	78	100,0
Física	335	77,9	95	22,1	430	100,0	422	90,4	45	9,6	467	100,0
Negligência	294	55,3	238	44,7	532	100,0	708	67,9	334	32,1	1042	100,0
Psicológica	37	69,8	16	30,2	53	100,0	60	70,6	25	29,4	85	100,0
Sexual	131	77,5	38	22,5	169	100,0	108	76,6	33	23,4	141	100,0
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>67,3</b>	<b>400</b>	<b>32,7</b>	<b>1224</b>	<b>100,0</b>	<b>1343</b>	<b>74,1</b>	<b>470</b>	<b>25,9</b>	<b>1813</b>	<b>100,0</b>

Apesar da proporção da subinformação comprometer, de certa forma, a análise dos resultados, observando-se os casos em que foi possível obter a informação, nota-se que, na maioria das vezes, a violência não se restringiu a um único episódio. Por ocasião do atendimento que originou a notificação, foi constatado que aquele não era o primeiro episódio de maus-tratos, ou seja, outra(s) ocorrência(s), do mesmo tipo de violência, já haviam acontecido anteriormente, reforçando uma das principais características da violência doméstica que é o fato da mesma ser usualmente repetitiva. Nos dois anos analisados, em cerca de 62% dos casos em 2003 e 65% em 2004, a violência notificada foi reincidente.

O preenchimento do campo relativo ao número de ocorrências de maus-tratos também não se apresentou a contento. Apesar disso observa-se que em cerca de 5,5% dos casos reincidentes, mais do que três episódios de agressão já haviam acontecido anteriormente. (Tabela 4.37)

A notificação em destaque reflete esta situação.

**Tabela 4.37** – Notificações de VDCCA segundo a frequência da agressão (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Frequência	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
1ª vez	315	38,2	467	34,8
Reincidência (Várias vezes)	509	61,8	876	65,2
2	66	(13,0)	108	(12,3)
3	29	(5,7)	75	(8,6)
>= 4	31	(6,1)	45	(5,1)
Não informado	383	(75,2)	648	(74,0)
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>100,0</b>	<b>1343</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Os valores entre parênteses referem-se as percentagens calculadas sobre o total das reincidências.

*Notificação n.º 575 de 2004*

*Notificador: Centro de Educação Integral*

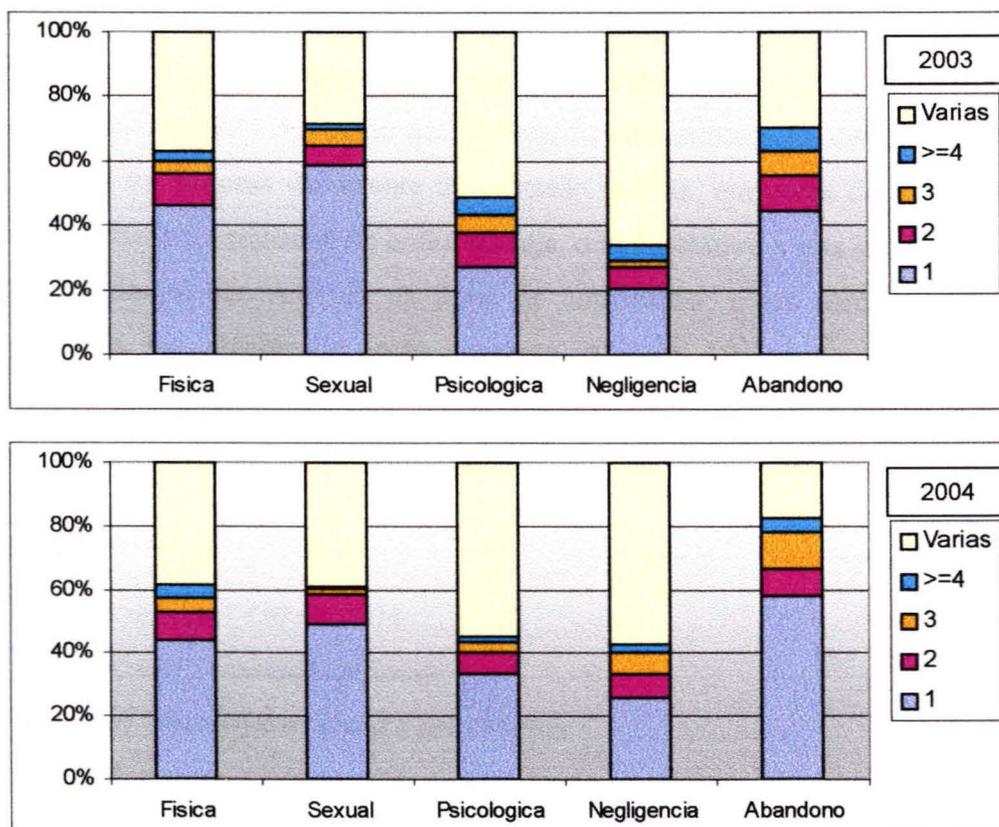
*Sexo feminino, 8 anos. “... em setembro a professora observou marcas no rosto da aluna e perguntou-lhe o que havia acontecido. A mesma relatou que a marca no olho era porque havia batido numa mesa e a ferida na boca era proveniente de uma meia que a madrasta esfregou-lhe, por estar suja. Havia outras marcas na região das costelas devido a beliscões também recebidos da madrasta. Em 17 de outubro a aluna mostrou, para a sua professora, a perna com um hematoma, dizendo que tinha caído da cadeira. Sua irmã confirmou o fato e completou informando que, por causa disso, o pai havia lhe agredido com uma cinta, ferindo-lhe as costas e as pernas, deixando marcas que foi possível constatar. Hoje a aluna contou que ontem levou uma surra da madrasta, supostamente com uma colher de pau (aquele negócio de fazer polenta), por ter ido comprar pão para vizinha, sem avisá-la”.*

