

TERCÍLIA SANTOS MONTEIRO NETA

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CIDADE DE SÃO
LUÍS - MA NOS ANOS DE 2003 - 2005**



**São Luís
2006**

TERCÍLIA SANTOS MONTEIRO NETA

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA NOS ANOS DE
2003 - 2005**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Paula Ferrario
Gonçalves

São Luís
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

TERCÍLIA SANTOS MONTEIRO NETA

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA NOS ANOS DE
2003 - 2005**

São Luís
2006

A Deus, fonte de vida, esperança, luz e perdão.

A minha mãe pelo incentivo e dedicação.

A meu pai pelo carinho constante.

Ao meu irmão pelo apoio.

Ao meu noivo pelo imenso amor e companheirismo.

À Enfermagem a arte do cuidar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder inúmeras bênçãos ao longo da minha vida, uma delas a oportunidade de ingressar e concluir com muito êxito um curso universitário; obrigada por todo o amor, compreensão, por atender a toda as minhas preces, pela sabedoria e discernimento para fazer as escolhas certas.

A minha mãe, exemplo de coragem e determinação; pela confiança, alicerce seguro para minha vida e do meu querido irmão.

A meu pai, pelas valiosas mudanças e por momentos de paz e carinho juntos.

A meu querido irmão, Ramon Diego, meu grande exemplo de dedicação, perseverança pelos seus objetivos, incentivo, apoio em todos os momentos, pela confiança depositada em mim, por todos os bons conselhos dados. Orgulho-me muito por ter você como irmão.

Ao meu noivo, Enner Alcântara, por existir e fazer parte da minha vida, por todo o amor, companheirismo, dedicação, enfim por me fazer uma mulher realizada e feliz.

As minhas tias e tios por todo apoio e carinho. Especialmente a minha tia Goret por toda dedicação a mim e ao meu irmão.

À Prof^a. Dr^a Anna Paula pela brilhante orientação, segura e paciente.

Às professoras Nair Portela e Ana Carolina pela excelente contribuição para o êxito deste trabalho.

Aos funcionários da DPCA, Fernanda Cristina Frazão Assistente social e Márcio Azoubel Policial Civil, pelas valiosas informações, pela ajuda e apoio para realização deste trabalho. E pelo incentivo dado por Rosário Policial Civil e Neuma Maria Assistente Social do C.P.O.

A minha amiga Luciany Barbosa pela sincera amizade, carinho, e apoio em todos os momentos felizes e difíceis durante minha vida acadêmica.

À Danielle Duarte e toda sua família e Girlyana Borrvalho minhas amigas mais antigas e das mais queridas, por todo o amor e apoio durante a maior parte da minha vida; o tempo apenas torna nossas amizades mais sólidas.

E por fim, agradeço todos meus colegas de classe pela convivência e companheirismo.

“Quando o Ser-Enfermeiro está isolado, ele não exerce enfermagem a não ser consigo mesmo. (...). Do encontro Ser-Enfermeiro com o Ser-Cliente ou Paciente surge uma interação resultante das percepções, ações que levam a uma transição; neste momento surge o Ser-Enfermagem (...).”

Wanda Horta

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Casos ocorridos em 2003	45
Figura 2 - Casos ocorridos em 2004	47
Figura 3 - Casos ocorridos em 2005	48
Figura 4 - Tipos de violência nos anos de 2003-2005	49
Figura 5 - Idade das vítimas nos anos de 2003-2005	50
Figura 6 - Sexo das vítimas de agressão nos anos de 2003-2005 ...	51
Figura 7 - Autores dos crimes nos anos de 2003	53
Figura 8 - Autores dos crimes nos anos de 2004	54
Figura 9 - Autores dos crimes nos anos de 2005	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos ocorridos no ano de 2003.....	44
Tabela 2 - Casos ocorridos no ano de 2003	46
Tabela 3 - Casos ocorridos no ano de 2003	47
Tabela 4 - Tipos de violência nos anos de 2003-2005	48
Tabela 5 - Idade das vítimas nos anos de 2003-2005	50
Tabela 6 - Sexo das vítimas de agressão nos anos de 2003-2005 ...	51
Tabela 7 - Autores dos crimes nos anos de 2003	52
Tabela 8 - Autores dos crimes nos anos de 2004	53
Tabela 9 - Autores dos crimes nos anos de 2005	55

LISTA DE SIGLAS

C.P.O	-	CENTRO DE PERÍCIA OFICIAL
ECA	-	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
HUUPD	-	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA
LACRI	-	LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CRIANÇA
MS	-	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OPAS	-	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
SEDESE	-	SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ESPORTES
SIPIA	-	SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
SP	-	SÃO PAULO
SBP	-	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA
UNICEF	-	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

1 INTRODUÇÃO

O crescimento atual da violência que atinge crianças e adolescentes no Brasil já é considerado um grave problema de saúde pública. Segundo Brasil (2001) é a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade. Mais precisamente a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa de morte entre crianças de 1 a 4 anos (SBP; ENSP; FIOCRUZ, 2000). Estima-se que no Brasil o número de vítimas ultrapassa um milhão de casos por ano. Trata-se de uma população cujos direitos básicos (acesso à escola, assistência à saúde e os cuidados necessários para o seu desenvolvimento) são muitas vezes violados. A violência ameaça e nega não somente a saúde, mas o processo vital da formação do homem por inteiro.

Há a necessidade de um acompanhamento minucioso com o desenvolvimento psico-biológico de crianças e adolescentes visto que o desenvolvimento é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Pois na infância, existem necessidades inerentes a estes fenômenos e que precisam ser atendidas para se garantir um adulto sadio, ajustado, produtivo e independente (STEFANE, 2000).

A importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança visa à promoção e manutenção de sua saúde, bem como a intervenção sobre fatores capazes de comprometê-la (VERÍSSIMO; SINGAUDE, 1996). Quando esse ciclo é rompido por situações ou ações violentas que comprometem física e mentalmente a sua saúde estas crianças irão levar durante toda sua vida traumas irreparáveis.

O Ministério da Saúde observa que essas formas de maus tratos em sua maioria são praticadas no interior das famílias (violência intrafamiliar), mas que também acontecem em outros ambientes, como instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral (BRASIL, 2002). A violência de que trataremos, pela sua importância estatística, é a doméstica, que ocorre no convívio familiar, envolvendo uma relação interpessoal onde a força e a intimidação submete a criança ao autoritarismo do adulto. O ambiente intrafamiliar é privilegiado para a prática de maus-tratos contra criança e adolescentes por ser um espaço sacralizado e considerado isento de violência, contribuindo assim para o pacto de silêncio e o desconhecimento da violência praticada pelos pais e responsáveis das mesmas. A

família é, por definição, a protetora de seus membros. Mas, muitas vezes isto não ocorre. A mesma passou a ser a principal vilã na violação dos direitos das crianças e adolescentes, por conta de que, entre seus membros estão os principais causadores dos maus-tratos, dando a entender que o espaço entre a garantia da proteção e o abuso tornou-se comum. Onde o agressor geralmente conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família por medo, insegurança ou indecisão, numa postura de não comprometimento com o agredido (MARMO et al., 1999).

Esta visão também é comungada por outro pesquisador como pode ser ressaltado em uma entrevista apresentada por (COSTA, 2006) professora da Universidade de Santa Cruz do Sul do Departamento de Direito onde afirmou:

“Infelizmente, porque é justamente dentro das paredes do lar, onde a criança deveria se sentir protegida, amada, cuidada, que ela, muitas vezes, está mais exposta. Isto não ocorre somente nas classes menos favorecidas, mas nas classes mais altas também. Muitas mães acabam sendo coniventes com o problema, ou por receio de serem agredidas, ou de se expor [...]. Elas preferem fingir que não vêem o problema; elas mascaram, como se fosse uma cortina de fumaça: 'eu finjo que não vejo o problema e aí não preciso lidar com ele, não preciso enfrentá-lo'. Assim elas acabam sendo coniventes com o problema”.

De acordo com o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) houve, entre janeiro de 1999 e maio de 2004, um total de 209.786 casos de violação dos direitos da criança e do adolescente, onde houve uma maior incidência nos casos de violência doméstica no direito à convivência familiar e comunitária, onde foram registrados 107700 fatos, estes divididos entre sexo masculino com o total 55949 e feminino com 51751 ocorrências (SILVA; SILVA, 2005).

A violência que os pais podem exercer contra os filhos, com fins pretensamente disciplinadores, no exercício de sua função socializadora, ou com outros objetivos, assume quatro facetas principais: violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência (GUERRA, 2006).

Como define (BRASIL, 1997),

O uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança/adolescente, com um

objetivo de ferir, danificar/destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes caracteriza a violência física.

Algumas síndromes provocadas pela violência física já foram identificadas pela literatura médica, tais como a síndrome do bebê sacudido. Essa é decorrente das fortes sacudidas no bebê, geralmente menor de 6 meses. Esses movimentos violentos são provocados pela irritação dos cuidadores com o choro ou com algum ato realizado pela criança e sobre o qual esta não tem domínio. Já foi classificada, também, a síndrome da criança espancada. Ela denomina os sofrimentos infligidos à criança ou ao adolescente como forma de castigo e de educá-los, gerando fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros sinais de crueldade (BRASIL, 2004).

O ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Podem variar desde atos em que não existam contanto sexual (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contanto sexual sem ou com penetração. Caracteriza a violência sexual. Englobam ainda a situação de exploração sexual visando lucros como prostituição e pornografia.

Toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos caracteriza violência psicológica.

E por fim, o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento caracteriza a negligência.

Além das formas de violência citadas, há ainda a síndrome de Münchausen por procuração, definida como a situação na qual a criança é conduzida para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Esse tipo de violência acaba vitimando esses seres em formação, impingindo-lhes sofrimentos físicos e psicológicos como a realização de exames, consultas e internações desnecessárias, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, dentre outras (BRASIL, 2004).

No Brasil, o Código Penal prevê punição somente para o “castigo imoderado”, e são 500.000 casos por ano de violência doméstica contra crianças ou adolescentes de qualquer ordem dentro de seus próprios lares. Neste contexto, um

grande passo na garantia de proteção à infância e à adolescência foi dado em 1988, no texto da Constituição Brasileira que reconheceu, no seu artigo 227, “*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*” (BRASIL, 2002). Esse grupo societário como sujeito de direitos, modificando toda a legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades dos seus pais.

E ainda, na década de 90, o Brasil realizou um importante avanço no campo dos direitos humanos, aprovando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1993). A partir de então, estes passaram a serem considerados juridicamente como sujeitos de direitos e não menores incapazes, objetos de tutela, de obediência e de submissão (BRASIL, 2001).

Assim, o Estatuto da Criança e do Adolescente é um forte instrumento na colaboração da identificação dos mecanismos e exigibilidade dos direitos constitucionais, privilegiando um espaço para denúncia e o ressarcimento de qualquer fato que viole os direitos da população infanto-juvenil (BRASÍLIA, 1998). Ajudando no enfrentamento dos diversos tipos de violência e assegurando às crianças e adolescentes o pleno exercício dos seus direitos constitucionais e estatutários, destacam-se os serviços prestados pelos Conselhos Tutelares, órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, tem como atribuição o atendimento direto, o diagnóstico da realidade de violação dos direitos, o monitoramento do Sistema de Garantia dos Direitos e o atendimento direto de serviços, suprimindo a falta de políticas públicas com a parceria do Ministério Público e sempre seguindo os preceitos do ECA (RIBEIRO et al., 2004).

Atualmente as instituições do setor de saúde estão entre aquelas mais intensamente requisitadas para atuarem frente à questão. O Ministério da Saúde (MS), bem como instituições internacionais que atuam no país tal qual a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), têm buscado se posicionar frente ao tema, em conjunto com distintas organizações governamentais e não governamentais da área da saúde (BRASIL, 1997).

Por outro lado, não existe no país o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais da saúde frente ao problema da violência,

o que contribui para a dificuldade desses profissionais de diagnosticar, registrar e notificar os casos (BRASIL, 2001). Além disso, muitos profissionais são despreparados para enfrentar tal realidade e apresentam-se temerosos em se posicionar diante destes casos de agressão infanto-juvenis e receosos de que o encaminhamento de uma suspeita resulte em algum tipo de inconveniente legal para o profissional, esquecendo-se que o artigo 245 do Estatuto da Criança e do adolescente prevê a denúncia.

Pesquisa realizada por pediatras relata a dificuldade sentida por estes profissionais quanto ao diagnóstico dos maus-tratos, à limitação do papel do médico nos casos de abuso infantil e suas dificuldades de atuação devido à contraposição da ética profissional à ética pessoal, à falta de preparo profissional e preocupação com um posterior envolvimento com o Judiciário (Marmo et al. 1999). A baixa notificação dos casos de violência doméstica sugere-nos o pouco conhecimento, envolvimento e sensibilização dos profissionais em relação a esta temática. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) no período de junho de 1987 a junho de 1990, no SOS Criança, Secretaria do menor de São Paulo, 4.203 casos foram registrados, dos quais apenas 17,7% foram notificados por profissionais, 34,4% por vizinhos e 30,7% por telefonemas anônimos.

Com o objetivo de contribuir para a adequação e a universalidade desse atendimento, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) instituiu em outubro de 1998 a Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência, tendo como eixo fundamental a observação dos preceitos legais contidos na Lei Federal 8.069/90, do Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA). Segundo o ECA, os profissionais da saúde são obrigados a notificar os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 1995).

Assim, entende-se que a Enfermagem possui condições de desenvolver ações de acompanhamento no desenvolvimento destas crianças, contribuindo para prevenção destes eventos como profissão comprometida com a prática do cuidar cada vez mais especializado e baseado em argumentos científicos. Melhorando e adequando o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Tendo como meta a minimização desta situação cruel que atinge a sociedade.

Por tais implicações se justifica a elaboração desta pesquisa, levando em consideração que a violência contra crianças e adolescentes é um assunto de suma importância, onde se desconhecem sua magnitude real devido alguns fatores

culturais e institucionais. Sendo assim, o presente trabalho possibilitará levantar a incidência de casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes; Analisar idade, sexo, tipo de violência sofrida e vínculo com o agressor e descrever a rotina de atendimento prestada as crianças e aos adolescentes atendidos na DPCA.

Entendemos que com o alcance desses objetivos, nos será possível ampliar uma reflexão sobre as políticas públicas de atenção às crianças vítimas de violência doméstica e o envolvimento dos profissionais nesta atenção, contribuindo ainda para, a construção de um saber, aproximando esta temática da área da saúde, educação, assistência social e, sobretudo da área da enfermagem.

