

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Violência doméstica contra crianças e adolescentes na
Região Metropolitana de Fortaleza**

Helena Maria Barbosa Carvalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública como exigência
parcial à obtenção do Título de Doutor em
Saúde Pública.

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

São Paulo
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Violência doméstica contra crianças e adolescentes na Região Metropolitana de Fortaleza

Helena Maria Barbosa Carvalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública como exigência
parcial à obtenção do Título de Doutor em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientador: Prof^a. Dr.^a Maria Helena Prado
de Mello Jorge

São Paulo

2010

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

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Às crianças e adolescentes que tornaram possível a realização deste trabalho, que ele possa confortar sua dor.

À minha mãe, que possibilitou cada passo dessa longa caminhada.

À Andréa e ao Ervison, grandes incentivadores, por me ensinarem a difícil tarefa de ser mãe.

Ao Raimundo, que preencheu, com carinho, apoio e dedicação, os espaços vazios desta caminhada solitária.

À Heleninha, pela valiosa colaboração em algumas etapas deste estudo.

Aos meus familiares, pelo carinho e compreensão das longas horas de ausência.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof^a. Maria Helena Prado de Mello Jorge, orientadora atenta, criteriosa e incansável, minha fonte de inspiração.

APRESENTAÇÃO

A minha formação como pediatra e legista favoreceu o conhecimento e a conscientização adquiridos sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. No decorrer de vinte anos, aproximadamente, deparei-me com casos dessa natureza; como pediatra, no Hospital Infantil Albert Sabin, maior Hospital de Referência em Pediatria do Estado do Ceará e, como legista, no Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, de Fortaleza (IML).

Na grande maioria das vezes, parecia-me que o diagnóstico havia sido feito tardiamente; no Hospital, as crianças e adolescentes eram atendidos com conseqüências graves advindas da agressão sofrida; no IML, os problemas se mostravam antigos e já haviam "sofrido peregrinação" por setores hospitalares, policiais e jurídicos.

Depois de perquirir retrospectivamente os casos atendidos em ambas as instituições, percebia que, se houvesse conhecimento e sensibilização prévios dos profissionais de saúde sobre o problema, provavelmente, ter-se-ia um diagnóstico mais precoce, minimizando assim os efeitos deletérios sofridos pelas vítimas.

Tais reflexões remeteram-me à necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre esse tema, conhecer a real magnitude do problema em nosso meio, promover discussões ampliadas com outros setores que apresentavam oportunidade para lidar com crianças e adolescentes, trabalhar um modo de prevenir a ocorrência desses eventos, enfim, tentar vislumbrar uma "luz no fim do túnel".

Durante o período de março de 2002 a abril de 2004, em que estive à frente da Sociedade Cearense de Pediatria, filiada da Sociedade Brasileira de Pediatria, aproveitei a oportunidade para trabalhar na divulgação do problema e sensibilizar os colegas pediatras e outros profissionais que trabalhavam com crianças e adolescentes através de cursos para a detecção precoce de casos de violência doméstica.

Foi plantada uma sementinha na mente e no coração de muitos profissionais; floresceu o número de casos diagnosticados, de famílias encaminhadas para receber orientação nos Conselhos Tutelares, de pais, a quem foram prestados esclarecimentos sobre os efeitos danosos do uso da violência como medida disciplinadora.

Não pude mais parar desde então... Hoje, apresento resultados que permitem evidenciar o problema em parte do nosso Estado, a partir dos casos atendidos no IML de Fortaleza, com a certeza de que esse estudo está contribuindo para uma maior visibilidade do tema, sobretudo no setor saúde.

A intenção é REDUZIR AO MÁXIMO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Se você leu até este ponto, vá em frente e sinta-se comprometido com esta batalha, que é de todos aqueles que não conseguem ficar imunes sabendo que, neste momento, em algum lugar, existe uma criança que pode ser ajudada por um estranho, já que aqueles que deveriam estar cuidando dela não o fazem.

Em agosto de 2007, apresentei um projeto de pesquisa ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a proposta de estudar a violência

doméstica contra crianças e adolescentes, na Região Metropolitana de Fortaleza, a partir dos casos atendidos no Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, na certeza de que com ele, estaria contribuindo para minorar este problema.

Agora, em fins de 2009, ao concluir essa Tese, percebo a relevante contribuição dada no combate à violência infligida contra crianças e adolescentes, através da magnitude e caracterização dos casos apresentados, da criação do Núcleo de Atendimento Especial à Criança, Mulher e Adolescente dentro da Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE) e da maior visibilidade que tem sido atribuída ao tema - por meio de discussão dos casos.

Fortaleza, 11 de janeiro de 2010

A Autora

Carvalho HMB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Resumo

Introdução – O reconhecimento da violência doméstica contra crianças e adolescentes no Brasil se deu no fim da década de 80, com o estabelecimento do ECA, que tornou obrigatória a notificação, mesmo dos casos suspeitos, numa medida de proteção aos direitos das crianças e dos adolescentes. Ainda que tenha sua magnitude desconhecida, é apontada como um fenômeno crescente em todo o mundo e seu conhecimento encontra-se em processo de construção. Em função das graves conseqüências que acarreta às vítimas e às suas famílias, seu estudo se justifica, no intuito de dar visibilidade ao tema, a partir dos casos atendidos no Instituto Médico Legal de Fortaleza. **Objetivos** - Analisar as características da violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Instituto Médico Legal (IML) de Fortaleza, visando contribuir para a formulação de políticas públicas de enfrentamento deste problema na população estudada, a partir de estratégias apropriadas de prevenção e controle. **Métodos** - Estudo descritivo, transversal, com método quantitativo. A população foi constituída por 343 crianças e adolescentes residentes na Região Metropolitana de Fortaleza e atendidos no IML de Fortaleza, no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2008. Para obtenção dos dados foram utilizados a guia policial e o instrumento próprio da pesquisa. **Resultados** – Dentre as vítimas de violência doméstica contra crianças e adolescentes, observou-se predominância do sexo feminino (235 – 68,5%) e da faixa etária de 10 a 14 anos. As vítimas moravam, sobretudo, com os pais (166 – 48,4%), no município de Fortaleza (234 – 68,2%), em famílias de renda per capita inferior a quatrocentos reais (276 – 80,4%), cujo principal agressor foi o pai (109 – 31,8%) e notificante, a mãe (166 – 48,4%). Os principais tipos de violência doméstica detectados foram: violência física (172 – 50,1%) e sexual (167 – 48,7%). Na violência física verificou-se distribuição harmônica quanto ao sexo da vítima (masculino: 77 – 44,8%; feminino: 95 – 55,2%), faixa etária predominante de 10 a 14 anos para os homens (27 – 35,0%) e 15 a 19 anos para as mulheres (38 – 40,0%), com predomínio de famílias nucleares (94 – 54,6%), renda per capita inferior a quatrocentos reais (139 – 80,8%), sendo o pai (58 – 33,7%) e a mãe (55 – 31,9%) os principais agressores. Evidenciou-se frequência elevada de habitualidade (137 – 79,7%), laudo pericial positivo em todos os casos, a maioria das lesões foi leve (168 – 97,7%), segmento corporal mais atingido foram membros (72 – 41,8%) e o principal notificante foi a mãe (72 – 41,0%). A violência sexual revelou supremacia de vítimas do sexo feminino (137 – 82,0%), faixa etária predominante de 10 a 14 anos (70 – 51,1%), com percentual elevado de famílias nucleares (71 – 42,5%) e com padrasto (60 – 35,9%), renda per capita inferior a quatrocentos reais (133 – 79,6%), sendo padrasto (54 – 32,3%) e pai (50 – 30,0%) os principais agressores. Evidenciou-se frequência elevada de habitualidade (106 – 63,5%), laudo pericial negativo na maioria dos casos (144 – 86,2%) e a mãe foi o principal agente notificante (92 – 55,0%). **Conclusões** – os dados mostram que a violência doméstica contra crianças e adolescentes evidenciada no IML permite para dar mais visibilidade ao fenômeno, contribuindo para a elaboração de políticas

públicas de prevenção e de atendimento às vítimas e suas famílias, visando à diminuição dessa problemática.

Descritores: Violência doméstica; Violência física; Violência sexual; Defesa da criança e do adolescente; Vitimização.

Carvalho HMB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza./Domestic violence against children and adolescents in the metropolitan area of Fortaleza [*Thesis*]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

Abstract

Introduction - The recognition of domestic violence against children and adolescents in Brazil was in the late 80's with the establishment of the ECA, which has obliged to report even suspected cases, a measure of protection to the rights of children and adolescents. Although its magnitude was unknown, is identified as a growing phenomenon around the world and their knowledge is under construction. Because of the serious consequences that entails for victims and their families, their study is warranted in order to give visibility to the issue, from the cases treated at the Forensic Institute in Fortaleza. **Objectives** - To analyze the characteristics of domestic violence against children and adolescents treated at the Institute of Forensic Medicine (IML) of Fortaleza, in order to contribute to the formulation of public policies to face this problem in the population studied, as appropriate strategies for prevention and control. **Methods** - Cross-sectional study with quantitative method. The study population consisted of 343 children and adolescents living in the metropolitan area of Fortaleza and served in the IML of Fortaleza in the period from July 1 to December 31, 2008. To obtain the data were used to guide police and the instrument's own research. **Results** - Among the victims of domestic violence against children and adolescents, there was a predominance of females (235 - 68.5%) and aged 10 to 14 years. The victims lived, especially with parents (166 - 48.4%), in Fortaleza (234 - 68.2%) in families of per capita income of less than four hundred reais (276 - 80.4%), the main aggressor was the father (109 - 31.8%) and notifying, the mother (166 - 48.4%). The main types of domestic violence identified were: physical violence (172 - 50.1%) and sexual (167 - 48.7%). Physical violence occurred harmonic distribution by sex of victim (male: 77 - 44.8%, female: 95 - 55.2%), predominant age group of 10 to 14 years for men (27 - 35.0 %) and 15 to 19 years for women (38 - 40.0%), with a predominance of nuclear families (94 - 54.6%), per capita income of less than four hundred reais (139 - 80.8%), and father (58 - 33.7%) and mother (55 - 31.9%) the main aggressors. It was observed high frequency of habituation (137 - 79.7%), expert report positive in all cases, most injuries were mild (168 - 97.7%), body part most affected were members (72 - 41.8%) and the main notifying was the mother (72 - 41.0%). Sexual violence revealed the supremacy of female victims (137 - 82.0%), predominant age group of 10 to 14 years (70 - 51.1%), with a high percentage of nuclear families (71 - 42.5%) and stepfather (60 - 35.9%), per capita income of less than four hundred reais (133 - 79.6%) and stepfather (54 - 32.3%) and father (50 - 30.0%) the main aggressors. It was observed high frequency of habituation (106 - 63.5%), expert report negative in most cases (144 - 86.2%) and the mother was the principal agent notifying (92 - 55.0%). **Conclusions** - the data show that domestic violence against children and adolescents demonstrated in the IML allows for the visibility of the phenomenon, contributing to the development of public policies to prevent and care for victims and their families in order to reduce this problem.

Keywords: Domestic violence, physical violence, sexual violence, protection of children and adolescents; Victimization.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	26
1.1 A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	26
1.2 CONCEITUANDO CRIANÇA E ADOLESCENTE E CONHECENDO A VIOLÊNCIA CONTRA ESSE GRUPO POPULACIONAL.....	29
1.3 ALGUNS ESTUDOS QUE IDENTIFICARAM DETERMINANTES PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	35
1.4 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA	39
1.4.1 A Região Metropolitana de Fortaleza.....	39
1.4.2 A Morbimortalidade por Causas Externas na Área.....	42
1.4.3 O Município de Fortaleza.....	46
1.4.4 Serviços de Atenção às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência no Município de Fortaleza.....	47
1.5 O INSTITUTO MÉDICO LEGAL DR. WALTER PORTO, DE FORTALEZA, CEARÁ.....	49
1.6 JUSTIFICATIVA	51
2 OBJETIVOS	53
2.1 GERAL.....	53
2.2 ESPECÍFICOS	53
3 MATERIAL E MÉTODOS	54
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	54
3.2 LOCAL E PERÍODO	55
3.3 UNIVERSO DO ESTUDO.....	55
3.4 VARIÁVEIS.....	56

3.4.1 Características da Vítima.....	56
3.4.2 Características da Família.....	56
3.4.3 Características do Agressor.....	57
3.4.4 Características da Violência.....	57
3.5 COLETA DE DADOS.....	60
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	61
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	61
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
4.1 PARTE I – ASPECTOS GERAIS.....	63
4.1.1 Características da Vítima.....	63
4.1.2 Características da Família.....	73
4.1.3 Características do Agressor.....	81
4.1.4 Características da Violência Doméstica.....	94
4.2 PARTE II – TIPOS DE VIOLÊNCIA.....	113
4.2.1 Violência Física.....	113
4.2.1.1 Características da Vítima.....	114
4.2.1.2 Características da Família.....	123
4.2.1.3 Características do Agressor.....	129
4.2.1.4 Características da Violência Física.....	141
4.2.2 Violência Sexual.....	154
4.2.2.1 Características da Vítima.....	155
4.2.2.2 Características da Família.....	165
4.2.2.3 Características do Agressor.....	170
4.2.2.4 Características da Violência Sexual.....	182
4.2.3 Violência Múltipla.....	193

5 CONCLUSÕES	197
5.1 Da violência doméstica.....	197
5.2 Da violência física.....	199
5.3 Da violência sexual.....	200
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
7 REFERÊNCIAS	208
ANEXOS.....	229
Anexo 1 – Guia de Exame de Corpo de Delito ao IML.....	229
Anexo 2 – Formulário da Pesquisa.....	230
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais/Responsáveis.....	231
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescentes.....	232
Anexo 5 – Termo de Compromisso.....	233
Anexo 6 – Declaração de Anuência	234
Anexo 7 – Termo de Responsabilidade do Pesquisador.....	235
Anexo 8 – Autorização do Juizado da Infância e da Juventude.....	236
Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da USP.....	237
Anexo 10 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da ESP/CE.....	238

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Distribuição de óbitos em menores de 20 anos, segundo grupo de causas, RMF, no período de 2000 a 2006.....	43
Tabela 1.2 – Distribuição de óbitos em menores de 20 anos, segundo grupo de causas e sexo, RMF, 2006.....	44
Tabela 1.3 – Distribuição de internações hospitalares (SUS) por causas externas, em menores de 20 anos, segundo sexo, na RMF, no período de 2000-2005.....	45
Tabela 1.4 – Distribuição de internações hospitalares (SUS) por causas externas, em menores de 20 anos, segundo sexo, na RMF, no período de 2007.....	45
Tabela 1.5 – Distribuição de atendimentos de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes realizados no IML de Fortaleza, Ceará, segundo sexo e tipo de violência, em 2005 e 2006.....	50
Tabela 4.1 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária (em anos) e sexo da vítima e razão F/M, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	66
Tabela 4.2 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	68
Tabela 4.3 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	74
Tabela 4.4 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo escolaridade (em anos de estudo) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	76
Tabela 4.5 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo ocupação da mãe da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	76
Tabela 4.6 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo ocupação do pai da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	77
Tabela 4.7 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo renda per capita dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	80
Tabela 4.8 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o número de pessoas na família, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	81

Tabela 4.9 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária e sexo do agressor e relação M/F, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.	83
Tabela 4.10 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo escolaridade (em anos de estudo) do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	85
Tabela 4.11 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo ocupação do agressor do sexo masculino (n=268), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	86
Tabela 4.12 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo renda (salário mínimo-SM) e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	88
Tabela 4.13 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a presença de fatores de risco, o tipo de fator de risco e o sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	90
Tabela 4.14 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o sexo da vítima e a presença de lesão, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	101
Tabela 4.15 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo a presença e o grau da lesão e o tipo de violência, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	101
Tabela 4.16 – Distribuição dos casos de violência doméstica com lesão, segundo o segmento corporal afetado e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	104
Tabela 4.17 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o número de lesões por segmento corporal afetado e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	104
Tabela 4.18 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o resultado do exame de corpo de delito e o tipo de violência doméstica, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	106
Tabela 4.19 – Distribuição dos casos de violência doméstica com lesão, segundo o encaminhamento para assistência médica e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	107
Tabela 4.20 – Distribuição de casos de violência doméstica segundo o notificante e o agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	112

Tabela 4.21 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo da vítima e razão F/M , IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	116
Tabela 4.22 – Distribuição dos casos de violência física segundo escolaridade (anos de estudo) e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	118
Tabela 4.23 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	124
Tabela 4.24 – Distribuição dos casos de violência física, segundo escolaridade (anos de estudo) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	125
Tabela 4.25 – Distribuição dos casos de violência física, segundo ocupação do pai da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	127
Tabela 4.26 – Distribuição dos casos de violência física, segundo Renda Per Capita (RPC) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	128
Tabela 4.27 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o número de pessoas na família, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	129
Tabela 4.28 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo do agressor e razão M/F, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008...	130
Tabela 4.29 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e escolaridade (em anos de estudo) do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	132
Tabela 4.30 – Distribuição dos casos de violência física, segundo ocupação do agressor masculino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	133
Tabela 4.31 – Distribuição dos casos de violência física, segundo ocupação do agressor feminino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	133
Tabela 4.32 – Distribuição dos casos de violência física, segundo renda (salários mínimos - SM) e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	134
Tabela 4.33 – Distribuição dos casos de violência física, segundo a presença do fator de risco, o tipo de fator de risco e o sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2008.....	136
Tabela 4.34 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária do agressor e sua relação de parentesco com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	140