A análise segundo o tipo de violência mostra que a reincidência é maior na negligência e na violência psicológica. Esta constatação corresponde ao esperado, na medida em que estes dois tipos de abuso tornam-se mais evidentes quando observados repetidamente durante a vida da criança / adolescente. A Sociedade Brasileira de Pediatria, em 2000, ao afirmar que se deve observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligente, define a cronicidade como um dos critérios necessários para caracterizar a presença da negligência. (Tabela 4.38 e Figura 4.18)

**Tabela 4.38** – Notificações de VDCCA segundo a frequência da agressão e tipo de violência (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Frequência (em vezes)	Física		Sexual		Psicol.		Neglig.		Abandono		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
<b>2003</b>												
1ª vez	156	46,6	77	58,8	10	27,0	60	20,4	12	44,4	315	38,2
Reincidência (várias vezes)	179	53,4	54	41,2	27	73,0	234	79,6	15	55,6	509	61,8
2	32	(17,9)	8	(14,8)	4	(14,8)	19	(8,1)	3	(20,0)	66	(8,0)
3	12	(6,7)	6	(11,1)	2	(7,4)	7	(3,0)	2	(13,3)	29	(3,5)
>= 4	11	(6,1)	3	(5,6)	2	(7,4)	13	(5,6)	2	(13,3)	31	(3,8)
Não informado	124	(69,3)	37	(68,5)	19	(70,4)	195	(83,3)	8	(53,3)	383	(46,5)
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>100</b>	<b>131</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>294</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>824</b>	<b>100</b>
<b>2004</b>												
1ª vez	187	44,3	53	49,1	20	33,3	181	25,6	26	57,8	467	34,8
Reincidência (várias vezes)	235	55,7	55	50,9	40	66,7	527	74,4	19	42,2	876	65,2
2	37	(15,7)	10	(18,2)	4	(10,0)	53	(10,1)	4	(21,1)	108	(8,0)
3	17	(7,2)	2	(3,6)	2	(5,0)	49	(9,3)	5	(26,3)	75	(5,6)
>= 4	19	(8,1)	1	(1,8)	1	(2,5)	22	(4,2)	2	(10,5)	45	(3,4)
Não informado	162	(68,9)	42	(76,4)	33	(82,5)	403	(76,5)	8	(42,1)	648	(48,3)
<b>Total</b>	<b>422</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>708</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>1343</b>	<b>100</b>

**Nota:** Os valores entre parênteses referem-se as percentagens calculadas sobre o total das reincidências.



**Figura 4.18** – Notificações de VDCCA segundo a frequência e o tipo de violência (%) - Curitiba, 2003 e 2004 (%)

#### 4.2.6 Presença de Sinais ou Sintomas Sugestivos de Violência

Em vista do fato da violência psicológica, da negligência e do abandono não deixarem lesões facilmente detectáveis, serão analisadas, neste estudo, apenas as notificações de violência física e violência sexual. Em ambas, serão considerados os casos de lesão propriamente dita ou sinais e sintomas apresentados pela criança e adolescente, apesar de não se poder dizer que a presença de lesão vai corresponder, sempre, a maus-tratos. GOMES (2002b), reforça que a preocupação com os maus-tratos físicos não pode ser reduzida à constatação das marcas inscritas no corpo. Este autor refere o caso de um bebê internado com hematomas, cuja primeira hipótese foi

de agressão e que, mais tarde, constatou-se a presença de uma doença que tinha como sintomatologia a presença de manchas roxas pelo corpo.

Em mais de 60% dos casos de violência física notificada foi constatado algum tipo de sinal ou sintoma decorrente da agressão sofrida; em cerca de 12% não foi possível constatar a existência de lesão, ou seja, o item relativo a esta informação não foi preenchido ou não referido na ficha de notificação; e em cerca de 23% foi confirmada a inexistência de lesão aparente. (Tabela 4.39 e Figura 4.19) Esta constatação coloca em evidência o fato do abuso físico nem sempre ser evidenciado através de marcas físicas, como observamos na notificação em destaque.

*Notificação n.º 450 de 2004*

*Notificador: Unidade de Saúde*

*Tipo de maus-tratos: física e psicológica*

*Sexo feminino, 13 anos. “De seis meses para cá o pai bebe álcool nos finais de semana e agride a mãe e a filha de forma verbal e física. Já empurrou a mãe e deu um soco na filha. Não apresentou marcas no dia do atendimento.”*

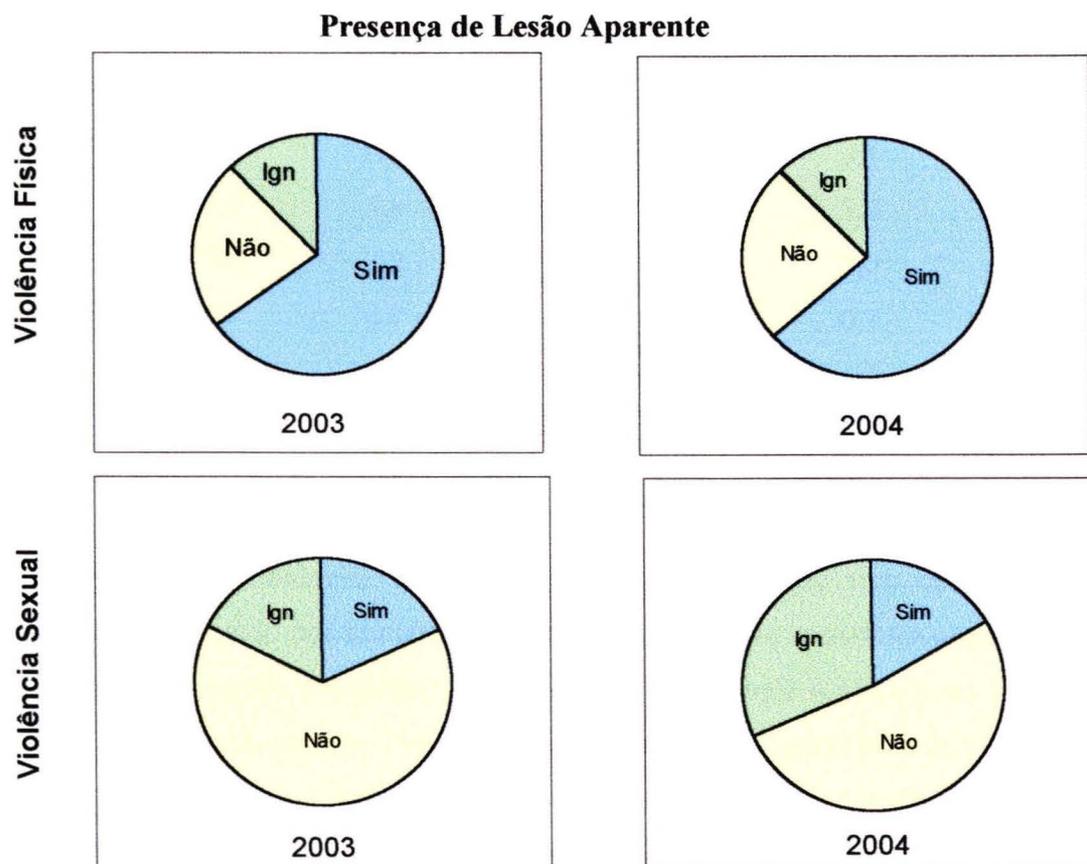
Na violência sexual, somente em cerca de 17% das notificações foi constatado algum tipo de sinal ou sintoma. O percentual de situações em que não foi possível a constatação de evidências físicas apresentou valores maiores quando comparado à violência física (17,8% em 2003 e 31,9% em 2004), assim como os casos que não apresentaram sinais ou sintomas aparentes (63,9% em 2003 e 51,1% em 2004). (Tabela 4.39 e Figura 4.19)