2 OBJETIVOS

- ❖ Levantar a incidência de casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes em São Luís nos anos de 2003 a 2005.
- ❖ Analisar idade, sexo, tipo de violência sofrida e vínculo com o agressor das crianças e adolescentes violentados cujas denúncias foram registradas na Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente.
- ❖ Descrever a rotina de atendimento prestada as crianças e aos adolescentes na DPCA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência

A violência é hoje uma das grandes preocupações em nível mundial, afetando a sociedade como um todo, grupos ou famílias e ainda, o indivíduo de forma isolada. Fazendo parte da chamada questão social, ela revela formas de dominação e opressão desencadeadoras de conflitos (RIBEIRO et al., 1999). A violência é um problema social e histórico, presente em todas as sociedades. Na área da saúde pública no País, no entanto, apenas nas últimas décadas tem sido objeto de atenção especial, havendo atualmente forte demanda para intervenção naqueles casos considerados moralmente reprováveis.

3.1.1 Violência Intrafamiliar

Falar de violência contra a criança tem sido ao longo da trajetória da humanidade algo árduo e denso na medida em que impõem apontar contradições e expectativas pouco satisfatórias para o futuro, crescimento e desenvolvimento desta população. Implica ainda em abordar os conflitos na família, até então tida como local de proteção da criança onde se propicia seu desenvolvimento. Segundo o UNICEF (1994), “A iniciação das crianças na cultura, nos valores e nas normas de sua sociedade começa na família. Para um desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança deve crescer num ambiente familiar, numa atmosfera de felicidade, amor e compreensão”.

O conceito de violência intrafamiliar consiste naquela que ocorre dentro do âmbito familiar, sendo que existe uma relação íntima entre a vítima e o agressor. As pesquisas sobre o tema têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando em uma casa se observa maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos mostram que as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, as impaciências, os ressentimentos e as emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem umas “válvulas de escape”. Sua fragilidade física e de personalidade as tornam alvos fáceis do poder dos adultos (BRASIL, 2004).

A violência doméstica é uma questão que deve ser tratada com muita cautela, sem perder de vista o contexto em que ocorre.

Apesar da violência ser descrita e analisada desde a antiguidade, somente a partir da década de 60 é que o tema vem sendo amplamente estudado e discutido por pesquisadores da área da saúde (GELLES, 1997). De acordo com os resultados de uma pesquisa elaborada pelo Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo (LACRI/SP) (2003) citada por (DESLANDES, 1994), onde foi observada a incidência de notificações de violência doméstica no período de 1996 a 2002, tendo como resultados um total de 1.192 notificações em 1996, 11.141 no ano de 2000 e a continuidade de um aumento significativo em 2002 com o total de 15.974 notificações, indicando que a violência intrafamiliar no Brasil, é expressiva, devendo ser encarada como prioridade na agenda das políticas sociais.

As vitimizações que as crianças são submetidas dizem respeito à violência nas relações interpessoais adulto-criança, uma vez que, esta vive num mundo determinado e comandado por adultos se vê submetida ao poder do adulto e às relações de hierarquia. Refere Deslandes (1999) que” [...] a violência ainda é uma ‘incômoda novidade para a agenda da saúde pública [...] a violência ‘desaloja’, ou melhor, dizendo, ‘desafia’ os saberes hegemônicos no campo da saúde”. A preocupação com a violência na infância, por parte dos profissionais de saúde, encontra-se atrelada ao movimento atual de proteção à infância.

Segundo Deslandes (1994) uma crescente demanda de atendimentos nos serviços públicos de saúde encontra-se sua origem em situações decorrentes de violência. O próprio ECA (BRASIL, 1997) reflete a necessidade de engajamento da saúde pública para com a problemática da violência, visto que aponta para o papel diferenciado do profissional de saúde frente à violência doméstica, ao tornar obrigatória a sua notificação por parte desses profissionais.

De acordo com dados fornecidos pela Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente do Estado de Minas Gerais (DEPCA), referentes ao ano de 2001, foram registradas 920 denúncias relacionadas à Violência Doméstica/Intrafamiliar, sendo: 662 denúncias de violência física; 79 de violência sexual; 94 de violência psicológica; e, 85 de negligência. Esses dados revelam ainda, que a faixa etária em que ocorre o maior número de Violência Doméstica/Intrafamiliar é a que compreende do 0 aos 7 anos de idade, ou seja, na infância, período da vida em que se constrói a personalidade, o seu desenvolvimento psico-biológico e acontece o início da

socialização , quando as crianças são mais dependentes de seus pais ou responsáveis, não podendo, por si mesmas, defender-se. De acordo com esse levantamento, o pai aparece como o principal agente nos seguintes tipos de Violência Doméstica/Intrafamiliar: Física, Sexual e Psicológica. A mãe aparece em segundo lugar, predominando a sua ação violenta nos casos de Negligência. São dados importantes para se ter idéia do que se passa no espaço familiar, revelando a urgência da necessidade de políticas públicas e intervenções junto às famílias, de forma que seja possível facilitar uma convivência saudável as nossas crianças e adolescentes (SILVA, 2002).

Ainda, estimativas encontradas na literatura médica indicam que cerca de 10% das crianças levadas a serviços de emergência por trauma são vítimas de maus tratos. Sem ajuda adequada, 5% delas provavelmente morrerão nas mãos dos agressores, o alerta é dado por uma equipe do Hospital Vila Maria, que estudou os 71 casos de maus tratos identificados entre as internações de menores na instituição entre agosto de 1995 e dezembro de 1998. (JORNAL PAULISTA, 1999).

O abuso familiar contra crianças e adolescentes quando não leva à morte, podem trazer conseqüências a médio e a longo prazo, capazes de causar danos ao seu desenvolvimento físico e mental. Hiper-agressividade, reduzido envolvimento com o mundo externo, distúrbios de sono, sentimentos de infelicidade e pânico, comportamento auto-destrutivo e depressivo são algumas dessas conseqüências. "Sabe-se, hoje, que a criança agredida, se não for tratada corretamente para diminuir as cicatrizes psico-emocionais, poderá se tornar também uma agressora na idade adulta", afirma a presidente da Sociedade Mineira de Pediatria, Souza (JORNAL DE MEDICINA, 2003).

Os tipos de violência intrafamiliar como já foram citados, são: física, sexual, psicológica, e negligência. Não existe uma causa única da violência contra a criança, contudo são vários os fatores que levam a criança a sofrer de maus-tratos, tais como:

- Temperamento difícil da criança;
- Falta de firmeza dos pais;
- Violência conjugal;
- O abandono do pai / mãe;
- A falta de apoio social;

- Agentes causadores de stress (bairros problemáticos e perigosos ou isolamento social);
- Aceitação ampla da punição (castigo corporal).

As estatísticas brasileiras mostram a importante relevância das incidências dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. O Laboratório de Estudos da Criança, da Universidade de São Paulo (LACRI/SP) realiza um levantamento anual em municípios brasileiros, este abrange 171 municípios de 24 estados brasileiros. Onde foram observadas as notificações de violência doméstica nos anos de 2002, 2003 e 2004, apresentando respectivamente para o ano triênio um total de 15.974 notificações, 20.757 notificações e finalmente no último ano 19.552 notificações.

Estatísticas internacionais apontam que estudos epidemiológicos realizados nos EUA (1994), cerca de 3% dos pais, usam violência grave (soco, queimaduras, armas de fogo e armas brancas) contra os seus filhos. Sugerem ainda que 1 em cada 3 crianças do sexo feminino e 1 em cada 6 crianças do sexo masculino sofrem de abusos sexuais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Ainda em 2000, considerando apenas os casos notificados às agências de proteção às crianças nos EUA e que foram confirmados, 12 de cada 1.000 crianças haviam sido vítimas de maus-tratos, assim distribuídos: negligência - 62,8%, abuso físico - 19,3%, abuso sexual - 10,1% e abuso psicológico - 7,7% (GOLDMAN et al., 2003). Uma vez que nem todos os casos são notificados e nem todas as notificações são verificáveis, esses dados representam apenas uma aproximação da realidade. No Brasil, estima-se que 20% das crianças e adolescentes sejam hoje vítimas de alguma forma de violência (MINAYO, 2004).

3.1.2 Violência física

A violência física caracteriza-se pelo uso de força física, por parte do agressor, com o objetivo de controlar a vítima, muitas vezes machucando-a, como por exemplo, tapas, socos e empurrões. Sendo a mais fácil de ser visualizada e a mais freqüente, mas de difícil combate, pelo fato de ser a mesma, às vezes, confundida com acidentes domésticos, o que dificulta o seu conhecimento e comprovação por parte das autoridades. Segundo a Promotora de Justiça do Estado de Alagoas (Cavalcanti, 2005) diz que:

“Violência física é o uso da força com o objetivo de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comuns murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras por objetos ou líquidos quentes. Quando a vítima é criança, além da agressão ativa e física, também é considerada violência os atos de omissão praticados pelos pais ou responsáveis”.

Ainda, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001) conceitua abuso físico ou maus tratos físicos como uso da força física capaz de produzir uma injúria, dor ou incapacidade. Tal definição, além de explicitar a necessidade da força capaz de infligir dano, evidencia que esse dano é perpetrado por diferentes agentes, em diversos contextos e espaços sociais.

Em nossa sociedade o uso da força física é tolerado quando usada como método disciplinar. Neste sentido, a caracterização do abuso muitas vezes é dificultada quando faltam as lesões explícitas que podem comprová-lo. Portanto é extremamente importante a análise de discrepâncias entre os achados clínicos e a história do acompanhante e do nível educacional dos pais.

De acordo com Johnson (1990) o local mais acometido pelos maus-tratos no corpo da criança e do adolescente é a pele. Tipos de lesão incluem desde vermelhidão, equimoses ou hematomas até queimaduras de 3º grau. É comum haver marcas do instrumento utilizado para espancar crianças ou adolescentes: elas podem apresentar forma de vara, de fios, de cinto ou até mesmo da mão do agressor (Anexo C).

Os sinais gerais de violência física podem se apresentar da seguinte forma: ▪ Lesões que não são compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento psicomotor da criança, a exemplo de relato de lesões por quedas de bebês abaixo de quatro meses, pois eles ainda não têm capacidade de rolar ou se arrastar;

Da mesma forma, fraturas de perna em crianças abaixo de 1 ano e meio, que não andam; ▪ Lesões que não se justificam pelo acidente relatado, como fraturas de crânio bilaterais em relato de queda de berço, cama ou cadeiras altas; e fraturas de perna em quedas de bicicleta em crianças abaixo de 4 anos; ▪ Lesões em várias partes do corpo, ou lesões bilaterais, como equimoses, hematomas, arranhões, lacerações em várias partes do corpo, principalmente em regiões opostas, sem que haja justificativa pelo tipo de acidente, como quedas de escada e acidentes de trânsito; ▪ Cortes, perfurações ou queimaduras que lembram objetos,

como garfos, facas, pontas de cigarro, ferro, ou ainda queimaduras em várias partes do corpo, que sugerem que algum tipo de líquido quente foi jogado contra a criança ou adolescente; ▪ Hemorragia da retina, principalmente em crianças abaixo de 3 anos, sem outras lesões que a justifiquem, sugere a “Síndrome do Bebê Sacudido”, principalmente se estiver associada a edema cerebral; ▪ Lesões que envolvem parte do corpo que são naturalmente protegidas anatomicamente e também pelas roupas, como as áreas laterais do corpo, grandes extensões do dorso, pescoço, região interna da coxa e genitália, que podem ser atingidas em raras situações, lesões ou cegueiras oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da espinha, lesões cerebrais.

É necessária uma boa descrição do mecanismo de lesão pelo motivo relatado, para que se justifique como “acidental ou não intencional” o que as provocou; ▪ Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura, que denunciam traumas sucessivos e repetitivos, característicos de maus tratos; ▪ História ou exame físico demonstrando sinais de múltiplos acidentes; ▪ Inexplicável atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2003).

A não intencionalidade do dano não exime o(s) agressor (es) de punição penal (MARMO et al., 1999). A falta de consenso sobre atos e comportamentos considerados violentos se relaciona ao fato do tema estar amplamente permeado por padrões culturais. A sociedade americana vem enfrentando a questão da violência física desde o século XIX, através de política de atenção e campanhas preventivas. Nos anos 60 do presente século, a medicina “redescobre” o tema, com os doutores Kempe e Silverman, que ao trazer o problema para a saúde, batizando-o com o nome “Síndrome da Criança Espancada”, diagnosticada através de evidências radiológicas.

Num trabalho científico esses autores analisam: “a incidência maior desta síndrome é apresentada em crianças menores de 3 anos, a sua gravidade, o aparecimento de seqüelas pós-hematomas subdurais, num total de 749 casos. Além de definirem os elementos clínicos e radiológicos que conduzem ao diagnóstico, insistem na discordância entre as informações ministradas pelos pais e os achados clínicos” (GUERRA, 1985 apud BRASIL, 1997).

É de grande importância ressaltar acerca da diferenciação entre os crimes de maus tratos e tortura, devendo levar em conta não somente o meio utilizado para

produzir o resultado, como também à intenção do agente em provocar ou não a lesão. Nas palavras de Fonseca (2001), os crimes de maus-tratos e tortura se divergem no plano do resultado quando “[...] nos maus-tratos a mera exposição a perigo de vida já configura o tipo, sendo que a tortura se exige algo mais, um *plus*, consiste no dano efetivo, no sofrimento intenso à vítima infantil”. Neste contexto, o Egrégio Tribunal de Justiça de Santa Catarina se posicionou: “[...] Caracteriza tortura a conduta do agente que, tendo criança sob sua guarda, a pretexto de corrigi-la, submete-a de forma contínua e reiterada, a maus-tratos físicos e morais, causando-se intenso e angustiante sofrimento físico e mental” (Santa Catarina, 2006). Assim, nota-se que deveremos sempre levar em consideração, para determinarmos os crimes de tortura e maus-tratos, a intenção do autor e não somente a lesão provocada.

3.1.3 Violência sexual

Define-se abuso ou violência sexual na infância e adolescência como a situação, em que a criança/adolescente é usada para satisfação sexual de um adulto/adolescente (responsável por ela ou que possua algum vínculo familiar, de relacionamento, atual/anterior), incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração. (ABRAPIA, 1997). De difícil suspeita e complicada confirmação, os casos de abuso sexual na infância e adolescência são praticados, na sua maioria, por pessoas ligadas diretamente às vítimas e sobre as quais exercem alguma forma de poder ou de dependência.

Diante desta realidade, observa-se que essa violência não está ligada a fatores econômicos e culturais da sociedade. Encontra-se em diversas classes sociais, não sendo raro acontecer no seio de famílias com níveis culturais elevados e nível socioeconômico alto.

Nem sempre acompanhado de violência física aparente, pode se apresentar de várias formas e níveis de gravidade, o que dificulta enormemente a possibilidade de denúncia pela vítima e a confirmação diagnóstica pelos meios hoje oferecidos pelas medidas legais de averiguação do crime, ressaltando que segundo lencarelli (2006), o abusador nem sempre é agressivo, a violência empregada pelo mesmo é na forma silenciosa, sustentada por ameaça verbal, por ser o mesmo uma

pessoa covarde e medrosa, agindo com dissimulação e sempre negará o abuso quando for descoberto, isto reforça a idéia de que o abusador sexual pode ser considerado doente psicopatológico, pois precisa de impulsos íntimos que elevem a sua libido e se desencadeiam processos nervosos que o impulsionem ao cometimento do crime.