Tabela 4.35 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o grau da lesão, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	144
Tabela 4.36 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o segmento corporal afetado e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	148
Tabela 4.37 – Distribuição dos casos de violência física com lesão, segundo o número de ferimentos por segmento corporal afetado e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	149
Tabela 4.38 – Distribuição dos casos de violência física, segundo a presença de lesão e o encaminhamento para assistência, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	150
Tabela 4.39 – Distribuição de casos de violência física, segundo o notificante e o agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	153
Tabela 4.40 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo faixa etária e sexo da vítima e razão F/M, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	159
Tabela 4.41 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo faixa etária e escolaridade (anos de estudo) da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	161
Tabela 4.42 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo faixa etária dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	166
Tabela 4.43 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo escolaridade (anos de estudo) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	167
Tabela 4.44 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo ocupação do pai da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	168
Tabela 4.45 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo Renda Per Capita (RPC) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	169
Tabela 4.46 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o número de pessoas na família, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	170
Tabela 4.47 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo sexo e faixa etária do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	172

Tabela 4.48 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo escolaridade (em anos de estudo) do agressor masculino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	175
Tabela 4.49 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo ocupação do agressor masculino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	176
Tabela 4.50 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo renda (SM) do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	177
Tabela 4.51 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	181
Tabela 4.52 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo a presença e o grau da lesão, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	187
Tabela 4.53 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o resultado do exame de corpo de delito, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008..	189
Tabela 4.54 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o notificante e o agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	193

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Brasil e Regiões.....	40
Figura 1.2 – Estado do Ceará.....	41
Figura 1.3 – Região Metropolitana de Fortaleza, segundo Municípios.....	41
Figura 1.4 – Secretarias Executivas Regionais (SER), Fortaleza, 1997.....	46
Figura 4.1 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	67
Figura 4.2 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo com quem mora a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	70
Figura 4.3 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo o município de residência da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	72
Figura 4.4 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	84
Figura 4.5 – Distribuição dos casos de violência doméstica com agressor do sexo masculino, segundo a presença e o tipo de fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	90
Figura 4.6 – Distribuição dos casos de violência doméstica com agressor do sexo masculino, segundo o número de menções do fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	91
Figura 4.7 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo a relação de parentesco do agressor com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	93
Figura 4.8 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a relação de parentesco do agressor com a vítima e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	94
Figura 4.9 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo tipo de violência, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	98
Figura 4.10 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a presença de habitualidade, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	100

Figura 4.11 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o número de lesões por segmento corporal afetado e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	105
Figura 4.12 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo o notificante, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	111
Figura 4.13 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	116
Figura 4.14 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o sexo e a faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	117
Figura 4.15 – Distribuição dos casos de violência física segundo com quem mora a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	120
Figura 4.16 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o município de residência da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	121
Figura 4.17 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	131
Figura 4.18 – Distribuição dos casos de violência física com agressor do sexo masculino, segundo a presença e o tipo de fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	136
Figura 4.19 – Distribuição dos casos de violência física com agressor do sexo masculino, segundo o número de menções do fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	137
Figura 4.20 – Distribuição dos casos de violência física, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008....	139
Figura 4.21 – Distribuição dos casos de violência física, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	141
Figura 4.22 – Distribuição dos casos de violência física, segundo a presença de habitualidade, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	143
Figura 4.23 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o notificante, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	152
Figura 4.24 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo faixa etária e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	159

Figura 4.25 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o sexo e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	160
Figura 4.26 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo com quem mora a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	163
Figura 4.27 – Distribuição dos municípios de residência das vítimas de violência sexual, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	164
Figura 4.28 – Distribuição dos casos de violência sexual com agressor do sexo masculino, segundo a presença e o tipo de fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	178
Figura 4.29 – Distribuição dos casos de violência sexual com agressor do sexo masculino, segundo o número de menções do fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	179
Figura 4.30 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	181
Figura 4.31 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo a presença de habitualidade, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	183
Figura 4.32 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o notificante, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	191

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 – Alguns estudos que identificaram determinantes para violência doméstica contra crianças e adolescentes.....	36
Quadro 1.2 – Municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, população total e população de crianças e adolescentes, IBGE, 2008.....	42
Quadro 4.1 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo o município de residência da vítima, a distância de Fortaleza (medida em Km), a população total (2008), a população de 0 a 19 anos (2008), a taxa de prevalência por 100 mil habitantes e o IDH (2000), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	73
Quadro 4.2 – Distribuição dos casos de violência física segundo o município de residência da vítima, a distância de Fortaleza (medida em Km), a população total (2008), a população de 0 a 19 anos (2008), a taxa de prevalência por 100 mil habitantes e o IDH (2000), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	122
Quadro 4.3 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo o município de residência da vítima, a distância de Fortaleza (medida em Km), a população total (2008), a população de 0 a 19 anos (2008), a taxa de prevalência por 100 mil habitantes e o IDH (2000), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	165
Quadro 5.1 – Principais características para análise comparativa entre a violência física e sexual, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.....	202

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP	- <i>American Academy of Pediatrics</i>
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AVP	- Atentado Violento ao Pudor
ABRAPIA	- Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência
BEPA	- Boletim Epidemiológico Paulista
CEDECA	- Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CECRIA	- Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CLAVES	- Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde
CP	- Código Penal
CPMI	- Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CRAMI	- Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância
DOU	- Diário Oficial da União
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
EDUSP	- Editora da Universidade de São Paulo
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
ESP/CE	- Escola de Saúde Pública do Ceará
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IML	- Instituto Médico Legal

LACRI	- Laboratório de Estudos da Criança – Instituto de Psicologia / USP
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PEFOCE	- Perícia Forense do Ceará
RMF	- Região Metropolitana de Fortaleza
RPC	- Renda Per Capita
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
SER	- Secretaria Executiva Regional
SIH/SUS	- Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	- Sistema de Informação em Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNICAMP	- Universidade de Campinas
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	- Universidade de São Paulo
WHO	- <i>World Health Organization</i>

1. INTRODUÇÃO

1.1 A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Na história da humanidade, desde os tempos mais remotos, a existência da violência tem sido evidenciada, manifestando-se das mais diversas formas.

Em 1996, a Quadragésima Nona Assembléia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema de saúde pública importante e crescente, no mundo. Na Resolução, a Assembléia chamou a atenção para as sérias consequências da violência – no curto e no longo prazo – para indivíduos, famílias, comunidades e países, e destacou os efeitos prejudiciais que ela gera no setor de serviços de saúde (OMS, 2002a).

Para SCHERER e SCHERER (2000), ela tem estado presente de modo crescente no mundo, sendo enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações: desde a domiciliar até os grandes conflitos armados, tendo em comum o fato de que as vítimas são representadas, sempre, pelos mais fracos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou a violência como “causa externa” e seu rápido e significativo aumento na taxa de mortalidade tem colocado a violência como importante problema mundial de saúde pública. A sua magnitude tem sido avaliada, em geral, pelas estatísticas de mortalidade por causas externas, não contemplando os casos não fatais que, a cada dia, assumem maior destaque. Porém, como para qualquer agravo à saúde, o ideal seria conhecer também a morbidade (MELLO JORGE e LAURENTI, 1997; REICHENHEIM et al., 1999), o que já é possível no Brasil por meio dos dados de pacientes internados. Mesmo assim, seria importante conhecer também os dados de pacientes atendidos nas emergências, para os quais não existe sistema oficial de coleta global para o país, bem como de outras fontes, além da violência chamada “silenciosa” que, sequer chega ao conhecimento das autoridades (MELLO JORGE, 1988).

Nos países desenvolvidos, a violência representa um importante desafio dentro do campo da saúde pública; no entanto, como afirma Barancik, citado por SANTORO JR (1994), faz-se necessário destacar que as lesões fatais decorrentes da violência representam somente uma pequena parcela do problema, enquanto que as lesões não fatais ocorrem em uma frequência até cem vezes maior.

Nas últimas décadas, a violência tem atravessado os mais diferentes segmentos da sociedade, sendo apontada como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação e deixando progressivamente de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica (BRITO et al., 2005).

MELLO JORGE (1997) afirma que, embora a violência possa ser considerada por alguns como inerente ao próprio homem, as causas externas, em todo o seu espectro de manifestações, são, em maior ou menor grau, previsíveis e preveníveis.

O aumento da ocorrência de violência no perfil de morbimortalidade da população jovem tem tornado este grupo de causas um importante problema de saúde pública, como referem REICHENHEIM et al. (1999), intensificando e justificando uma centralização de esforços dos pesquisadores da área no sentido de conhecer melhor o problema.

A Organização Panamericana de Saúde refere que o “setor saúde constitui-se na encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (MINAYO, 1994).

Para MELLO JORGE (1997), uma questão que tem sido bastante discutida refere-se ao papel a ser desempenhado pelo setor saúde que, em última análise, é aonde vai recair o maior ônus de todo esse problema. Segundo MINAYO E SOUZA (1999), “até bem pouco tempo, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência, como mero espectador, um contador de eventos e um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais”.

No Brasil, a magnitude da violência é evidenciada, principalmente, a partir da década de 80, com a mudança no perfil de mortalidade do país, quando as causas externas (acidentes e violência) passaram a representar a segunda causa de morte (MINAYO e ASSIS, 1994; WALDMAN e MELLO JORGE, 1999).

Vale ressaltar também que o fenômeno vem se acentuando, praticamente, em todas as regiões brasileiras, merecendo destaque as distintas motivações desta violência nas diferentes regiões do País. Assim, na Região Sudeste parece estar associada aos problemas decorrentes da crescente urbanização e marginalização de segmentos expressivos de sua população (retração econômica, desemprego, acidentes

de trânsito, etc.), enquanto que, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, pode estar relacionada a questões de acesso à terra (OPAS, 2002).

Os elevados índices de mortalidade por acidentes e violências configuram um assunto de extrema gravidade. Ele requer conscientização, sensibilização e intensa mobilização social para o seu enfrentamento. A área da saúde, especificamente, tem papel indelegável na compreensão e na atenção ao problema (SOUZA e MELLO JORGE, 2004).

Em 2006, observou-se um avanço importante na vigilância desses agravos com a implantação do sistema de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes (VIVA), que através da produção de informações, possibilitou melhor conhecimento do perfil epidemiológico dos atendimentos, além de proporcionar mais visibilidade sobre as características da vítima, do agressor e das circunstâncias do evento (MS, 2006).

A violência, entendida de forma ampla, apresenta várias formas de expressão, mas, para MELLO JORGE et al. (2003), a que interessa especificamente ao setor saúde, pode ser classificada, segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001), em acidentes e violência propriamente dita e são assim definidos:

“Acidente é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais como o do trabalho, trânsito, escolas, esportes, lazer”.

“Violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outrem”.

A violência “*lato sensu*”, ou seja, em sentido amplo, refere-se às causas externas – acidentais e intencionais, respectivamente acidentes e violências.

A violência “*stricto sensu*”, em contrapartida, restringe-se, especificamente, à violência intencional.

Esse conjunto de eventos está incluído na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão – CID-

10 (OMS, 2000). São as chamadas “Causas Externas”, para as quais são previstos dois tipos de enfoque, apresentados em dois capítulos distintos:

1º. O Capítulo XIX, que é relativo às lesões causadas pela violência lato sensu;

2º. O Capítulo XX, onde são mostrados os tipos de violência causadores dessas lesões.

A violência, em sentido estrito, abrange os atos intencionais provocados contra si mesmos (suicídios e tentativas) e contra outrem, sob a denominação de “Agressões”, correspondendo aos códigos X85 a Y09 (violência intencional) que, por seu caráter diferenciado, merece atenção especial, sendo objeto deste estudo.

1.2 CONCEITUANDO CRIANÇA E ADOLESCENTE E CONHECENDO A VIOLÊNCIA CONTRA ESSE GRUPO POPULACIONAL

Por suas características diversas e heterogêneas, os limites etários para definir criança e, sobretudo adolescente, variam entre os países e até mesmo dentro de um país, como ocorre com o Brasil. Assim é que, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003), “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (p. 11).

Segundo a definição da OMS, a adolescência abrange o período de dez a dezenove anos de idade e compreende duas fases distintas: de 10 a 14 anos, denominada pré-adolescência, e dos 15 aos 19 anos, a adolescência propriamente dita (OPAS/OMS, 1985).

Neste estudo, levou-se em conta a definição estabelecida pela OMS, compreendendo-se a relevância do tema para este setor, além do fato de, em geral, outros trabalhos usarem essa subdivisão, o que torna possível a utilização de comparações.

A violência contra crianças e adolescentes acompanha, também, a trajetória da humanidade desde os tempos antigos até o presente. É, portanto, uma forma secular de relacionamento das sociedades (ASSIS, 1994; SANCHEZ e MINAYO, 2004). Trata-se de um fenômeno que incide principalmente nas idades mais jovens (OPAS, 2002).

Em 1946, o radiologista norte-americano CAFFEY publicou, de forma inédita, o relatório de seis crianças que apresentavam múltiplas fraturas de ossos longos, associadas à presença de hematoma subdural, instigando, assim, a comunidade médica a investigar patologias traumáticas nessa faixa etária.

Em 1962, KEMPE et al. descreveram o que denominaram como “síndrome da criança espancada” (“*the battered child syndrome*”), que tornou-se um documento histórico, trazendo uma importante contribuição para o estudo dos maus tratos de crianças e desempenhando um papel importante na conscientização dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, incentivando a sua caracterização e o tratamento de suas consequências.

No Brasil, a preocupação, especificamente, com os maus-tratos na infância é muito recente, tendo se iniciado na década de 80, coincidindo com a colocação do tema da violência na pauta da saúde pública e com seu reconhecimento por ocasião da promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e subsequente estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), que tornou obrigatória a notificação, mesmo dos casos suspeitos de violência, numa medida de proteção aos direitos das crianças e dos adolescentes.

Foi também na década de 80 que começaram a surgir no Brasil os primeiros programas direcionados para o atendimento da violência, como o Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) de Campinas (SP), criado em 1985, e o de São José do Rio Preto (SP), implantado em 1988.

Os movimentos de prevenção e de atenção especializada surgem, segundo SANCHEZ e MINAYO (2004), em consequência da identificação da morbimortalidade por causas externas. Ainda de acordo com essas autoras, a violência que atinge crianças brasileiras se manifesta de várias formas: estrutural, institucional, delinquencial e intrafamiliar.

Para AZEVEDO e GUERRA (1989), a violência estrutural é característica de sociedades como a nossa, marcadas pela dominação de classes e por profundas desigualdades na distribuição da riqueza social. SANCHEZ e MINAYO (2004) afirmam que a maior manifestação desse tipo de violência é representada por crianças e adolescentes vivendo em situação de pobreza, em famílias com renda mensal de até meio salário mínimo *per capita*, gerando, neste tipo de violência, as três maiores expressões de vulnerabilidade para meninos e meninas: vivendo ou trabalhando nas ruas; trabalhando para sobreviver e vivendo dentro de instituições de privação de liberdade.

Como observam MARMO et al. (1995), “ainda que a violência seja um fenômeno universal, ela se torna acirrada nos países subdesenvolvidos, na medida em que o estresse decorrente das dificuldades econômicas das famílias contribui sobremaneira para o seu aparecimento”.

STRAUS e SMITH (1995), ao comparar uma amostra de famílias, observaram que, naquelas cujo pai estava desempregado, havia uma prevalência de maus-tratos contra a criança 50% maior do que naquelas cujo pai estava empregado. Por outro lado, é preciso considerar que as famílias de classe média e alta contam com mecanismos que lhes garantem o sigilo, enquanto que as famílias mais pobres são também mais numerosas e mais sujeitas à notificação (DESLANDES, 1994b).

A violência institucional é “fabricada” dentro da instituição que, ao invés de recuperar, perverte; ao invés de reintegrar e ressocializar, exclui e marginaliza; ao invés de proteger, estigmatiza. Isto configura a perversidade institucional, por produzir o efeito contrário ao proposto (AZEVEDO e GUERRA, 1989).

A violência delinquencial deve ser analisada conjuntamente com a estrutural e a questão de classe, visto que a quase totalidade dos que estão em regime de medida sócio educativa são meninos e meninas pobres, pois é também a estes que faltam estudos formais e qualificação profissional (SANCHEZ e MINAYO, 2004)

A violência intrafamiliar é a que ocorre nos lares. As pesquisas têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal – quando se observam agressões em determinadas famílias, estas afetam a todos os membros, principalmente as crianças por sua fragilidade física e de personalidade (SANCHEZ e MINAYO, 2004).

Portanto, nas duas últimas décadas, não se pode falar de crianças e adolescentes no Brasil, sem que o tema da violência aflore, indicando serem esses dois grupos os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional (ABRÁPIA, 2004).

Mesmo desconhecendo sua magnitude, o que reflete seu caráter silencioso e dissimulado, alguns autores apontam a violência contra crianças e adolescentes como um fenômeno crescente em todo o mundo e, como afirma ASSIS (1994), o conhecimento a respeito do tema encontra-se em processo de construção, em função de sua complexidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tido por muitos como uma das mais avançadas legislações do mundo nesta área, segundo BEZERRA (2004), na sua concepção e instituição teve forte contribuição do setor saúde, que entendeu sua importância para a ampliação da consciência social em relação aos pré-requisitos do desenvolvimento físico, emocional e moral do ser humano, nessa faixa etária.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº. 1.968, estabelecendo a obrigatoriedade da notificação compulsória para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), criando a Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos contra Criança e Adolescente, fundamentada nos Artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 2002a). Desde então, o conhecimento sobre essa forma de violência vem sendo ampliado e sua gravidade reconhecida, ainda que os dados globais sobre sua magnitude não estejam devidamente dimensionados (BRITO et al., 2005).