DESLANDES (1994b), lembra que o abuso sexual pode variar desde atos em que não existe contato sexual (voyeurismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem penetração (carícias ou apalpamentos, pedido de masturbação, sexo oral, intercurso interfemural) ou com penetração (digital, com objetos, intercurso genital ou anal). Existe, portanto, uma gama de possibilidades de ocorrência de violência sexual, onde nem sempre ocorre o contato físico para que se caracterize tal situação e, mesmo quando existe, não necessariamente deixa

evidências, apontando a necessidade de não se reduzir o diagnóstico de violência sexual aos parâmetros físicos.

**Tabela 4.39** – Notificações de violência física contra criança e adolescente segundo a presença de lesão (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

	Lesão	2003		2004	
		n.º	%	n.º	%
Violência Física	Com lesão	278	64,7	296	63,4
	Sem lesão aparente	100	23,2	114	24,4
	Ignorado	52	12,1	57	12,2
	<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0</b>	<b>467</b>	<b>100,0</b>
Violência Sexual	Com lesão	32	18,3	24	17,0
	Sem lesão aparente	106	63,9	72	51,1
	Ignorado	31	17,8	45	31,9
	<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.19** – Notificações de violência física e sexual segundo presença de lesão aparente (%) - Curitiba, 2003 e 2004

### - Na Violência Física

Nos casos em que foi constatado algum sinal ou sintoma da violência física, observa-se que, em sua grande maioria, encontrou-se somente uma lesão (47,1% em 2003 e 58,1% em 2004). O número crescente de lesões presentes corresponde a um decréscimo do número de casos registrados. (Tabela 4.40)

Em 2003, foram observadas 541 lesões o que representou uma média de 1,8 lesão entre os casos que apresentaram sinais ou sintomas aparentes. Em 2004 foram observadas 525 lesões e a média foi de 1,7.

**Tabela 4.40** – Notificações de violência física contra crianças e adolescentes segundo o número de lesões - Curitiba, 2003 e 2004

N.º Lesões	2003			2004		
	Frequência	%	Total de Lesões	Frequência	%	Total de Lesões
1	131	47,1	131	172	58,1	172
2	71	25,5	142	69	23,3	138
3	49	17,6	147	27	9,1	81
4	16	5,8	64	16	5,4	64
5	9	3,2	45	6	2,0	30
6	2	0,7	12	2	0,7	12
7	-	-	-	4	1,4	28
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>	<b>541</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>525</b>

Do total de violências físicas que apresentaram algum tipo de sinal ou sintoma, o representado por hematoma, edema ou equimoses constituiu-se na lesão mais frequente, presente em cerca de 80% dos casos. (Tabela 4.41) Outras lesões, apesar de aparecerem em menor número, destacam-se pela gravidade da agressão que lhe deu origem, pelas seqüelas físicas e psicológicas que causam e o risco de vida que podem acarretar, como os casos das queimaduras, dos cortes, das fraturas, das contusões e deslocamentos, das epistaxes e dos traumas crânio-encefálicos,

lesões que por si só são danosas, deixando seqüelas maiores quando causadas por atos violentos.

Houve um caso de óbito em que a lesão principal foi representada por traumatismo crânio-encefálico.