Outro fator que contribui para o aumento dos índices de incidência de casos é o fato de que, por ser um crime geralmente cometido por pais, irmãos, ou parentes próximos, os membros da família tendem a ocultar a realidade por vergonha ou medo de tornar público os problemas de casa, ou ainda alegando que para não expor a criança, preferem “resolver” tudo em família. Através de estudos observa-se que os abusadores são 30 a 37% são os pais, tutores ou parentes próximos, 26 a 60% são conhecidos não parentes e 11 a 37% são estranhos.

De acordo (RIBEIRO et al., 2004) fatores como medo, faltam de credibilidade no sistema legal e o silêncio cúmplice que envolve as vitimizações sexuais, as mesmas são de difícil notificação. Estas, 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, a prostituição, à depressão e ao suicídio. Efeitos psicológicos do abuso sexual podem ser devastadores, e os problemas decorrentes do abuso persistem na vida adulta dessas crianças. (BERLINER; CONTE, 1995).

Alguns autores (BRASIL, 1999; OPAS, 1993) afirmam que as vítimas enfrentam ainda, a possibilidade de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o risco de uma gravidez indesejada decorrente do estupro. Estatisticamente nos Estados Unidos, as denúncias junto às autoridades legais apresentam taxas variáveis de 16 a 32%, com cerca de 300 a 350 mil pessoas com idade de 12 anos ou mais vitimizadas anualmente (RENNISON, 1999), e igual número de vítimas com idade abaixo de 12 anos (SEDIK; BROADHURST, 1996). No Brasil, inexistem dados globais a respeito do fenômeno, estimando-se que menos de 10% dos casos chegam às delegacias (FAÚNDES et al., 1998).

Os sinais gerais de violência sexual podem se apresentar da seguinte forma: ▪ Lesões em região genital; ▪ Hematomas ou lacerações em região próxima ou em área genital, como partes internas de coxas, grandes lábios, vulva, vagina, região escrotal ou anal devem ser sempre investigadas pela possibilidade de abuso

sexual, tanto em meninas como em meninos; ▪ Dilatação anal ou uretral, ou rompimento de hímen dão diagnóstico de abuso sexual, mas estes nem sempre são sinais evidentes, necessitando sempre uma avaliação minuciosa por profissionais especializados da área médica; ▪ Lesões como esquimoses, hematomas, mordidas ou lacerações em mamas, pescoço, parte interna e ou superior de coxas, baixo abdômem e ou região de períneo; ▪ Sangramento vaginal em crianças pré-púberes, ou anal, acompanhadas de dor, afastados os problemas orgânicos que pudessem determiná-los; ▪ Lesões por doenças sexualmente transmissíveis, como Gonorréia, Sífilis, HPV, Clamídia entre outras, dão o diagnóstico de abuso sexual; ▪ Aborto, de forma natural ou provocada, pode caracterizar o abuso sexual; ▪ Gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2003).

O abuso sexual infantil é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um dos maiores problemas de saúde pública. Estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que 7-36% das meninas e 3-29% dos meninos sofreram abuso sexual (World Health Organization, 2003). Isso, devido que sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta (BERLINER; CONTE, 1995). E ainda, acrescenta-se a isso que países com limitados recursos socioeconômicos podem não ser capazes de manejar todos os relatos de suspeita de abuso sexual ou coletar dados referentes a eles (JOHNSON, 2004).

Valem ressaltar, que as estatísticas, portanto, não são dados absolutos. Trabalha-se com um fenômeno que é encoberto por segredo, “um muro de silêncio”, do qual fazem parte os familiares, vizinhos e, algumas vezes, os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de violência (BRAUN, 2002).

Pesquisas em países europeus indicam que 6-36% de meninas e 1-15% de meninos sofreram experiências sexuais abusivas antes dos 16 anos. De forma similar, em estudos realizados nos EUA, com uma amostra de 935 pessoas, 32,3% das mulheres e 14,2% dos homens revelaram abuso sexual na infância, e 19,5% das mulheres e 22,2% dos homens sofreram violência física (BRIERE; ELLIOTT, 2003).

Na cidade de Curitiba (PR) dados do programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência, evidenciam 1.356 notificações de maus-tratos no ano de 2003. Destas, 17,6 % foram casos de abuso

sexual, sendo 75,6% do sexo feminino e 24,4% do sexo masculino (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2002,2003).

A violência sexual apresentou a maior prevalência como forma de violência doméstica em Curitiba, com 75,2% dos casos. Em 24,8% das notificações, o abuso aconteceu em ambiente extrafamiliar. Porém, mesmo assim, a quase totalidade desses casos foi cometida por pessoas que mantinham relacionamento de confiança com a vítima. Isso demonstra a distorção que a sociedade mantém nesse tipo de violência, quando remete habitualmente a imagem do agressor ao estranho, marginal ou psicopata de rua.

As situações de abuso homossexual são relatadas em 10% dos casos de violência sexual dentro da literatura internacional. No programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Maus-Tratos, Curitiba, 2002 e 2003 (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2002, 2003) esses casos foram encontrados em 21% das notificações de abuso sexual.

Esse tipo de violência ocorre mais frequentemente entre o responsável do sexo masculino e o menino ou o adolescente, sem que isso necessariamente constitua um comportamento definitivo homossexual do agressor ou da vítima. Habitualmente, faz parte de um quadro de abuso geral, em caráter pedofílico, onde também as meninas da casa sofrem o mesmo tipo de agressão.

O fenômeno do incesto demanda uma discussão em torno de três temas-tabus, que nessa dinâmica estão interligados: família, sexualidade e violência, tomando-se como base a estrutura patriarcal ocidental (BRASIL, 2004). Predominantemente definido como sendo a relação sexual entre pessoas do mesmo sangue, passou a ser tema cercado de tabus e de controvérsias que dificultam a sua abordagem dissociada ao julgamento de certos valores morais.

O incesto provoca uma perturbação grave e talvez irreversível para o desenvolvimento afetivo e moral da criança. A excepcional intensidade e a ligação de parentesco existente entre o agressor e a vítima no abuso sexual incestuoso, deixam a criança em uma situação da qual dificilmente encontra a saída. Ela, conseqüentemente, acaba não aprendendo a diferenciar afeto de sexualidade e conclui que para obter afeto precisa se relacionar sexualmente (ABRAPIA, 2004).

Em algumas situações, quando o incesto é revelado, a mãe reage com ciúmes, como rival e passa a colocar na filha a responsabilidade pelo ocorrido. Para corroborar com essa prática, estaria à dificuldade de a mãe reconhecer o incesto,

pois seria o reconhecimento de seu fracasso como mãe e esposa, enquanto que o abusador usa de todos os meios para manter seus atos em silêncio e encobertos (HIRCH, 1990).

É possível, então, notar que o abuso sexual faz parte de um conjunto de rupturas de relacionamentos, em uma estrutura doente familiar, que vem do histórico de vida de cada membro dessa família, incluindo o agressor. Esse histórico pode determinar uma permissividade ao ato, pela própria desvalorização da infância e adolescência, como também do papel da mulher, mantendo, na maioria dos casos, uma cegueira e surdez coletiva aos apelos, muitas vezes mudos, da vítima, por estar à mãe em um papel de *silent partner* no qual tem uma participação muda em um quadro geral de violência.

Outro aspecto a ser notado, é quando a violência sexual é camuflada em forma de submeter à criança ou adolescente a formas de comércio de sua imagem na indústria do sexo, muitas das vezes impulsionadas pelas péssimas condições sócio-econômicas a que estas vítimas são submetidas, conforme relata Fonseca (2001) “[...] lamentavelmente, tem sido cotidiana a exploração sexual de crianças e adolescentes, inclusive de pais abusando de suas filhas crianças e adolescentes [...]”. A exploração também está ligada ao tráfico, com fins lucrativos e sexuais, de crianças e adolescentes para o exterior, formalizado em “empresas de sexo”, exposição de fotos e vídeos na rede mundial de computadores, na prostituição em bordéis e shows eróticos, que através desse trabalho concreto, produz valor de troca e valor de uso, gera lucro para os proprietários de empresas industriais e comerciais.

No Estado de Minas Gerais, de acordo com a SEDESE (2003) houve no ano 2002 um total de 200 denúncias de violência sexual, onde 55 foram de exploração sexual.

3.1.4 Violência psicológica

O abuso psicológico ou agressão emocional é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerada (SBP; ENSP; FIOCRUZ, 2000). Trata-se de uma agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mas emocionalmente causa cicatrizes irreparáveis para toda a vida. Apresenta-se sob variadas formas. Também designada como “tortura psicológica”,

evidencia-se como a interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo.

Costuma se apresentar associada a outros tipos de violência. São seis as formas mais constantemente estudadas, segundo (CLAVES, 1992; GARBARINO et al., 1998; RUIZ, 1990 apud BRASIL, 1997) classificadas em:

- rejeitar: quando o adulto não aceita criança, não reconhece o seu valor, nem a legitimidade de suas necessidades;
- isolar: o adulto afasta a criança ou o adolescente de experiências sociais habituais à idade, impedindo de ter amigos e fazendo crer que ela ou ele está só no mundo;
- aterrorizar: o agressor instaura clima de medo, faz agressões verbais à criança, a atemoriza e a faz crer que o mundo é hostil;
- ignorar: o adulto não estimula o crescimento emocional e intelectual da criança ou do trabalho;
- criar expectativas irreais ou extremas sobre a criança e o adolescente;
- corromper: ato de o adulto induzir a criança ou o adolescente à prostituição, ao crime, ao uso de drogas.

Este é o tipo de violência da qual menos se fala, embora seja um dos modos mais comuns de dominação dos pais sobre os filhos. Por isso mesmo, raramente é registrado nas instituições que atendem à população infanto-juvenil.

Os sinais gerais de violência psicológica podem se apresentar da seguinte forma: ▪ Comportamento extremos de apatia ou agressividade, isolamento; ▪ Irritabilidade ou choro freqüentes sem causa aparente; ▪ Sinais de ansiedade ou medo constantes; ▪ Baixa auto-estima e autoconfiança; ▪ Dificuldades na fala, gagueira; ▪ Tiques ou manias; ▪ Depressão; ▪ Afecções de pele freqüentes, sem causa aparente; ▪ Aumento injustificável da incidência de infecções ou doenças de fundo alérgico; ▪ Enurese noturna; ▪ Encoprese; ▪ Recusa alimentar em bebês abaixo de um ano; ▪ Obesidade, anorexia nervosa, bulimia ou outros distúrbios alimentares; ▪ Destrutividade e ou auto-destrutividade; ▪ Uso de drogas; ▪ Comportamento delinqüente; ▪ Tentativa de suicídio (SBP, 2003)

O abusador se utiliza do poder de hierarquia disciplinar como forma de obrigar que se faça ou se deixe de fazer algo para a satisfação de seus desejos, deixando várias seqüelas sobre a criança e o adolescente.

A Política Nacional da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) destaca pela primeira vez, em âmbito nacional, a importância do

diagnóstico e da notificação da violência psicológica, pouquíssimo valorizada no país.

A importância de se diagnosticar, prevenir e compreender as conseqüências da violência psicológica está no fato de que prejudica significativamente o desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente. Afetando o desenvolvimento da auto-estima, do autoconceito, da competência social e da capacidade de estabelecer relações interpessoais (BRASIL, 2004).

O resultado de atendimentos realizados em 8 instituições do Estado de São Paulo nos anos de 1989 a 1992, mostra que 8,5% das denúncias foram exclusivamente de abuso emocional, estando freqüentemente associado em outros tipos de abuso (DESLANDES, 1994). Percebe-se que este tipo de violência, além de ser traumática, pode também acarretar vários distúrbios, tanto de ordem física quanto de ordem emocional.

3.1.5 Negligência

Compreende-se por negligência o fato da família se omitir em prover as necessidades básicas, podendo resultar em danos físicos, emocionais ou até mesmo na morte da criança ou adolescente. Ainda, Configura-se em negligência física, quando a criança não é adequadamente vestida ou não se providenciam os cuidados higiênicos mínimos, enquanto na negligência emocional a criança não recebe atenção, carinho, proteção ou outros estímulos necessários ao desenvolvimento pleno de um indivíduo para seu crescimento sadio e ajustado. (MARMO, 1999).

Os sinais gerais de negligência podem se apresentar da seguinte forma: ▪ Desnutrição por falta de alimentação; ▪ Mal nutrição por alimentação inadequada; ▪ Comportamento apático, ou de irritabilidade constante; ▪ Balanço de cabeça ou de corpo quando sozinho ou com sono; ▪ Aspecto de má higiene corporal, contrastando com o aspecto dos pais; ▪ Roupas inadequadas ao clima, à idade, sexo ou desconfortáveis; ▪ Acompanhamento precário à saúde, sem procura de tratamento adequado ou os fazendo de forma irregular ou apenas parcialmente, calendário de vacinas em atraso; ▪ Despreocupação, por parte dos responsáveis, com locais onde a criança ou adolescente passa seu tempo; ▪ Ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar; ▪ Atraso de

desenvolvimento psicomotor e ou linguagem; ▪ Faltas freqüentes à creche ou à escola; ▪ Dificuldade de aprendizagem; ▪ Atraso na escolaridade; ▪ Acidentes freqüentes; ▪ Comportamento de risco; ▪ Problemas de adaptação social (SBP, 2003)

Segundo uma investigação em Campinas no Estado de São Paulo, referentes aos atendimentos de um centro de atenção à violência doméstica, no período de 1988-92, comprova que o abandono/negligência foi responsável por 23,5% dos casos confirmados (DESLANDES, 1993).

Não se pode confundir a negligência dos familiares ou responsáveis com a pobreza que, muitas vezes, esta diretamente relacionada à falta de condições de prover um sustento adequado como moradia, higiene, educação. Também, podemos citar como forma de negligência, a praticada pelo poder público, ou seja, a Negligência Estatal, que é caracterizada quando, por ação ou omissão, os órgãos ou instituições deixam de desempenhar com efetividade suas devidas responsabilidades, deixando de prover a criança e ao adolescente, seus direitos básicos assegurados constitucionalmente, tudo em conformidade ao preceituado no art. 98, I, do Estatuto da Criança e do Adolescente: “Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado” (BRASIL, 1993).

As violências mais comuns são espancamentos e penetração de instrumentos, como facas, com ou sem imobilização da vítima, e grande parte dessas violências (75%), ocorre simultaneamente com as negligências, que representam a segunda maior incidência de violências cometidas contra crianças e adolescentes dentro de casa (AZEVEDO ; GUERRA, 1998).