Segundo MINAYO e ASSIS (1994), um grande problema em relação à violência doméstica, é o fato de que as vítimas geralmente têm medo de acusar os agressores, que são os responsáveis e mantenedores de suas vidas. “O pátrio poder, um dos mais pesados padrões culturais de nossa sociedade, torna os pais donos da vida e da morte das crianças”.

Além disso, em muitos casos em que as lesões são de tal ordem que passam a exigir algum tipo de assistência médica, o evento causador das mesmas é relatado como sendo um acidente. MELLO JORGE (1988), desde o fim da década de 80,

chama a atenção para esse problema e OLIVEIRA (2006), mais recentemente, ainda, encontrou prova de sua existência.

Segundo DESLANDES (1994b), “define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes pode ser praticada pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais (SBP, 2001).

As modalidades de violência doméstica cometidas contra crianças e adolescentes são classificadas em: violência física, violência psicológica, negligência e violência sexual. Essas modalidades podem ocorrer na forma pura, quando se trata de uma única modalidade de violência, ou associada, quando em um mesmo caso são identificadas duas ou mais modalidades (BRITO et al., 2005).

A violência física implica no uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes (DESLANDES, 1994b).

Um argumento frequentemente usado pelos pais ou responsáveis para justificar o uso da força física contra crianças e adolescentes é a necessidade de impor medidas disciplinares e educativas que, mesmo sendo caracterizada como leve, deve ser repudiada. Assim é que, AZEVEDO e GUERRA (1995) alertam para a não valorização da punição leve, como uma porta aberta para quadros mais graves de violência.

Para FERREIRA e SCHRAMM (2000), a questão moralmente relevante é se a agressão física contra a criança, mesmo tendo sido utilizada “para o seu bem”, não deve ser considerada uma violência moralmente reprovável, por vir carregada da intenção do adulto em causar dor.

A chamada “síndrome do bebê sacudido”, por exemplo, é uma forma especial deste tipo de violência, consistindo em lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, geralmente menor de seis meses, é sacudida por um adulto (SBP, 2001),

podendo, também, ocasionar outros tipos de lesões como fraturas. A Síndrome de *Munchausen* por procuração é definida como a situação em que a criança é levada para cuidados médicos com sintomas e ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis (SBP, 2001).

A síndrome da criança espancada, de acordo com AZEVEDO e GUERRA (1989), ocorre quando a violência se constitui um caso grave do ponto de vista físico. Na verdade, como afirmam ADED e FALCÃO (2003), o termo – *Battered Child Syndrome*, define um quadro de abuso e violência contra a criança, que, diferentemente do que o nome sugere, não se limita ao espancamento em si, estendendo-se à negligência, ao abandono e às agressões. Esse termo foi utilizado pela OMS a partir de 1975, quando da entrada em vigor da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1978).

A violência sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor apresenta estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou o adolescente e tem a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obtenção de satisfação sexual. Tais práticas são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução da sua vontade (DESLANDES, 1994b). A prática diária demonstra que este tipo de violência acomete, principalmente, crianças e adolescentes do sexo feminino.

A violência psicológica compreende toda forma de discriminação, desrespeito, rejeição, depreciação, cobrança ou punição exagerada e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de violência podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela falta de evidências físicas, este tipo de violência é de difícil detecção, muito embora, com frequência, permeie os demais tipos (SBP, 2001)

A negligência é a omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (ABRÁPIA, 1997), podendo significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; não prover estímulo e condições para frequentar a escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

Em nosso meio, a identificação da negligência torna-se difícil devido às dificuldades sócio-econômicas da população, levando ao questionamento da

existência da intencionalidade, o que não deve impedir uma atitude de proteção em relação à vítima. (SBP, 2001; OLIVEIRA, 2006)

1.3 ALGUNS ESTUDOS QUE IDENTIFICARAM FATORES CAPAZES DE GERAR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Em levantamento feito por MINAYO E SOUZA (2003), foi constatado um grande avanço na produção científica brasileira sobre violência e saúde na década de 90.

Nesse estudo, a violência contra criança e adolescente foi detectada em mais de uma centena de textos (ASSIS E CONSTANTINO, 2003). Segundo as autoras, este dado evidencia o aumento da preocupação com a criança e o adolescente vítimas, principalmente, de maus-tratos perpetrados pelos próprios familiares.

Na sequência, são apresentados sete estudos brasileiros, um americano, um mexicano e um chileno, que foram selecionados em função da pertinência com este estudo, uma vez que abordaram essa temática buscando identificar fatores capazes de gerar a violência doméstica contra crianças e adolescentes (Quadro 1.1).

Quadro 1.1 - Alguns estudos que identificaram determinantes para violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Local/ano	Autor	Objetivo	Método	Algumas conclusões
CSP/1994a Campinas, Piracicaba, Botucatu, Bauru, S.J.R. Preto, Itapira e Sorocaba-SP	Deslandes, S.	Delinear o perfil dos sujeitos sociais envolvidos na prática dos maus-tratos e avaliar a forma de atuação dos serviços existentes no país	Abordagem quantitativa (dados das famílias) e qualitativa (depoimento dos atores sociais)	Condições predisponentes à violência intrafamiliar: desemprego, pobreza, valores culturais que justifiquem condutas violentas, conflitos conjugais, problemas psicológicos e afetivos, alcoolismo, falta de serviços básicos – creche, escola.
RSP/1999 Sorocaba-SP	Gianini, R. J. et al.	Investigar a relação entre classe social e vitimização por agressão física	Estudo caso-controle	Classe social é fator importante na vitimização por agressão física
CSP/2002	Gomes, R. et al.	Analisar fatores identificados como atuantes para VD	Revisão bibliográfica	Políticas de prevenção e intervenção de VD contra infância terão maior êxito se articular compreensão teórico-prática
Rev. Salud Pública de México, 2003.	Hijar-Medina, M. et al.	Descrever e analisar as características da demanda nos hospitais públicos, por lesões intencionais, na Cidade do México.	Estudo transversal	Nos casos de violência familiar, mulheres foram mais afetadas (76%), idade mais frequente foi 15 a 29 anos. Vínculos sanguíneos e afetivos dificultam o registro; os profissionais de saúde não estão familiarizados ou não querem se envolver. É necessário definir melhor o papel do setor saúde.

Quadro 1.1 - Alguns estudos... (continuação).

Rev. Méd. Chile, 2003	Arcos, E. et al.	Comparar o crescimento e o uso de serviços de saúde, de crianças cujas mães sofreram maltrato, com crianças de famílias sem VD.	Estudo longitudinal de duas coortes	A VD é considerada fator social subjacente de patologia infantil de transcendência biomédica e social. Sua caracterização requer combinação de métodos quantitativos e qualitativos para agregar uma nova dimensão ao enfoque epidemiológico e biomédico.
CSP/2004 Ribeirão Preto-SP	Ribeiro, M. A. et al.	Analisar características da violência sexual intrafamiliar	Estudo retrospectivo, exploratório e descritivo	Criança/adolescente do sexo feminino é vítima preferencial de agressão sexual
JIV/2004 Chicago, Illinois-United States American (USA)	Daro, D. et al.	Estabelecer programa abrangente e hipóteses específicas que possam auxiliar no desenvolvimento de Estudos Colaborativos	Revisão de literatura	Agressores e vítimas enfrentam uma variedade de condições pessoais (controle de impulsos, falta de empatia pelos outros, etc.), familiares, socioeconômicas e ambientais (residem em comunidades pobres) e culturais (baixo nível de escolaridade)
Ciência & Saúde Coletiva/2005 (São José do Rio Preto-SP)	Brito, A. M. M. et al.	Conhecer características gerais da família, da vítima e do agressor; descrever os fatores desencadeantes da violência; analisar como as famílias receberam o tratamento oferecido; avaliar o impacto da intervenção na violência familiar.	Estudo descritivo	A violência física foi a mais prevalente, as vítimas são principalmente do sexo feminino (60%), a mãe é agressora em 49% dos casos. Principais fatores desencadeantes são conflitos do casal, características próprias da criança e histórico de vida dos pais.

Quadro 1.1 - Alguns estudos... (continuação).

Dissertação de Mestrado Faculdade de Saúde Pública Universidade São Paulo, SP. 2006)	Oliveira, V. L. A. de	Traçar o perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Curitiba.	Estudo descritivo a partir do banco de dados da secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná.	Diagnosticar VD contra crianças e adolescentes exige demanda de uma abordagem mais abrangente que contemple a relação com os pais ou responsáveis, a existência de conflito familiar e a observação do comportamento e das relações da criança e do adolescente.
Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, 2009.	Martins, C. B. G.; Mello Jorge, M. H. P. de.	Construir o perfil epidemiológico da violência contra menores de 15 anos, de Londrina, Paraná, a partir das notificações feitas em 2002 e 2006, nos Conselhos Tutelares, Projetos e Programas de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados.	Estudo descritivo do tipo série de casos, transversal, com perspectiva quantitativa.	A violência ocorreu predominantemente na residência da vítima, por um período de um a dois anos antes de ser notificada, sendo mais frequente a violência física.

Dos estudos brasileiros citados, cinco foram desenvolvidos em cidades do interior do Estado de São Paulo, situado na Região Sudeste do Brasil, que é a de maior densidade populacional e a de economia mais desenvolvida e industrializada do País. São Paulo tem pouco mais de 34 milhões de habitantes, o que corresponde a quase 22% da população do Brasil.

As conclusões apresentadas nesses estudos demonstram que conflitos pessoais e familiares resultantes de baixo nível sócio-econômico e baixa escolaridade são considerados fatores desencadeantes da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

O estudo desenvolvido em Curitiba, Paraná, faz uma reflexão sobre a importância do tema e a necessidade de integração entre os vários setores que lidam com o problema e estabelece a necessidade de uma abordagem mais abrangente com a finalidade de efetivar o diagnóstico dos casos de violência doméstica.

O trabalho realizado na Cidade do México enfatiza a dificuldade de registro deste tipo de violência, tanto pela existência de laços afetivos entre vítima e agressor como pelo fato de o profissional de saúde não querer se envolver com o problema, restringindo seu atendimento à área biomédica, o que é passível de penalidade pela legislação brasileira, de acordo com o ECA (BRASIL, 2003).

O estudo chileno alerta para a necessidade de se trabalhar o tema utilizando-se a combinação de métodos qualitativo e quantitativo, na tentativa de se agregar uma nova dimensão ao enfoque epidemiológico.

O estudo americano apresenta similaridade nas conclusões encontradas nos estudos brasileiros a despeito de se tratar de um país desenvolvido e do estudo estar alocado em um importante centro cultural e econômico.

A pesquisa desenvolvida em Londrina, Paraná, utiliza como fonte de informações as notificações feitas aos Conselhos Tutelares e Programas de atendimento a vítimas de violência, onde predominam os casos de violência doméstica ou intrafamiliar.

1.4 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA

1.4.1 A Região Metropolitana de Fortaleza

O Estado do Ceará está localizado na Região Nordeste do Brasil (Figura 1.1). Possui uma área de 146.817 km², representando 9,5% do território do Nordeste, com

população de 8.450.527 habitantes (IBGE, 2008). O Estado tem como capital a Cidade de Fortaleza, que é a quinta cidade mais populosa do Brasil.

A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) está situada no Nordeste do Estado do Ceará e é formada por treze municípios (Figura 1.2). Limita-se ao Norte com o oceano Atlântico; ao Sul, com os Municípios de Caridade, Palmácia, Redenção, Acarape, Pacajús e Horizonte; ao Leste, com o Município de Pindoretama e com o oceano Atlântico, e ao Oeste, com os Municípios de São Gonçalo do Amarante e Pentecoste.

A RMF possui uma área de 4.997,4 km², correspondendo a 3,4% da área total do Estado, sendo constituída pelos Municípios de Fortaleza (336 km²), Caucaia (1.195,6 km²), Maranguape (654,8 km²), Maracanaú (98,6 km²), Pacatuba (138 km²), Guaiúba (271,3 km²), Itaitinga (155,3 km²), Aquiraz (482,8 km²), Eusébio (78 km²), São Gonçalo do Amarante (845,8 km²), Horizonte (191,9 km²), Pacajús (241 km²) e Chorozinho (308,3 km²) (Figura 1.3).

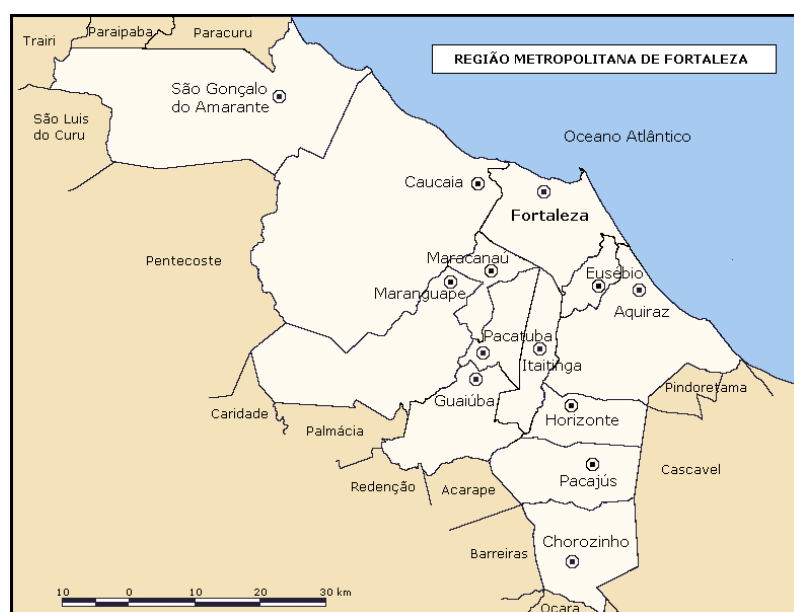
Figura 1.1 - Brasil e Regiões.



Figura 1.2 - Estado do Ceará.



Figura 1.3 - Região Metropolitana de Fortaleza, segundo Municípios.



Segundo informações do IBGE, em 2008, a população total da RMF foi estimada em 3.517.375 habitantes (IBGE, 2008), correspondendo a 41,6% da população total do Estado. Destes, 1.451.176 eram crianças e adolescentes, perfazendo 41,2% da população desta área (Quadro 1.2).

Quadro 1.2 – Municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, população total e população de crianças e adolescentes, IBGE, 2008.

Municípios RMF	Pop. Total (2008)	Pop. 0 – 19 (2008)
Fortaleza	2.473.614	999.665
Caucaia	326.811	151.811
Eusébio	40.426	16.285
Maracanaú	199.808	91.899
Aquiraz	70.439	26.379
Itaitinga	32.382	12.585
Maranguape	108.525	42.524
Pacatuba	70.018	26.681
Guaiúba	23.502	9.879
Horizonte	52.488	21.169
Pacajús	58.281	22.909
S.G. Amarante	42.311	17.274
Chorozinho	18.770	7.588
RMF	3.517.375	1.451.176

Fonte: IBGE, 2008.

1.4.2 A Morbimortalidade por Causas Externas na Área

A análise dos dados de mortalidade por causas externas na RMF entre crianças e adolescentes, no período de 2000 a 2006, demonstra a dimensão desse agravo neste grupo populacional. Neste período, foram registrados 11.718 óbitos, na faixa etária de 0 a 19 anos, na RMF; destes 2.582 foram atribuídos a causas externas, o que representa 22,0% do total de mortes neste grupo etário, perdendo somente para

as afecções originadas no período perinatal que, nesta mesma época, apresentaram um percentual de 37,5% (Tabela 1.1) (MS/SIM, 2008).

Como mostra a Tabela 1.2, no ano de 2006, ocorreram 1.637 óbitos entre crianças e adolescentes na RMF, sendo a maioria no sexo masculino (61,1% - 1.000). Destes, 400 (24,4%) foram por causa externa, sendo 331 no sexo masculino (MS/SIM, 2008).

Tabela 1.1 – Distribuição de óbitos em menores de 20 anos, segundo grupo de causas, RMF, no período de 2000 a 2006.

Grupo de Causas	2000 N	2001 N	2002 N	2003 N	2004 N	2005 N	2006 N	Total N	%
Infecções									
Sistêmicas	150	118	167	187	148	131	149	1.050	9,0
Neoplasias	67	62	83	70	51	82	65	480	4,1
Aparelho circulatório	46	48	38	36	27	36	38	269	2,3
Aparelho respiratório	176	105	109	161	120	114	108	893	7,6
Afecções perinatais	653	483	711	763	677	571	534	4.392	37,5
Causas externas	371	339	363	371	337	401	400	2.582	22,0
Demais causas definidas	278	261	290	315	269	284	355	2.052	17,5
Total	1.741	1.416	1.761	1.903	1.629	1.619	1.649	11.718	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Tabela 1.2 – Distribuição de óbitos em menores de 20 anos, segundo grupo de causas e sexo, RMF, 2006.