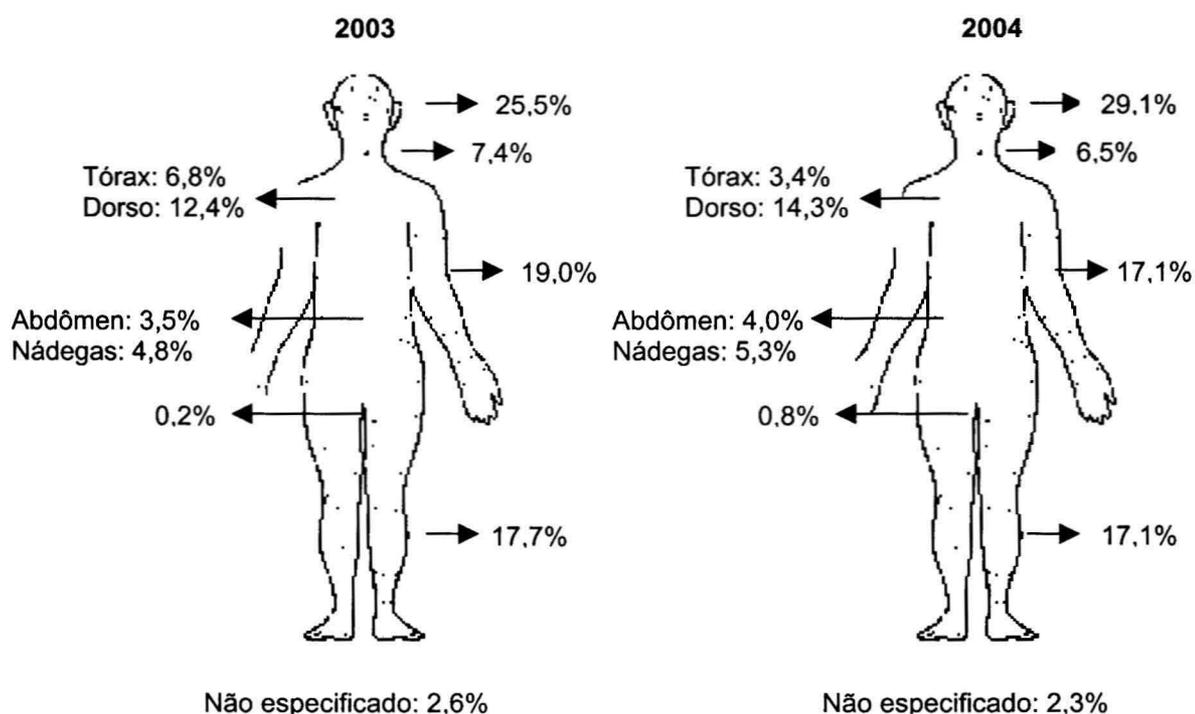
**Tabela 4.41** – Notificações de violência física contra criança e adolescentes segundo o tipo de sinal ou sintoma (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Sinal ou sintoma	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Hematoma/edema/equimose	435	80,4	409	77,9
Corte/cicatriz	51	9,2	32	6,1
Arranhão/laceração/escoriação	11	2,0	19	3,6
Queimadura	17	3,1	18	3,4
Fratura	11	2,0	14	2,7
Dor	4	0,7	4	0,8
Contusão/deslocamento	3	0,6	1	0,2
Intoxicação	-	-	4	0,8
Abscesso auricular/audição diminuída	-	-	2	0,2
Epistaxe/sangramento	1	0,2	6	0,2
Trauma crânio-encefálico	2	0,2	1	0,2
Outros	6	1,1	15	2,9
<b>Total</b>	<b>541</b>	<b>100,0</b>	<b>525</b>	<b>100,0</b>

A cabeça foi a região do corpo mais atingida na agressão física, representando isoladamente cerca de 25% das lesões, o que reflete a impulsividade com que a violência foi praticada. Somado a isso, somente cerca de 5% das marcas deixadas pelo abuso físico foram observadas nas nádegas, o que reforça a gravidade da violência. Depois da cabeça, regiões dos membros superiores, membros inferiores e dorso, nesta seqüência, foram os locais mais acometidos. (Tabela 4.42 e Figura 4.20)

**Tabela 4.42** – Notificações de violência física contra crianças e adolescentes segundo o segmento do corpo afetado (n.º e %) - Curitiba, 2003 e 2004

Parte do corpo	2003		2004	
	n.º	%	n.º	%
Cabeça	138	25,5	153	29,1
Membro superior	103	19,0	90	17,1
Membro inferior	96	17,7	90	17,1
Dorso	67	12,4	75	14,3
Pescoço	40	7,4	34	6,5
Tórax	37	6,8	18	3,4
Abdômen	19	3,5	21	4,0
Nádegas	26	4,8	28	5,3
Genitália	1	0,2	4	0,8
Não especificado	14	2,6	12	2,3
<b>Total</b>	<b>541</b>	<b>100,0</b>	<b>525</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4.20** – Distribuição dos sinais e sintomas segundo segmento do corpo afetado na violência física - Curitiba, 2003 e 2004

### - Na Violência Sexual

A proporção de ocorrências em que foi observado somente um tipo de lesão (78,8% em 2003 e 79,2 em 2004) foi maior quando comparada com a violência física. (Tabela 4.43)

**Tabela 4.43** – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o número de lesões - Curitiba, 2003 e 2004

N.º Lesões	2003			2004		
	Frequência	%	Total de Lesões	Frequência	%	Total de Lesões
1	26	78,8	26	19	79,2	19
2	5	15,2	10	4	1,7	8
3	1	3,0	3	-	-	-
4	-	-	-	1	4,2	4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>

São muitas as referências da literatura sobre as lesões mais freqüentes em consequência do abuso sexual e, entre elas, destacam-se: gestação, doenças adquiridas sexualmente, doença inflamatória pélvica, laceração vulvo-perineal, lesões retal, vaginal ou vulvar, dermatites perioral ou perianal e corrimento vaginal.

Entre as lesões presentes neste estudo, apareceu com mais freqüência o edema / hiperemia genital, seguido pela laceração genital. Em 5 situações foi constatada a presença de algum tipo de DST. Observou-se também a presença de hematomas em várias partes do corpo, principalmente nos membros inferiores, caracterizando a prática de violência física, associada à vitimização sexual. (Tabela 4.44)

DREZZET e col. (2001), analisando 520 adolescentes vítimas de violência sexual, observou a ocorrência de trauma extragenital em 11% dos casos. Segundo VITIELLO (1989), é implícita a possibilidade de violência física que pode variar desde a imobilização coercitiva até a morte da vítima, passando por graus variáveis

de traumas físicos, provocados pela necessidade de controlar ou dominar a vítima ou como maneira de intimidá-la.

RIBEIRO e col., (2004), lembram que, além das lesões físicas e genitais sofridas, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a outros tipos de violência, aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, à prostituição, à depressão e ao suicídio.

Porém, a área afetada mais seriamente, em casos de vitimização sexual na infância e na adolescência é a da sexualidade. Frequentemente, os problemas nesta área costumam se manifestar algum tempo depois do início de relacionamento com um novo parceiro (AZEVEDO, 1989).