3.2 Papel da enfermagem frente a violência intrafamiliar

Nesse contexto, notou-se que a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente é uma problemática real que atinge o contexto profissional da equipe de saúde cotidianamente. Segundo algumas pesquisadoras, (FERRIANI et al., 2004) a equipe de enfermagem tem se deparado, nos últimos anos, com o fenômeno da violência contra a criança, tanto na área da saúde – em unidades básicas ou hospitais – quanto nas atividades desenvolvidas em instituições educacionais – em creches ou escolas. As mesmas referem que é de suma importância que se comece

a refletir coletivamente acerca da violência na sociedade, em especial a ocorrida na família. Pois, a incidência continua aumentada, e sem dúvida tornou-se um grande problema de saúde pública. As enfermeiras Moraes e Eidt (1999) vêem esta questão inserida numa política social mais ampla ao afirmarem que “a violência intrafamiliar, também chamada de doméstica, abusos ou maus tratos contra crianças é, hoje, de forma consensual abordada como problema de Saúde Coletiva”. Considera-se tal concepção adequada, pois, neste prisma, o processo saúde-doença é focado sob um referencial mais completo e amplo.

Podemos notar que o papel do enfermeiro é essencial pra fazer parte desta luta, pois o mesmo apresenta um papel de educador, propondo para a família um outro modelo de relacionamento com a criança. É sua função primordial trabalhar com a educação em saúde com a população, em qualquer oportunidade e nos contatos possíveis, divulgando a ideologia de proteção aos direitos da criança, orientando através de palestras (especialmente grupos de recém-casados), criando programas educativos para pais, sobretudo os de risco (dependentes químicos), entre outras maneiras.

A violência intrafamiliar requer a abordagem de uma equipe interdisciplinar para avaliação, diagnóstico e tratamento, sendo o enfermeiro um membro da equipe capaz de desenvolver grupos de auto-ajuda, oficinas, vinculando as referidas famílias com os sistemas de apoio à comunidade tais como: postos de saúde, clube de mães, escolas e igrejas. Pode-se, também: favorecer o alojamento conjunto em maternidades e hospitais pediátricos, a fim de incentivar e fortalecer vínculos saudáveis entre pais e filhos; divulgar, pelos meios de comunicação, a ideologia de proteção integral à criança.

Ressalta-se a importância do enfermeiro, de igual maneira, de participar da organização de grupos de pesquisa para estudar e enfrentar, cada vez mais instrumentalizado, o desafio de cuidar de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar. Além disso, deve engajar-se firmemente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a fim de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária, pois só assim haverá um resgate sério e amplo no papel social do enfermeiro, porque o mesmo tem um papel que vai além do hospital (JOURNAL OF NURSING, 2005).

Segundo Goldman (2003), as funções-chave do setor da saúde no sistema de proteção à criança são: identificar e notificar casos suspeitos; implementar

serviços para diagnóstico e tratamento; interagir com agências de proteção; atender às demandas judiciais; fornecer informações aos pais sobre necessidades, cuidados e tratamento de seus filhos; identificar e prover suporte para famílias de risco para maus-tratos; desenvolver e conduzir programas de prevenção primária; providenciar treinamentos e participar de equipes multidisciplinares.

Neste sentido a abordagem inicial pelos profissionais de saúde faz-se extremamente importante, sendo que a atitude suspeita é o primeiro passo para o diagnóstico diferencial. Caso não seja possível um diagnóstico imediato, é necessário o acompanhamento do caso até que um diagnóstico seguro seja estabelecido. A conduta do profissional de saúde quando suspeita de um caso de abuso ou agressão à criança ou adolescente é primeiramente discutir o caso com a equipe do hospital, a provável vítima deve passar por um exame clínico detalhado e o serviço social da instituição deve realizar entrevistas com as crianças e seus pais, separadamente. Se surgirem muitos indícios de que a criança foi vítima de violência, o caso deve ser notificado para as autoridades.

É importante ressaltar que nem sempre a criança tem coragem de revelar, na entrevista, os abusos cometidos, é preciso observar certos detalhes, como o medo de ir para o colo da mãe ou do pai, quando qualquer um dos dois são os autores das agressões.

Do ponto de vista clínico, realizar exame físico e neurológico acurado com avaliação de todas as partes do corpo examinado; solicitar raios X de ossos longos para avaliar fraturas recentes ou antigas e evidências de trauma por torção; solicitar coagulograma para descartar síndrome hemorrágica.

Segundo JOHNSON (1990), o profissional deve abordar uma lesão como um sintoma que requer um diagnóstico quanto à sua causa. Isto é feito pelo exame e registro cuidadoso de cada ferimento, e a análise do acordo entre a lesão e a história apresentada, com o estágio de desenvolvimento da criança.

Se não houver este acordo, o abuso tem de ser considerado e a suspeita ser relatada. Outro alerta quanto ao diagnóstico é feito por REECE (1990) ao chamar a atenção para o que denominou de manifestações incomuns do abuso da criança. Este autor cita alguns exemplos da literatura e de sua experiência, entre os quais: casos de aspiração fatal de pimenta, queimaduras intencionais em forno de microondas, sede e desidratação hipernatrêmica, ingestões tóxicas (cocaína), "síndrome da orelha de lata" (triade: equimose unilateral da orelha, evidência de

edema cerebral ipsilateral em TC, e retinopatia hemorrágica) e síndrome de Münchhausen por procuração (histórias de doenças inventadas pelas mães).

Autores como Scherer et al. (1987) sugerem aspectos para os quais os profissionais devem estar atentos durante o atendimento de casos suspeitos de abuso sexual, a criança deve ser examinada em busca de outros sinais de maus-tratos como dermatites peri-oral ou peri-anal, corrimento vaginal, equimoses, marcas de cordas ou queimaduras de cigarros. Seu comportamento durante o exame deve ser observado quanto à resistência ou aquiescência exagerada. Detectar fatores de stress familiar (conflitos, desemprego). Investigar na história a ocorrência de atendimentos médicos por traumatismos repetidos.

A enfermagem, segundo O'tolle et al. (1996), em seu trabalho diagnóstico busca informações mais extensivas e de tipos diferentes que o médico. É importante ressaltar que devemos investigar dados familiares, de história pregressa, ou informações de outros profissionais, que poderá facilitar o diagnóstico de maus-tratos.

Programas de prevenção ao abuso de crianças, segundo Dubowitz (1990), têm incluído o emprego de equipes interdisciplinares onde pediatras, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental e de apoio legal trabalhem juntos.

Entre as abordagens propostas para as práticas da equipe, encontram-se:

- prevenção primária e secundária - rastreamento de crianças com maior risco para maus-tratos através das visitas de supervisão de rotina de saúde da criança com orientações preventivas;
- prevenção terciária: identificação e notificação dos casos;
- programas para famílias de alto-risco: objetiva o fortalecimento das famílias para que sejam capazes de educar e proteger suas crianças (prevenção de gravidez em adolescentes, humanização da experiência do nascimento, facilitação do relacionamento mãe-filho e os programas de educação comunitária sobre como educar os filhos);
- defesa da criança: profissional diretamente envolvido na defesa da criança na perspectiva individual, familiar, comunitária e social mais ampla.

4 METODOLOGIA

4.1 Processo metodológico

Este estudo teve início mediante a elaboração de um projeto de pesquisa, após três visitas realizadas a Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente para reconhecimento e observação do funcionamento da instituição, do trabalho realizado pelos profissionais e a forma de atendimento prestado às vítimas de agressões, sendo este encaminhado ao Colegiado do Curso de Enfermagem que emitiu seu parecer de aprovação (Anexo A). Foi então encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra para obter o parecer consubstanciado, aprovando o desenvolvimento da pesquisa.

Mediante a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUUPD (Anexo B), foram agendadas as visitas na DPCA à instituição escolhida para realização da pesquisa, e posteriormente feita à coleta de dados, esta foi desenvolvida de acordo com os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A).

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, por melhor adequar-se à análise dos objetivos da pesquisa.

Esta pesquisa tem caráter exploratório e descritivo, caracterizado pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida da qual se tem necessidade de maiores informações. Portanto, para Polit (1995) o estudo descritivo pretende reportar-se com exatidão aos fatos ou fenômenos de determinada realidade.

De acordo com Leopardi (2001), a pesquisa exploratória permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema e diferencia-se da pesquisa diagnóstica porque apresenta sugestões ou intervenções e não somente informações. Segundo Polit e Hungler citados por Leopardi (2001), “é possível usar a contabilidade dos eventos para descrever qualidades”.

Na abordagem quantitativa utilizam-se procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar informações, mediante condições de controle, analisando as informações numéricas, através de procedimentos estatísticos. Enfatiza a objetividade, coleta e análise das informações (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.2 Local e período de estudo

O local escolhido para a realização deste estudo foi a Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente (DPCA), localizada na Rua Coelho Neto 01, Praça Maria Aragão, Beira-Mar – centro, fundada em 02 de Abril de 2003, que faz parte de um sistema de atendimento diferenciado aos casos de violência contra a criança e o adolescente. Os profissionais são qualificados para atuarem nessa linha de trabalho, sendo que são oferecidos vários cursos nessa linha de pesquisa para que os profissionais se atualizem.

A DPCA disponibiliza o serviço de disque – denúncia, conta ainda com o centro de Perícia Oficial (CPO) a Promotoria Especializada em Crimes contra as crianças e Adolescentes (PJECCA) e a 11ª Vara Criminal Especializada em Crimes Contra Crianças e Adolescentes com os quais formam o Complexo de Proteção à Criança e ao Adolescente (CPCA). A DPCA tem por finalidade apurar crimes cometidos por crianças e adolescentes, desde que os agressores não sejam também crianças e adolescentes, pois neste acaso, a competência recai em outra delegacia especializada em menores infratores (ENTIDADES GESTORES DO PROJETO ROMPENDO O SILÊNCIO, 2005).

A DPCA possui o setor de Investigação Social responsável pela triagem dos casos de violência, informação dos serviços desempenhados pela delegacia e a estatística; o setor de Investigação e Planejamento responsável pela captura dos acusados, cumprimento dos mandados de intimações e ordens de missões expedidas pela Delegacia; o Setor de Desaparecidos responsável pela catalogação e investigação dos casos de crianças e adolescentes que se encontram desaparecidas, o qual representa o Estado do Maranhão na Rede Nacional de Desaparecidos; o Setor de Comissariado responsável pela administração dos materiais usados pela Delegacia e recursos humanos; e por último o Setor de Cartório que auxilia diretamente os delegados na elaboração dos procedimentos instaurados na Delegacia.

Existem atualmente na DPCA três Delegados de Polícia Civil, duas Escrivãs de Polícia Civil, onze agentes de Polícia Civil, uma assistente social, um agente administrativo e quatro estagiários do curso de direito. Somando com a colaboração do Centro de Perícia Oficial (C.P.O), que possui 2 psicólogas, 2 assistentes sociais e 3 médicos que, ouvem as partes envolvidas e instruem o

inquérito sob a responsabilidade dos delegados, devendo garantir e efetuar o atendimento especializado, realizar diligências, interrogatórios e perícia médica.

A equipe de polícia da DPCA contribui com a prevenção da violência, realizando campanhas educativas em escolas e comunidades.

Ao atender as vítimas, os policiais procuram tranquilizá-las, deixam claro a vítima que existem formas legais para preservá-la, que a Polícia e o Estado tem condições de protegê-las. Os policiais além de graduados em cursos de nível superior, são capacitados para atuarem no combate a crimes contra crianças e adolescentes, e a acolher a vítima com o devido respeito, criando uma esfera de confiança.

É de grande importância ressaltar que na DPCA não ocorre a revitimização infanto-juvenil, como acontece em outros órgãos que não possuem profissionais capacitados, e os registros de foro íntimo são mencionados sem descrição, fazendo com que as crianças e adolescentes sejam expostos a situações vergonhosas, o que acarreta um sofrimento ainda maior por parte da vítima.

Temos que destacar a grande importância do serviço do CPO um órgão da Secretaria Pública do Estado do Maranhão que se localiza nas dependências da DPCA que interage diretamente com a DPCA, composto por uma equipe multidisciplinar, que atua na produção de laudos, realizando perícias médico-legais e psicossociais em vítimas de casos de violências investigados pela DPCA. Criado através do Dec. Lei Estadual nº. 20.532 de 21 de maio de 2004.

A equipe multidisciplinar é composta por: psicólogos peritos, assistentes sociais e médicos legistas peritos. Assim, o CPO tem por finalidade produzir laudos médico-legais e psicossociais que irão ser anexados ao processo de investigação desenvolvido pela DPCA.

Este conta ainda de uma sala de Ludoterapia, a qual foi projetada para atender as crianças num ambiente lúdico, utilizando assuntos variados para promover a familiarização entre o entrevistado e o entrevistador, com o objetivo de deixar as crianças ou adolescentes envolvidos e confortáveis usando diversas técnicas e recursos infantis. São colocados ao alcance da criança bonecos anatomicamente perfeitos, lápis, papel, e brincadeiras, com o objetivo de observar seu comportamento e colher informações referente à violência vivenciada por elas.

O Complexo Integrado da Delegacia de Proteção a Crianças e Adolescentes tem por finalidade a qualificação e fluidez do atendimento, de forma

que este não seja revitimizadas, evitando que crianças e adolescentes já vitimizados sexualmente, passem por situações constrangedoras que impliquem em mais violência contra estas; proporcionar um tratamento mais humanizado às crianças e adolescentes vítimas desse tipo de violência; promover a agilidade no encaminhamento das denúncias, a fim de que os agressores sejam responsabilizados com a máxima brevidade possível; a prestar um serviço digno às crianças e adolescentes vitimizados sexualmente e desenvolver um atendimento especializado e articulado para o enfrentamento à violência sexual junto com outras instituições e políticas públicas. Os dados foram coletados do período de julho de 2003 a dezembro de 2005.

4.3 População do estudo

A população alvo do estudo foi composta por uma assistente social que realizou o atendimento destas crianças vítimas de maus-tratos e o agente de polícia civil que é responsável pela triagem destas crianças, que ajudou na elaboração das estatísticas. As informações sobre as vítimas estudadas foram obtidas no próprio banco de dados da DPCA, sendo estas categorizadas segundo o critério de idade estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que em seu Título I, Artigo 2º, reza ser criança a pessoa com até doze anos incompletos e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos de idade.

4.4 Instrumento de pesquisa

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento especificamente elaborado para esse fim, pelas próprias autoras (Apêndice B). Uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas. O roteiro de perguntas foi subdividido em quatro partes, assim denominado: I) Identificação do profissional entrevistado; II) Identificação do atendimento; III) Identificação da Criança / Adolescente; IV) Caracterização dos maus tratos / violência. A solicitação da autorização para elaboração da pesquisa na instituição para o Delegado Titular e a pedido de participação no estudo feita a assistente social e ao policial civil, foi verbal, ocasião em que apresentamos informações sobre os objetivos do estudo, as estratégias que seriam utilizadas no seu desenvolvimento, tipo de participação que

se deseja e que esta era livre. Neste momento também foi garantido anonimato quanto às informações prestadas, bem como sigilo de toda e qualquer informação que pudesse comprometer a privacidade dos envolvidos, de acordo com os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A).