Grupo de Causas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Infecções parasitárias	77	4,7	72	4,4	149	9,1
Neoplasias	44	2,7	21	1,3	65	4,0
Aparelho circulatório	27	1,6	11	0,7	38	2,3
Aparelho respiratório	52	3,2	56	3,4	108	6,6
Afecções período perinatal	288	17,6	239	14,6	527	32,2
Causas externas	331	20,2	69	4,2	400	24,4
Demais causas definidas	181	11,1	169	10,3	350	21,4
Total	1.000	61,1	637	38,9	1637^(*)	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Nota: ^(*) Foram excluídos 12 casos em que não houve especificação do sexo.

Por outro lado, do total de 418.329 internações ocorridas entre crianças e adolescentes na RMF no período de 2000 a 2005, somente 5,5% (23.027 casos) foram atribuídas a causas externas (Tabela 1.3). Questiona-se se tal fato não seria decorrente do uso incorreto da rubrica para designar causa externa. Neste mesmo grupo, a maior prevalência de eventos ocorreu no sexo masculino (73,7%), o que está de acordo com os dados de literatura (DESLANDES et al., 2005). Os tipos mais frequentemente registrados foram as quedas (38,6% - 8.887), seguidas das demais causas externas (MS – SIH/SUS, 2006).

Comparando-se o período anterior com o ano de 2007, foram registradas 66.631 internações entre menores de 20 anos. A Tabela 1.4 mostra que dentre estas internações, 6,8% (4.562) foram por causas externas, o que já representa um avanço na detecção dessas causas. Mantém-se também a predominância do sexo masculino com 75,05% dos casos (3.424).

Tabela 1.3 - Distribuição de internações hospitalares (SUS) por causas externas, em menores de 20 anos, segundo sexo, na RMF, no período de 2000-2005.

Grupo de doenças	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Quedas	6.946	30,2	1.941	8,4	8.887	38,6
Acidentes de transporte	3.094	13,4	1.220	5,3	4.314	18,7
Intoxicações	104	0,5	58	0,2	162	0,7
Agressões	1.589	6,9	196	0,9	1.785	7,8
Lesões autoprovocadas voluntariamente	72	0,3	73	0,3	145	0,6
Demais causas externas	5.161	22,4	2.573	11,2	7.734	33,6
Total	16.966	73,7	6.061	26,3	23.027	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, 2005.

Tabela 1.4 - Distribuição de internações hospitalares (SUS) por causas externas, em menores de 20 anos, segundo sexo, na RMF, 2007.

Grupos de doenças	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Quedas	1.076	23,6	318	7,0	1.394	30,6
Acidentes de transporte	905	19,8	288	6,3	1.193	26,1
Intoxicações	21	0,5	14	0,3	35	0,8
Agressões	478	10,5	53	1,1	531	11,6
Lesões autoprovocadas voluntariamente	6	0,1	31	0,7	37	0,8
Demais causas externas	938	20,6	434	9,5	1.372	30,1
Total	3.424	75,1	1.138	24,9	4.562	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, 2008.

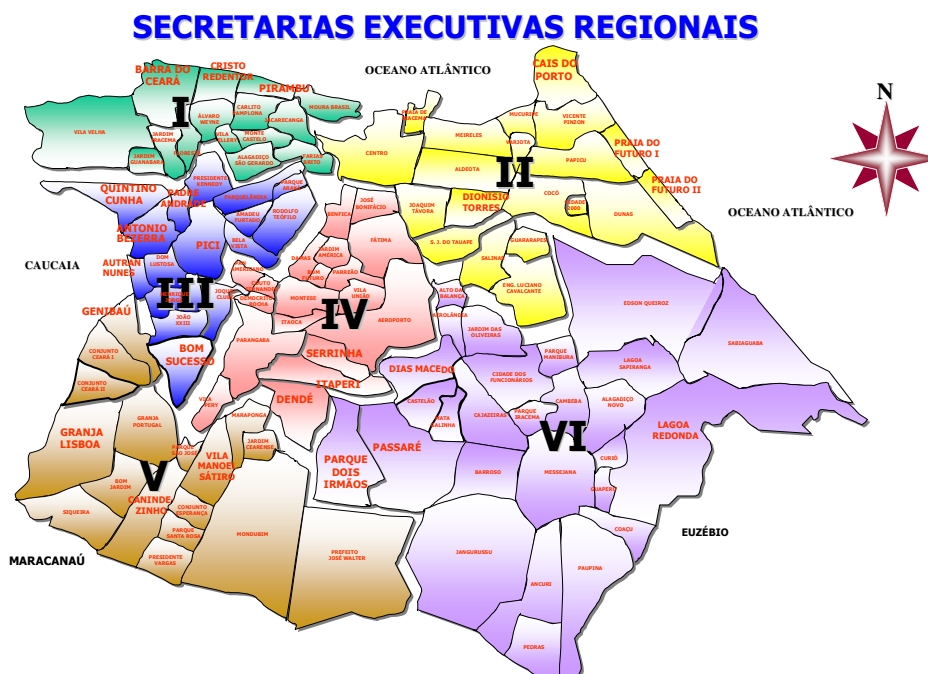
1.4.3 O Município de Fortaleza

O Município de Fortaleza limita-se ao Norte com o oceano Atlântico, ao Sul com os Municípios de Pacatuba, Euzébio, Maracanaú e Itaitinga. Ao Leste com o Município de Aquiraz e o Oceano Atlântico e ao Oeste com o Município de Caucaia. A altitude da sede de Fortaleza é de 15,49m em relação ao nível do mar.

Segundo estimativa do IBGE, em 2008, Fortaleza apresentava uma população de 2.473.614 habitantes. Destes, 999.665 (40,4%) eram crianças e adolescentes na faixa de zero a dezenove anos de idade (IBGE, 2008).

Em 1997, através da Lei 8.000, de 29 de Janeiro, a cidade foi distribuída em setores geográficos, onde se encontra organizada a rede de saúde de Fortaleza que compreende seis Secretarias Executivas Regionais (SER) (Figura 1.4).

Figura 1.4 – Secretarias Executivas Regionais (SER), Fortaleza, 1997.



Extraído de: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Relatório de Gestão, 2007.

A distribuição da população, de uma forma geral, caracteriza-se por apresentar uma baixa densidade populacional, estando em torno de 73 habitantes por hectare, valor abaixo da média de suas regionais (aproximadamente 95 hab/ha.).

Fortaleza encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal. Apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários, secundários e terciários.

A análise das principais causas de óbito em Fortaleza, no período de 2000 a 2005, mostra que as causas externas representam a quarta causa de mortalidade, estando atrás, somente, das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias e demais causas definidas, primeiro, segundo e terceiro lugares, respectivamente. Do total de 9.233 causas externas, cerca de 17,0%, ocorreram na faixa etária de zero a dezenove anos de idade (MS/SIM, 2006).

Em 2006, foram registrados 11.435 óbitos em Fortaleza, dos quais, as causas externas encontram-se no quarto lugar, concorrendo com 14,8% do total (1.689). Dentre estes óbitos, 287 (17,0%) ocorreram com crianças e adolescentes (MS/SIM, 2008).

1.4.4 Serviços de Atenção às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência no Município de Fortaleza

Para pôr em prática as ações de combate à violência contra crianças e adolescentes, existem, em Fortaleza, os seguintes órgãos (CEDECA-CEARÁ, 2000):

- Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, atuando nas esferas estadual e municipal. Tais Órgãos decidem sobre a formulação e controle das ações e dos programas referentes às crianças e adolescentes;
- Conselhos Tutelares. São órgãos compostos por cinco membros eleitos entre cidadãos locais, denominados conselheiros, com mandato de três anos. Os membros têm como função atender a população e tomar as devidas providências quando violados os direitos infanto-juvenis. Atualmente existem seis Conselhos Tutelares, localizados

estrategicamente em seis bairros das próprias Secretarias Executivas Regionais com a finalidade de facilitar o acesso, e são assim distribuídos:

- Conselho Tutelar I – atende a Regional I;
 - Conselho Tutelar II – atende a Regional II;
 - Conselho Tutelar III – atende a Regional III;
 - Conselho Tutelar IV – atende a Regional IV;
 - Conselho Tutelar V – atende a Regional V;
 - Conselho Tutelar VI – atende a Regional VI.
- Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente, que investiga os crimes cometidos contra criança ou adolescente. É para onde são encaminhadas as denúncias desse tipo de crime.
 - Núcleo de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. Este serviço possui uma equipe formada por educadores e assistentes sociais, e atende crianças vítimas de abuso ou violência. O Núcleo assumiu o trabalho do SOS Criança e do Projeto Sentinela.

Em estudo realizado junto às seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, Ceará, PORDEUS et al. (2003) relataram que as ações de prevenção aos acidentes e violências não ocorrem de modo rotineiro e sistemático, visto que acontecem na forma de campanhas, tendo como foco principal a educação em saúde voltada para a prevenção do uso de álcool e outras drogas ilícitas, violência e acidentes domésticos e delinquência juvenil e concluem que o setor público de saúde de Fortaleza necessita incorporar em sua agenda o desenvolvimento destas ações como política de saúde, além de promover a intersetorialidade.

1.5 O INSTITUTO MÉDICO LEGAL DR. WALTER PORTO, DE FORTALEZA, CEARÁ

O Instituto Médico Legal (IML) Dr. Walter Porto, de Fortaleza, foi criado em 1956 e, como órgão estatal, está subordinado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS) do Estado do Ceará.

Atuando na área de Medicina Legal, presta serviços de Polícia Técnico-Científica através de perícias médico-legais no vivo e no morto, solicitadas por autoridades policiais e judiciárias, necessárias ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos. Possui ainda competência para a realização de pesquisas científicas relacionadas à Medicina Legal.

O IML exerce atividades em todo o Estado do Ceará, com uma sede em Fortaleza, que atende toda a Região Metropolitana de Fortaleza, e três no Interior do Estado.

A sede de Fortaleza apresenta, atualmente, um quadro composto por quarenta e um médico-legistas, um psiquiatra forense, dezesseis odonto-legistas e treze toxicologistas, todos admitidos através de concurso promovido pelo Governo do Estado do Ceará. Possui uma área física que abrange quatro salas para exame no vivo, uma sala para exame sexológico, dois necrotérios (sendo um para corpos assépticos e outro para cadáveres em decomposição, com capacidade, respectivamente, para dezesseis e dois corpos), um consultório odontológico e um laboratório de toxicologia forense.

O funcionamento administrativo ocorre em horário de expediente e o atendimento às vítimas se dá em plantões de 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados. Entre as atividades exercidas pelos peritos legistas no IML de Fortaleza, está a realização de exames no vivo e no morto, para comprovar a existência de corpo de delito.

Todas as perícias encaminhadas ao IML são, obrigatoriamente, solicitadas pela autoridade competente – policial ou judiciária, que emite a guia de exame de corpo de delito, constando a identificação da vítima, bem como uma descrição

sucinta do agravo sofrido. O laudo elaborado pós-exame é encaminhado à autoridade que o requisitou e, a partir daí, passa a ser parte integrante do inquérito investigativo.

Levantamento feito dos casos atendidos no IML nos últimos anos evidencia um total de 19.829 perícias no vivo e 3.698 no morto, durante o ano de 2005 e 21.076 perícias no vivo e 3.433 no morto, no ano de 2006. Do total das perícias realizadas no vivo, o número de atendimentos prestados a crianças e adolescentes, tendo como causa a violência doméstica, representa cerca de 0,4% (79 casos) para o ano de 2005 e 1,5% (326 casos) para o ano de 2006.

Uma avaliação preliminar desses dados, como mostra a Tabela 1.5, evidencia um significativo aumento dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes de um ano para o outro, o que faz refletir se tais casos estariam sendo mais diagnosticados e, por conseguinte, notificados ou se houve, realmente, um aumento da violência na área. Além disso, vale ressaltar melhorias no registro das informações contidas na guia emitida pela autoridade.

Determinar como e por que essas crianças e adolescentes são agredidos, quais as suas características, bem como caracterizar também sua família e o agressor, tem se mostrado como um desafio que, ao ser vencido, possibilitará conhecer melhor o problema e sugerir estratégias para minimizá-lo.

Tabela 1.5 - Distribuição de atendimentos de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes realizados no IML de Fortaleza, Ceará, segundo sexo e tipo de violência, em 2005 e 2006.

Sexo	Tipo violência	2005		2006	
		N	%	N	%
Masculino	Física	13	16,5	79	24,2
	Sexual	2	2,5	5	1,5
Subtotal	-	15	19,0	84	25,7
Feminino	Física	18	22,8	92	28,2
	Sexual	46	58,2	150	46,1
Subtotal	-	64	81,0	242	74,3
Total	-	79	100,0	326	100,0

Fonte: Relatório interno do IML de Fortaleza, Ceará, 2007.

1.6 JUSTIFICATIVA

É sabido que a violência, como um grave problema de saúde pública, deve ser assumida pelo setor saúde, sendo, por essa razão, importante que o mesmo trabalhe este tema nos marcos da promoção, prevenção e cuidados médicos e sanitários.

A inserção da violência, como tema prioritário na agenda do setor saúde, foi observada, como já referido, a partir da década de 80; nesse contexto, o foco na violência doméstica contra crianças e adolescentes se deve, sobretudo, ao seu caráter dissimulado, que dificulta sua detecção, bem como à sua magnitude e relevância.

Os serviços que lidam com crianças e adolescentes são considerados espaços privilegiados para o enfrentamento desse agravo. No entanto, a multiplicidade na forma de apresentação e sua complexidade tornam difícil sua percepção pelos profissionais, exigindo a criação de políticas e ações de saúde que possam dar respostas a essas questões e apontar soluções para essa problemática.

Apesar de toda a sua importância, não se conhece sua verdadeira dimensão. Trata-se de uma epidemia que cresce e progride no país, marcada pelo silêncio da população, pela falta de notificação e conseqüentemente de dados estatísticos. Contribui para a irrealidade da situação, o chamado “Pacto do Silêncio” nos lares, considerado um lugar isento de violência, mas na verdade constitui-se num lugar investido de imunidade para a prática de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Considerando a eminência do tema, torna-se particularmente importante desenvolver um estudo que possa evidenciar sua magnitude e seus determinantes, auxiliar na percepção precoce da violência pelos profissionais de saúde, propor medidas capazes de prevenir e controlar esta forma de agressão e assim propiciar uma vida mais saudável e digna para as crianças e os adolescentes.

Com este estudo, pretende-se verificar como se apresenta a questão da violência doméstica contra a criança e o adolescente na Região Metropolitana de Fortaleza, a partir dos casos atendidos no Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, de Fortaleza.

O grupo populacional atendido nessa Instituição, se não necessitar de internação hospitalar ou chegar a óbito, irá fazer parte de uma estatística não medida e não sabida. Nesse contexto, e, tendo em vista os números não desprezíveis e crescentes mostrados nas Tabelas 1.2, 1.4 e 1.5, justifica-se esta investigação, que será capaz de desvendar uma parte da violência silenciosa entre nós, já que existem poucos trabalhos utilizando essa fonte de dados e escassez de informações sobre essa temática na Região Nordeste do país.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar algumas características da violência doméstica não fatal contra crianças e adolescentes atendidos no Instituto Médico Legal de Fortaleza.

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Caracterizar a vítima, sua família e o agressor segundo o perfil sócio-demográfico;
- 2.2.2 descrever a violência doméstica segundo o tipo, as lesões sofridas, a habitualidade, o encaminhamento para assistência médica e o processo de notificação;
- 2.2.3 relacionar alguns fatores capazes de gerar violência doméstica contra crianças e adolescentes com sua ocorrência na população estudada.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa constitui-se em um estudo descritivo, de corte transversal, com método quantitativo.

Estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição das características de determinado fenômeno, estabelecendo relações entre as variáveis, visando identificar a existência de associação entre elas (GIL, 2002). Para OLIVEIRA (2007), esses estudos não só explicam a relação entre variáveis, como procuram determinar a natureza dessa relação, fundamentando as hipóteses do objeto de estudo.

O estudo de corte transversal pretende dar a idéia de um corte no fluxo histórico, evidenciando, naquele momento, as características e as correlações do fenômeno estudado. Assim, “fator” e “efeito” são detectados simultaneamente e somente a análise dos dados permite identificar os grupos de interesse (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

Para KLEIN e BLOCH (2006), o estudo transversal é um excelente método para descrever as características de uma população, em uma determinada época, configurando-se em uma fonte imprescindível para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual.

Segundo NEWMAN et al. (2003), o delineamento transversal é o único que fornece a prevalência de uma doença ou de um fator de risco. A prevalência, definida como a proporção da população que tem uma doença ou condição clínica em um determinado momento, se mostra útil para o planejamento do número de eventos existentes na área estudada, com a finalidade de alocar recursos.

O método quantitativo expressa a quantificação dos dados obtidos através das informações coletadas por meio de instrumentos, possibilitando maior precisão quanto à explicação quantitativa do fenômeno e correlação de variáveis (OLIVEIRA, 2007). Para VICTORA et al. (2000), um estudo do tipo quantitativo realiza um levantamento da prevalência de um fenômeno em uma dada população e constata

uma prevalência diferenciada entre diferentes grupos sócio-econômico-culturais, que compõem uma população maior.

3.2 LOCAL E PERÍODO

O estudo compreende crianças e adolescentes de zero a 19 anos, segundo o critério de classificação adotado pela OMS (OPAS/OMS, 1985), vítimas de violência doméstica, atendidos no IML de Fortaleza, tendo como período de referência o segundo semestre de 2008.