**Tabela 4.44** – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo tipo de lesão (n.º) - Curitiba, 2003 e 2004

<b>Tipo de lesão</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
	<b>n.º</b>	<b>n.º</b>	<b>n.º</b>
Edema, hiperemia genital	8	6	14
Hematoma no corpo	6	7	13
Laceração/corte genital	5	5	10
Dor genital	1	4	5
Condilomatose	3	1	4
Fissura anal	2	2	4
Vulvovaginite	3	1	4
Leucorréia	2	1	3
Hiperemia vaginal	3	-	3
DST	-	2	2
Escoriação nádegas	-	2	2
Sangramento genital	2	-	2
Fissura fúrcula períneo	1	-	1
Micose genital	1	-	1
Presença esperma	1	-	1
Relaxamento esfinteriano	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>70</b>

#### 4.2.7 – Violência Doméstica Fatal

As informações sobre o número de crianças que morrem a cada ano devido a abusos domésticos provêm, inicialmente, das declarações de óbitos. Muitas mortes infantis, entretanto, não são investigadas rotineiramente, o que dificulta o estabelecimento de um número preciso de fatalidades de abuso infantil (OMS, 2002).

As informações sobre essas mortes, muitas vezes, estão encobertas sob a rubrica de acidentes ou lesões em que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidas. Tem sido comprovado que mortes atribuídas a outras causas acidentais são, na verdade, homicídios. MELLO JORGE (1988), estudando todos os óbitos por acidentes e violência de menores de 15 anos, na cidade de São Paulo, constatou que a natureza acidental pode, algumas vezes, estar ocultando situações de maus-tratos e negligência.

DESLANDES e col. (2005), mencionam que, em muitas situações, a família declara como acidentais eventos em que crianças são alvos de violência, enfatizando que muitos acidentes que acontecem com crianças poderiam ser classificados como violência, na medida em que houvesse uma investigação séria sobre sua conotação fortuita e casual.

VICO (2001), estudando a mortalidade de crianças de 0 a 6 anos, usuárias das creches públicas municipais de São Paulo, entre 1995 a 1999, destaca o fato de que, nas mortes por quedas de janelas e queimaduras, não havia nenhum adulto na moradia no momento do acidente.

Pesquisa americana revisou todos os óbitos de menores de 16 anos, entre 1990 e 1998, no Estado do Colorado, comparando o registro das causas de morte nas declarações de óbitos, com os dados coletados pelo comitê multidisciplinar de revisão de mortalidade infantil. Concluíram que somente a metade das crianças que morreram por maus-tratos, apresentava esta causa de morte na declaração de óbito. (CRUME e col., 2002)

Publicação do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997), aponta a possibilidade de existir uma codificação inadequada da causa de morte, bem como omissão do médico quanto à caracterização do diagnóstico da violência doméstica. Menciona pesquisa realizada no IML de Campinas que refere que, no ano de 1982, só nesse município,

foram encontrados 28 óbitos devidos à síndrome da criança espancada e, na publicação Estatísticas de Saúde - Brasil, deste mesmo ano, estão incluídos somente dois óbitos devidos a esta causa.

DESLANDES e col. (2005), completam afirmando que essa fragilidade das estatísticas de mortalidade reflete não apenas problemas técnicos de registro, mas também dificuldades culturais e um grau de impunidade quanto a situações que propiciam o ocultamento de crimes também por familiares.

Nos dois anos desse estudo foi notificado um óbito diretamente relacionado à violência física doméstica contra uma criança residente em Curitiba. Porém, apesar da contínua tentativa, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, de contribuir para a redução da invisibilidade dos maus-tratos fatais e para o aperfeiçoamento do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a causa da morte, nessa Declaração de Óbito, não foi registrada como decorrente violência doméstica. (Notificação 934 de 2003 em destaque)

*Notificação n.º 934 de 2003*

*Notificador: Hospital*

*Tipo de maus-tratos: violência física*

*Sexo masculino, 7 anos, deu entrada no setor de emergência do Hospital às 5:50 horas do dia 13 de outubro de 2003 e o médico constatou o óbito, sendo encaminhando o corpo ao IML.*

*“Verificou-se sinais pelo corpo de suspeita de maus-tratos. A criança estava acompanhada da mãe e do padrasto. Estes referiram que a criança havia batido a cabeça, de leve, no dia anterior. No entanto, de acordo com informações da supervisão de enfermagem, a mãe, bem como o padrasto, se contradiziam nas declarações do ocorrido. A criança apresentava vários hematomas com aspecto antigo e recente, sendo também confirmado pelo médico no prontuário: hematoma no supercílio direito, nos MMII e na região abdominal. Ao expor a família à necessidade de realizar boletim de ocorrência, a equipe de enfermagem observou que o padrasto teve um comportamento suspeito, demonstrando interesse em deixar o hospital.”*

*Laudo emitido pelo IML, constou que a morte foi produzida por lesões encefálicas pós-hemorragia intra parenquimatosa provocada por causa indeterminada, edema agudo de pulmão e hemorragia pulmonar. A declaração de óbito foi codificada como queda, salto ou empurrado de um lugar elevado, intenção indeterminada (código Y30.9 da CID-10).*

**5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E  
CONCLUSÕES**

---

Fica evidente o amplo espectro de situações violentas a que a criança e o adolescente residente em Curitiba estão expostos.

A magnitude e a relevância deste problema encontram-se refletidas nos indicadores de mortalidade e morbidade; nas inúmeras modalidades pelas quais a violência se expressa nos diversos ambientes da vida dessa população - na comunidade, na escola e no próprio lar - durante todas as etapas de seu crescimento e desenvolvimento; e na intensa inter-relação existente entre as diversas formas de manifestação da violência nesses grupos etários, gerando situações que, muitas vezes, se confundem e se associam.