As entrevistas de caráter semi-estruturado, que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas (MINAYO, 1996), dar-se-ão com os sujeitos da pesquisa, buscando um entendimento de como eles percebem a questão dos maus-tratos infantis e que tipo de abordagem prioriza em tais casos.

Nessas entrevistas foram investigados alguns pontos prioritários, tais como: quais os procedimentos adotados; se o profissional percebe e identifica os limites da sua atuação e quais são as condutas realizadas após o atendimento.

Como aponta Trivinões (1992) à entrevista semi-estruturada “é aquela que em geral parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem interrogativos, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”.

Ainda, refere Cruz Neto (1996) essa conversa não é caracterizada como neutra ou despreziosa, uma vez que ela se presta à coleta dos fatos, valores e opiniões dos atores, enquanto sujeitos – objeto que determinam e vivenciam a realidade em questão.

4.5 Análise dos resultados

As informações obtidas foram transportadas para tabelas do software Excel[®] 2000, organizadas por área de interesse, tabuladas e posteriormente, essas informações foram analisadas e apresentadas em forma de tabelas e gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Descrição da rotina de atendimento da DPCA

A DPCA apresenta três formas de atendimento prestado às vítimas de violência intrafamiliar. A forma mais freqüente é o Boletim de Ocorrência Policial Eletrônico (BOPE) (Anexo D), onde a parte interessada, geralmente um familiar da vítima, se dirige até a delegacia e efetua o registro de um fato delituoso sofrido por crianças e adolescentes no balcão de prontidão, a única condição é que a pessoa registrante seja maior de 18 anos. Pode ocorrer de a vítima apresentar-se para tal ato desacompanhado de um adulto, neste caso a DPCA entrará em contato com um membro de Conselho Tutelar mais próximo para acompanhar a vítima e proceder ao registro do BOPE, este é composto por dados pessoais do agressor, da vítima, a descrição do fato ocorrido e o tipo de violência sofrida pelo menor.

Logo depois, o agressor é intimado em sua residência, a comparecer na DPCA para realização de uma audiência juntamente com a outra parte envolvida. Nesta audiência será feito levantamento dos fatos ocorridos e concluído o inquérito.

Assim serão tomadas as medidas cabíveis pra cada tipo de violência sofrida pelo menor, chegando até o estabelecimento de uma pena criminal pelo poder Judiciário, principalmente em casos de violência sexual, onde será realizada uma perícia médica para confirmação da violência e uma entrevista com a criança em uma sala de Ludoterapia, a qual foi projetada para atender as crianças em um ambiente lúdico, com o auxílio de bonecos anatomicamente perfeitos, lápis, papel e brinquedos, com o objetivo de observar seu comportamento e obter informações referentes à violência vivenciada por elas, de uma forma que as crianças/adolescentes se sintam à vontade.

Existindo também a realização de encaminhamentos feitos pela assistente social para instituições específicas para acompanhamento do menor vítima de violência (Anexo E) como: Assistência Social FUNAC (Unidade de Atendimento Familiar - UNAF; Abrigo das Meninas, Abrigo dos Meninos, Casa de passagem) e FUMCAS (Programa Sentinela/ Projeto Quebrando o Silêncio; Programa Sentinela – Pastoral do Menor/ Projeto Ultrapassando Barreiras; Projeto Construindo Cidadãos e Programa Casas Lares).

Ocorre também, a Denúncia Anônima que acontece, quando uma pessoa denuncia formas de violência contra as crianças e adolescentes e deseja manter sua identidade em sigilo, nessa circunstância o setor de investigação e planejamento da DPCA, vai apurar os casos, enviado viaturas com policiais civis no endereço fornecido pela pessoa denunciante, onde atuam de forma minuciosa ao proceder o levantamento dos fatos denunciados.

Por último, ocorrem os encaminhamentos realizados por instituições, como o Ministério da Saúde, Judiciário, os Conselhos Tutelares, o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Delegacias de Polícias e instituições do setor saúde, as quais recebem os casos de violência contra crianças e adolescentes e após iniciarem os primeiros procedimentos constatam serem de competência da DPCA, realizando o devido encaminhamento para um atendimento especializado.

5.2 Estatísticas referentes aos anos de 2003-2005

A partir da consulta dos registros de casos de violência contra a criança e adolescentes disponibilizados pela Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) foram encontrados crimes que contemplam tanto a violência extrafamiliar, quanto à violência intrafamiliar praticada contra a criança e o adolescente, classificados de acordo com os artigos do Código Penal. Dentre estes, apenas serão discutidos os crimes selecionados e ilustrados através de gráficos e tabelas, por serem de maior relevância dentro da temática proposta em nosso trabalho.

A seguir serão discutidos os tipos de crimes segundo as denúncias registradas e atendidas na Delegacia Especial de Proteção à Criança de São Luís, Maranhão, Brasil, no período de 2003 a 2005.

Cada ano será discutido separadamente e após as informações obtidas através dos resultados serão integrados para melhor discutir a ocorrência dos crimes ao longo dos três anos de análise. Para tanto, começaremos a discussão com os resultados obtidos para o ano de 2003, os quais podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1: Crimes ocorridos no ano de 2003.

CRIME	N°	%
Abandono de Lar	1	0.20
Abandono Material	5	0.99
Ameaça	96	19.05
Assédio sexual	8	1.59
Atentado Violento ao Pudor	17	3.37
Ato Obsceno	2	0.40
Casa de Prostituição	1	0.20
Constrangimento Ilegal	9	1.79
Desaparecimento	49	9.72
Desobediência	1	0.20
Estupro	37	7.34
Exploração Sexual	1	0.20
Lesão Corporal	146	28.97
Maus-tratos	78	15.48
Prostituição Infantil	1	0.20
Racismo	1	0.20
Tentativa de Atentado Violento ao Pudor	2	0.40
Tentativa de Estupro	16	3.17
Vias de fato	33	6.55
TOTAL	504	100

Entres os crimes registrados em 2003 (Tabela 1) houve um total de 504 crimes registrados pela DPCA, sendo que 146 crimes (28,97%) são de lesão corporal. Podemos notar que estes são os de maior incidência, por serem mais fáceis de registrar, devido sua melhor visualização durante o exame físico nas vítimas e devido à pele ser o local mais acometido pelos maus-tratos no corpo da criança e do adolescente (JOHNSON, 1990). Porém, um dos mais difíceis de combater, pelo fato de ser, às vezes, confundido com acidentes domésticos, o que dificulta o seu conhecimento e comprovação por parte das autoridades. O atual cenário encontrado pelo presente estudo pode ser corroborado pelo estudo realizado pela Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente do Estado de Minas Gerais (DEPCA), referentes ao ano de 2001. No qual foram registradas 920 denúncias relacionadas à violência doméstica / intrafamiliar, sendo, 662 denúncias de violência física.

O crime de ameaça teve um total de 96 ocorrências (19,05%), onde este é um tipo de violência psicológica, que se trata de uma agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mas emocionalmente causa cicatrizes irreparáveis para

toda a vida, sendo um dos modos mais comuns de dominação dos pais sobre os filhos. Estando freqüentemente associada em outros tipos de abuso (DESLANDES, 1994).

O terceiro crime de maior incidência são os crimes de maus-tratos gerais, estes são compostos por múltiplas formas de violência a que uma única, ou várias crianças e adolescentes são submetidas. Também, podemos verificar que o registro de desaparecimento possui uma incidência significativa, onde as causas são por negligência dos pais com os seus filhos. Schumacher; Smith Slep; Heyman (2001) apontam como fatores de risco para a negligência infantil: “o tamanho da família, auto-estima, impulsividade, uso de drogas, falta de apoio social, estresse dos pais e a vivência em uma comunidade pobre”. Aparecendo muitas vezes associada a outros tipos de violências, na maioria dos casos vem acompanhada de violência física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Foram registrados 33 crimes (7,34%) de estupro, sendo este um tipo de violência sexual. A violência sexual sofrida por crianças e adolescentes ainda é a menos notificada. De acordo (RIBEIRO et al., 2004) fatores como medo, falta de credibilidade no sistema legal e o silêncio cúmplice que envolve as vitimizações sexuais, as mesmas são de difícil notificação. Os crimes de vias de fato que se caracterizam por lesões corporais apresentou uma incidência de 33 crimes (6,55%) registrados (Figura 1).

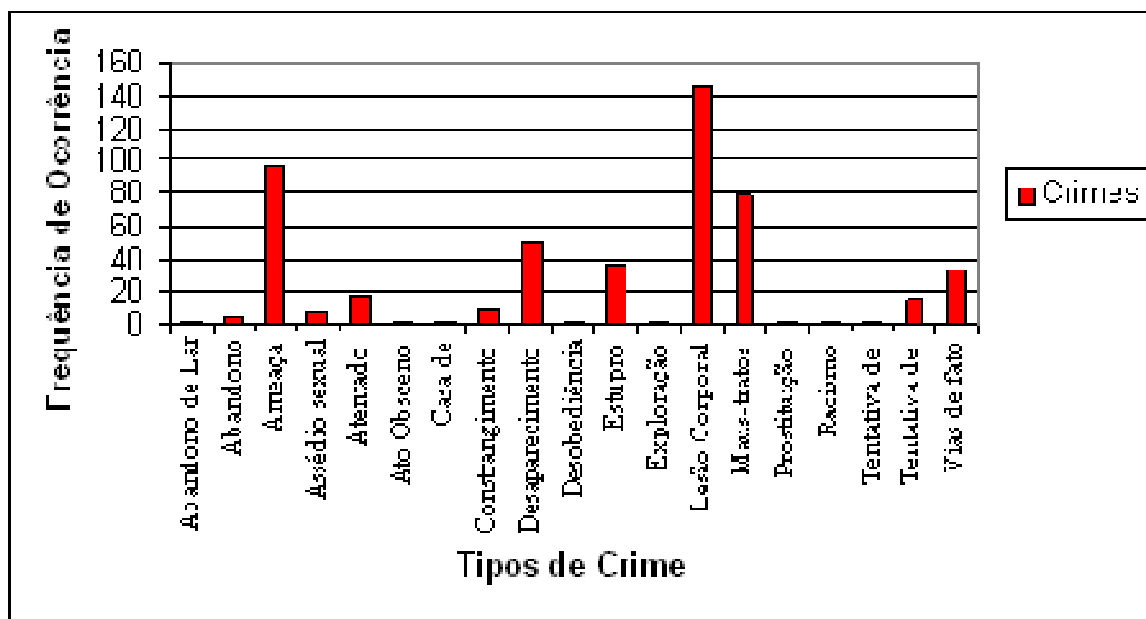


Figura 1: Crimes ocorridos em 2003

De maneira similar foi organizado em tabela os crimes ocorridos no ano de 2004, os quais podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2: Crimes ocorridos no ano de 2004.

CRIME	N°	%
Abandono de Lar	1	0.08
Abandono Material	6	0.50
Ameaça	251	20.92
Art. 232 do ECA (constrangimento ilegal)	4	0.33
Assédio sexual	4	0.33
Atentado Violento ao Pudor	66	5.50
Ato Obsceno	2	0.17
Desaparecimento	177	14.75
Desobediência	2	0.17
Estupro	81	6.75
Exploração Sexual	10	0.83
Exposição ou abandono de recém-nascido	1	0.08
Favorecimento da Prostituição	3	0.25
Lesão Corporal	325	27.08
Maus-tratos	146	12.17
Produção e participação em cena pornográfica	1	0.08
Tentativa de Estupro	8	0.67
Tortura	2	0.17
Vias de fato	110	9.17
TOTAL	1200	100

No ano de 2004 houve um total de 1.200 crimes notificados na DPCA (Tabela 2). O crime de lesão corporal apresentou um total de 325 casos registrados (27,08%), continuando o de maior incidência e ultrapassando o número registrado em 2003. O crime de ameaça apresentou um total de 251 (20,92%) notificações, logo depois vem à incidência de crime de maus tratos com 146 (12,17%). Os registros de desaparecimento apresentaram um total de 177 (14,75%), esta forma de negligência esta cada vez mais freqüente, sendo que nos Estados Unidos, a negligência é a primeira forma de violência mais notificada, constituindo 45% das violências contra a infância nas estatísticas oficiais (ASSIS; SOUZA, 1999). Neste ano o crime via de fato apresentou uma maior incidência. Os crimes de estupro também apresentaram aumentos significativos de notificações, sendo 81 crimes registrados (6,75%) na DPCA. No Brasil, segundo Azevedo e Guerra (1998) no que

se referem ao abuso sexual, por ano, 6 milhões de meninas e 3,1 milhões de meninos seriam vítimas dessa violência (Figura 2).

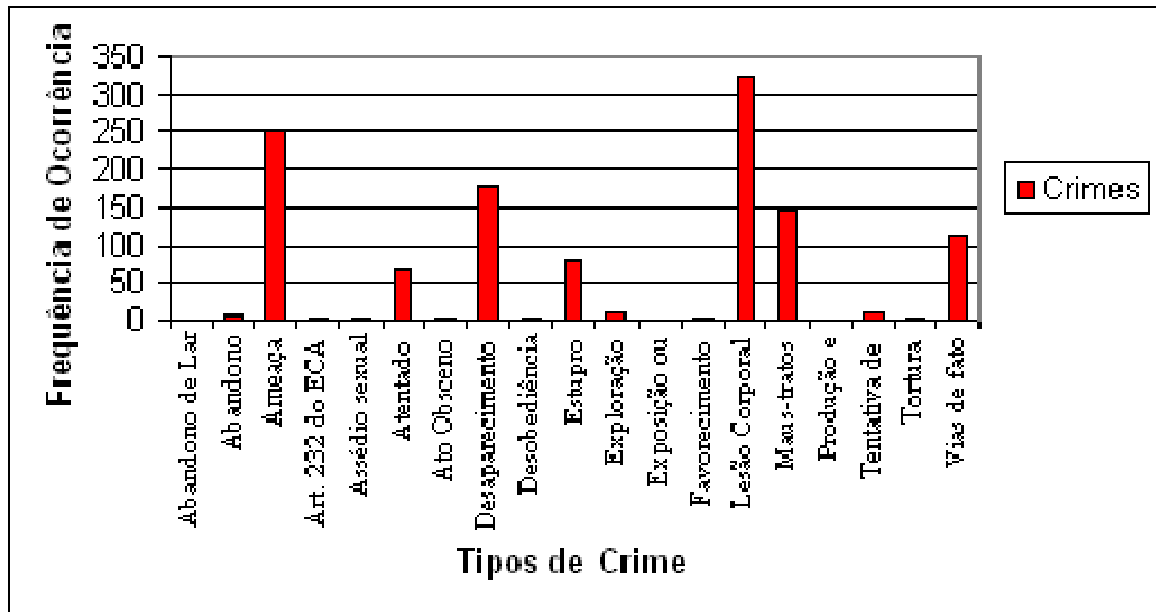


Figura 2: Crimes ocorridos em 2004

Por fim serão apresentados na Tabela 3, os crimes cometidos em 2005.