3.3 UNIVERSO DO ESTUDO

O universo do estudo foi constituído por todas as crianças e adolescentes residentes na Região Metropolitana de Fortaleza, vítimas de violência doméstica não fatal e atendidos no IML de Fortaleza, no período estudado.

Critérios de Inclusão:

O material foi constituído por informações relativas a todas as crianças e adolescentes, residentes na região Metropolitana de Fortaleza, que foram encaminhados ao IML, no período estabelecido, como vítimas de violência doméstica e que aceitaram participar da pesquisa.

Critérios de Exclusão:

Foram excluídos todos os casos de crianças e adolescentes residentes na Região Metropolitana de Fortaleza, encaminhados ao IML, cujos casos não foram confirmados como violência doméstica. Importante salientar que, dos casos encaminhados, não houve recusa quanto à participação na pesquisa.

Para o grupo populacional estudado foi adotado o critério de classificação da OMS (OPAS/OMS, 1985), para quem a criança vai de zero a menos de 10 anos e a adolescência se estende dos 10 aos 19 anos de idade.

3.4 VARIÁVEIS

Aos 1º e 3º objetivos específicos, atenderam as seguintes variáveis:

3.4.1 Características da Vítima:

- Idade – estudados os grupos de 0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos;
- Sexo – masculino e feminino;
- Escolaridade – somente para crianças de cinco anos e mais, medida em anos de estudo;
- Com quem e onde mora – quem são os familiares/pessoas que moram com a vítima, em qual município da RMF residem e que tipos de família formam:
 - Família nuclear – composta por pai e mãe com seus filhos (CENTRO JUVENIL SALESIANO, 2009);
 - Família monoparental – entidade familiar formada por qualquer um dos pais e seus descendentes, vivendo isolada ou com outros parentes (BRASIL, 1988);
 - Família reconstituída – é aquela em que o pai e/ou a mãe estão vivendo em nova união, legal ou consensualmente, com os filhos (CENTRO JUVENIL SALESIANO, 2009);
 - Família de genitores ausentes – pai e mãe estão ausentes e outros adultos são responsáveis pelos menores (CENTRO JUVENIL SALESIANO, 2009).

3.4.2 Características da Família:

- Idade do pai e da mãe – em anos completos;
- Escolaridade do pai e da mãe – em anos de estudo;

- Ocupação do pai e da mãe, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações;
- Renda per capita;
- Número de pessoas na família (tamanho da família).

3.4.3 Características do Agressor:

- Idade – em anos completos;
- Sexo – masculino e feminino;
- Escolaridade – em anos de estudo;
- Ocupação, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações;
- Renda em Salários Mínimos (SM);
- Relação de parentesco com a vítima;
- Fatores de risco – neste estudo, foram considerados com esta denominação o uso de álcool, de drogas, o desemprego e o afastamento da família por detenção.

Aos 2º e 3º objetivos específicos, atenderam as seguintes variáveis:

3.4.4 Características da Violência:

- Violência Doméstica – neste estudo, foi considerada violência doméstica contra criança ou adolescente: “todo ato de violência perpetrado contra criança ou adolescente, cujo agressor era familiar, parente consanguíneo/afim da vítima, responsável ou convivente contínuo ou esporádico, gozando da confiança da família (SAFFIOTI, 2001; FERREIRA, K. M. M., 2002). Utilizam-se como sinônimos os termos maus-tratos, abuso e violência familiar ou intrafamiliar, compreendidos na dimensão da violência que se manifesta nas relações interpessoais que ocorrem entre os membros de uma mesma família (ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

- Tipos de violência doméstica – física, sexual, psicológica ou negligência, com ênfase na violência física e sexual, dado que são os tipos mais prevalentes encaminhados ao IML;

- Violência Física – no presente estudo, foi utilizada a definição de violência, abuso ou maus-tratos físicos como “o uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes” (SBP, 2001; SOUZA e MELLO JORGE, 2004);

- Violência Sexual – no estudo em pauta, a definição adotada para violência ou abuso sexual foi: “todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, com ou sem contato sexual, tendo como finalidade estimular sexualmente ou obter satisfação sexual, cujo agressor é um familiar (pais ou parentes) ou um responsável ou pessoa próxima (convivente) da criança ou do adolescente, e se encontra em estágio de desenvolvimento mais adiantado que a vítima. São práticas impostas pela violência física ou presumida, por ameaças ou indução de sua vontade” (DESLANDES, 1994b; SBP, 2001; SOUZA e MELLO JORGE, 2004);

- Violência Psicológica – foi adotada como definição: “toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito ou punição exagerada” praticada por pais, familiares, responsáveis ou pessoas próximas da criança ou adolescente” (DESLANDES, 1994b; SBP, 2001; SOUZA e MELLO JORGE, 2004);

- Negligência – definida como: “a omissão dos pais ou de outros responsáveis pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento” (ABRÁPIA, 1997; SOUZA e MELLO JORGE, 2004);
- Violência Múltipla – caracterizada pela ocorrência simultânea de mais de um, dentre os tipos de violência descritos;
- Grau das lesões – o Código Penal Brasileiro de 1940 tutela a integridade corporal e a saúde do ser humano e gradua a intensidade do delito em leve, grave e gravíssima, de acordo com seu Art.129 (ALCÂNTARA, 2006). Para uma melhor compreensão do grau atribuído às lesões, descreve-se a caracterização apresentada no Código Penal Brasileiro:
 1. Leve – caracterizada pela presença de “lesão corporal que ofende a integridade corporal ou a saúde de outrem e não determinam as consequências previstas nos outros tipos”.
 2. Grave – “lesão corporal que resulta em:
 - i. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou
 - ii. Perigo de vida, ou
 - iii. Debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou
 - iv. Aceleração de parto”.
 3. Gravíssima – “lesão corporal que resulta em:
 - i. Incapacidade permanente para o trabalho, ou
 - ii. Enfermidade incurável, ou
 - iii. Perda ou inutilização de membro sentido ou função, ou
 - iv. Deformidade permanente, ou
 - v. Aborto”.

- Tipo das lesões e segmento corporal afetado (usando a CID – 10^a Revisão, capítulo XIX, OMS, 2000). Descreve lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas, identificando a parte do corpo atingida pela violência.
- Habitualidade – do latim *habituale*, é definida como algo que se faz ou que se sucede por hábito (FERREIRA, 1995). Neste estudo, convencionou-se denominar habitualidade, a situação em que a vítima havia sofrido o abuso mais de quatro vezes ou por um período de tempo superior a um mês (decorrido entre o início do abuso até a notificação).
- Laudo do Exame de Corpo de Delito – registra a existência (diz-se positivo) ou a inexistência (diz-se negativo) do delito e tem como objetivo demonstrar a materialidade do crime;
- Encaminhamento para assistência médica – refere-se aos casos que necessitaram ser encaminhados para receber assistência médica;
- Notificante – identifica a origem da notificação.

3.5 COLETA DE DADOS

A criança e o adolescente vítimas de agressão são encaminhados ao IML pela autoridade policial ou judiciária, por meio de uma guia de exame de corpo de delito (ANEXO 1) e, em geral, estão acompanhados por uma pessoa da família ou por um responsável.

Os dados foram coletados a partir de informações contidas nessas guias que, necessariamente, acompanham as vítimas para exame pericial.

Para complementar as informações sobre a vítima, sua família, o agressor e as circunstâncias em que ocorreu a violência, foi utilizado um formulário específico da pesquisa (ANEXO 2), aplicado ao responsável/acompanhante/vítima, quando as condições assim o permitirem.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A digitação dos dados foi feita pela própria pesquisadora e os mesmos foram processados no programa EPI-INFO (TM) 3.4.3, versão *november 8*, 2007. Para proceder à análise, foram utilizados os módulos *Analysis, Statcalc e EpiTable*. Realizou-se uma análise quantitativa do tipo descritiva e os dados foram distribuídos segundo as variáveis de interesse, em termos de frequências absolutas e relativas.

Dado que este é um estudo descritivo, para a análise estatística dos resultados foram utilizadas frequências, médias e percentagens.

A taxa de prevalência dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes foi calculada, admitindo-se, para o numerador, o pressuposto de que o primeiro semestre de 2008 tivesse apresentado um número de ocorrências equivalente às observadas no segundo semestre do mesmo ano. Desse modo, para o cálculo da taxa de prevalência, o número de casos (numerador) foi multiplicado por dois e a população de 0 a 19 anos do ano de 2008 (denominador) foi baseada em projeção intercensitária do IBGE (DATASUS, 2009).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa, sendo um destinado aos pais/responsáveis, nos casos em que a vítima era menor de 10 anos (ANEXO 3) e outro para os adolescentes, com idade de 10 a 19 anos (ANEXO 4). Foi também adotado procedimento específico de forma a garantir

a não identificação dos participantes, por ocasião da divulgação dos resultados (ANEXO 5).

A autorização para a realização da pesquisa no IML foi concedida pelo seu gerente, representada pela Declaração de Anuência (ANEXO 6); a pesquisadora assumiu a responsabilidade por danos ou complicações que ocorressem no IML, decorrentes da pesquisa, através do Termo de Responsabilidade (ANEXO 7); o Juizado da Infância e da Juventude do Ceará concedeu permissão para a inclusão de crianças e adolescentes nesta investigação (ANEXO 8).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (ANEXO 9) e da Escola de Saúde Pública do Ceará (ANEXO 10).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PARTE I – ASPECTOS GERAIS

No período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2008, foram atendidos 343 casos não fatais de violência doméstica contra crianças e adolescentes, no Instituto Médico Legal de Fortaleza. Este número constituiu-se no material de estudo, a partir da qual foi construído um banco de dados contendo as variáveis relativas à vítima, à sua família (pai e mãe), ao agressor e à violência propriamente dita.

Foram utilizadas informações contidas na guia de exame de corpo de delito (ANEXO 1) e no instrumento específico da pesquisa (ANEXO 2), aplicado por ocasião da realização deste exame, para a elaboração do perfil epidemiológico da violência doméstica contra crianças e adolescentes, numa abordagem quantitativa.

Os resultados são apresentados em tabelas, figuras e quadros, aos quais antecedem análises discursivas elaboradas e interpretadas à luz dos preceitos e critérios contidos na literatura concernente ao tema.

4.1.1 Características da Vítima

Comparando-se os resultados aqui apresentados com os dados obtidos a partir de levantamento dos casos atendidos em 2005 e 2006 (Tabela 1.5), constata-se, como já referido anteriormente, um aumento importante do número de casos de violência doméstica, além de uma persistência da supremacia de vítimas de sexo feminino (2005 – 81,0%; 2006 – 74,3%), porém em proporção superior à apresentada neste estudo.

- Sexo e idade

Como se observa na Tabela 4.1, do total de 343 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, observou-se uma predominância de vítimas do sexo

feminino com 235 casos (68,5%), representando mais que o dobro do total de vítimas do sexo masculino, o que evidencia uma relação importante entre violência doméstica e sexo da vítima.

Tal achado poderia ser explicado pela condição inferior em que a mulher foi inserida na sociedade androcêntrica, onde se estabelece, com o homem, uma relação de dominação-exploração (SAFFIOTI, 1989).

Resultados similares foram obtidos por DE LORENZI et al. (2001) que, em estudo descritivo de 100 casos de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Maus Tratos do Município de Caxias do Sul, RS, constataram que 77% das vítimas eram do sexo feminino, o que poderia ser explicado, em grande parte, pela inserção da mulher na sociedade patriarcal.

Esses dados são condizentes também com outros estudos sobre o tema, que demonstram uma maior frequência de maus-tratos entre crianças e adolescentes do sexo feminino (LOPES e TAVARES JR, 2000; HIJAR-MEDINA et al., 2003; BRITO et al., 2005; MARTINS, 2008).

No entanto, outras pesquisas evidenciaram uma maior proporção de casos de violência contra crianças e adolescentes do sexo masculino, porém com uma diferença menor que a observada neste estudo, como é o caso de SILVA e VIEIRA (2001) e GOMES et al. (1999), que encontraram percentuais de 59% e 54,3% respectivamente, para o sexo masculino.

DESLANDES (1994a), ao analisar as características das famílias atendidas nos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Cramis) do Estado de São Paulo, não observou predominância de sexo entre as vítimas de violência doméstica, inferindo ainda que esta variável não é determinante para a ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes, o que foi comprovado por CUNHA (1998); PIRES ALD et al. (2005); ROMARO e CAPITÃO (2007) que detectaram valores semelhantes para ambos os sexos, concluindo não haver diferença significativa quanto ao gênero de vítimas de violência doméstica.

Em todas as faixas etárias estudadas, a razão feminino/masculino (F/M), mostrou-se elevada, com o sexo feminino sendo 2,2 vezes mais afetado que o masculino. Este aumento mostrou-se mais acentuado nas faixas de 15 a 19 anos, em que as moças são 3,5 vezes mais vitimizadas que os rapazes, seguindo-se a faixa de

10 a 14 anos, onde as adolescentes são 2,7 vezes mais maltratadas que os adolescentes do sexo masculino (Tabela 4.1)

Resultados divergentes quanto à faixa etária predominante das vítimas de violência doméstica foram encontrados por BRITO et al. (2005), ao analisar as características das famílias atendidas pelo Crami – Rio Preto/SP, detectaram que as crianças que mais sofreram violência eram da faixa etária de sete a onze anos de idade, sendo 75,0% do sexo feminino. Porém, observaram variações interessantes com relação ao sexo das crianças em função da idade mais prevalente. Assim é que, até os sete anos de idade, o sexo masculino foi o mais agredido. A partir dos sete, são as crianças do sexo feminino as mais atingidas.

No estudo de Fortaleza, a idade média das vítimas foi de 10 anos, a mediana foi de 11 anos e a moda de 10 anos. Levando-se em conta o sexo da vítima, a média da idade foi de 10,7 anos para o sexo feminino e 8,7 anos para o sexo masculino, evidenciando uma diferença significativa (Kruskal-wallis $H=12,4$; $p=0,0004$). Esse achado poderia ser explicado pelo fato de os meninos reagirem mais cedo aos abusos que as meninas.

Outros estudos demonstraram um maior número de casos de maus-tratos contra crianças em idade inferior à que foi encontrada nesta casuística, concluindo que o risco a que estão submetidas as crianças é inversamente proporcional à sua idade, fundamentado na incapacidade de defesa, nos longos períodos de permanência em casa, na fragilidade física e emocional, além da maior dependência dos seus cuidadores, o que os torna alvo fácil (DESLANDES, 1994a; LOPES e TAVARES JR, 2000; SILVA e VIEIRA, 2001; DE LORENZI, 2001; PIRES ALD et al., 2005; MARTINS, 2008).

Para DESLANDES (1994a), contudo, a faixa de 10 a 14 anos também mostrou-se alvo significativo de maus-tratos, coincidindo com os da presente pesquisa.

É importante lembrar que a dependência da criança ao adulto se dá precisamente numa idade menor, o que explica o fato dessa dependência própria da infância ser considerada um fator de risco associado à vítima, para a ocorrência de maus-tratos (PIRES e MIYAZAKI, 2005).

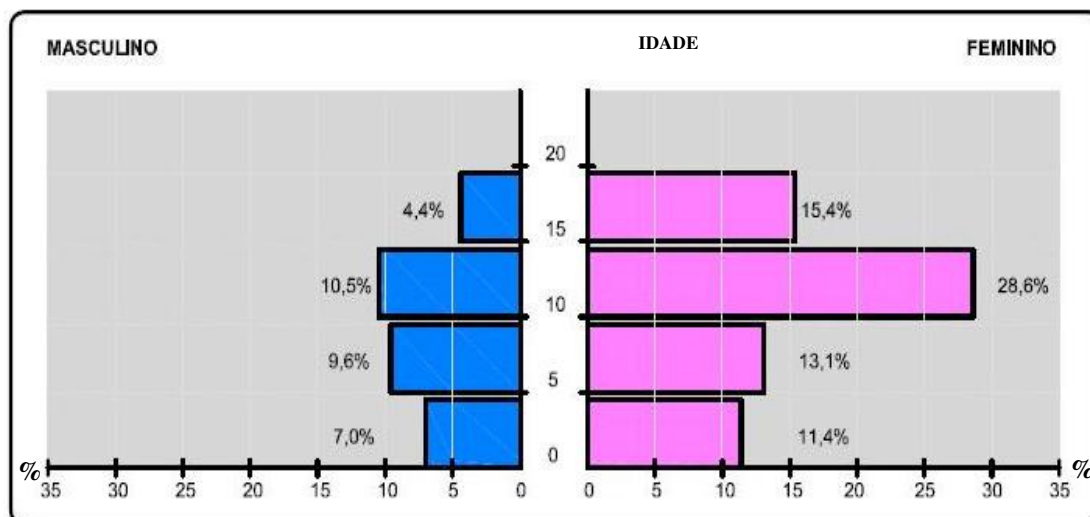
O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, de 2002, (OMS, 2002b) relaciona a idade e o sexo das crianças como fatores que potencializam a vulnerabilidade para o abuso infantil. Quanto à idade, refere que seus índices para abuso físico variam de país para país e que, no caso do abuso sexual, esses índices tendem a se elevar após o início da puberdade, com as taxas mais elevadas ocorrendo durante a adolescência, apesar de também ser encontrado em crianças mais jovens. Em relação ao sexo da vítima, declara que sua predominância depende do tipo de abuso, estando as meninas 1,5 a 3 vezes mais sujeitas ao abuso sexual que os meninos, que, por sua vez, encontram-se mais sujeitos a punições físicas severas.