Esta constatação, certamente comum a muitos outros municípios, precisa estar sendo efetivamente considerada e contemplada nas políticas de atenção a esse grupo populacional, onde o maior investimento ainda se concentra em questões mais objetivas, relacionadas ao binômio saúde-doença, apesar de menos relevantes, se comparadas aos atuais indicadores apresentados pela violência que acomete esse segmento social. É também de se estranhar que, frente à importância da questão, ainda hoje, ela continue sendo pouco ou nada valorizada no processo de formação dos profissionais afins ao crescimento, desenvolvimento e proteção da criança e do adolescente. Em face à complexidade do tema, torna-se imprescindível sua discussão também no meio acadêmico, visando o preparo técnico adequado desses profissionais para a abordagem do problema e para o reconhecimento de suas repercussões na saúde física e mental da criança e do adolescente.

A supremacia da violência doméstica entre os casos notificados, confirma o lar como o principal local de expressão da violência contra crianças e adolescentes. Embora a visibilidade conferida aos maus-tratos seja relativamente recente, o conhecimento de sua extensão e características tem sido constante objeto de preocupação, de estudos e de ações que vêm buscando sistematizar o conhecimento sobre essa forma de violência e propor medidas de prevenção e assistência às vítimas e seus familiares.

A proposta de vigilância da violência contra crianças e adolescentes, especialmente a violência doméstica, adotada pelo município de Curitiba, e que possibilitou este estudo, além de suprir as limitações e deficiências apresentadas pelos sistemas oficiais de informação de morbimortalidade no que diz respeito a

retratar esta modalidade de violência, revelou um grande potencial no que se refere ao objetivo de contribuir para um conhecimento mais consistente da magnitude desse problema, propiciando maior visibilidade dessa realidade.

A notificação, mais do que um instrumento legal de informação, aos órgãos de defesa, das situações de abusos contra criança e adolescentes, pode e deve ser entendida como uma fonte de informação desencadeadora de apoio às famílias em risco, assim como importante fonte de dados para a vigilância desse agravo, passo essencial para o fortalecimento de uma política de enfrentamento da questão.

Este estudo apontou algumas deficiências relativas ao preenchimento e ao desenho do formulário de notificação adotado pelo Município que, visando o aperfeiçoamento do sistema, precisariam estar sendo avaliadas e equacionadas.

Fica evidente, também, a importância da integração entre os vários setores que apresentam interface com a questão. O desenvolvimento do programa em rede integrada, reunindo os setores ligados à atenção, à defesa e à proteção da criança e do adolescente, por meio de políticas, programas e ações, ampliou a cobertura do olhar sobre essa problemática. Apesar do SAV-SOS Criança, serviço que recebe denúncias espontâneas de violência, responder isoladamente pelo maior número de notificações, cerca de 75% dos casos foram informados pelo conjunto dos outros serviços integrantes da proposta, sugerindo a atitude de busca ativa das situações de maus-tratos. Por outro lado, a rede integrada possibilitou amenizar as limitações específicas de cada serviço, no que tange às características de sua demanda.

Foi possível observar que a análise da violência doméstica, vista sob a ótica de um serviço isolado, pode trazer informações distorcidas e, às vezes, tendenciosas. Os estabelecimentos escolares se responsabilizaram por mais de 28% das notificações, representando um importante espaço para a observação dos maus-tratos, principalmente das diversas manifestações da negligência. Este tipo de abuso, que se caracteriza, principalmente, pela continuidade de sua manifestação, encontra, nos estabelecimentos escolares, espaço privilegiado de atenção cotidiana e contínua da criança e do adolescente, um local propício para a sua identificação. A importância do setor de educação torna-se mais patente quando se constata a redução do número de notificações nos períodos de férias escolares.

Por outro lado, evidenciou-se o número reduzido de casos de violência sexual que chegam ao conhecimento do SAV-SOS Criança, serviço de atenção emergencial à violência contra a criança e o adolescente, acionado pela população. Esta deficiência foi amenizada pelos serviços de saúde que realizaram mais 84% das notificações de violência sexual emitidas em 2004 e, principalmente, pela existência dos hospitais de referência para atenção à vítima de violência sexual. A proposta em rede integrada favorece o monitoramento e a vigilância desse agravo.

Visando potencializar a capilaridade presente nessa proposta, torna-se fundamental a maior participação das Escolas Estaduais localizadas no Município, a efetiva integração com os Conselhos Tutelares, bem como a ampliação da parceria, que deve contemplar a participação dos estabelecimentos privados, principalmente os setores de educação e de saúde, abarcando, desta maneira, as famílias das classes média e alta. Esses passos, além de ampliar a cobertura das ações de promoção / prevenção e da observação, atenção e acompanhamento de casos de abuso que atingem toda a sociedade, reduziria o viés da notificação, hoje centrada na população usuária dos serviços públicos. A necessária integração com os Conselhos Tutelares possibilitaria a unificação dos dados da violência contra crianças e adolescentes num único banco de dados e o aperfeiçoamento do diagnóstico desta problemática no Município.

Os serviços públicos de cunho social, entre eles os serviços de saúde, no planejamento e execução de ações de enfrentamento a determinado problema, têm o imenso desafio de estruturar estratégias que venham contemplar e possibilitar a cobertura da totalidade da população sob risco, e conseqüentemente, obter maior impacto nas suas intervenções. Para isso, deve-se buscar conhecer, da forma mais abrangente possível, o problema que se almeja enfrentar.

Grande parte dos serviços que atuam na área de violência doméstica executa principalmente ações de prevenção secundária junto às famílias abusivas. Diante da gravidade do tema, é urgente a ampliação das ações de prevenção primária. Esse trabalho ressalta a importância de se considerar, para fins de observação e prevenção, inclusive etapas anteriores ao nascimento da criança. A possibilidade de realização de ações preventivas contra o abuso infantil e de percepção de fatores de risco durante a assistência gestacional valoriza a incorporação desse tipo de atuação por

parte dos serviços de pré-natal que, além de se destacarem pela boa cobertura e aderência das gestantes, contemplam um momento propício à orientação. Igualmente, os atendimentos de puericultura e os ambulatórios pediátricos são espaços prioritários na prevenção do abuso infantil.