Tabela 3: Crimes ocorridos no ano de 2005.

CRIME	Nº	%
Abandono de Lar	2	0.19
Abandono Material	11	1.06
Ameaça	215	20.73
Art. 232 do ECA	19	1.83
Atentado Violento ao Pudor	42	4.05
Ato Obsceno	2	0.19
Desaparecimento	119	11.48
Estupro	52	5.01
Exploração Sexual	7	0.68
Favorecimento da Prostituição	3	0.29
Fotografia ou publicação de pedofilia	4	0.39
Lesão Corporal	276	26.62
Maus-tratos	139	13.40
Tentativa de Atentado Violento ao Pudor	1	0.10
Tentativa de Estupro	5	0.48
Vias de Fato	140	13.50
TOTAL	1037	100

No ano de 2005, foram registrados um total de 1.037 crimes (Tabela 3), sendo os crimes de lesão corporal apresentaram uma incidência de 245 casos (26,62%). Os crimes de ameaça apresentaram um total de 215 (20,73%) casos registrados. O crime via de fato apresentou uma incidência de 140 (13,50) casos registrados. Crimes de Maus tratos apresentaram uma incidência de 139 crimes (13,40%). Os registros de desaparecimento foram no total 119 (11,48%). E finalmente a incidência dos crimes de estupro foram 52 casos registrados, onde houve uma queda em relação ao ano de 2004.

Podemos notar que com a fundação da DPCA houve um aumento nos registros dos crimes pela população, no ano de 2004, devido à população sentir uma nova credibilidade nesse órgão público de defesa aos direitos da criança e do adolescente e uma queda nos ano de 2005, mostrando que o sistema de atendimento e o compromisso com o combate a violência infanto-juvenil estão sendo ágeis e eficientes (Figura 3).

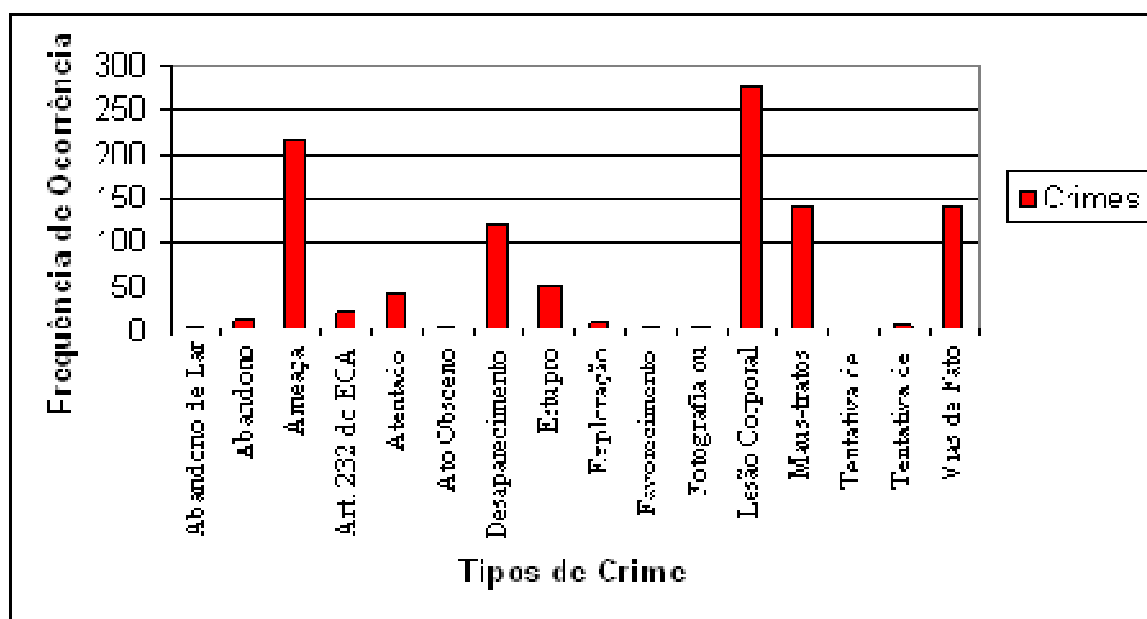


Figura 3: Crimes ocorridos em 2005

Serão enfocados a distribuição dos tipos de violência segundo as denúncias registradas e atendidas na Delegacia Especial de Proteção à Criança de São Luís, Maranhão, Brasil, no período de 2003 a 2005 (Tabela 4).

Tabela 4: Tipos de violência nos anos de 2003-2005

Ano	Intrafamiliar	Extrafamiliar
2003	241	437
2004	487	1071
2005	450	891
TOTAL	1178	2399

Foi verificado que a violência extrafamiliar é mais notificada que a violência intrafamiliar. Isso não significa que a violência intrafamiliar acontece em menor proporção que a extrafamiliar, sendo que o ambiente intrafamiliar é privilegiado para a prática de maus-tratos contra crianças e adolescentes por ser um espaço sacralizado e considerado isento de violência, contribuindo assim para o pacto de silêncio e o desconhecimento da violência praticada pelos pais e responsáveis das mesmas.

E muitas vezes os pais atuam embaraçando o trabalho da polícia, quando negam os fatos denunciados ou mesmo obrigam as vítimas a negarem no intuito de dar uma chance ou proteção a quem jamais lhes protegeu. De acordo com o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) houve, entre janeiro de 1999 e maio de 2004, um total de 209.786 casos de violação dos direitos da criança e do adolescente, onde houve uma maior incidência os casos de violência doméstica no direito à convivência familiar e comunitária (SILVA; SILVA, 2005). A Figura 4 sumariza os resultados para este tópico.

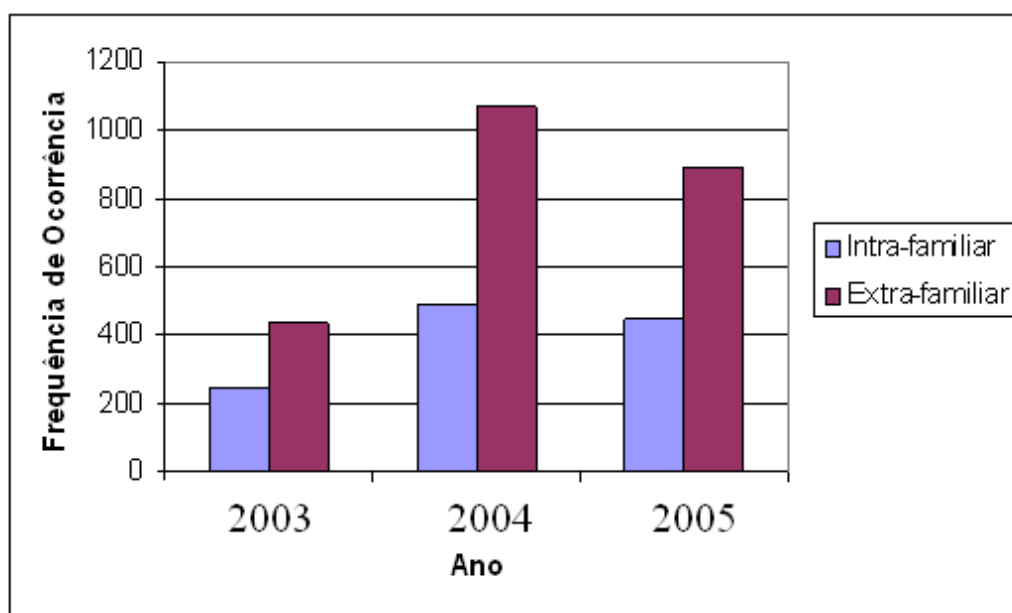


Figura 4: Tipos de violência nos anos de 2003-2005

É importante mostrar também a distribuição das vítimas por faixa etária, segundo as denúncias registradas e atendidas no na Delegacia Especial de Proteção à Criança de São Luís, Maranhão, Brasil, no período de 2003 a 2005. A Tabela 5 mostra de forma didática os resultados para o ano triênio 2003-2005.

Tabela 5: Idade das vítimas nos anos de 2003-2005

FAIXA ETÁRIA	INCIDÊNCIA		
	2003	2004	2005
0 a 5 anos	167	356	221
6 a 11 anos	163	395	429
12 a 17 anos	456	1028	903
TOTAL	786	1779	1553

As crianças com idade entre 0 a 5 anos sofreram o menor número de vitimizações, seguidas daquelas com 6 a 11 anos nos três anos estudados. Os adolescentes 12 a 17 anos sofreram o maior número de vitimizações durante o período de estudo (Figura 5). Nossos achados divergem nessas características com os resultados encontrados por uma pesquisa realizada por Deslandes (1994), cuja prevalência dos casos de violência ficou entre 5 a 9 anos, ou seja, dentro da faixa etária da criança. Podemos perceber com estes resultados que é mais “fácil” para

um adolescente denunciar a violência sofrida do que crianças, pois as últimas são seres em desenvolvimento, psicológico e moralmente imaturo, não conseguem resistir e entender tal ação.

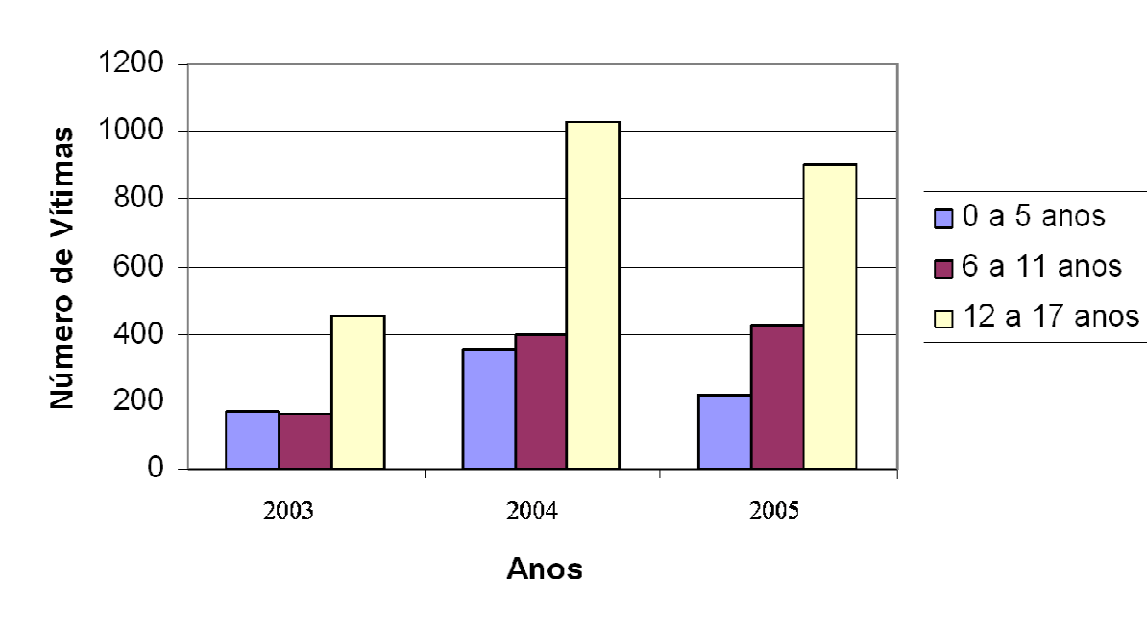


Figura 5: Idade das vítimas nos anos de 2003-2005

A distribuição das vítimas por sexo, também será discutida segundo as denúncias registradas e atendidas no na Delegacia Especial de Proteção à Criança de São Luís, Maranhão, Brasil, no período de 2003 a 2005.

Os resultados obtidos para os anos de 2003-2005 podem ser visualizados na tabela 6.

Tabela 6: Sexo das vítimas de agressão nos anos de 2003-2005

ANO	Masculino	Feminino
2003	301	485
2004	740	1039
2005	665	888
Total	1706	2412

Um maior número de casos envolvendo adolescentes, constatando-se o predomínio de vítimas do sexo feminino. Apesar dos meninos serem também vítimas de violência sexual, a grande maioria dos casos envolveu crianças e adolescentes

do sexo feminino. O fato foi igualmente observado por outros estudos nacionais restritos (COHEN 1991; PIMENTEL, 1998; REIS, 2001) nos quais a mulher é a vítima preferencial desse tipo de agressão em 90 a 95% dos casos, evidenciando a questão de gênero, onde as diferenças relativas ao sexo são convertidas em desigualdades, possibilitando o processo de dominação e exploração (SAFFIOTI, 1995). Todos os resultados para o ano de 2003 a 2005 estão sumarizados na Figura 6.

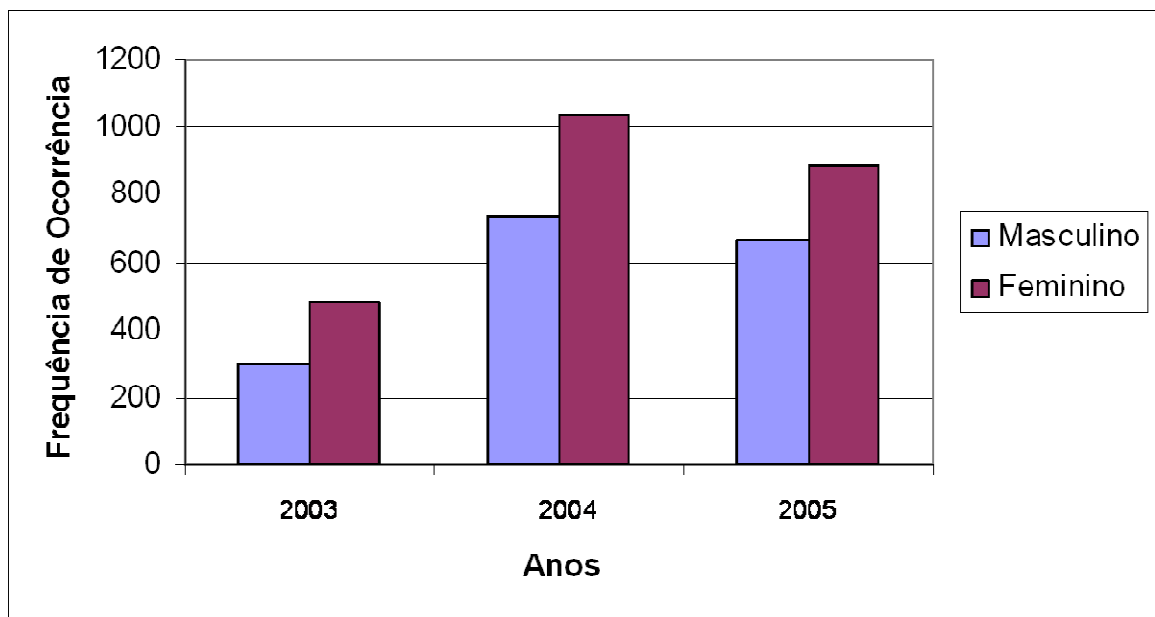


Figura 6: Sexo das vítimas de agressão nos anos de 2003-2005

Distribuição das vítimas de acordo com o vínculo com o agressor, segundo as denúncias registradas e atendidas na Delegacia Especial de Proteção à Criança de São Luís, Maranhão, Brasil, no período de 2003 a 2005.

