

A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006

Violence Against Children and Adolescents: Epidemiological Information Based on Cases Reported to Juvenile Courts and Child Protective Services in a Municipality in the South of Brazil, 2002 and 2006

Christine Baccarat de Godoy Martins

Área Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Resumo

O estudo objetivou construir o perfil epidemiológico da violência contra menores de 15 anos residentes em Londrina, Paraná, a partir das notificações efetuadas em 2002 e 2006 aos Conselhos Tutelares, projetos e programas de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados. Foram estudados 607 casos em 2002 e 1.013 em 2006. A violência ocorreu predominantemente na residência da vítima e por 1 a 2 anos antes da notificação, com predomínio da violência física (52,9% em 2002 e 48,2% em 2006). Observou-se aumento dos coeficientes de notificação dos episódios em todos os tipos de violência entre os dois anos de estudo, com reincidência em 172 (10,6%) casos. O estudo destaca-se não somente por abranger todas as notificações do município, mas por constituir-se estudo transversal, as características aqui apresentadas podem se modificar futuramente à medida que intervenções forem implantadas. O aumento dos coeficientes de incidência de 2002 para 2006 desperta para a necessidade de investimentos, tanto na prevenção quanto no aprimoramento da informação.

Palavras-chave: causas externas; violência; agressão; maus-tratos; infância; adolescência.

Summary

In this study we have built epidemiological features of violence against minors under 15 years of age who live in Londrina, State of Parana, Brazil based on all cases reported to the local Juvenile Courts and Child Protective Services in 2002 and 2006. We have analyzed 607 cases reported in 2002 and 1,013 cases reported in 2006. Violence has mainly occurred in the victim's own house and for about one or two years prior to the report. Physical abuse was prevalent (52.9% in 2002 and 48.2% in 2006). By comparing the two years of the study, there was an increase in the incidence of all sorts of violence and reoccurrence of violence in 172 cases (10.6%). Although all reports from both years were analyzed, it was a cross-sectional study and its characteristics can be modified when interventions are implemented. The growing incidence from 2002 to 2006 point at the importance of investments, both in prevention and information improvement.

Key words: external causes; violence; aggression; maltreatment; childhood; adolescence.

Endereço para correspondência:

Rua Fortaleza, 70, Jardim Paulista, Cuiabá-MT, Brasil. CEP: 78065-350
E-mail: leocris2001@terra.com.br

Introdução

A violência intencional,¹ que incide principalmente sobre a população infantil, tem sido reconhecida por sua repercussão biopsicossocial, que ocasiona consequências significativas nas esferas física, sexual, comportamental, psicológica, emocional e cognitiva, interferindo no crescimento e desenvolvimento e podendo fazer das vítimas futuros agressores, evidenciando assim a complexa e infundável trama existente na violência.²⁻⁴

Além disso, há que se considerar ainda o impacto deste evento nos custos econômicos com assistência médica, tratamento e reabilitação das vítimas, custos com o sistema judiciário e penal, custos sociais decorrentes da queda de produtividade, além das lesões e traumas decorrentes do ato violento, que exercem um grande impacto a longo prazo.⁵

Em 2005, entre as causas de morte não natural, as agressões constituíram-se a primeira causa de óbito na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (39,7%) com proporção expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (55,1%) em todo o País. No Paraná, no mesmo ano, também foi a primeira causa de óbito na faixa etária de 0 a 19 anos (41,2%). Entre os óbitos por causas externas ocorridos no Município de Londrina-PR (68 óbitos) em 2005, observa-se que as agressões foram responsáveis por mais da metade dos óbitos decorrentes de acidentes e violências (61,8%, com 42 casos), com grande frequência na faixa etária de 15 a 19 anos (76% neste grupo, com 38 casos) e colocando-se em segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos de idade.⁶

Nas últimas décadas, o reconhecimento da violência como problema de saúde pública⁷ e da necessidade de proteger as crianças e adolescentes, a fim de contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, veio ampliar as políticas e estratégias voltadas para a emergente questão da violência dentro dessa faixa etária.

Neste sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),⁸ sancionado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, constituiu-se no instrumento de garantia da cidadania de crianças e adolescentes, criando obrigações legais aos profissionais de saúde quanto à notificação; dando prioridade absoluta à criança e ao adolescente na sua proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão

aos seus direitos fundamentais; e criando o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos).

No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda escasso, não sendo possível conhecer a frequência exata dos casos de abuso contra criança e adolescente.

Visando a prevenção e redução deste importante evento na população infanto-juvenil, algumas políticas foram desenvolvidas, tais como: o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil,⁹ a Política Nacional de Redução da Morbi-Mortalidade de Acidentes e Violências¹⁰ como instrumento direcionador da atuação do setor saúde nesse contexto, o Manual para Orientação dos Profissionais,¹¹ o manual “Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde”.¹²

Entretanto, no Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda escasso, não sendo possível conhecer a frequência exata dos casos de abuso contra criança e adolescente.¹³⁻¹⁵ As estatísticas de mortalidade proporcionadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) representam, na verdade, apenas os casos fatais da violência. A morbidade hospitalar, conhecida pelo Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ainda não consegue abranger todo o cenário da violência no País, pois apesar de englobarem os casos não fatais mais graves que necessitaram de internação e os casos fatais que são internados antes de falecer, representam somente os casos que chegam aos hospitais conveniados ao SUS. Os atendimentos ambulatoriais (para as vítimas de violência que procuram atendimento) poderiam ser conhecidos através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), implantado em 1991, mas este representa dados gerais do número de atendimentos, sem detalhar as causas, além de retratar apenas a demanda pelo SUS.

Um importante avanço na informação relativa à violência praticada contra a criança e o adolescente foi a implantação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sipia), pela Lei nº 8.069/90, que surgiu da necessidade do Estado e da União em dispor de um sistema nacional de monitoramento contínuo da situação de proteção à criança e ao adolescente nos Conselhos Tutelares, além de dotar os Conselhos de uma ferramenta que fornecesse com agilidade e rapidez as informações às diversas instâncias: municipal, estadual e federal.¹⁶

Outro avanço na vigilância de violências e acidentes, que até o presente momento era realizada mediante a análise dos dados do Sistema de Informação Hospitalar (AIH) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), além das informações dos Boletins de Ocorrência Policial (BO) e inquéritos, se deu com a implantação de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes, que passam a integrar a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. Esses serviços de saúde notificantes (sejam públicos, privados ou filantrópicos), definidos e pactuados junto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, incorporam na sua rotina a notificação de violências e acidentes, de forma gradativa e processual.¹⁷ Conhecida como “VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes”, a iniciativa visa ampliar as notificações de situações de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, conforme determinado pelas leis: nº 8.069, de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente); nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso); e nº 10.778, de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher).

Todavia, apesar da valorização da criança e do adolescente perante a sociedade e mediante a adoção de políticas públicas, a violência ainda permanece como grave ameaça às suas condições de vida, fato merecedor de estudos e estratégias de enfrentamento.^{11,13,18-23} Alguns autores também apontam que, apesar das políticas desenvolvidas até o momento, ainda há necessidade de priorizar o enfrentamento da violência na agenda dos diversos segmentos sociais por meio da intersetorialidade, numa ampla rede de apoio social e interinstitucional,^{2,24,25} pois a sub-notificação ainda impossibilita conhecer melhor a magnitude do problema, o perfil da vítima e do agressor.

Diante deste contexto e das dificuldades quanto às fontes oficiais de informação para estudar a amplitude e características da violência contra a criança e o ado-

lescente, torna-se necessário buscar outras fontes de dados, tais como os Conselhos Tutelares e programas específicos ao atendimento das vítimas.

Neste sentido, a construção do perfil epidemiológico da violência intencional contra menores de 15 anos em Londrina-PR tem por finalidade contextualizar a agressão nesse grupo populacional, ampliando o conhecimento epidemiológico deste evento no município, o que possibilitará subsidiar medidas de prevenção, de atenção e de proteção às pessoas vítimas ou em situação de violência. Por possuir características e circunstâncias que diferem das causas acidentais, destaca-se a necessidade de estudar as agressões separadamente das outras causas externas.

Metodologia

O estudo, epidemiológico descritivo do tipo série de casos, foi elaborado dentro de uma perspectiva quantitativa, a partir das notificações aos três Conselhos Tutelares (Conselho Tutelar Centro, Conselho Tutelar Norte e Conselho Tutelar Sul), ao Programa Sentinela da Prefeitura Municipal (ação integrada entre as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social, Educação e da Mulher; e Núcleo Social Evangélico de Londrina, atendendo crianças e adolescentes vítimas de violência sexual) e ao Projeto de extensão “De Olho No Futuro” da Universidade Estadual de Londrina (projeto de ação interdisciplinar desenvolvido pelos Departamentos de Direito, Serviço Social e Psicologia Social, que atende crianças e adolescentes vítimas de violência, encaminhadas pelos Conselhos Tutelares, Ministério Público, hospitais e serviços de saúde).