A Figura 4.1 apresenta a distribuição dos casos de violência doméstica segundo a faixa etária e o sexo da vítima, evidenciando claramente a maior proporção de casos do sexo feminino e a faixa etária mais frequente de 10 a 14 anos, características que serão estudadas com mais detalhes nos tipos específicos de violência.

Tabela 4.1 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária (em anos) e sexo da vítima e razão F/M, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa Etária (em anos)	Masculino		Feminino		Total		Razão F/M
	N	%	N	%	N	%	
0 a 4	24	7,0	39	11,4	63	18,4	1,6
5 a 9	33	9,6	45	13,1	78	22,7	1,4
10 a 14	36	10,5	98	28,6	134	39,1	2,7
15 a 19	15	4,4	53	15,4	68	19,8	3,5
Total	108	31,5	235	68,5	343	100,0	2,2

Figura 4.1 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Escolaridade

A escolaridade das vítimas, medida em anos de estudo, foi avaliada somente a partir de cinco anos de idade (280 casos), dado que, na faixa etária de zero a quatro anos, a escolaridade ainda não está estabelecida.

A escolaridade foi, predominantemente, entre 4 e 7 anos de estudo (123 casos - 44,0%) e na faixa etária de 10 a 14 anos de idade (134 casos - 47,8%). Na faixa de 15 a 19 anos de idade, verifica-se que a escolaridade dominante foi de 8 a 11 anos de estudo em 45 casos (16,1%). Esse resultado parece ser compatível com a idade das vítimas (Tabela 4.2).

Para MARTINS (2008), que detectou maior proporção de vítimas com ensino fundamental incompleto, a baixa escolaridade está intimamente relacionada à pouca idade da população estudada. Segundo HIJAR-MEDINA et al. (2003), a associação entre um menor nível educacional e a violência familiar aponta para a importância que têm as condições sociais neste tipo de ocorrência. No entanto, alertam para o fato

de que esse achado deve ser analisado com cautela uma vez que a população usuária dos serviços estudados é fundamentalmente de baixos recursos e baixa escolaridade, não havendo, portanto, representação expressiva dos setores mais favorecidos.

Tabela 4.2 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	Faixa etária						Total	
	5 a 9		10 a 14		15 a 19		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum	19	6,8	1	0,3	-	-	20	7,1
1 a 3	47	16,8	17	6,1	1	0,3	65	23,2
4 a 7	12	4,3	95	33,9	16	5,8	123	44,0
8 a 11	-	-	20	7,2	45	16,1	65	23,2
12 e +	-	-	-	-	5	1,8	5	1,8
Ignorada	-	-	1	0,3	1	0,3	2	0,7
Total	78	27,9	134	47,8	68	24,3	280	100,0

Nota: Excluídos 63 casos da faixa etária 0 a 4 anos de idade.

- Com quem e onde mora

A partir da Figura 4.2, observa-se que 166 vítimas de violência doméstica (48,4%) moravam com ambos os pais enquanto 174 (50,7%) moravam com um dos pais, sozinhos ou com parceiros, ou com familiares (com ou sem irmãos). Esta diferença não parece estar associada com a ocorrência de maus-tratos, sendo, portanto, discordante da literatura que enfatiza que crianças vivendo com apenas um dos pais apresentam 80% a mais de riscos de sofrerem maus-tratos e 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada (BRASIL, 2002b).

DESLANDES (1994a), pesquisando dados dos Cramis do Estado de São Paulo no trabalho já referido, encontrou resultados semelhantes, verificando que, em todos eles, 40 a 50% das famílias não contavam com a presença de ambos os pais e, em cerca de 30 a 40% das famílias, a criança vivia somente com a mãe, indicando

assim, um processo agravante que poderia estar associado à violência doméstica, uma vez que família monoparental, diferentemente do que é aqui apresentado, é considerada fator de risco familiar para a ocorrência de maus-tratos (DE LORENZI et al., 2001; WU et al., 2004; PIRES e MIYAZAKI, 2005).

A Figura 4.2 mostra também que 19,6% (67) viviam em famílias monoparentais, definidas como aquelas formadas por um dos pais e seus descendentes, vivendo isolada ou com outros parentes. As famílias reconstituídas, ou seja, formadas por um dos pais, seu companheiro e filhos, representaram 29,1% do total (100) e as famílias de genitores ausentes, compostas por outros adultos responsáveis pelos menores, concorreram apenas com sete casos (2,0%). Em três casos (0,9%), o tipo de família foi ignorado, em função de o acompanhante desconhecer a informação.

Ao se compararem apenas os 333 casos compreendidos por famílias nucleares (49,8%), monoparentais (21,1%) e reconstituídas (30,0%), observa-se uma frequência significativa de casos de violência doméstica entre as famílias nucleares, o que poderia ser explicado pela maior proporção, no Nordeste, em comparação com o Sudeste, de famílias nucleares (RIBEIRO et al., 1994), contribuindo para isso, taxas de fecundidade mais elevadas e a forte presença de valores mais tradicionais na região.

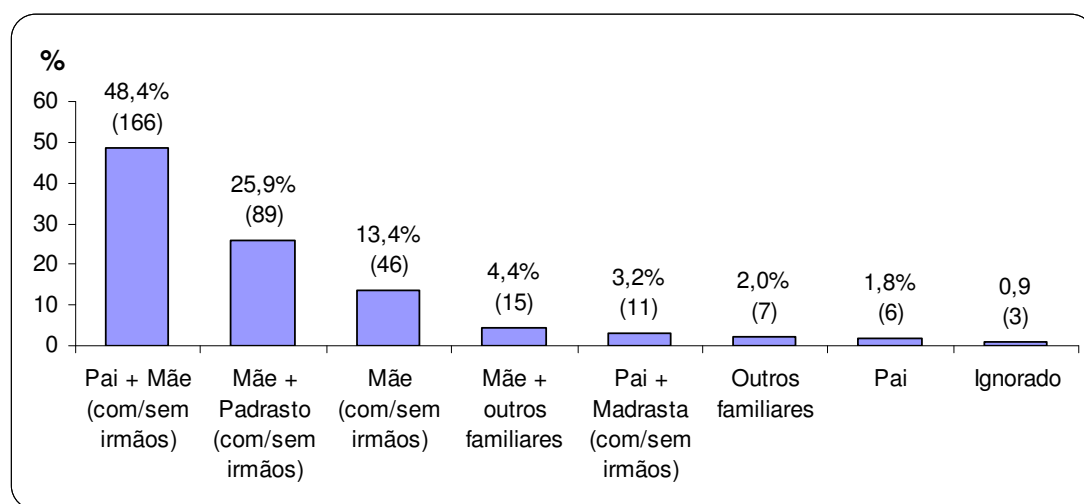
ROMARO e CAPITÃO (2007), pesquisando a violência doméstica na capital de São Paulo, Região Sudeste, detectaram resultado divergente, com apenas 40,0% das vítimas residindo com ambos os pais, enquanto MARTINS (2008), estudando a violência em Londrina, Paraná, Região Sul do país, encontrou resultado semelhante, com 45,6% das vítimas residindo com ambos os pais, com ou sem irmãos.

Segundo alguns autores, a associação entre estrutura familiar e bem-estar das crianças tem sido alvo de estudos, sobretudo nos países desenvolvidos, onde se procura dimensionar a importância da família, da educação e do comportamento dos pais na qualidade de vida e, por conseguinte, da saúde física e psíquica das crianças (ESPADA et al., 2004).

A correlação entre estrutura familiar e violência aponta para a necessidade e importância do enfoque familiar no enfrentamento deste problema (REICHENHEIM et al., 1999). Em 2009 (IBGE), através da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar,

junto aos estudantes do 9º ano do ensino fundamental nos Municípios das Capitais e no Distrito Federal, ampliaram-se os conhecimentos acerca de diversos fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes. Em relação ao contexto familiar, foi demonstrado que 58,3% deles viviam em lares com a presença de ambos os pais, 31,9% do total residiam apenas com as mães, 4,6% viviam somente com o pai e 5,2% viviam sem a presença da mãe e do pai na residência.

Figura 4.2 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo com quem mora a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Avós e tios

A Figura 4.3, além de permitir uma visão espacial da distribuição dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), também evidencia que mais de 68% das vítimas (234) residiam em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, onde se localiza a sede do IML, responsável pelo atendimento da região. Tal fato pode ser explicado em função de se tratar do município mais populoso, contando, na época, com mais de 70% (2.473.614 habitantes) da população da referida Região.

Como mostra o Quadro 4.1, em relação à taxa de prevalência na RMF (52,4/100 mil habitantes), o Município de Fortaleza apresentou a taxa de prevalência (53,1/100 mil habitantes) mais semelhante. A maior taxa de prevalência foi

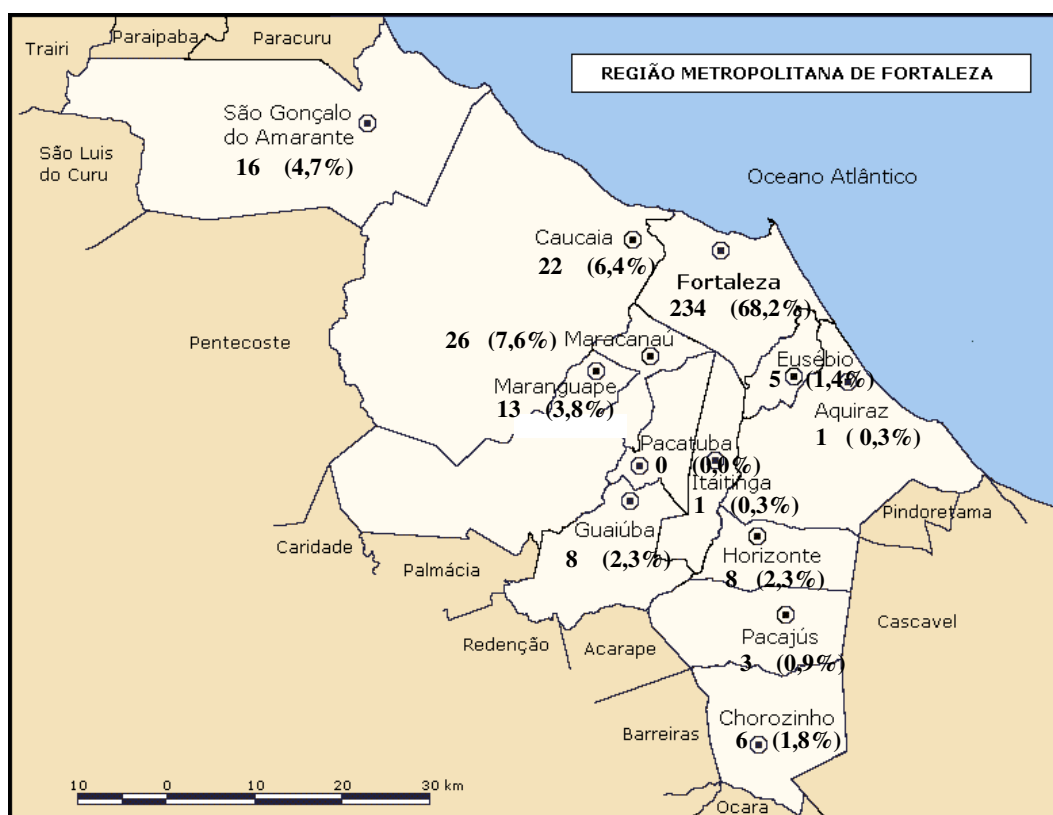
apresentada por São Gonçalo do Amarante – 184,4/100 mil habitantes, que comparada com a de Fortaleza mostrou-se 3,5 vezes maior (RP 95% - 2,43; 4,96).

Em seguida vem Guaiúba – 159,5; Chorozinho – 156,4; Horizonte – 72,0; Maracanaú - 66,0; Maranguape – 58,6 e Eusébio – 58,5/100 mil habitantes), quatro municípios, evidenciaram as menores taxas de prevalência (Caucaia – 32,5; Pacajús – 25,2; Itaitinga – 14,9; Aquiraz – 7,3/100 mil habitantes).

Em 2000, o Estado do Ceará apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,70, considerado médio. O Município de Pacatuba, que apresentou o menor IDH (0,54) da RMF, não enviou nenhum caso de violência doméstica contra criança e adolescente ao IML, o que suscita a hipótese de que esses casos não estariam sendo identificados e/ou notificados, ou, no mínimo, não encaminhados ao IML para realização do exame de corpo de delito.

A distância, medida em quilômetros (Km), dos municípios da Região Metropolitana à Fortaleza, varia da menor, que corresponde a Caucaia (16,5 Km), à maior, que corresponde a Chorozinho (66,1 Km), sendo a distância média entre os municípios e a capital, de 35,5 Km. Em relação ao IDH dos municípios, este variou de 0,78 de Fortaleza a 0,54 de Pacatuba (Quadro 4.1).

Figura 4.3 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo o município de residência da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Quadro 4.1 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo o município de residência da vítima, a distância de Fortaleza (medida em Km), a população total (2008), a população de 0 a 19 anos (2008), a taxa de prevalência por 100 mil habitantes e o IDH (2000), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Municípios RMF	N	Distância de Fortaleza (km)	Pop. Total (2008)	Pop. 0 – 19 (2008)	Taxa Prevalência/ 100 mil hab.	IDH (2000)
Fortaleza	234	-	2.473.614	999.665	53,1	0,78
Caucaia	22	16,5	326.811	151.811	32,5	0,72
Eusébio	5	17,7	40.426	16.285	58,5	0,68
Maracanaú	26	20,0	199.808	91.899	66,0	0,73
Aquiraz	1	24,7	70.439	26.379	7,3	0,67
Itaitinga	1	29,1	32.382	12.585	14,9	0,68
Maranguape	13	30,0	108.525	42.524	58,6	0,73
Pacatuba	-	32,0	70.018	26.681	-	0,54
Guaiúba	8	38,0	23.502	9.879	159,5	0,65
Horizonte	8	42,1	52.488	21.169	72,0	0,67
Pacajús	3	51,1	58.281	22.909	25,2	0,67
SG Amarante	16	59,1	42.311	17.274	184,4	0,63
Chorozinho	6	66,1	18.770	7.588	156,4	0,63
RMF	343	-	3.517.375	1.451.176	52,4	0,76

Fonte: IBGE, 2008

4.1.2 Características da Família

São abordadas, neste item, as características que dizem respeito aos pais (idade, escolaridade e ocupação), à renda familiar per capita e ao número de pessoas na família (tamanho da família). Pai e mãe foram considerados, mesmo nos casos em que não moravam com a criança e/ou adolescente.

- Idade dos pais

Observa-se que os pais das vítimas de violência doméstica encontravam-se mais frequentemente na faixa etária de 30 a 39 anos, pai – 129 (37,6%) e mãe – 156 (45,5%), sendo que a segunda classe de idade mais prevalente para o pai foi de 40 a 49 anos (82 - 23,9%), ou seja, imediatamente acima, enquanto para a mãe foi de 20 a 29 anos (93 - 27,1%), resultando numa idade média do pai (36,9 anos) maior que a da mãe (33,8 anos) (Tabela 4.3).

Resultado semelhante foi encontrado por MARTINS (2008) quanto à idade do pai, em que observou maior frequência na faixa etária de 30 a 34 anos, porém em percentuais menores (15,8% em 2002 e 10,8% em 2006), divergindo para a mãe, que foi mais frequente na faixa de 20 a 24 anos (21,2% em 2002 e 20,3% em 2006).

PIRES e MIYAZAKI (2005) consideraram a pouca idade dos pais como fator de risco familiar para a prática de violência doméstica, diferentemente do que se obteve no presente estudo, em que somente 0,9% das mães apresentavam idade inferior a 20 anos.

Verificou-se que a idade do pai foi ignorada em 23,0% dos casos (79) contra 4,7% das mães (16), provavelmente por se tratar de famílias com arranjos que não contaram com a participação do pai.

Tabela 4.3 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa Etária	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
- 20	-	-	3	0,9
20 a 29	42	12,3	93	27,1
30 a 39	129	37,6	156	45,5
40 a 49	82	23,9	68	19,8
50 e +	11	3,2	7	2,0
Ignorada	79	23,0	16	4,7
Total	343	100,0	343	100,0

- Escolaridade dos pais

A escolaridade dos pais apresentou maior percentual no grupo de quatro a sete anos de estudo, sendo 46,4% das mães (159) e 36,7% dos pais (126). Levando-se em conta a escolaridade de um a sete anos de estudo, verifica-se que a mãe concorre com 66,2% (227) e o pai com 50,0% (172), enquanto que a escolaridade de mais de oito anos de estudo foi constatada em somente 16,9% das mães (58) e 15,5% dos pais (53), evidenciando uma predominância de baixa escolaridade entre os pais de vítimas de violência doméstica, o que é reforçado pelo achado de 9,0% de mães (31) e 6,1% de pais (21) não alfabetizados (Tabela 4.4).

Resultados semelhantes foram observados por DE LORENZI et al. (2001) que verificaram baixo nível de escolaridade dos pais, com 74,0% das mães e 72,2% dos pais não tendo concluído o 1º grau e percentuais de não alfabetização materna e paterna de 6,0% e 5,8%, respectivamente.

O baixo nível de escolaridade dos genitores tem sido referido por alguns autores como um fator de risco familiar/social associado à ocorrência de violência doméstica (PASCOLAT et al., 2001; BRITO et al., 2005; PIRES e MIYAZAKI, 2005).