A tabela 7 sintetiza os resultados obtidos no tocante aos autores dos crimes para o ano de 2003.

Tabela 7 Autores dos crimes nos anos de 2003

AUTOR DO FATO	INCIDÊNCIA
Pai	78
Tio(a)	13
Avô(ó)	1
Namorado(a)	28
Padrasto	23
Companheiro(a)	13
Irmão(ã)	4
Primo(a)	4
Outro	312
Madrasta	11
Mãe	84
Vizinho	41
Não informado	70
TOTAL	682

O número de crimes registrados por autores pela DPCA no ano de 2003 foram um total 682 (Tabela 7). Sendo a classificação outros para aqueles autores que não possuíam laços consangüíneos com as vítimas e também contato próximo com a mesma apresentaram a maior incidência de crimes cometidos contra a criança e adolescentes, um total de 312 registrados. A mãe foi à segunda autora com maior incidência, um total de 84 registros. Nossos achados coincidem com os relatórios elaborados pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência (ABRAPIA) entre janeiro e outubro de 1997, 819 crianças foram vítimas de agressão no Rio de Janeiro, em 47% dos casos, foi à mãe a agressora (ABRAPIA, 1997). Em terceiro lugar o maior agressor foi o pai com 78 ocorrências.

Em um recente estudo realizado por Ribeiro; Ferriani; Reis (2004) junto ao Centro Referência da Criança e do Adolescente em Ribeirão Preto, analisando as características relativas às vitimizações sexuais intrafamiliares cometidas contra crianças e adolescentes, no período de 1995 a 2000, pais e padrastos foram os responsáveis pelo maior número de vitimizações identificando-se os primeiros, com 19,7% das agressões cometidas contra crianças e os segundos, com 17,1% nas vitimizações perpetradas contra adolescentes. Logo em seguida, temos 70 registros de agressores não informados, vizinho (a) com 41 ocorrências. O padrasto com 23

ocorrências, tio (a) e companheiros (a) apresentaram a mesma ocorrência 13 registros (Figura 7).

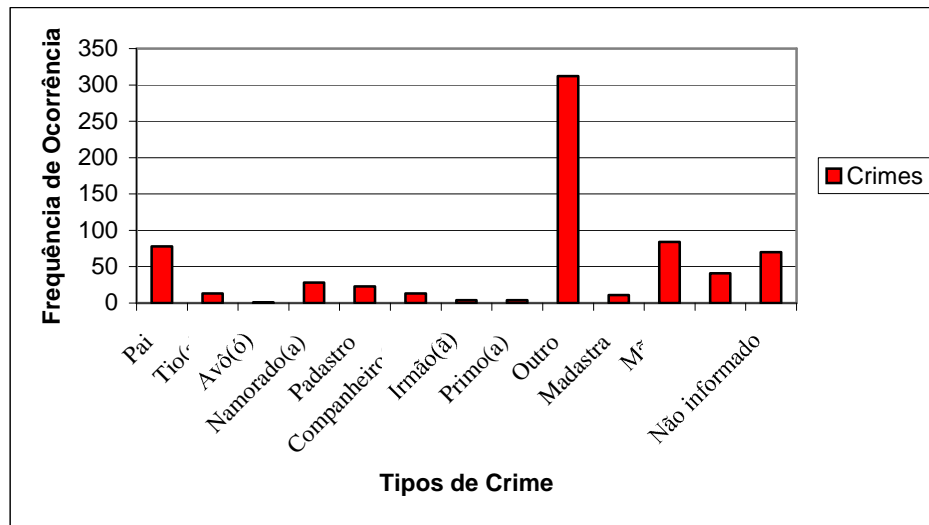


Figura 7 Autores dos crimes nos anos de 2003

A tabela 8 sintetiza os resultados obtidos no tocante aos autores dos crimes para o ano de 2004.

Tabela 8: Autores dos crimes nos anos de 2004

AUTOR DO FATO	INCIDÊNCIA
Médico(a)	1
Pai	154
Tio(a)	41
Professor(a)	3
Avô(ó)	17
Namorado(a)	55
Padrasto	46
Policia	5
Companheiro(a)	27
Irmão(ã)	7
Primo(a)	3
Outro	786
Madrasta	13
Mãe	155
Vizinho	87
Não informado	181
TOTAL	1581

O número de crimes registrados por autores pela DPCA no ano de 2004 foram um total de 1581 (Tabela 8). Observamos um aumento de grande relevância da incidência. Apresentando a classificação outros uma maior incidência com 786, maior que no ano de 2003. Em segundo observou-se o aumento das ocorrências registradas de agressores não informados correspondente a 181, o que dificulta a tomada de decisão e o estabelecimento de ações relacionadas às medidas de proteção. A mãe apresentou 155 ocorrências e o pai 154, podemos notar que neste ano de 2004 houve uma distribuição eqüitativa entre pai e mãe.

Os vizinhos apresentaram um total de 87 ocorrências, sendo um total consideravelmente superior ao ano de 2003. Em seguida observa-se a classificação namorado (a) com 55 ocorrências, onde este apresentou apenas 28 ocorrências no ano anterior. Houve também o aumento da classificação padrasto com 46 ocorrências e tio (a) com 41 ocorrências em relação ano de 2003. Podemos perceber nitidamente um aumento no número de ocorrências, mais não devido à violência ter aumentado significadamente nos lares ou fora deles e sim pelo fato do aumento das denúncias feitas por familiares ou pessoas próximas a vítima pelo fato de ter um órgão responsável por protegê-la. Todos os resultados para o ano de 2004 estão sumarizados na Figura 8.

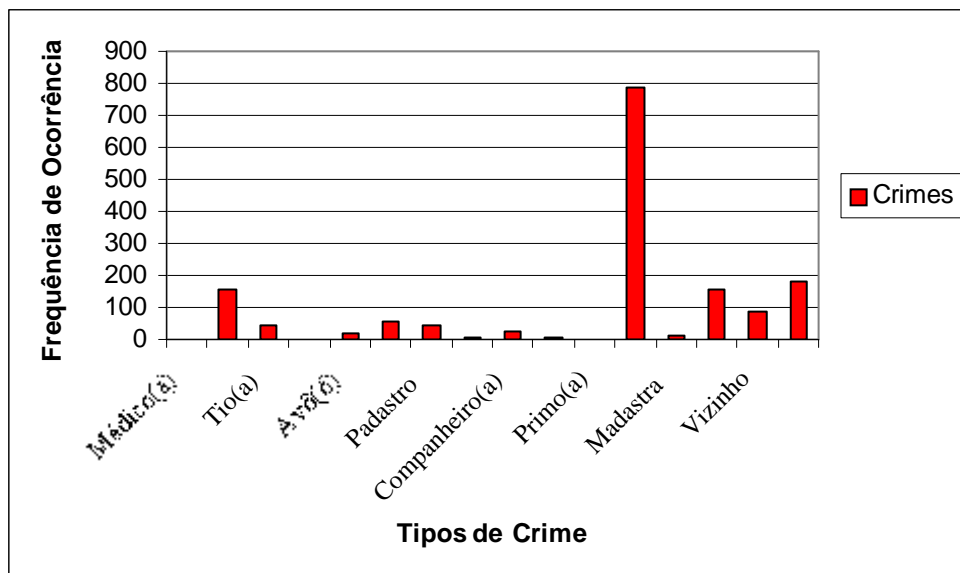


Figura 8 Autores dos crimes nos anos de 2004

A tabela 9 sintetiza os resultados obtidos no tocante aos autores dos crimes para o ano de 2005.

Tabela 9 Autores dos crimes nos anos de 2005

AUTOR DO FATO	INCIDÊNCIA
Avô(ó)	10
Companheiro(a)	28
Irmão(ã)	7
Madastra	20
Mãe	137
Namorado(a)	25
Não informado	38
Outro	712
Padastro	49
Pai	132
Policia	46
Primo(a)	3
Professor(a)	26
Tio(a)	27
Vizinho	139
TOTAL	1399

Podemos observar que houve uma diminuição do total dos casos registrados na DPCA no ano de 2005 em relação ao ano de 2004 (Tabela 9). Com isso, verifica-se a responsabilidade da mesma com os seus compromissos feitos a população. Onde a maior incidência foi um total de 712 ocorrências da classificação outros. Apresentando um relevante aumento de registros de violência por vizinhos com total de 139. Em segundo, novamente apresentou uma distribuição eqüitativa entre mãe e pai, com total de 137 e 132 registros respectivamente, onde notamos que as incidências da distribuição de crimes cometidos por mães e pais foram quase eqüitativas durante os anos de 2003, 2004 e 2005. Em seguida padrasto com 49 e policial com 46 ocorrências. Todos os resultados para o ano de 2005 estão sumarizados na Figura 9.

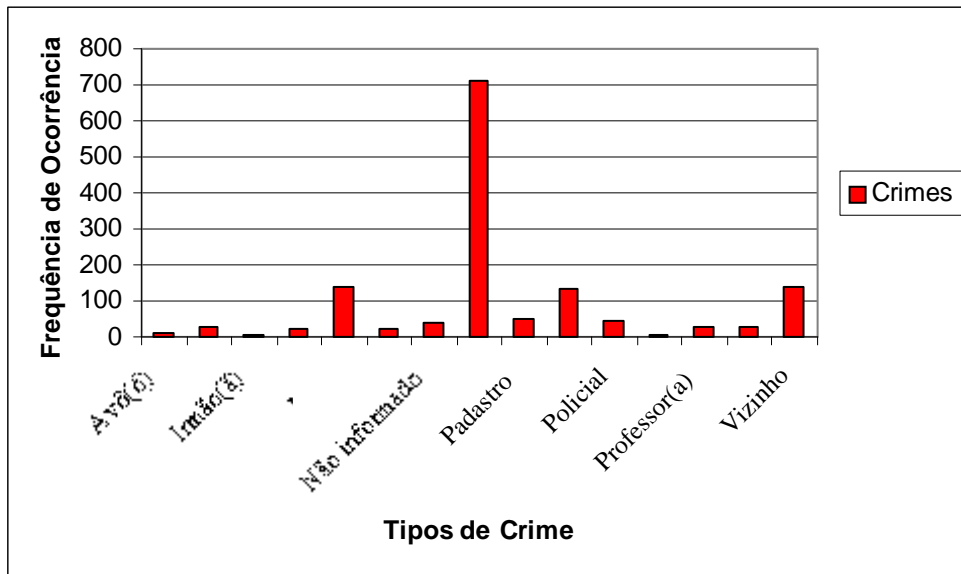


Figura 9 Autores dos crimes nos anos de 2005

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre o problema da violência doméstica contra a criança e o adolescente é uma tarefa complexa, onde seu conceito apresenta-se ainda em construção, apesar dos progressos em relação à compreensão da violência entre os diferentes grupos e cenários, e em seus aspectos determinantes, do processo de intervenção e prevenção ainda há urgência por mais pesquisas. Onde tem o presente estudo sua contribuição.

Esta violência que é praticada contra a criança e o adolescente no ambiente intrafamiliar tornou-se uma grande preocupação à saúde pública, que se mostra atual e bastante relevante tanto em nossa cidade como em nosso país. Fenômeno insidioso que faz milhares de vítimas todos os anos, sem que ainda tenhamos acesso à sua real dimensão, mesmo que as estatísticas oficiais apontem para o aumento de sua incidência. Isto porque, os casos que são registrados representam muito mais o aumento de denúncias do que propriamente da sua ocorrência.

Os olhares estão sendo cada vez mais voltados para essa problemática, que agride não só a integridade física, mais a integridade moral, abalando o sistema emocional e a dignidade de seres em desenvolvimento psico-biológico incapazes de se defender. Onde seus direitos estão sendo violados principalmente por quem possui o dever legal de preservação e proteção dos mesmos, que é sua família.

O fenômeno da violência intrafamiliar apresenta um grau de complexidade por estar ligado ao ambiente intrafamiliar, pois este se instala na intimidade da família – a partir do estabelecimento de relações de poder abusivas, com graves repercussões quanto ao desenvolvimento global de suas vítimas - a violência doméstica ainda é mantida como um segredo ou mesmo não reconhecida como algo a ser combatido, pois, na concepção popular, os pais ou responsáveis têm o direito de disciplinar suas crianças e seus adolescentes, mesmo que para isso se utilizem de meios inapropriados, até mesmo cruéis, para atingirem seus objetivos.

O que dificulta seu diagnóstico, sendo identificada só quando atinge os limites da crueldade. A desinformação dos direitos relativos à Infância e à Juventude prejudica imensamente o andamento de educação para a cidadania. Seria interessante que já no ensino fundamental as crianças/adolescentes pudessem ter

noções básicas de seus direitos, até como uma alternativa de proteger-se contra abusos e agressões. Precisam ser também implantados programas de terapia familiar, especialmente junto às famílias mais carentes, visto que estas não possuem a rede de proteção e apoio dispensados às classes economicamente privilegiadas.

Há necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que conscientizem a população para esse mal e o incentivo a denúncias são de fundamental importância. Também desenvolver o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais da saúde frente ao problema da violência, o que contribui para melhorar o diagnóstico, registro e notificação dos casos.

Observa-se ainda que é necessário sensibilizar a comunidade para que cumpra a sua parte de responsabilidade nos cuidados que deve dispensar às crianças e aos adolescentes, de acordo com o que está determinado no Estatuto da Criança e do Adolescente.

No entanto, observa-se que a atuação da Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente não abarca a amplitude dos crimes cometidos em nossa cidade, apesar dos esforços apreendidos para a diminuição das incidências, por falta de denúncias que acabam por silenciar esses crimes praticados no seio familiar, deixando impunes seus agressores. No entanto podemos notar que com a fundação da DPCA houve um aumento relevante das denúncias, como foi analisado nos resultados do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ADOLESCER: COMPREENDER, ATUAR, ACOLHER. **Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: ABEN, 2001.
- ABRAPIA. **Abuso Sexual: Guia para orientação para profissionais da Saúde**. Rio de Janeiro: Autores e Agentes Associados, 1997.
- ABRAPIA. **Capacitação para a Avaliação da Ocorrência de Abuso Sexual Intrafamiliar em Crianças e Adolescentes**. Maranhão – São Luís: Autores e Agentes Associados, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (4ª edição). Washington, 1994. DC: Autores
- ASSIS, S., G.; SOUZA, E., R. **Criando Caim e Abel – Pensando a prevenção da Infração juvenil**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, 1999.
- AZEVEDO, M., A.; GUERRA, V., N., A. **Infância e violência fatal em família: primeiras aproximações ao nível de Brasil**. São Paulo: Iglu, 1998.
- BANCO DE DADOS, SMS, FAS Curitiba. **Relatórios da Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência**. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002, 2003.
- BERLINER, L.; CONTE, J., R. **The effects of disclosure and intervention on sexually abused children**. Child Abuse Negl, 1995.
- BRASIL. Ministério da justiça; CONANDA. **Direitos da Criança e do adolescente Hospitalizados**. Resolução 41/95, 13 de outubro de 1995.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196 de 10/10/1996 – **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de outubro de 1990. Brasília: MJ, 1997.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO BEM-ESTAR SOCIAL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069. Brasília, 1993.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Série A nº 167. Brasília, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001**, publicada no DOU n. 96, seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília: 2001.(Série E. Legislação de Saúde, n.8)

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Plano Nacional de Enfretamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica**. 1ª ed. Brasília, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica**. 2ª tiragem. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, 2004.