Além do papel das escolas na identificação e acompanhamento dos casos, também deve ser considerada a sua ação estratégica na prevenção da violência, junto aos alunos, viabilizando a conscientização dos seus direitos e a identificação de situações de risco; e às suas famílias, por meio de ações que reforcem os vínculos entre pais e filhos, pautadas em esclarecimentos quanto às fases de desenvolvimento da criança e do adolescente e em orientações acerca das estratégias alternativas para a solução dos conflitos e das dificuldades de relacionamento entre seus membros, entre outros temas.

O fato da negligência ter sido o abuso mais notificado sugere a precocidade na detecção dos descasos nos cuidados às crianças e aos adolescentes e/ou da precariedade socioeconômica familiar, o que, por si só, possibilitaria a atuação prematura em situações primárias que poderiam incorrer em outros tipos de abuso.

A possível invisibilidade da violência sexual e, em menor grau, da violência física, cuja vítima, em uma boa parte das ocasiões, não apresenta marcas visíveis ou evidências físicas dos maus-tratos, deve ser levada em consideração na observação de um caso, visando ampliar as oportunidades de intervenção. Valorizar exclusivamente os casos graves e evidentes de violência física e sexual acaba por excluir a possibilidade de detecção de casos latentes ou menos evidentes que, potencialmente, podem vir a se agravar no futuro.

A necessidade de adotar procedimentos para se diagnosticar os maus-tratos para além da abordagem rotineiramente empregada, baseada na observação de sinais orgânicos evidentes, deve demandar uma avaliação sistêmica, incluindo, tanto o quadro social, quanto o quadro psicológico, onde a criança / adolescente encontra-se inserido. Contemplando, entre outras evidências, a relação com os pais ou responsáveis, a existência de conflito familiar e a observação do comportamento e das reações da criança ou do adolescente, ampliando, assim, a abordagem da violência doméstica.

Espera-se que este trabalho contribua para o resgate da dignidade das crianças e adolescentes que sofrem continuamente em seu ambiente familiar. É um dever ético desejar que toda informação, especialmente aquela produzida com os recursos públicos, seja utilizada para a ação, visando sustentar o estado de direito e buscar a prevalência do bem entre os seres humanos

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

- 1 ASSIS SG. Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectiva para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública** 1994; 10(1): 126-34.
- 2 ASSIS SG, DESLANDES SF, SANTOS NC. Violência na adolescência. Semente e frutos de uma sociedade desigual. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SVS. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 79-100.
- 3 AZEVEDO MA. Conseqüências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In: AZEVEDO MA, GUERRA VNA. **Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu Editora; 1989.
- 4 AZEVEDO MA, GUERRA, VNA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Um cenário em (des)construção in: Unicef. **Direitos Negados. A violência contra a criança e o adolescente no Brasil**. Brasília. 2005. p. 15-27.
- 5 BEZERRA SC. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: MS – Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS; 2004. p. 17-22.
- 6 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 9 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**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- 10 CAMARGO CL. **Violência física familiar contra crianças e adolescentes: um recorte localizado.** São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 11 CAMINHA RM. **Maus-tratos: o flagelo da infância.** São Leopoldo, 2000. [Cadernos de extensão].
- 12 CARDIA N. **Pesquisa sobre atitudes: normas culturais e valores em relação à violência em 10 capitais brasileiras.** Brasília: Ministério da Justiça; 1999.
- 13 CAVALCANTI MLT. Estudo descritivo dos registros de violência doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. **Caderno de Saúde Coletiva** 1999; 7(1): 99-123.
- 14 CRUME TL, DIGUISEPPI C, BYERS T, SIROTNAK AP, GARRETT CJ. Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. **Pediatrics** 2002; 110(2): e18-e18.
- 15 DESLANDES SF. **Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do CRAMI – Campinas.** Rio de Janeiro; 1993. [Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública].
- 16 DESLANDES SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública** 1994a; 10(1): 177-87.
- 17 DESLANDES SF. **Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994b.
- 18 DESLANDES SF, ASSIS SG, SANTOS NC. Violência envolvendo crianças no Brasil. Um plural estruturado e estruturante In: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SVS. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43-67.
- 19 DIEGOLI CA. **Traumas genitais e o abuso sexual na infância e adolescência.** São Paulo; 1996. Mimeografado.

- 20 DREZZET J, CABALLERO M, JULIANO Y, PRIETE ET, MARQUES JA, FERNANDES CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria** 2001; 77(5): 413-419.
- 21 DUBOWITZ H. The families of neglected children. In: M.E.Lamb. **Parenting and child development in nontraditional families**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates: 1996.
- 22 FONSECA C. Criança, família e desigualdade social no Brasil. In: Rizzini I et al. **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Santa Úrsula; 1995. p. 111-13.
- 23 FORTE MJP. Violência doméstica in SAITO MI, SILVA LEV, editores. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 393-96.
- 24 GAWRYSZEWSKI VP, KOISUMI MS, MELLO JORGE MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública** 2004; 20(4): 995-1003.
- 25 GOMES R, ALMEIDA ABB, ECTEINS IB, SOLTER M, PAIVA SCS. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. **Ver. Latino-Am. Enfermagem** 1999; 7(3): 5-8.
- 26 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. **Cadernos de Saúde Pública** 2002a; 18(3): 707-714.
- 27 GOMES R, JUNQUEIRA MFPS, SILVA CO, JUNGER WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e ao adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002b; 7(2): 275-83.
- 28 GONÇALVES HS, FERREIRA AL, MARQUES MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vitimas de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública** 1999; 33(6): 547-53.
- 29 GUERRA VNA, LEME B. Um tema controverso: a negligência. In: AZEVEDO MA, GUERRA VNA. **Infância e violência doméstica**. Telelacri-Telecurso/lacri. São Paulo: USP; 1995