A Figura 1 esquematiza o fluxo entre os Conselhos Tutelares de Londrina, o Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina e o Projeto “De Olho No Futuro” da Universidade Estadual de Londrina.

A presente investigação teve como população de estudo menores de 15 anos, sendo os critérios de inclusão: residentes no município, vítimas de agressão notificada aos Conselhos Tutelares e serviços acima descritos nos anos de 2002 e 2006. Foram incluídos apenas menores de 15 anos, visto que as características e circunstâncias da violência são diferentes entre estes e os de faixa etária maior. Além disto, apesar de o Conselho Tutelar atender adolescentes até 17 anos completos, a delimitação do grupo facilitará a

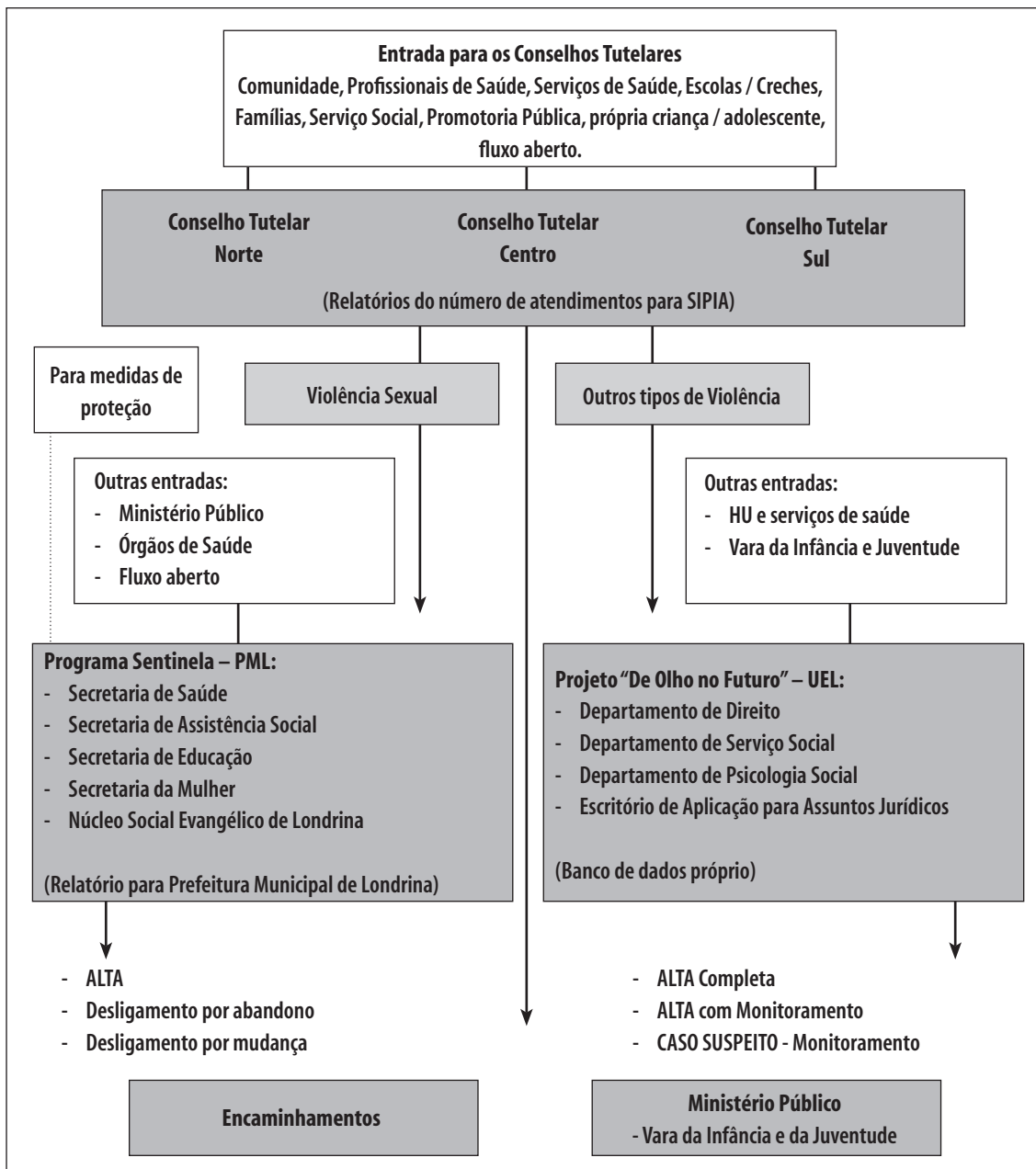


Figura 1 - Esquema do fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência notificada no Município de Londrina-PR. Brasil, 2008

comparação dos resultados, uma vez que os estudos e os serviços de informação em saúde adotam grupos etários de 10-14 e de 15-19 anos.

Optou-se pelos anos de 2002 e 2006 com a finalidade de uma análise comparativa do comportamento da violência contra a criança ou adolescente nos diferentes momentos, bem como nos seus coeficientes de inci-

dência. Foram selecionados os atendimentos de 2002 porque o Programa Sentinela, um dos locais de coleta de dados, foi implantado somente naquele ano.

A coleta de dados realizou-se por meio de levantamento manual em prontuários, obedecendo aos critérios de inclusão estabelecidos e utilizando-se formulário previamente testado, contendo questões

fechadas quanto à vítima (nome, filiação, data de nascimento, idade na ocasião da violência e sexo); quanto à violência (tipo de violência, local em que ocorreu), frequência (primeira vez ou reincidência), tempo de abuso antes da notificação, consequências da violência (presença de lesão, internação e seqüela descrita); quanto ao agressor (idade, sexo, vínculo com a vítima), situações associadas relativas ao agressor (por exemplo, alcoolismo ou drogadição); quanto ao atendimento (providência imediata e encaminhamentos). Foram consideradas apenas as informações registradas em prontuário, com base na avaliação do conselheiro tutelar que acompanhou o caso. As lesões foram diferenciadas segundo o segmento corpóreo afetado.

O programa computacional Epi Info 6.04d foi utilizado para tabulação e análise dos dados.

Não houve procedimento de amostragem, pois todas as notificações do município foram consultadas, tendo em vista que os serviços pesquisados são os que prestam atendimento às situações de violência contra crianças e adolescentes.

Foram utilizadas medidas de frequência epidemiológica, tais como proporção de casos (segundo as variáveis: local em que ocorreu o evento, frequência e tempo de abuso, tipo de violência, presença de lesão e internação, seqüelas, reincidências) e medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas (idade, número de notificações).

Tendo por base a população estimada na mesma faixa etária e ano, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram calculados os coeficientes de incidência segundo o sexo e a idade das vítimas e o de incidência segundo a idade das vítimas e os diferentes tipos de violência. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado (χ^2) para testar diferenças entre sexos segundo o tipo de violência sofrida.

Inicialmente, foram analisados o número de atendimentos e a situação dos casos em cada serviço separadamente (Conselho Tutelar Norte, Conselho Tutelar Sul, Conselho Tutelar Centro, Programa Sentinela e Projeto "De Olho no Futuro"), dadas as diferenças quanto à demanda e características dos usuários em cada serviço de atendimento. Foi necessário desenvolver um instrumento de coleta de dados amplo que pudesse contemplar as informações dos diferentes serviços, visto que não há uma padronização dos prontuários nos serviços utilizados como fonte de dados.

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

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

Desta forma, durante todo o processo de tratamento e análise dos dados, os registros no banco de dados corresponderam ao número de atos violentos (casos) e não ao número de crianças, considerando que a mesma criança ou adolescente possa ter sido vítima (pelo mesmo tipo de violência ou não) em diferentes ocasiões (circunstâncias). Para os casos referentes ao mesmo ato violento, excluíram-se as fichas repetidas a fim de evitar a duplicidade de dados. Por meio do cruzamento de dados foram verificadas as inconsistências.

Considerações éticas

Foram obtidas autorizações por escrito dos serviços para acesso aos prontuários e o projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (COEP n° 315 de 2006).

Resultados

Foram levantadas 1.999 notificações de violência contra crianças e adolescentes, sendo 734 notificações no ano de 2002 e 1.265 no ano de 2006 (Tabela 1), com aumento das notificações em todos os serviços entre os anos do estudo.

Após a exclusão dos registros duplicados, foram estudados 1.620 casos de violência (agressão) contra menores de 15 anos no Município de Londrina, que fo-

ram notificados aos Conselhos Tutelares do município e serviços de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados (607 casos em 2002 e 1.013 casos em 2006) (Figura 2), resultando em uma proporção de 0,5% (em 2002) e de 0,8% (em 2006) na população de mesma faixa etária e ano. Os 1.620 casos de notificação correspondem a 1.448 crianças, pois houve reincidência em 172 casos.