BRAUN, S. **A violência sexual infantil na família - do silêncio à revelação do segredo**. Porto Alegre: AGE; 2002.

BRIERE, J., ELLIOTT, D. **Prevalence and psychological sequelae of selfreported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women**. Child Abuse Negl. 2003.

CAVALCANTI, F., S., V., S. **A violência doméstica como violação dos direitos humanos**. Jus Navigandi, ano 10, n. 901. Dez. 2005. Disponível em: <http://www.jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7753>. Acesso em: 10 ago. 2006.

COHEN, C., MATSUDA, N., E. **Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico**. Rev Paul Méd, 1991.

COSTA, M., M. Entrevista concedida ao *site* da UNISC, Ano XII - Nº 60 - abril de 2006. Disponível em: <http://www.unisc.com.br/jornaldaunisc/entrevista>. Acesso em 12 agosto, 2006.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M., C., S. (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

DESLANDES, S., F. **Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde**. Análise da atuação CRAMI-CAMPINAS. Tese de Mestrado (Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993.

DESLANDES, S., F. **O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1999.

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

DUBOWITZ, H. **Papel do pediatra na prevenção de maus-tratos à criança**. In: REECE, R.M. Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990.

ENTIDADES GESTORAS DO PROJETO ROMPENDO O SILÊNCIO. **Rompendo o silêncio: fragmentos de uma prática**. São Luís: [s.n.], 2005.

FAÚNDES, A., ANDALAF, J., N., FREITAS, F. **II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei**. Femina, 1998

FERRIANI, M.,G.,C; GARBIN, L., M; RIBEIRO, M., A. **Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000**. Acta Paul Enferm, 2004.

FINKELHOR, D. **The international epidemiology of child sexual abuse**. Child Abuse Negl, 1994.

FONSECA, L., C., A. **Crimes contra a criança e o adolescente**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Violência contra crianças e adolescentes**. In: A infância brasileira nos anos 90. Brasília, 1998.

GELLES, R., J. **Intimate violence in families**. London. Thousand Oaks: Sage Publicacions, 1997.

GOLDMAN, J.; SALUS, M., K.; WOLCOTT, D.; KENNEDY, K., Y. A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice. **Child abuse and neglect user manual series**. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.

GREEN, A. **Child sexual abuse: immediate and longterm effects and intervention**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993.

GUIA DE ATUAÇÃO FRENTE A MAUS –TRATOS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCENTE. **Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, 2001.

HIBBARD, R.; INGERSOLL, G.; ORR, D. **Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting**. Pediatrics, 1990.

HIRCH, M. **Realer inzest**. Berlin, Heidelberg: Springles Verlag, 1990.

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Crianças e adolescentes: indicadores sociais**. V.4. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.

IENCARELLI, B., M., A. **O perfil psicológico do abusador sexual de crianças**. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br/antigfo/textos/artigos/%20perfil%20psicologico%20do%20abusador.htm>. Acesso em: 30 abril, 2006.

JOHNSON, C., F. **Lesões infligidas versus lesões acidentais**. In: REECE, R. M. Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança. Rio de Janeiro: Interlivros v.4, 1990.

JOHNSON, C., F. **Child sexual abuse**. Lancet, 2004.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CRIANÇA. Disponível em: <http://www.usp.br/ip/laboratotios/lacri>. Home Page. Acesso em: 17 de abril de 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza e cols. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

MARMO, B., D.; DAVOLI, A.; OGIDO, R.; MARTINS, J., F. Temas de Pediatria nº 68. **A violência doméstica contra a criança**. Campinas: CIPED, 1999.

RIBEIRO, M., A.; FERRIANI, M., G., C.; REIS, J., N. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares**. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

REECE, R., M. **Manifestações incomuns do abuso da criança**. In: REECE, R. M. Clínicas pediátricas da América do Norte: abuso da criança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990.

SCHERER, E., A. et al. **Condiloma acuminado em crianças**. Rev. HCPA. Porto Alegre, v. 7, n. 3, 1987.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Segurança da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Esportes. **Exploração Sexual**. Disponível em: <http://www.conedh.mg.gov.br/principal/dados/exploracao.html>. Acesso em: 20 de agosto 2006.

MINAYO, M., C., S. **Pesquisa Social; teoria, método e criatividade**. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MINAYO, M., C. **Violência: um tema que a realidade social impõe à atenção médica**. Revista Digital de Educação Permanente em Saúde, 2004. Disponível em: http://www.abemeducmed.org.br/publicacoes/revista_digital/pdf_vol_1_2004/minayo.pdf. Acesso: 15/04/2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Esportes. **Exploração Sexual**. Disponível em: <http://www.conedh.mg.gov.br/principal/dados/exploracao.html>. Acesso em: 20 de agosto 2006.

MORAIS, E., P; EIDT, O.,R. **Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes**. Revista Gaúcha Enfermagem, 1999.

ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING. **Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem.** Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=81&layout=html>. Acesso em: 16 de abril 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução XIX: violência e saúde.** Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

O'TOOLE, A., W. et al. **Nurses diagnostic work on possible physical child abuse.** Public Health Nurs. v. 13, n. 5, 1996.

PIMENTEL S.; SCHRITSMEYER, A., L., P; PANDJIARJIAN, V. **Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sociojurídica de gênero.** Porto Alegre: Safe Editora, 1998.

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MARANHÃO. **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.** São Luís- MA, 2002.

POLIT, D., F.; HUNGLER, B., P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REIS, J., N. **Violência sexual contra mulheres: análise de dados relacionados ao estupro e atentado violento ao pudor legalmente registrados em Ribeirão Preto-SP.** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

RENNISON, C., M. **Criminal victimization – 1997 to 1998.** Washington DC: Bureau of Justice Statistics – National Crime Victimization Survey, U.S. Department of Justice, 1999.

RIBEIRO, A., M.; FERRIANI, C., G., M.; REIS, N., J. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares.** Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, março-abril, 2004.

SAFFIOTI, H., I., B.; ALMEIDA, S. **Violência de gênero – poder e impotência.** Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1995.

SAFFIOTE, H., I., B. **Já se mete a colher em briga de marido e mulher.** São Paulo em Perspectiva, 1999.

SEDIK, A., J.; BROADHURST, D., D. **Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect.** Washington DC: Administration for children and families, U.S. Department of Health and Human Services; 1996.

SILVA, O., H.; SILVA, S., J. **Análise da Violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil.** São Paulo: Global; Brasília: Unicef, 2005.

SILVA, P., M., L. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002.

SIQUEIRA, A. *Jornal da Paulista* – ano 12 – no. 135 – set./ 1999. **Infância Espancada.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed135/perqui1.htm>. Acesso em: 15 de abril. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, FIOCRUZ. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos & Ministério da Justiça, 2000. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde.** Rio de Janeiro, 2000.

SOUSA, E. *Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais*, ano 2, 19ª edição, Belo Horizonte, 2003. **Abordagem da criança e do adolescente vítima de maus-tratos.** Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/spt/saped/maus_tratos.htm. Acesso em: 28 de abril de 2006.

SCHUMACHER, J.; SMITH SLEP, A., M.; HEYMAN, R., E. **Risk factors for child neglect.** *Aggression and Violent Behavior*, 2001.

STEFANE, J., M., J. **A Enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil.** In: Schimitz, EM (org) *Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Atheneu; 2000:1-24.

TRIVIÑOS, A., N., S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas; 1987. p.175-176.

UNICEF. **Família brasileira: a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 1994.

TRIVIÑOS, D., F., M. **Um núcleo para crianças e adolescentes com vivência na rua na percepção de seus integrantes.** 2000. 182f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

VERRÍSSIMO, M., G.; SINGAUDE, J., M., (org). **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.** São Paulo: EPU; 1996.p.137-62.

YAMA, M; TOVEY, S; FOGAS, B. **Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult women.** *Am J Orthopsychiatry* 1993;36:136-41.

World Health Organization. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.** 2003:8.

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Tercília Santos Monteiro Neta acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, 7º período, estou realizando uma pesquisa científica para a conclusão do Curso intitulada “Violência Contra a Criança e ao Adolescente” sob orientação da profª Drª Anna Paula Ferrario Gonçalves do departamento de Enfermagem / UFMA. Neste estudo pretende-se levantar a incidência de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes em São Luís; Descrever a rotina de atendimento prestado às vítimas de violência de acordo com a óptica de duas assistentes sociais que trabalham na DPCA; Identificar os fatores predisponentes para maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos na Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente.

Será utilizado um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas, necessário para o alcance dos objetivos da pesquisa, aplicado pelas próprias pesquisadoras.

Essa pesquisa não vai colocar sua vida em risco, nem expor sua imagem, pois seu nome será mantido em sigilo. Nenhum benefício direto para a participante, e em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

É garantida liberdade de retirada do consentimento deixando assim de participar sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho. As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada a sua identificação; você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas para o participante em qualquer fase do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Ficando claro quais são os propósitos do estudo, os procedimentos realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente de participar deste estudo e poderei retirar o

meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, perdas ou prejuízos de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Em caso de dúvidas você pode procurar o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Widolberto Batista Gurgel, no telefone (98) 2109-1223, na Rua Barão de Itapary, 227, Centro, e a Coordenadora da Pesquisa prof^a Dr^a Anna Paula Ferrario Gonçalves, endereço: Avenida Viana Vaz, nº 230, Centro, CEP: 65200-660, São Luís, Maranhão, telefone para contato (98) 3232- 3312.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Prof^a Dr^a Anna Paula Ferrario Gonçalves – Pesquisadora Responsável

Assinatura do participante

São Luís, ____/____/2006.

ROTEIRO DA ENTREVISTA – APÊNDICE B

I- Identificação do profissional entrevistado

Nome:.....

Sexo ()F ()M

Formação:

Função:

Tempo de experiência profissional: () < que 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 6 anos

() 6 a 9 anos () > de 9 anos

II- Identificação do atendimento

Data: / /

Dados do atendimento:.....

Conduta, Orientação e Acompanhamento:.....

.....

III- Identificação da Criança /Adolescente

Nome:.....

Idade:.....

Sexo: ()M ()F

IV Caracterização dos maus tratos / violência

- **Maus tratos identificados**

() Abuso Físico

() Abuso Sexual

() Abuso Psicológico

() Negligência

() Abandono

- **Causador(es) dos maus tratos**

Mãe () Pai () Parentes consangüíneos ().....

Não informado ().....

Outros ().....

- **Descrição sumária do ocorrido**

.....
.....
.....

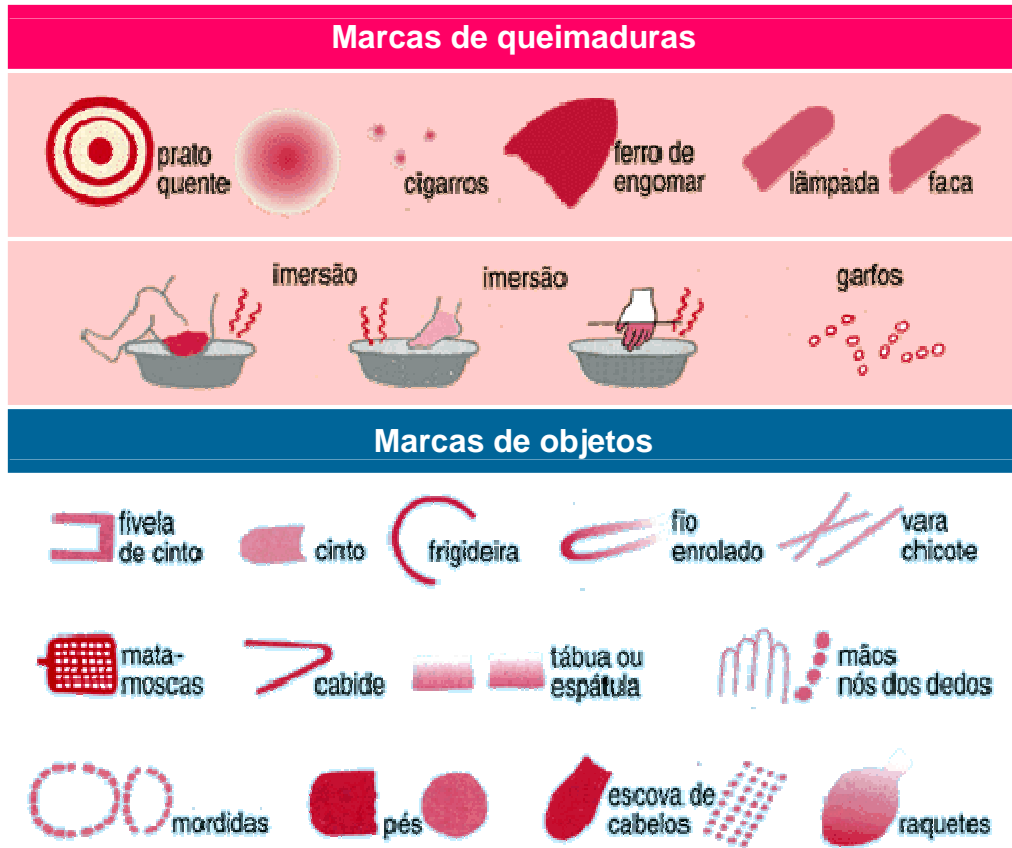
ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

Alguns Indicadores Físicos da Violência



JOHNSON, Charles F. Lesões Infligidas Versus Lesões Acidentais. In: REECE, R., M. Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança. Rio de Janeiro: Interlivros v.4, 1990.

ROTEIRO DA ROTINA DE ATENDIMENTO DA DPCA – ANEXO D

I – Boletim de Ocorrência Policial Eletrônico

- Vítima do crime

Nome:.....

Idade:.....

Sexo ()F ()M

- Autor do crime

Nome:.....

Idade:.....

Sexo ()F ()M

Mãe() Pai() Parentes consangüíneos ().....

Outros ().....

- Tipo de violência

() Violência física

() Violência sexual

() Violência psicológica

() Negligência

() Abandono

- Descrição sumária do ocorrido

.....
.....
.....

- Audiência

Data:.....

Local:.....

FICHA DE ENCAMINHAMENTO - ANEXO E