- 30 **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 1989.
- 31 IUNES RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: Esforço de mensuração. **Revista de Saúde Pública**. 1997; 31: 38-46.
- 32 KAHN T. Paz nas escolas. **Revista da ilanud**. 2001; 18: 19-48.
- 33 LIPPI JRS. **Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente**. Rio de Janeiro; 2003 [Tese de Doutorado. Instituto Fernandes Filgueira].
- 34 LOPES MVG, TAVARES JR. Maus-tratos: responsabilidade também dos pediatras. **Pediatria Atual** 2000; 13(10): 10-16.
- 35 MACHADO CV; LIMA LD; DESLANDES SF; MINAYO MCS. Prevenção primária dos maus-tratos na infância: um desafio para o pré-natal. **Jornal Brasileiro de Ginecologia** 1994; 104: 11-15.
- 36 MELLO JORGE MHP. **Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violência na infância**. São Paulo; 1988. [Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 37 MELLO JORGE MHP. Como morrem os nossos jovens. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas**. Brasília; 1998. p. 209-77.
- 38 MELLO JORGE MHP, YUNES J. Violência e saúde no Brasil. **Revista USP** 2001; 51: 114-127.
- 39 MELLO JORGE MHP, GOTLIEB SLD, LAURENTI R. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
- 40 MELLO JORGE MHP, KOIZUMI MS. Gastos governamentais no SUS com internações hospitalares por causas externas: análise do estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2004; 7(2): 228-238.
- 41 MENDONÇA RSN, ALVES JGB, FILHO JEC. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência no estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cadernos de Saúde Pública** 2002; 18(6): 1577-1581.

- 42 MENEGHEL SN. **Famílias em pedaços: um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência**. Porto Alegre; 1996. [Tese de Doutorado da UFRS].
- 43 MINAYO MCS, DESLANDES SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública** 1998; 14(1): 35-43.
- 44 MINAYO MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes In: WESTPAHL MF, organizador. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 95-114.
- 45 MINAYO MCS, SOUZA ER, MALAQUIAS JV, REIS AC, SANTOS NC, VEIGA JPC et al. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 109-129.
- 46 MINAYO MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde [editorial]. **Caderno de Saúde Pública** 2004a; 20(3): 646-47.
- 47 MINAYO MCS. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: MS/Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS; 2004b. p. 13-16.
- 48 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Violência contra a criança e o adolescente. Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica**. Brasília: MS, SASA, 1997.
- 49 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência**. Brasília; 2001.
- 50 MINISTÉRIO DA SAÚDE SIH/SUS. Secretaria Executiva: DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet>. 2003. Acesso em 20/nov/2004.
- 51 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC): 1996 a 2002**. [recurso eletrônico]. Brasília: MS/SVS; 2004.
- 52 MORAIS EP. **Enfermagem & família: evitando a negligência**. Santa Catarina: Universitária – UFSM; 1999. 145p.

- 53 NATIONAL CHILD ABUSE AND NEGLECT DATA SYSTEM – NCANDS. **Child maltreatment 2003**. U.S. Department of health & Human Services. Disponível em: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm03/chapterthree.htm>. Acesso em 31/mar/2006.
- 54 NAIC - NATIONAL CLEARINGHOUSE ON CHILD ABUSE AND NEGLIGENT INFORMACION. **In foco: Acts of omission: an overview of child neglect**. Washington DC; Abril, 2001.
- 55 OLIVEIRA VLA, RIBEIRO CR, ALBUQUERQUE MC. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. **Divulgação em Saúde Para Debate** 2003; 26: 66-72.
- 56 OLIVEIRA AC. **Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ – 2000 a 2002**. Rio de Janeiro, 2004. Mimeografado.
- 57 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português, 1995.
- 58 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo a violência, uma prioridade da saúde pública – Resolução WHA49.25**. Genebra: WHA; 1996.
- 59 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe de la reunión consultiva sobre el maltrato de menores**. Genebra: WHA; 1999.
- 60 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a violência e saúde: uma síntese**. Genebra: WHO; 2002.
- 61 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **La salud del adolescente y del joven en las Americas**. Washington DC., 1985 (Publ. Cient. n.º 489).

- 62 PELTON LH. The role of material factors in child abuse and neglect. In: G.B. Melton & F.D. Barry. **Protecting children from abuse and neglect: Foundations for a new national strategy**. New York: Guilford Publications, 1994.
- 63 PMC. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Rede de proteção a criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. Manual de atendimento**. Curitiba, 2002.
- 64 RIBEIRO MA, FERRIANI MGC, REIS JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública** 2004; 20(2): 456-64.
- 65 SANTOS MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: WESTPAHL MF, organizador. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 189-204.
- 66 SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. CLAVES. Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Justiça. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: SBP; 2000.
- 67 SCHERER EA, SCHERER ZAP. A criança maltratada uma revisão de literatura. **Ver. Latino-Am. Enfermagem** 2000; 8: 22-9.
- 68 SILVA HO, SILVA JS. **Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil**. São Paulo: Global. Brasília. Unicef; 2005.
- 69 SMS/CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Análise das notificações obrigatórias de violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: ano de 2002**. Curitiba; 2003.
- 70 SMS/CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA. **Relatório de mortalidade por causas externas**. Curitiba; 2004.
- 71 SOUZA ER, MINAYO MCS, SILVA CMFP, REIS AC, MALAQUIAS JV, VEIGA JPC et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 83-107.

- 72 SOUZA ER, MELLO JORGE MHP. Impacto da violência na infância e juventude brasileira: magnitude da morbimortalidade. In: MS – Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS; 2004. p. 23-38.
- 73 TOMIO AGS. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no conselho tutelar de Itajaí – SC**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 74 VANRELL JP. **Maus-tratos na infância. Aspectos bio-psico-sociais**. São Paulo; 1999. Disponível em: <http://www.pericias-forenses.com.br/public.htm>. Acesso em 11 set. 2005 às 10:50 horas.
- 75 VICO ESR. **Estudo da mortalidade de crianças usuárias de creches no município de São Paulo**. São Paulo, 2001. [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 76 VITIELLO N. Vitimização sexual: conseqüências orgânicas. In: AZEVEDO MA, GUERRA, VNA, organizadoras. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu Editora; 1989. p. 123-41.

**ANEXO**

---

- Formulário de Notificação de Violência Contra a Criança e o Adolescente