Entre os 1.620 casos estudados, houve predomínio da violência física (praticada por meio de força corporal, instrumentos, objeto cortante, objeto quente e arma de fogo), seguida pela negligência/abandono e pela violência sexual (Tabela 2), com proporções bastante próximas nos dois anos analisados.

No presente estudo, além da violência que motivou a notificação, houve casos em que a criança ou adolescente sofreu outros tipos de violência em concomitância, ou seja, mais de um tipo de violência no mesmo ato violento (67,9% em 2002 e 72,5% em 2006). Entre os casos estudados em 2002, observou-se que a agressão por força corporal esteve acompanhada pela violência psicológica em 83,2% dos casos, seguida pela negligência e abandono (10,1%); por outros meios especificados, como instrumentos, ferro, cinta, fio (4,1%) e por outros tipos de maus-tratos, como o trabalho infantil, mendicância e prostituição (2,6%). Entre as vítimas de negligência e abandono, a violência física por meio de força corporal e a psicológica também estiveram presentes (75% e 25%, respectivamente).

A violência sexual, por sua vez, foi acompanhada pela violência psicológica em 47,4% dos casos, pela agressão física (36,8%), por outros tipos de maus-tratos

(10,5%) e por outros meios especificados (5,3%). Nota-se, ainda, que as agressões por outro meio especificado (instrumentos, ferro, cinta, fio) ocorreram concomitantemente com violência psicológica (83,3%), agressão por meio de força corporal (8,3%) e negligência ou abandono (8,3%). Já os outros tipos de maus-tratos infringidos à criança e ao adolescente (trabalho infantil, mendicância, prostituição) foram acompanhados por negligência e abandono (44,4%), violência psicológica (33,3%) e agressão por meio de força corporal (22,2%). Entre as vítimas de 2006 que sofreram mais de um tipo de violência, observam-se, praticamente as mesmas distribuições de 2002. Nos dois anos de estudo, foi nítida a alta frequência da violência psicológica como pano de fundo de praticamente todas as agressões.

A residência da vítima foi o local mais frequente onde ocorreu o ato violento e observou-se uma grande proporção de casos em que houve agressão por quatro vezes ou mais antes da notificação. Nos dois anos de estudo, observou-se predomínio de um a dois anos de abuso até que a notificação fosse feita (Tabela 3).

Foram consideradas consequências da violência a presença de lesão corporal, a necessidade de internação e as sequelas registradas em prontuário. Porém, mais da metade dos prontuários não trazia a informação de que tenha sido necessária a internação da criança ou adolescente vítima de agressão, o que, evidentemente, impede qualquer análise mais profunda sobre essa situação. Grande parte dos casos apresentou lesão corporal, afetando mais múltiplas regiões, e houve registros de efeito de privação, nos quais as vítimas apresentaram desnutrição severa. Quase que

Tabela 1 - Distribuição das notificações de violência contra menores de 15 anos segundo o serviço de atendimento no Município de Londrina-PR, Brasil, 2002 e 2006

Serviço de Atendimento	2002	2006	Crescimento (%)	Total
Conselho Tutelar Norte	214	333	55,6	547
Conselho Tutelar Sul	162	274	69,1	436
Conselho Tutelar Centro	136	324	138,2	460
Programa Sentinela	114	163	42,9	277
Projeto "De Olho no Futuro"	108	171	58,3	279
TOTAL de notificações	734	1.265	72,3	1.999

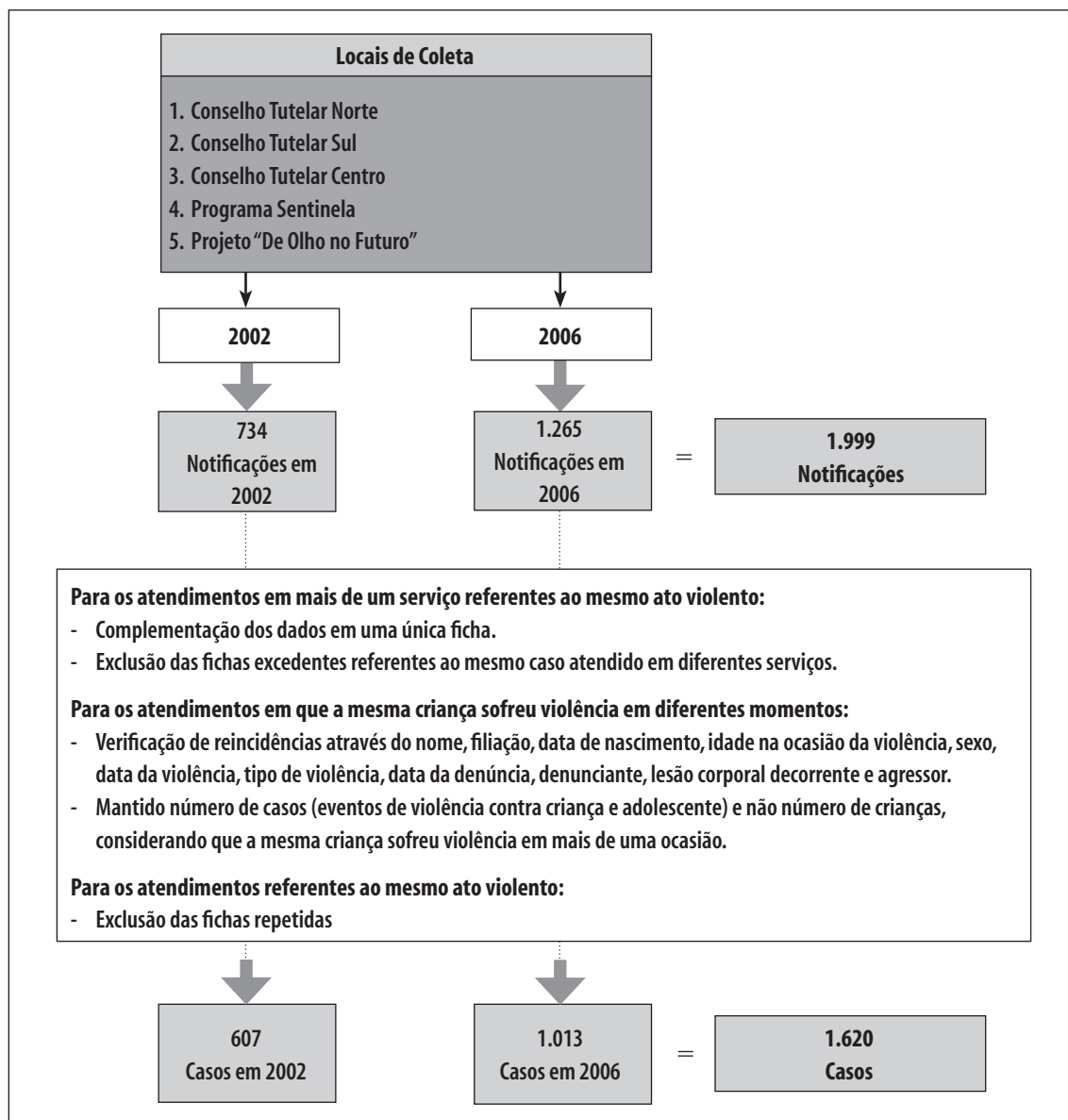


Figura 2 - Representação dos dados coletados de violência notificada contra menores de 15 anos no Município de Londrina-PR, Brasil, 2002 e 2006

a totalidade das vítimas apresentou seqüela, sendo a seqüela física a mais comum (Tabela 4).

Foram verificados 172 casos de reincidência (10,6% da população estudada). Faz-se necessário esclarecer que não houve um prazo suficientemente longo que permitisse verificar as reincidências dos casos atendidos em 2006. Portanto, os resultados a seguir não representam a real probabilidade dos casos do último ano de estudo reincidirem. Ainda assim,

torna-se importante analisar os casos reincidentes a fim de identificar mudanças no comportamento da violência perpetrada contra a mesma criança em diferentes ocasiões.