Assim, foge a esse padrão, mesmo que em pequena proporção, a existência de pais com elevado grau de escolaridade, exercendo práticas abusivas contra seus próprios filhos em condições desiguais de força e capacidade de defesa, que não poderiam, pelo menos, ser explicadas pela falta de esclarecimento.

Neste estudo, foram identificadas quatro mães com nível superior (1,2%), e dessas, três atuaram como agente agressor na prática de violência física, onde duas vítimas eram do sexo masculino, com sete e quinze anos e uma do sexo feminino, de dois anos. Nesses três casos, a justificativa para a agressão se deveu a medidas disciplinadoras, tema que será mais discutido no item relativo, especificamente, à violência física.

Apresentaram escolaridade ignorada 8,0% das mães (27) contra 28,0% dos pais (97), evidenciando, mais uma vez, falta de informação, sobretudo, em relação à figura paterna.

Tabela 4.4 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo escolaridade (em anos de estudo) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Nenhum	21	6,1	31	9,0
1 a 3	46	13,4	68	19,8
4 a 7	126	36,7	159	46,4
8 a 11	47	13,7	47	13,7
12 e +	6	1,8	11	3,2
Ignorada	97	28,3	27	7,9
Total	343	100,0	343	100,0

- Ocupação dos pais

Segundo a Tabela 4.5, pode-se evidenciar que a modalidade de ocupação mais frequentemente referida para as mães, com 42,6% dos casos (146) foi “do lar”, seguida de 30,9% dos casos de “doméstica” (103), tendo aquela a conotação de “trabalhos domésticos realizados na própria residência” enquanto esta, se refere a “trabalhos domésticos realizados para terceiros”. Em 84 casos (24,5%), a mãe das vítimas se ocupava de serviços diversos como, costureira, secretária, professora, comerciante e somente em dez casos (2,9%), a ocupação da mãe era ignorada.

Tabela 4.5 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo ocupação da mãe da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Do lar	146	42,6
Doméstica	103	30,0
Outras	84	24,5
Ignorada	10	2,9
Total	343	100,0

Com relação ao pai, percebe-se, uma grande pulverização de ocupações, sendo a mais frequente a de vendedor, que concorre com 33 casos (10,3%). Verifica-se ainda um número relevante de 91 pais (28,4%) cujas ocupações eram ignoradas, o que poderia significar a ausência da figura paterna no contexto familiar (Tabela 4.6).

As profissões referidas para a maioria dos pais são compatíveis com os baixos níveis de escolaridade e renda apresentados anteriormente, relacionando, desse modo, a classe mais popular com a ocorrência de violência. Tal fato poderia ser explicado pela, cada vez mais crescente, concentração de renda no Brasil, com conseqüente proliferação de “famílias pobres” que por serem mais numerosas contribuem com a maioria dos casos de violência (DESLANDES, 1994a).

Tabela 4.6 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo ocupação do pai da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Vendedor	33	10,3
Funcionário público	20	6,2
Comerciante	19	5,9
Serviços Gerais	17	5,3
Agricultor	14	4,4
Marceneiro	13	4,0
Pedreiro	10	3,1
Outras	104	32,4
Ignorada	91	28,4
Total	321	100,0

Nota: Foram excluídos 22 desempregados.

Resultados similares aos do presente estudo foram encontrados por MARTINS (2008) que detectou uma distribuição dispersa, com grande variedade de ocupações dentre os pais das vítimas, além de observar que, entre as mães, a ocupação mais frequente foi “do lar” e diarista, que se assemelha à “doméstica” aqui utilizada. Em ambos os casos, ressalta, as ocupações mais frequentemente referidas dispensam aperfeiçoamento, sendo, portanto, condizentes com o nível de escolaridade apresentado.

Cerca de 6,4% dos pais (22) encontravam-se desempregados, o que propicia a ocorrência da violência, sobretudo contra crianças e adolescentes, que, na hierarquia familiar, encontram-se em nível inferior em relação aos adultos dominadores.

DE LORENZI et al. (2001), estudando 100 casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes na Região Sul do País, encontraram taxas médias de desemprego, tanto materna quanto paterna, bem mais elevadas (em torno de 24,0%).

A baixa escolaridade, em associação com baixa renda familiar, desemprego e precárias condições sócio-econômicas dos pais, são fatores que favorecem a prática da violência doméstica (DESLANDES, 1994a; PIRES e MIYAZAKI, 2005), sobretudo contra crianças e adolescentes, que por sua fragilidade e pouca capacidade de defesa, tornam-se vulneráveis à mercê dos seus cuidadores, porquanto a detecção da existência desses fatores deve servir de alerta na identificação e conseqüente enfrentamento de maus-tratos.

- Renda per capita (RPC)

Como mostra a Tabela 4.7, dentre as famílias de vítimas de violência doméstica, 46,6% viviam com renda per capita inferior a R\$ 200,00 (duzentos reais) e 33,8% com renda per capita entre R\$ 200,00 (duzentos) e R\$ 399,00 (trezentos e noventa e nove reais). Em resumo, mais de 80,0% das famílias viviam com renda inferior a quatrocentos reais, portanto, inferior ao salário mínimo, considerando que o salário mínimo vigente à época (2008) era de R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais).

Esses achados são consistentes com a literatura, onde se afirma que apesar de ser um fenômeno universal, a violência torna-se mais acirrada nos países subdesenvolvidos em função do estresse decorrente das dificuldades econômicas das famílias, contribuindo para sua ocorrência (MARMO et al., 1995).

DE LORENZI et al. (2001), no trabalho referido, encontraram uma renda familiar per capita também inferior a um salário mínimo, em 71,0% dos casos.

DESLANDES (1994a), na investigação em que analisa as características das famílias atendidas nos Cramis do Estado de São Paulo, situado na região Sudeste, considerada a mais desenvolvida do País, constatou que mais de 70,0% das famílias atendidas nesses serviços percebiam uma renda familiar que variava entre “menos de um a três salários mínimos”, situação essa agravada pelo fato de a maior parte delas possuir dois ou mais filhos, agravando a situação de pobreza encontrada.

Segundo PIRES e MIYAZAKI (2005), a pobreza constitui um persistente fator de risco no desencadeamento da violência familiar. Para DESLANDES (1994a), apesar da literatura sobre o tema referir que todas as classes sociais vivenciam o problema, é nas classes populares que se encontram os maiores percentuais de casos dessa natureza, o que pode ser explicado pelo fato de serem mais numerosas, pelo acesso mais “facilitado” dos serviços sociais às famílias mais pobres, pois vivem em constante exposição de suas vidas privadas.

Há que se considerar ainda que os estudos sobre violência familiar analisam a clientela atendida nos serviços públicos que, via de regra, tem baixo poder aquisitivo, levando, assim, a conclusões errôneas de que a população de estratos sociais mais baixos se envolve mais com a violência familiar (ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Dados do IBGE de 1990 evidenciaram que mais da metade das crianças e adolescentes brasileiros estão inseridos em famílias que vivem em situação de pobreza, com uma renda familiar per capita de até meio salário mínimo. Essa situação, de violência estrutural, propicia o desencadeamento de múltiplos agravos à saúde, haja vista a total ausência de suporte social direcionado a essas famílias, ocasionando um sofrimento permanente em função da violação dos direitos humanos mais elementares, desaguando na violência familiar, que tem na figura das crianças e adolescentes o seu melhor alvo para direcionar suas frustrações (BRASIL, 1993).

Tabela 4.7 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo renda per capita dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

RPC em reais	N	%
- 100,00 a 199,00	160	46,6
200,00 a 399,00	116	33,8
400,00 a 599,00	26	7,6
600,00 a 799,00	8	2,3
800,00 a 999,00	-	-
1.000,00 e +	6	1,8
Ignorada	27	7,9
Total	343	100,0

- Número de pessoas na família

A partir da Tabela 4.8, observa-se que a maioria dos casos de violência doméstica, 30,9% (106) ocorreu em famílias com quatro pessoas, seguida de 22,4% dos casos (77) em famílias com cinco pessoas e 21,9% (75 casos) em famílias com três pessoas.

O tamanho da família também pode aumentar as chances de abuso, apesar de nem sempre ser apenas isso que importa. Estudo realizado no Chile revelou que famílias com quatro ou mais crianças estavam três vezes mais sujeitas à violência dos pais em relação aos filhos do que famílias com menos filhos (OMS, 2002b).

RIBEIRO et al. (1994) já na década passada, apontavam mudança observada nos últimos anos nos padrões de organização da família brasileira, cuja média do número de membros caiu de 4,5 para 4,1. Segundo a OPAS (2009), o declínio da fecundidade no Brasil acarretou o surgimento de famílias menores. Dessa forma, o número médio de pessoas por família, aqui detectado, que foi 4,5, pode ser considerado como de uma família numerosa.

Para DESLANDES (1994b), no entanto, as famílias compostas por poucas pessoas também praticam maus-tratos, a despeito da crença de que este fenômeno só ocorre em famílias numerosas.

Tabela 4.8 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o número de pessoas na família, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Nº de pessoas na família	N	%
Dois	6	1,8
Três	75	21,9
Quatro	106	30,9
Cinco	77	22,4
Seis	47	13,7
Sete e +	29	8,4
Ignorado	3	0,9
Total	343	100,0

4.1.3 Características do Agressor

Para fins deste trabalho, o agressor é caracterizado segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda em salário mínimo, fatores de risco e relação de parentesco com a vítima.

- Sexo e idade

Dentre os casos de violência doméstica, em 78,2% destes o agressor era do sexo masculino, verificando-se uma relação masculino/feminino total elevada, onde o homem apareceu 3,5 vezes mais como agente agressor que a mulher, o que se repetiu em todas as faixas etárias, sobretudo nos extremos, menos de 20 anos e de 40

a 49 anos, onde o agressor masculino foi, cerca de onze vezes, mais frequente que o feminino (Tabela 4.9).

Este resultado se assemelha a alguns estudos sobre o tema como o de GOMES et al. (1999), que apesar da dificuldade em obter esse tipo de informação, em função da falha de registro, constataram preponderância de agressores do sexo masculino em detrimento do sexo feminino; DE LORENZI et al. (2001) e SILVA e VIEIRA (2001) encontraram também agressores predominantemente do sexo masculino.

Diferentemente do que foi encontrado na presente pesquisa, DESLANDES (1994a) constatou que o agressor mais frequente, no conjunto global de maus-tratos praticados, foi do sexo feminino, na proporção de 31,0% a 48,0% dos atendimentos realizados nos diferentes Cramis do Estado de São Paulo. Outros pesquisadores fazem eco à predominância do agressor feminino, em estudos sobre violência doméstica contra criança e adolescente (LOPES e TAVARES JR, 2000; BRITO et al., 2005; PIRES ALD et al., 2005; ROMARO e CAPITÃO, 2007).

Essa divergência poderia, talvez, ser explicada em função das diferentes fontes de onde são colhidos os dados, bem como do tipo de violência mais prevalente na amostra analisada, dado que a literatura relata ora a mulher como agente agressor mais frequente em casos de violência física e negligência, ora o homem, que está mais relacionado a lesões com gravidade e à violência sexual (ABRÁPIA, 2000).

Pela Figura 4.4 é possível ver uma predominância de agressores do sexo masculino, além de se evidenciar que o maior percentual desses agressores ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos (28,6%), o que também foi observado para agressores do sexo feminino (10,5%). Esse tema será retomado quando da análise da violência segundo os tipos.

Resultados similares foram obtidos por MARTINS (2008), ao estudar as características da violência contra menores de 15 anos, no município de Londrina, Paraná, onde encontrou predomínio de agressores do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 34 anos. No entanto, é oportuno salientar que tal estudo referiu-se a outros tipos de violência contra menores, além da doméstica ou intrafamiliar.

Para ROMARO e CAPITÃO (2007), apesar do agressor mais frequente ser do sexo feminino, a maioria (67,4%) se encontrava acima de 30 anos.

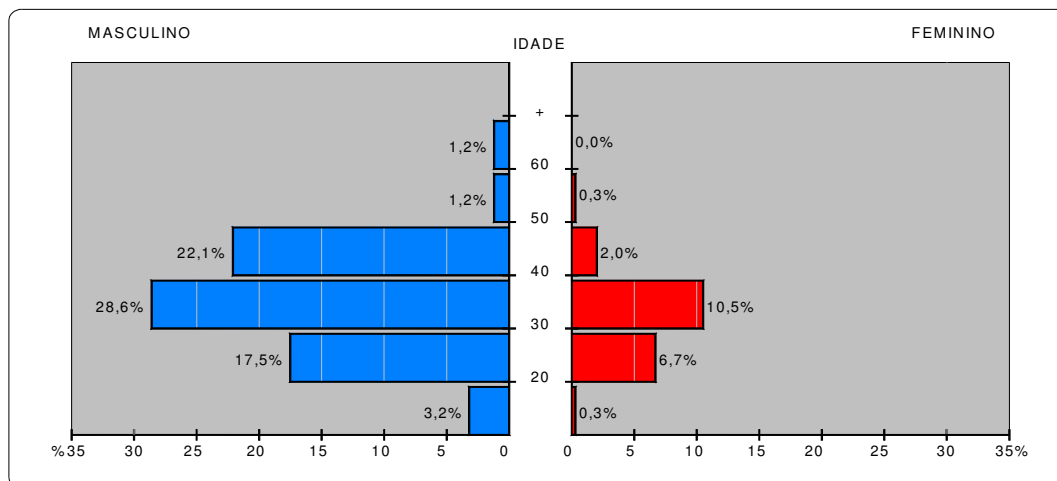
No presente estudo, a idade média do agressor foi de 34,3 anos, portanto abaixo do que mostra a literatura internacional, cuja estimativa revela que 80% dos agressores têm idade em torno de 40 anos, mas encontra paralelo quanto ao sexo do agressor, onde 70% deles são do sexo masculino (BRASIL, 2002b).

Para DE LORENZI et al. (2001), apesar dos agressores serem principalmente do sexo masculino, à semelhança do que aqui foi encontrado, a faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (49,3%).

Tabela 4.9 - Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária e sexo do agressor e relação M/F, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total		Relação (M/F)
	N	%	N	%	N	%	
- 20	11	3,2	1	0,3	12	3,5	11,0
20 a 29	60	17,5	23	6,7	83	24,2	2,6
30 a 39	98	28,6	36	10,5	134	39,1	2,7
40 a 49	76	22,1	7	2,0	83	24,1	10,8
50 a 59	4	1,2	1	0,3	5	1,5	4,0
60 e +	4	1,2	-	-	4	1,2	-
Ignorada	15	4,4	7	2,0	22	6,4	2,1
Total	268	78,2	75	21,8	343	100,0	3,5

Figura 4.4 - Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo faixa etária e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Escolaridade

À semelhança do que se verifica com as vítimas e seus pais, o agressor tinha escolaridade predominante na faixa de quatro a sete anos de estudo (39,4% - 135 casos). Dentre os agressores, 37 (10,8%) eram não alfabetizados e 205 (cerca de 60,0%) tinham menos de oito anos de estudo, o que confirma o fato de que a maioria dos agressores tinha apenas o ensino fundamental incompleto (Tabela 4.10).

Merece destaque a ocorrência de cinco agressores com nível superior completo (1,5%), sendo dois, pai e avô, atuando como agentes agressores de violência sexual e três (mãe) de violência física, o que nos remete à reflexão sobre a importância de considerar todo o contexto familiar quando está em discussão a violência contra crianças e adolescentes. Esses casos serão discutidos com mais detalhes no capítulo referente aos tipos de violência.

Martins (2008), no trabalho em que estuda a violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná, detectou resultados coincidentes, onde a maioria dos agressores possuía o ensino fundamental incompleto, tanto no ano de

2002 (79,7%) quanto no ano de 2006 (82,8%), sendo detectados também agressores com curso superior completo e somente 1,3% deles eram não alfabetizados.

A literatura revela uma escassez de trabalhos delineando o perfil sócio-econômico do agressor o que, por sua vez, dificulta uma análise comparativa dos resultados, em maior profundidade.

Tabela 4.10 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo escolaridade (em anos de estudo) do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	N	%
Nenhum	37	10,8
1 a 3	70	20,4
4 a 7	135	39,4
8 a 11	41	11,9
12 e +	6	1,8
Ignorada	54	15,7
Total	343	100,0

- Ocupação e renda em salários mínimos (SM)

Alguns pesquisadores ressaltam a ausência de dados no preenchimento das fichas de notificação das Instituições que oferecem atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, sobretudo no que se refere aos agressores, causando prejuízo na análise e divulgação dos resultados (GONÇALVES et al., 1999; GOMES et al., 1999; PIRES ALD et al., 2005; ROMARO e CAPITÃO, 2007; MARTINS, 2008). A ocupação dos agressores pode representar uma dessas variáveis, dado que verificou-se 74 casos (27,6%) de desempregados do sexo masculino.

Quanto à ocupação, os agressores do sexo masculino (Tabela 4.11) apresentavam uma grande diversidade, sendo mais frequente a de vendedor, que foi

referida em 25 casos, correspondendo a 12,9% do total. A maioria das ocupações mostrou uma frequência pulverizada, além de revelar um baixo nível de exigência para sua atuação. Cerca de 27,6% (74) do total de agressores masculinos estavam desempregados. Neste estudo, o desemprego foi considerado fator de risco para a ocorrência de violência como será visto no item específico.

A ocupação que predominou entre os agressores do sexo feminino foi “do lar” (45,3%), seguida de doméstica (32,0%).