As reincidências ocorreram mais entre vítimas do sexo feminino (66,3%), sendo o mesmo denunciante em 77,9% dos casos, embora o serviço procurado para a nova notificação fosse diferente em 40,7% das situações. O tipo de violência motivadora da notificação e o

Tabela 2 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o tipo de violência infringida no Município de Londrina. Brasil, 2002 e 2006

Ano	Tipo de violência infringida	Total	
		Nº	%
2002	Violência física	321	52,9
	Força corporal	298	49,1
	Outro meio especificado (instrumentos, ferro, cinta, fio, madeira)	15	2,5
	Objeto cortante penetrante	5	0,8
	Objeto quente	2	0,3
	Arma não especificada	1	0,2
	Negligência e abandono	150	24,7
	Violência sexual	120	19,8
	Outros maus-tratos (trabalho infantil, mendicância, prostituição)	11	1,8
	Violência psicológica	3	0,5
	Uso de droga	1	0,2
	Outro meio não especificado	1	0,2
TOTAL		607	100,0
2006	Violência física	488	48,2
	Força corporal	479	47,3
	Outro meio especificado (instrumentos, ferro, cinta, fio, madeira)	7	0,7
	Objeto cortante penetrante	1	0,1
	Substância corrosiva	1	0,1
	Negligência e abandono	308	30,4
	Violência sexual	186	18,4
	Outros maus-tratos (trabalho infantil, mendicância, prostituição)	27	2,3
	Violência psicológica	1	0,1
	Uso de droga	1	0,1
	Outro meio não especificado	2	0,2
	TOTAL		1.013

agressor foram os mesmos que na notificação anterior na sua quase totalidade (98,8%). Houve somente dois casos em que o tipo de violência e o agressor foram diferentes, no entanto, a violência reincidente foi cometida por membros da mesma família. O intervalo entre as notificações se distribuiu de 3 a 4 meses (33,7%) e 5 a 6 meses (15,7%), com maior proporção no período de 4 anos (34,3%) que corresponde, pelo tempo, exclusivamente aos casos de 2002. Ainda houve reincidência no período de 1 a 2 meses (9,9%), 7 a 8 meses (4,6%) e 9 a 10 meses (1,7%). O alcoolismo foi reportado como situação associada em 40,1% destes casos reincidentes, embora a proporção de prontuários sem esta informação corresponda a 32,6%. Os outros

casos tiveram como causa associada: crise conjugal (8,1%); problemas relacionados com a maternidade (5,8%) e paternidade (2,3%), em caso de filho não natural; drogadicção (4,1%); dificuldade financeira (4,1%); doença psíquica (1,2%); prostituição materna (1,2%) e religião do pai (0,6%). Entre os casos reincidentes, as providências mais frequentes tomadas pelo serviço na primeira notificação foram a convocação do agressor (51,7%) e a advertência (25,0%), seguidas pela notificação ao agressor (11,6%), visita domiciliar (9,9%) e orientação (1,7%).

Calculando-se o coeficiente de incidência (para cada 1.000 crianças) da violência segundo a idade e o sexo das vítimas (Figura 3), observou-se expres-

Tabela 3 - Distribuição dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo o local da violência, frequência e tempo de abuso no Município de Londrina-PR, Brasil, 2002 e 2006

Distribuição dos casos	2002		2006	
	N°	%	N°	%
Local da violência				
Residência da vítima	500	82,4	874	86,3
Residência do agressor	39	6,4	63	6,2
Escola	29	4,8	10	1,0
Via pública	22	3,6	36	3,5
Outro (igreja, condomínio)	10	1,6	14	1,4
Terreno baldio	4	0,7	1	0,1
Residência de parente	2	0,3	12	1,2
Ignorado	1	0,2	–	–
Não informado	–	–	1	0,1
TOTAL	607	100,0	1.013	100,0
Frequência da violência no caso				
Primeira vez	102	16,8	116	11,4
Segunda vez	14	2,3	9	0,9
Terceira vez	13	2,1	20	2,0
Quatro ou mais vezes	468	77,1	858	85,1
Ignorado	6	1,0	4	0,4
Não informado	4	0,7	6	0,6
TOTAL	607	100,0	1.013	100,0
Tempo de abuso em cada caso				
Menos de 6 meses	123	20,3	145	14,3
6 a 12 meses	38	6,3	46	4,5
1 a 2 anos	222	36,6	488	48,2
3 a 4 anos	137	22,6	210	20,7
Mais de 4 anos	68	11,2	104	10,3
Ignorado	16	2,6	14	1,4
Não informado	3	0,5	6	0,6
TOTAL	607	100,0	1.013	100,0

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

15,1). Interessante destacar que não houve aumento do coeficiente de casos notificados entre crianças com mais de dez anos de idade, faixa etária em que os coeficientes permanecem bastante similares nos dois anos de estudo.

Observa-se que, no ano de 2002, o coeficiente no sexo feminino é maior que o masculino entre os menores de um ano e dos dois aos quatro anos de idade. Aos cinco anos, ocorre uma inversão, prevalecendo coeficientes maiores para o sexo masculino até os oito

Tabela 4 - Distribuição (%) dos casos de violência contra menores de 15 anos segundo as consequências da violência no Município de Londrina-PR, Brasil, 2002 e 2006

Consequências da violência	2002	2006
Lesão corporal	90,4	92,0
Múltiplas regiões	36,4	28,7
Abdome/dorso/pelve	26,6	26,9
Membros superiores	15,7	15,6
Membros inferiores	10,2	11,7
Cabeça	4,9	0,6
Pescoço	–	0,9
Tórax	1,8	3,6
Efeito de privação	0,4	0,2
Não informado	3,1	2,6
Sequela	99,3	99,0
Física	94,2	97,0
Psicológica	4,9	2,0
Não informado	1,6	2,0

anos de idade. Aos nove, novamente o sexo feminino concentra maiores coeficientes em relação ao sexo masculino, invertendo-se novamente aos dez anos. A partir dos 11 anos de idade, os coeficientes femininos permanecem mais elevados em relação ao outro sexo. Já em 2006, os coeficientes femininos são superiores aos masculinos, exceto na idade de cinco anos (Figura 3). Observa-se uma queda expressiva dos coeficientes masculinos a partir dos sete anos de idade, tanto em 2002 como em 2006.

Aplicando-se o teste estatístico do Qui-quadrado (χ^2) para as variáveis sexo da vítima e tipo de violência sofrida, o valor do “p” foi inferior a 0,05 para os dois anos de estudo, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos conforme o tipo de violência sofrida.

Conhecendo a estimativa da população menor de 15 anos residente no município no mesmo ano, calculou-se o coeficiente de incidência segundo a idade da vítima e o tipo de violência sofrida, estimando-se o risco de ocorrência de cada tipo de violência segundo a idade, nos anos de 2002 e 2006 (Figura 4). O coeficiente está calculado para cada 10.000 crianças. Comparando-se os dois anos de estudo, observou-se um aumento significativo do risco de violência contra menores. A violência física, por exemplo, na idade na qual se observa o maior risco (aos seis anos), o

coeficiente de incidência passa de 75,4 (por 10.000), em 2002, para 122,5 em 2006, resultando em um aumento de 62,5%.

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

Já o grupo de “Outros Tipos de Maus-Tratos” (que aqui englobam trabalho infantil, mendicância e prostituição) apresenta discreto aumento, mas sua ocorrência é relativamente baixa em relação aos outros tipos. Não foi calculado o coeficiente de incidência para a violência psicológica, por uso de droga e por outro meio não especificado em decorrência dos poucos casos notificados.

Discussão

Em comparação com outros estudos brasileiros, não foram observados relatos referentes à proporção de violências na população infanto-juvenil, porque embora várias investigações caracterizem o evento

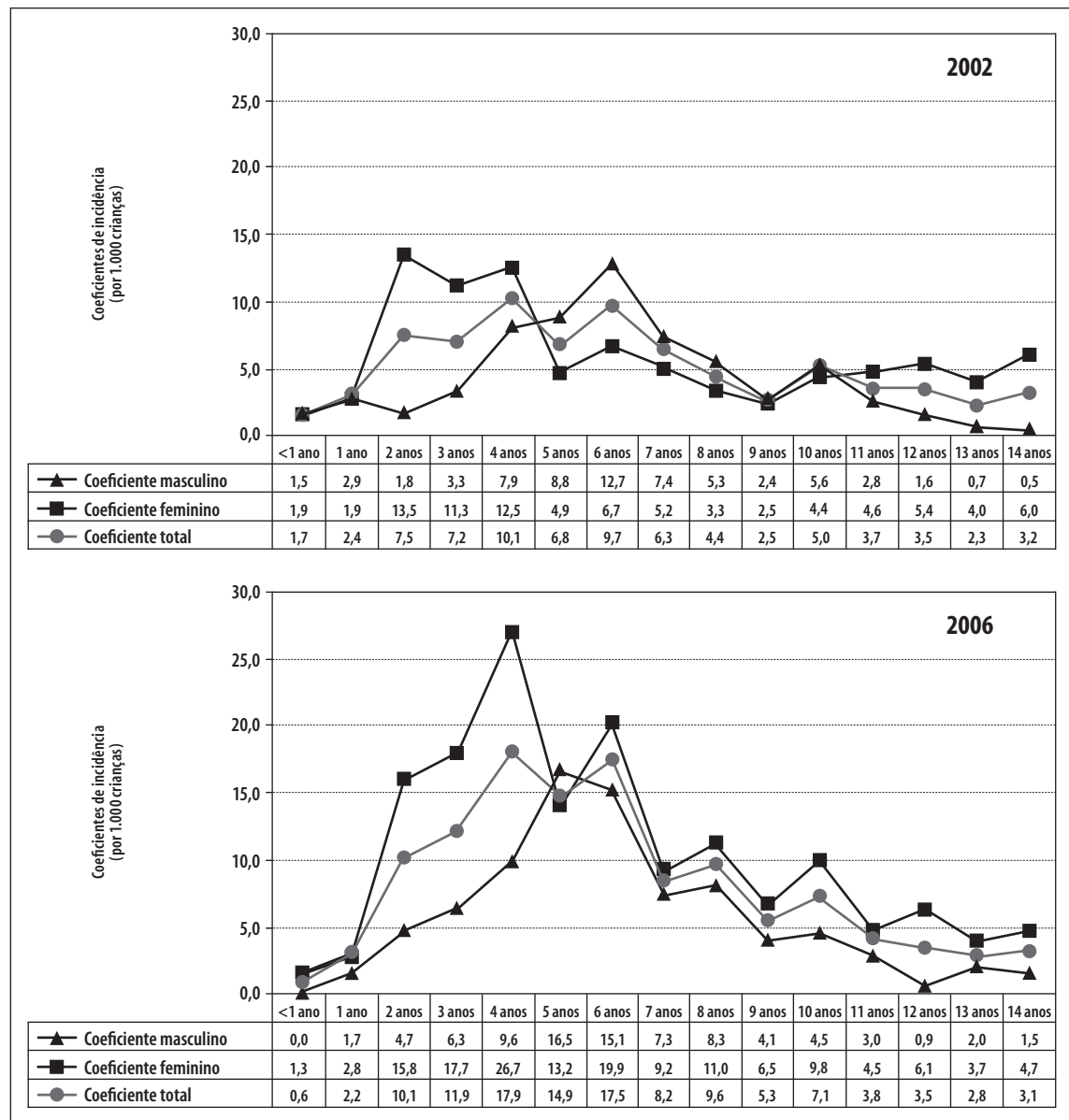


Figura 3 - Coeficientes de incidência da violência notificada contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas no Município de Londrina, Brasil, 2002 e 2006

da violência contra crianças e adolescentes, não apresentam cálculos com base na população total, restringindo-se a instituições específicas. Outros trazem índices referentes à mortalidade por violência e não à morbidade. Em estudos internacionais, observou-se que nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, o Serviço de Proteção à Criança do país apontou uma incidência de abuso ou negligência em crianças de 1,2% em 2001, índice que vem decrescendo desde

1986, quando era de 2,3%.²⁶ Ainda assim, verifica-se uma incidência menor no presente estudo, se comparada à dos EUA, o que pode ser atribuído às diferenças quanto à população e ano de estudo, além da provável melhor qualidade da notificação naquele país.

O predomínio da violência física, da negligência e da violência sexual verificado na presente casuística coincide com o relato de outros autores.^{20,27,28} Estudos internacionais também são coincidentes com o

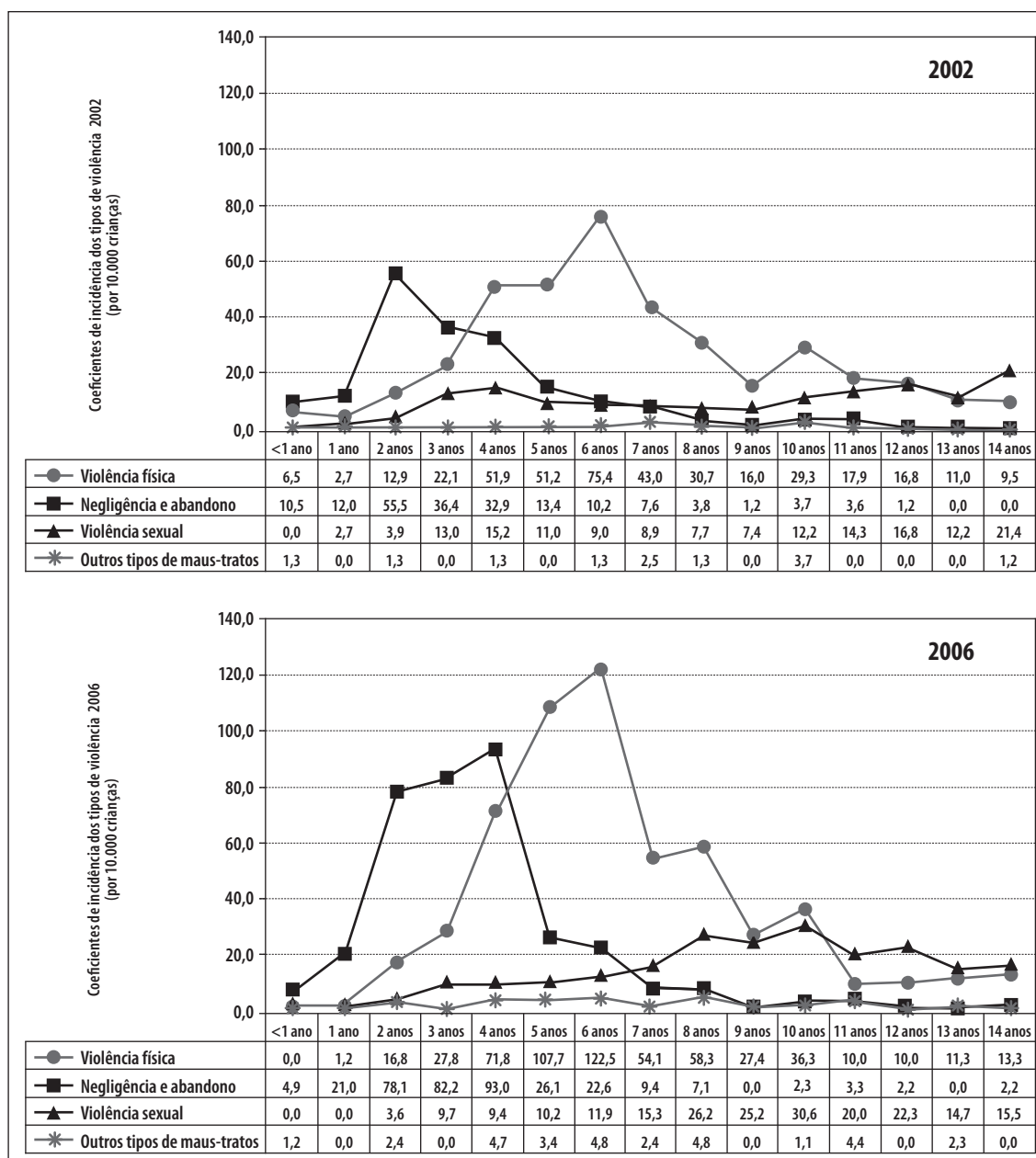


Figura 4 - Coeficientes de incidência de violências praticadas contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e a idade das vítimas no Município de Londrina-PR, Brasil, 2002 e 2006

presente levantamento. Em Temuco, no Chile, estudo junto aos domicílios em uma comunidade urbana de nível socioeconômico médio revelou que 42,3% das mães aplicam punição física em seus filhos.²⁹ Estudo de prevalência e incidência de abuso infantil, ao comparar dados nos diferentes países, aponta a negligência, o abuso físico e o sexual entre os mais frequentes na população infantil.³⁰

Os resultados encontrados suscitam duas reflexões. A primeira quanto ao uso da força física como medida educativa,³¹ o que a torna frequente em nosso meio. Neste sentido, alguns autores³² discutem a questão cultural do castigo e destacam a polêmica que há entre o uso da força física na disciplina dos filhos (o que pode gerar lesões importantes no momento da ira) e a corrente que critica o uso da agressão corporal ou

por meio de objetos. Culturalmente, a punição física é aceita como necessária para crianças. Autores americanos, ao entrevistarem 3.122 estudantes nos Estados Unidos e países europeus (Estônia, Finlândia, Romênia e Rússia), obtiveram a resposta de que a necessidade de educar justifica a violência física praticada contra a criança.¹⁹ Frente a esta questão cultural, torna-se imprescindível que se trabalhe outras formas educativas junto às comunidades e sociedade como um todo. Vale realçar que a violência doméstica começa através da palmada e, com o passar do tempo, a intensidade e a forma vão se agravando. É importante que pais e educadores acreditem que é possível impor limites sem recorrer à violência, ou ainda, que bater não é uma forma de comunicação.

A outra reflexão se refere ao fato de que a agressão física possa ser a mais denunciada por produzir lesões corporais passíveis de serem observadas mais facilmente.²⁰ Neste aspecto, é preciso destacar a importância de profissionais e comunidades estarem alertas para a identificação não somente do abuso físico, mas também de todas as outras formas de agressão contra a criança e adolescente, muitas vezes não observadas no dia a dia por não serem evidentes como a violência física.

Outras casuísticas também identificaram mais de um tipo de violência entre os casos de maus-tratos infantis,^{3,20,28} o que permite concluir que dificilmente a violência englobe apenas um tipo de agressão, num complexo contexto de desencadeamento dos maus-tratos, o que aponta para a necessidade de se conhecer melhor os fatores que a envolvem.

Embora seja de conhecimento científico e de senso comum que uma mesma criança possa ser vítima de mais de uma forma de violência, ainda não há muitas investigações sistemáticas a respeito. Por se tratar de um complexo contexto onde determinados tipos de violência se expressam acompanhados de outras agressões, torna-se interessante conhecer estas relações. Outros autores apontam distribuições semelhantes às encontradas na presente investigação, em que a violência física associada à psicológica e à negligência foi a frequência mais observada, bem como a violência sexual e a psicológica.^{20,28}

Interessante observar a baixa frequência da violência psicológica quando analisados somente os tipos de violência que geraram a denúncia. Entretanto, quando associada a outras formas de violência, sua frequência

aumenta significativamente. Este achado permite concluir que a violência psicológica permeia praticamente todas as situações de agressão contra a criança, porém dificilmente constitui-se o motivo principal de notificação. Frente à sua constante presença nos diversos tipos de violência praticados contra a criança e o adolescente, autores alertam para o profundo impacto negativo que a violência psicológica exerce sobre o desenvolvimento psicológico e social da criança.³³ Soma-se, ainda, a dificuldade em se detectá-la por esta não produzir lesões visíveis e por ser de difícil suspeita e confirmação. Nesta perspectiva, a identificação e intervenção efetivas, aliadas à maior vigilância nos diferentes espaços sociais, constituem ações importantes na prevenção e tratamento adequados.

Vários autores destacam o lar como o local privilegiado para a prática da violência contra a criança,^{27,34} o que tem íntima ligação com os limites impostos pela privacidade que acabam por isolar a família da visão social, propiciando um ambiente sem testemunhas e encoberto pela cumplicidade familiar.^{35,36} Assim sendo, torna-se importante destacar que as medidas de prevenção e intervenção precisam, acima de tudo, contemplar o âmbito familiar, o que para alguns autores³⁴ constitui espaço passível para mudanças.

Semelhante aos resultados encontrados, pesquisa que analisou as notificações de violência contra crianças e adolescentes emitidas pelos serviços que compõem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, no Município de Curitiba-PR,³⁷ também encontrou alta frequência de casos em que a violência foi praticada por várias vezes antes da denúncia (61,8% no ano de 2003 e 65,2% em 2004).

O fato de a agressão não se restringir a um único episódio reforça a principal característica da violência de constituir-se um fenômeno velado e recidivante. Neste contexto, para romper com o silêncio, a criança depende da iniciativa de terceiros, como educadores, vizinhos, amigos, profissionais de saúde, entre outros.³⁸ Esta circunstância nos leva à reflexão de que todos os profissionais que lidam direta e indiretamente com crianças precisam estar atentos para os sinais de abuso no sentido de interromper este evento silencioso e repetitivo.

O longo período de abuso observado na presente casuística é discutido por outros autores,³⁹ que caracterizam a violência doméstica praticada contra a criança

como insidiosa e repetitiva, podendo se prolongar por muito tempo devido à imaturidade e à falta de estrutura da criança, ainda sem valores e conhecimentos que a impossibilitam de tomar consciência do ato abusivo do adulto. Estudiosos ainda destacam a compulsão do agressor à repetição do ato violento em decorrência de sua dependência psicológica e baixa tolerância à frustração.¹⁸ Complementando esta lógica, estudo desenvolvido em um Programa de Atenção à Violência no México discute a impossibilidade física e psicológica das crianças em denunciar seu agressor, além do laço afetivo que os envolve.⁴⁰ Os autores ainda destacam a necessidade da intervenção de terceiros para que a violência seja interrompida.

A grande proporção de lesão corporal entre os menores vítimas de violência chama a atenção para o sofrimento que estas vítimas vivenciam, além das repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança.

Resultados semelhantes foram encontrados por outras casuísticas que verificaram presença de lesão corporal em grande parte das crianças vítimas de violência.^{27,41} As lesões corporais mais comuns decorrentes da agressão vão desde contusões, lacerações, arranhões, luxações, lesões de pele, queimaduras, fraturas, rupturas de órgãos e desorganização de funções, lesões abdominais, traumatismos cranianos, lesões oculares e auditivas, podendo variar em gravidade e repercussões imediatas ou tardias, podendo levar inclusive ao óbito.^{34,41} Apesar de ser objeto de estudo da presente investigação, não foi possível estabelecer o tipo e a natureza da lesão, bem como sua gravidade, em decorrência da qualidade da informação. Os termos nos prontuários dos Conselhos Tutelares foram usados em seu aspecto leigo, e não técnico, não havendo clara diferenciação entre trauma e ferimento, impossibilitando a utilização da informação. Desta forma, foi possível determinar apenas o segmento corpóreo afetado.

Apesar disto, a grande proporção de lesão corporal entre os menores vítimas de violência chama a atenção para o sofrimento que estas vítimas vivenciam, além das repercussões no crescimento e desenvolvimento

da criança, uma vez que muitas destas lesões podem levar à invalidez temporária, permanente ou até à morte. Neste aspecto, estudo longitudinal com grupo controle associou maior risco de doenças respiratórias e internação entre crianças provenientes de lares onde há violência doméstica.³

Pesquisa realizada no SOS Criança de Curitiba⁴¹ revelou que as lesões produzidas pelo abuso físico atingiram mais de um segmento corpóreo em 64,9% dos casos, o que se assemelha com o predomínio de múltiplas regiões na presente pesquisa. Tal predomínio pode estar associado à condição indefesa da criança, o que possibilita a agressão em várias regiões corporais durante o mesmo ato violento. Já o abdome/dorso/pelve desperta para a possibilidade de golpes, como chutes e socos, aplicados diretamente sobre esta região. A presença de lesão em membros pode sinalizar a tentativa de defesa da criança, ao encobrir a cabeça e o tórax (segmentos menos afetados).

Embora não tenham sido encontrados estudos semelhantes que permitissem comparar os resultados obtidos, uma taxa menor de internação (4,0%) foi encontrada entre crianças mexicanas vítimas de violência familiar, atendidas em serviços de urgência.⁴² Entretanto, trata-se de uma população de estudo diferente da presente investigação, o que pode contribuir para as diferenças encontradas. Dados oficiais confirmam, para o Paraná e Londrina, a presença das agressões como a terceira causa de internação entre crianças e adolescentes vítimas de causas externas, no ano de 2003.⁶ Apesar da qualidade da informação não ter permitido analisar a real proporção de internação decorrente da agressão, torna-se importante refletir sobre o impacto social, econômico e familiar da violência, uma vez que esta tem ocasionado internações e, conseqüentemente, gastos hospitalares, além de sequelas que podem acompanhar a criança ou adolescente por toda a vida.

A presença de seqüela em crianças vitimizadas também foi observada por outro estudo,⁴¹ porém numa proporção bem inferior (5,8%). Entretanto, trata-se de sequelas definitivas, o que justifica o baixo percentual em relação ao presente estudo, que engloba, por sua vez, tanto as sequelas imediatas como tardias, registradas em prontuário.

Muitos autores destacam as sequelas físicas, emocionais e psicológicas decorrentes da violência.^{2,4,28,32,33,42} Além das sequelas físicas, que causam

dor e estresse, o fato da criança ainda não apresentar uma estrutura psicológica consolidada e o constante estado de alerta pela presença de maus-tratos podem acarretar sequelas emocionais, afetivas e psicológicas. Muitas destas sequelas, às vezes irreparáveis, se manifestam na fase adulta, como ansiedade, depressão, risco de autodestruição, baixa auto-estima, visão pessimista do futuro, problemas de relacionamento, agressividade, timidez, isolamento social, submissão, déficit de atenção, hiperatividade, capacidade cognitiva e de linguagem inferiores, uso de álcool e drogas, além do comportamento abusivo que colabora para a perpetuação da violência.

Estudiosos ainda destacam que o grau das sequelas decorrentes de violência depende, entre outros fatores, da idade da criança quando se iniciou o abuso, do tempo de abuso sofrido, do grau de relacionamento entre vítima e agressor, do grau de ameaça sofrida e da ausência de estrutura familiar.¹⁸ Frente a este contexto, pode-se compreender a extrema necessidade de evitar os atos violentos, uma vez que suas sequelas atingem dimensões e gravidade expressivas. A grande proporção de sequelas físicas associadas às psicológicas, verificadas na presente investigação, alerta para a necessidade de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, além de tratamento adequado para as vítimas.

Proporção similar de reincidências foi observada na análise dos casos atendidos pelos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami), no Estado de São Paulo, que verificou de 10,0 a 24,0% de notificações reincidentes, geralmente após seis meses de encerrado o atendimento.⁴³

As reincidências, bem como a repetição do tipo de violência e do agressor em quase todos os casos reincidentes, revelam o caráter contínuo que a violência contra a criança e o adolescente assume. Esta característica recidivante e crônica é destacada por alguns autores, que atribuem este fato à rede de fatores e ao complexo contexto multicausal que envolve a violência.³⁴

Chama a atenção, nos presentes resultados, a proporção em que o denunciante procurou outro serviço para proceder a uma nova notificação. Isto pode denotar a falta de credibilidade no serviço procurado anteriormente ou, ainda, a necessidade de notificar em serviço de outra região para não sofrer represália do agressor. Neste contexto, há que se avaliar a eficácia dos serviços que recebem a notificação, nas

medidas adequadas de encaminhamento, bem como a existência de serviços especializados de tratamento para que se consiga interromper a violência e evitar as reincidências.

Neste aspecto, vários autores destacam a necessidade de equipe interdisciplinar e de uma rede que integre vários equipamentos sociais, no sentido de formar parcerias entre sociedade civil e estado, na atuação junto às famílias que vivenciam a violência contra a criança e adolescente.^{2,14,43,44} Atualmente, frente às necessidades das vítimas de violência e de suas famílias, a atuação de uma equipe multiprofissional é recomendada e necessária, uma vez que nenhuma instituição, indivíduo ou disciplina isolada detém todo o conhecimento, recursos e habilidades para o enfrentamento da violência contra a criança e tratamento adequado das vítimas e suas famílias.¹²

No Brasil já existem alguns exemplos de redes de atenção à criança e adolescente vitimizados,^{14,44} que priorizam o atendimento descentralizado e articulam as ações entre as Secretarias existentes e demais recursos, além de sensibilizar e capacitar profissionais diretamente envolvidos no atendimento a este grupo, no sentido de prevenir e identificar precocemente para que se interrompa o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos. A experiência já aponta resultados, como maior comunicação entre os diferentes serviços, num espaço de diálogo conjunto, otimização dos recursos existentes e atendimento com mais qualidade e eficiência. Neste sentido, é preciso ressaltar os esforços que vêm sendo realizados para o aprimoramento da qualidade da informação.

Quanto às situações associadas com a agressão, o alcoolismo revela a necessidade de campanhas e programas públicos de fácil acesso que visem à prevenção e ao tratamento adequado dos dependentes. Talvez a grande dificuldade em combater o consumo alcoólico se deva ao fato de a bebida constituir-se droga lícita, de fácil e livre acesso. Neste sentido, há que se investir na educação individual e coletiva, junto a todos os setores sociais, grupos, escolas, comunidades e serviços de saúde, alertando para os efeitos maléficos do consumo exagerado de bebida alcoólica e da sua grande repercussão na violência.

Quanto às providências tomadas pelos serviços na primeira notificação dos casos reincidentes, observou-se que a convocação do agressor para comparecer ao serviço não teve grande impacto para interrupção

da violência, bem como a advertência e notificação. A título de esclarecimento, a convocação para que o agressor compareça ao serviço tem a finalidade de apurar os fatos e orientar o agressor quanto às medidas cabíveis que podem ser tomadas em relação à situação de violência. A notificação ocorre quando o agressor não atende à convocação e a advertência consiste em orientações por escrito quanto às medidas que serão tomadas caso a agressão persista.

Responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, a eficácia e a integração dos Conselhos Tutelares com outros serviços têm sido questionadas por vários autores como um processo ainda em construção.^{2,12,18,45,46} As dificuldades vividas pelos Conselhos Tutelares, que vão desde estrutura física até a falta de recursos humanos, acarretam na descrença quanto à efetiva resolução dos casos notificados. Neste aspecto, autores destacam que faltam estudos que determinem melhor o efeito das medidas tomadas pelos serviços na redução e interrupção da violência.⁴⁶ A atual sobreposição de papéis dos serviços de atendimento à criança vítima de violência, as falhas no sistema de comunicação, a duplicidade de procedimentos e o distanciamento entre o atendimento e o atendido, revelam e reforçam a visão fragmentada e de pouca resolubilidade dos serviços.⁴⁴ Desta forma, a implantação de redes e estratégias que melhorem a eficácia dos serviços torna-se essencial.

Para que se consiga reduzir as reincidências é preciso, ainda, investir na formação dos profissionais da área, desde os cursos técnicos até a graduação e pós-graduação, para que estejam capacitados para o enfrentamento deste agravo.

Outro aspecto a ser considerado, para que se consiga reduzir as reincidências, consiste na necessidade de se ter a família como alvo, e não apenas as crianças vítimas de agressão, nos casos de violência doméstica perpetrada pelos próprios pais ou familiares. Estudo realizado junto ao Crami confirma que 80,0% das famílias atendidas pelo serviço referiram que a intervenção proporcionou interrupção ou diminuição na intensidade da violência, sendo que as visitas domiciliares foram a forma de acompanhamento mais eficaz, na opinião dos pais.²⁰ Para o autor, a oportunidade dada às famílias de refletir sobre os relacionamentos e nas formas de educar a criança foi capaz de provocar modificações no contexto das relações afetivas familiares. Desta forma, é possível concluir que o grande

investimento para a interrupção da violência talvez esteja em ajudar as famílias agressoras a identificarem e buscarem os recursos, internos e externos, para superação da violência. Afinal, tratar e preservar as relações familiares parece ser o meio mais eficaz de garantir o crescimento e desenvolvimento da criança em seu próprio ambiente.

O predomínio do sexo feminino entre as vítimas de violência também foi observado por outros autores²⁰ que, ao analisarem as famílias atendidas pelo Crami, em São José do Rio Preto-SP encontraram frequência do sexo feminino em 60,0% dos casos. Semelhante à presente investigação, o autor também relata em seu estudo a variação dos sexos conforme a idade, com predomínio do sexo masculino até sete anos, ocorrendo aí uma inversão, onde o sexo feminino passa a predominar. Dados similares também foram revelados em outros trabalhos da área em que houve predomínio do sexo feminino.^{27,37,47}

Tratar e preservar as relações familiares parece ser o meio mais eficaz de garantir o crescimento e desenvolvimento da criança em seu próprio ambiente.

Alguns autores relacionam a maior prevalência de violência no sexo feminino com fatores culturais, que historicamente sempre impuseram a este sexo condições de abuso, exploração e discriminação socialmente aceitas.³⁶ Estudos trazem, ainda, que o sexo não é uma variável que determina a ocorrência de maus-tratos entre crianças e adolescentes.⁴¹ Para outros, entretanto, as questões de gênero e desigualdade impõem maior risco para as meninas.³⁷ Outro fator a ser considerado em relação ao sexo é a questão da maior notificação quando se trata de meninas. Ao mesmo tempo, a maior capacidade de defesa, baseada na força física dos meninos, pode explicar a menor prevalência no sexo masculino e sua expressiva queda observada a partir dos sete anos de idade no presente estudo. Poucos trabalhos brasileiros trazem a taxa de incidência em cada faixa etária, calculada em relação à população total, restringindo-se a instituições específicas, o que dificultou a comparação.

A maior incidência de violência contra faixas etárias menores de sete anos fundamenta-se na incapacidade

das crianças menores em escapar ou se defenderem do abuso. Além disto, a característica destas crianças de dependência do adulto para sua subsistência, bem como sua fragilidade física e de personalidade, as tornam alvos fáceis do poder dos adultos, levando à incidência encontrada no presente estudo.

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

Estudos nacionais e internacionais da área apontam para um aumento significativo da violência nos últimos anos.^{19,22,32,41} Entretanto, há que se considerar a possibilidade do aumento das notificações e a mudança na legislação que determina notificação obrigatória dos casos suspeitos, o que poderia levar à falsa interpretação de aumento da violência.

Muitos autores ainda apontam que a real incidência da violência contra crianças e adolescentes ainda é desconhecida em virtude da dificuldade da criança em revelá-la e por tratar-se de um fenômeno encoberto pela família e sociedade, além da inadequada vigilância e dificuldade dos profissionais em diagnosticar e notificar o evento.^{3,34,35,39} Neste sentido, eles destacam que as notificações por violência contra crianças e adolescentes ainda não constituem uma cultura internalizada na sociedade brasileira, o que acarreta no desconhecimento de sua magnitude e seu impacto,^{3,34} resultando em estatísticas que não representam dados absolutos³⁹ e sendo tratada como problema dos âmbitos íntimo e privado das famílias.²¹

Para estudiosos da área, a violência contra menores se mantém oculta no interior dos lares, encoberta pelo medo e constrangimento, fazendo com que muitos dos atos de violência praticados e testemunhados contra crianças e adolescentes não sejam levados ao conhecimento das autoridades, gerando um sentimento de tolerância e cumplicidade, o que contribui para a menor visibilidade da violência praticada contra menores.⁴⁵

Apesar de a notificação ser importante no combate à violência (produzindo benefícios para os casos notificados) e constituir-se em instrumento de controle epidemiológico,⁴⁸ a sub-notificação da violência ainda

é uma realidade em muitos países, reconhecida culturalmente como um processo de punição, e não como um processo de assistência e auxílio, prejudicando o verdadeiro dimensionamento dos eventos violentos.³⁵

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

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

Neste sentido, é preciso estudar e compreender as causas da violência contra a criança e o adolescente, cujo enfrentamento requer medidas que se contrapõem a interesses econômicos, políticos e hábitos culturais.⁴⁹ Atuar contra as causas da violência engloba estratégias que melhorem a precária qualidade das estatísticas para que a sociedade conheça os reais índices de violência. Além disso, deve-se adotar medidas que diminuam a desigualdade social, geradora de inúmeras situações violentas, tais como a miséria, as más condições de habitação e trabalho, a falta de controle do tráfico de drogas e de armas, a delinquência, o abandono e o descaso da sociedade e do estado no enfrentamento da violência.

Diante deste contexto, merecedor de atenção por todos os setores, alguns autores²¹ destacam a necessidade de ações interdisciplinares, interprofissionais e multisetoriais, para que se possam construir os direitos humanos e sociais que culminem na redução de eventos de violência em nossa sociedade.

É preciso destacar que a carência de informações e a relativa inconsistência de dados relativos à violência praticada contra a criança e o adolescente prejudicam a real estimativa do evento. Estudos nacionais e internacionais apontam para a qualidade da informação como uma questão vital na discussão sobre a violência.^{35,42,50} Sendo assim, torna-se essencial o treinamento adequado e contínuo dos recursos humanos envolvidos com a notificação da violência contra menores. O investimento em pessoal especializado pode contribuir para o melhor registro das informações necessárias para que se conheçam as características da criança violentada, seu agressor, as circunstâncias em que ocorrem estas violências, entre outras características vitais para a análise deste importante agravo na população infanto-juvenil.

Ressalta-se, ainda, que além da melhora no registro da informação, a construção de banco de dados e sistemas de informação também se torna relevante, pois permite monitorar o problema, identificar padrões de comportamento do evento, gerar hipóteses para estudos de investigação, servir para a tomada de decisão, avaliar programas de prevenção e atenção, emitir relatórios periódicos atuais com agilidade, além de produzir informação confiável e oportuna. Para Laverde,⁵⁰ a vigilância em saúde pública deve contar com um sistema de informação específico para a violência como parte dos programas de atenção e prevenção de maus-tratos ao menor.

Conhecer os dados epidemiológicos acerca da violência contra crianças e adolescentes pode contribuir para o dimensionamento do problema e suas características, subsidiando a identificação de prioridades direcionadas para a atenção às vítimas, na vigilância e na definição de políticas de saúde específicas, em nível local. Considerando a dificuldade de notificação deste tipo de agravo nos sistemas de vigilância em saúde, tornam-se relevantes estudos que busquem outras fontes alternativas de informação, permitindo descrever e compreender o fenômeno da violência na infância e adolescência.

Destaca-se a necessidade da formação de redes de atendimento que integrem os serviços existentes,

priorizem políticas para enfrentamento e redução da violência, viabilizem recursos e possibilitem melhorar a qualidade do atendimento e tratamento, proporcionando meios e estratégias que realmente sejam capazes de identificar e interromper as agressões praticadas contra a criança e o adolescente. As reincidências verificadas no presente estudo reforçam a necessidade de atendimento integral e integrado em uma rede de apoio, que possa contribuir para a intervenção precoce, redução de sequelas, acompanhamento das vítimas, reabilitação e formas efetivas de prevenção, contribuindo, assim, para que se diminua o sofrimento físico, moral e psicológico causado nas crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Ações conjuntas entre a saúde, setores públicos e sociedade civil também são importantes no enfrentamento da violência. Há ainda que se pensar na articulação das informações geradas pelas pesquisas com a ação política e com a prática do setor saúde na atenção e prevenção deste importante agravo.

Agradecimentos

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsas de estudo.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2000.
2. Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS, organizador. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 163-189.
3. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica e la salud infantil. Revista Médica de Chile 2003;131:1454-1462.
4. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica 2004;16(1):43-51.
5. Mendonça RNS, 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):294-296.
6. Ministério da Saúde, Datasus. Morbidade e mortalidade, 2005 [Internet]. Brasília: MS [citado 2009 fev 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet>.
7. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 2ª ed. Brasília: MS; 2003.
9. Ministério da Justiça, Secretaria Estadual de Direitos Humanos. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Brasília: MJ; 2001a.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 3e, 18 maio 2001b. Seção 1.
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: MS; 2002a.
12. 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. Brasília: MS; 2002b.
13. Souza ER, Mello Jorge MHP. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Violência faz mal à saúde. Brasília: MS; 2004. p. 23-28.
14. Oliveira VLA, Ribeiro CR, Albuquerque C. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. Divulgação em Saúde para Debate 2003;26:66-72.
15. Waiselfisz JJ. Mapa da violência IV: os jovens no Brasil. Brasília: Unesco; Instituto Ayrton Senna; Secretaria Estadual dos Direitos Humanos; 2004.
16. Ministério da Justiça. Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – SIPIA [Internet]. Brasília: MJ [citado 2009 abr 05]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sipia>.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica: Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA (Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; e Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência) [Internet]. Brasília: MS; 2006 [citado 2008 abr 05]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
18. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2000;17(3):521-531.
19. Mc Alister A, Sandstrom P, Puska P, Veijo A, Chereches R, Heidmets LT. Attitudes towards war, killing and punishment of children among young people in Estonia, Finland, Romania, the Russian Federation, and the USA. Bulletin of the World Health Organization 2001;79(5):382-387.
20. Brito AM, Zanetta DM, Mendonça RC, Barison SZ, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. Ciência e Saúde Coletiva 2005;10(1):143-149.
21. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizador. Violência e criança. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 95-114.
22. 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.
23. Gardner JM, Powell CA, Thomas JA, Millard D. Perceptions and experiences of violence among secondary school students in urban Jamaica. Revista Panamericana de Salud Publica 2003;14(2):97-103.
24. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento Parent Child Conflict Tactis Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra criança e adolescente. Cadernos de Saúde Pública 2003;19(6):1701-1712.
25. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Faço TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2003;19(4):1201-1204.
26. American Humane Association; American Association for Protecting Children. Highlights of Official Child Neglect and Abuse Reporting, 2001 [Internet]. Denver: The Association [cited 2008 Feb. 20]. Available from: www.americanhumaneassociation.org.documents.htm.
27. Lopes MVG, Tavares Jr PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. Pediatria Moderna 2000;36(10):684-688.
28. De Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. Revista Científica da AMECS 2001;10(1):47-52.
29. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. Maltrato infantil en la ciudad de Temuco. Estudio de prevalência y factores asociados. Revista Médica de Chile 2001;129(12):1425-1432.
30. Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. NSPCC Information Briefings. April 2004 [Internet]. London: NSPCC [cited 2008 Feb. 20]. Available from: <http://www.nspcc.org>.

- uk/Inform/OnlineResources/InformationBriefings/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse.
31. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006;14(6):17-25.
 32. Brenes RG. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad. *Acta Pediátrica* 2001;15(3):1-13.
 33. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde* 2005;12(1):42-49.
 34. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2001;1:91-102.
 35. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(2):456-4564.
 36. Ricas J, Miguir TVD, Mona LMG. A violência na infância como uma questão cultural. *Enfermagem* 2006;15(1):151-154.
 37. Oliveira VLA. A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba [dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
 38. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto 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.
 39. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria* 2005;81(5 Supl):S197-S204.
 40. Ortega MAF, Terrés BEV, Bannack MED, Quintanilha EG, Ramírez MPP, Ortega VS, Kirienko AD. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 2001;44(2):49-54.
 41. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria* 2001;77(1):35-40.
 42. Hajar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Revista de Salud Pública de México* 2003;45(4):252-258.
 43. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública* 1994;10 Supl 1:177-187.
 44. Vandrúsculo TS, Ribeiro MA, Armond LC, Almeida ECS, Ferriani MGC. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004;12(3):564-567.
 45. Gomes R, Junqueira MFP, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002b;7(2):275-283.
 46. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria* 2005;81(5 Supl):S173-S180.
 47. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *PsicoUSF* 2002;7(2):163-173.
 48. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18(1):315-319.
 49. Cruz Neto e Moreira, MR. A concretização das políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999;4(1):33-52.
 50. Laverde LAB, Ramirez PG, Restrepo VR. Revisión del sistema de información para los programas de vigilancia del maltrato al menor: problema de gestión o de tecnología. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2004;22(1):129-138.

Recebido em 10/11/2008
Aprovado em 01/06/2009