Para MARTINS (2008), a profissão mais frequente entre os agressores do sexo masculino foi a de pedreiro (18,7%) e entre os agressores do sexo feminino foi a de diarista/doméstica, seguida por “do lar”, constatando, também, uma grande diversidade de profissões, à semelhança do que foi observado na presente pesquisa, o que lhe permitiu inferir que o tipo de ocupação exercido pelos agressores exige pouca escolaridade ou qualificação, o que é condizente com o nível de instrução encontrado.

Tabela 4.11 - Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo ocupação do agressor do sexo masculino (n=268), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Vendedor	25	12,9
Comerciante	17	8,8
Pedreiro	16	8,2
Serviços Gerais	12	6,2
Funcionário Público	11	5,7
Outras	113	58,2
Total	194	100,0

Nota: Foram excluídos 74 (27,6%) agressores do sexo masculino desempregados.

Conforme mostra a Tabela 4.12, observa-se, que do total de agressores de ambos os sexos, 323 (94,0%) possuíam renda de até três salários mínimos, sendo que desses, 121 (35,2%) tinham menos de um salário mínimo. Isto mostra a inviabilidade

de desfrutar uma vida com qualidade, além de exigir uma extensa e cruel jornada de trabalho.

Apesar do elevado percentual de não informado referente à renda dos agressores nos dois anos estudados (41,6% em 2002 e 36,5% em 2006), MARTINS (2008) encontrou resultados similares, com uma renda predominante de 1 a 2 salários mínimos para agressores de ambos os sexos.

A baixa escolaridade, aliada ao desemprego ou subemprego com pouca ou nenhuma qualificação, deságua em um baixo poder aquisitivo que se acompanha de frustração e estresse, os quais culminam com a violência, sobretudo no seio da família, local de onde brotam as necessidades evidenciando assim o estado de carência/pobreza, sendo facilmente direcionada para as crianças e adolescentes, que por sua fragilidade e dependência, “funcionam” como válvula de escape para o desabafo impotente dos adultos.

Para MARMO et al. (1995), apesar da violência ser um fenômeno universal, ela se torna exacerbada nos países subdesenvolvidos onde estão presentes dificuldades econômicas que contribuem para seu aparecimento.

DESLANDES (1994a), na pesquisa em que analisa as características das famílias atendidas nos Cramis do Estado de São Paulo, refere que, em grande parte dos estudos sobre causalidade dos maus-tratos, fatores como desemprego e baixa renda podem ser responsabilizados pela prática abusiva.

Segundo AZEVEDO e GUERRA (1989), o processo de “vitimação” que se traduz por violência estrutural, atinge exclusivamente filhos de famílias pobres, enquanto o processo de “vitimização”, que tem a conotação de um fenômeno de violência interpessoal, atinge todas as classes sociais, sendo “absolutamente transversal”.

SANTORO JR (1994) corrobora essa afirmativa quando declara que a pobreza, enquanto fator isolado, não é um fator causal do processo de vitimização, embora possa ser um desencadeante e mais, alerta para o cuidado que se deve ter na interpretação de alguns fatores que muitas vezes só aparentemente se relacionam.

DE LORENZI et al. (2001) reforçam este cômico ao afirmar ser “ilusório” supor que o abuso de menores seja privilégio de classes menos favorecidas, uma vez que tem sido encontrado em todas as classes sociais e complementa que as diferenças

existem sim, mas no modo como essa violência se manifesta, o que não ameniza seu prejuízo à saúde física e emocional das vítimas.

Tabela 4.12 - Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo renda (salário mínimo-SM) e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Renda (SM)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
- 1	84	24,5	37	10,7	121	35,2
1 a 3	167	48,7	35	10,2	202	58,9
4 a 6	2	0,6	-	-	2	0,6
7 a 9	4	1,2	-	-	4	1,2
10 e +	-	-	1	0,3	1	0,3
Ignorada	11	3,2	2	0,6	13	3,8
Total	268	78,2	75	21,8	343	100,0

- Fatores de risco

Neste estudo, foram considerados fatores de risco: o uso de álcool ou droga e a ocorrência de desemprego ou detenção, relacionados ao agressor. Segundo a Tabela 4.13, os fatores de risco aqui pesquisados foram detectados em 173 casos de violência doméstica (50,4%), sendo a maioria referida pelos agressores masculinos (162 – 60,4%). Contrariamente ao que refere a literatura, a presença desses fatores, nesta casuística, não se mostrou importante para a ocorrência de violência doméstica.

A Figura 4.5 evidencia, em sua primeira representação, a distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a presença de fator de risco do agressor masculino. A partir dos 162 casos com fator de risco, a segunda representação mostra a proporção de cada um desses fatores, onde se verifica que o álcool foi o mais frequente. Observa-se um total de 236 menções de fatores de risco do agressor masculino e dentre os fatores mencionados, o mais prevalente foi o álcool, que esteve

presente, agregado a outros fatores, em 58,9% dos casos (Figura 4.6). Dado que na violência doméstica existem 162 agressores masculinos que apresentaram fator de risco, pode-se inferir a ocorrência de 1,45 menções por agressor, nos casos de violência doméstica.

Para VIZCARRA et al. (2001), que encontraram variação de fatores de risco na dependência do tipo de violência e de quem a exerce, os problemas de saúde mental e consumo excessivo de álcool foram mais frequentes na mãe, enquanto para o pai, o consumo excessivo de álcool se relacionou com a presença de violência física severa.

Segundo DESLANDES (1994a), a literatura responsabiliza o álcool como um importante fator desencadeante dos maus-tratos e, analisando os casos atendidos nos Cramis do Estado de São Paulo, percebeu que a maioria das justificativas usadas para explicar o abuso cometido incidiam sobre o comportamento do agressor, sobretudo seu envolvimento com algum tipo de drogadição.

Vários estudos, nacionais e internacionais, confirmam o consumo de álcool, associado ou não a outros fatores como desemprego, uso de drogas, transtornos emocionais, estresse, entre outros, como importante fator associado ao agressor, que predispõe para a ocorrência de maus-tratos (DESLANDES, 1994a; DE LORENZI et al., 2001; SILVA e VIEIRA, 2001; VIZCARRA et al., 2001; HIJAR-MEDINA et al., 2003; SOUZA e MELLO JORGE, 2004; BRITO et al., 2005; PIRES e MIYAZAKI, 2005; ZILBERMAN e BLUME, 2005; ROMARO e CAPITÃO, 2007; MARTINS, 2008)

Tabela 4.13 - Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a presença de fatores de risco, o tipo de fator de risco e o sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Fatores de Risco	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	102	38,1	64	85,3	166	48,4
Sim	162	60,4	11	14,7	173	50,4
Álcool	89	(54,9)	10	(90,9)	99	(57,2)
Álcool + Desemprego	22	(13,6)	-	-	22	(12,7)
Desemprego	20	(12,3)	-	-	20	(11,6)
Álcool + Droga	11	(6,8)	1	(9,1)	12	(7,0)
Álcool + Desemprego + Droga	10	(6,2)	-	-	10	(5,8)
Álcool + Desemprego + Droga + Detenção	4	(2,4)	-	-	4	(2,3)
Álcool + Desemprego + Detenção	3	(1,9)	-	-	3	(1,7)
Desemprego + Droga	3	(1,9)	-	-	3	(1,7)
Subtotal	162	(100,0)	11	(100,0)	173	(100,0)
Ignorado	4	1,5	-	-	4	1,2
Total	268	100,0	75	100,0	343	100,0

Nota: Os valores entre parênteses referem-se às proporções calculadas sobre os casos em que houve fator de risco.

Figura 4.5 - Distribuição dos casos de violência doméstica com agressor do sexo masculino, segundo a presença e o tipo de fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

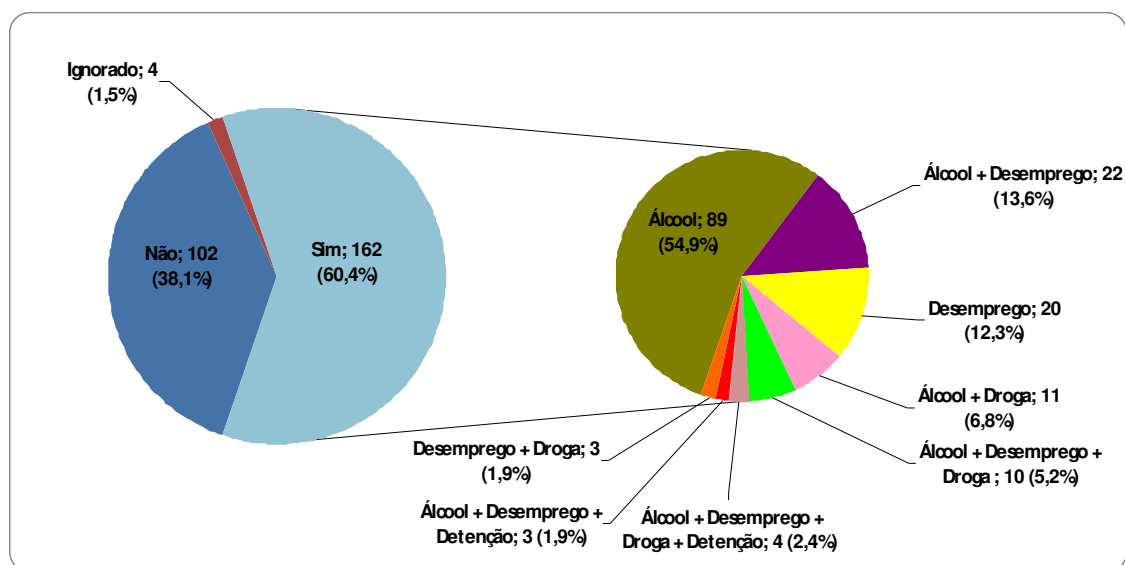
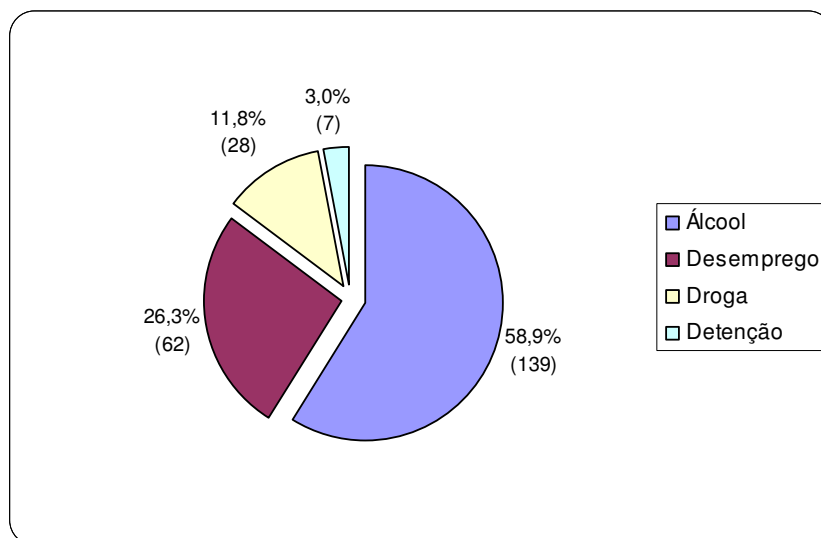


Figura 4.6 - Distribuição dos casos de violência doméstica com agressor do sexo masculino, segundo o número de menções do fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Relação de parentesco com a vítima

Os resultados permitiram mostrar que, nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, sem especificação quanto ao tipo de violência, o agressor mais frequente foi o pai, com 109 casos (31,8%), seguido do padrasto com 82 casos (23,9%). Outros familiares, compreendidos por avós, tios, irmãos e primos, foram agressores em 81 casos (23,6%) e a mãe em 57 casos (16,6%) (Figura 4.7).

O achado do pai como o principal agressor encontra paralelo na literatura, nos trabalhos de GOMES et al. (1999), com 16,2%; DE LORENZI et al. (2001), com 33,0% e SILVA e VIEIRA (2001), com 32,0% dos casos, onde foram abordados todos os tipos de violência doméstica.

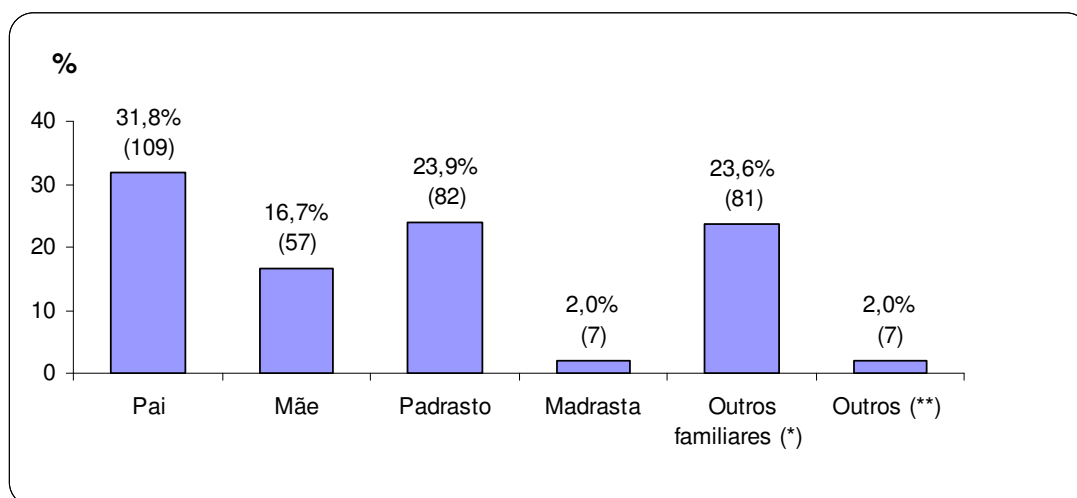
Tal resultado poderia ser explicado pelo padrão cultural vigente na sociedade ocidental, exercida pela figura paterna que, via de regra, exerce seu poder sobre os filhos extensivo à mulher, numa clara demonstração de força e poder. Segundo AZEVEDO e GUERRA (1989), trata-se de uma relação de dominação-exploração

constituída, de um lado pelo homem e de outro pela mulher e filhos, não lhes cabendo questionar a autoridade do marido/pai.

No entanto, outras pesquisas evidenciaram a mãe como o agressor mais frequente no conjunto global de maus-tratos praticados. Nos estudos de DESLANDES (1994a), a mãe está presente como agressora em 31 a 48% dos atendimentos, nos de BRITO et al. (2005), em 49%, ambos realizados nos Cramis de São Paulo. PIRES ALD et al. (2005), avaliando as notificações da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo, encontraram a mãe como agente agressor em 38% dos casos, enquanto MARTINS (2008), na sua investigação dos casos de violência doméstica contra menores de 15 anos atendidos pelos Conselhos Tutelares de Londrina, Paraná, detectou 33,9% em 2002 e 27,8% em 2006.

Por outro lado, não surpreende que a mãe, que gasta mais tempo de convivência com os filhos e ainda detém a função de “educar”, tenha mais oportunidades para exercitar a “síndrome do pequeno poder” (AZEVEDO e GUERRA, 1989), o que torna clara a hierarquia na família onde o homem domina a mulher que, por sua vez, domina a criança no seu dia-a-dia. Dessa forma, em se tratando de violência familiar contra crianças e adolescentes, pai e/ou mãe, de modo preponderante sobre os outros familiares, são os principais agressores, provavelmente, na dependência do tipo de violência perpetrada.

Figura 4.7 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo a relação de parentesco do agressor com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



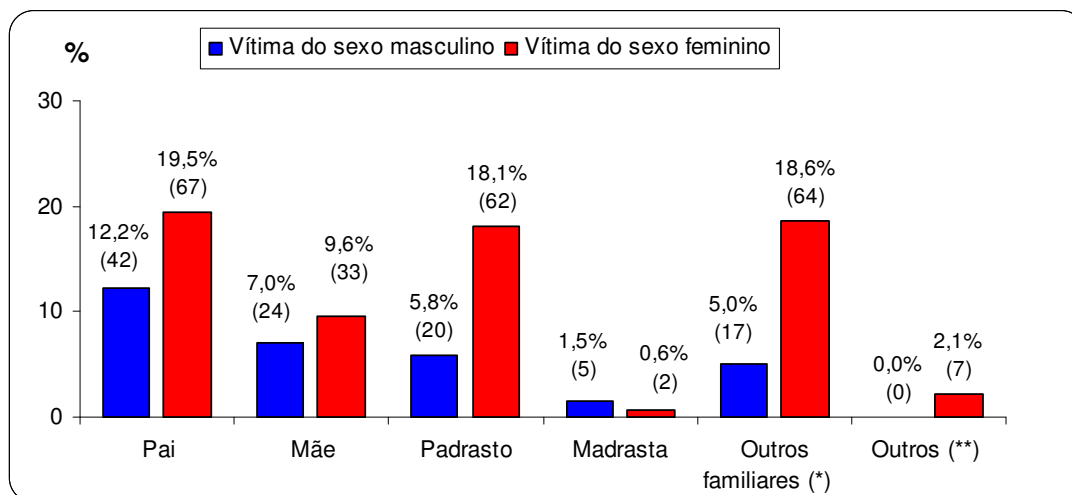
Nota: (*) Outros familiares: avô-9; avó-1; irmão-11; tio-33; tia-8; primo-19.

(**) Outros: cunhado-5; babá-1; companheira da mãe-1.

Levando-se em conta a relação de parentesco do agressor com a vítima e o sexo desta (Figura 4.8), observa-se que, para todos os agressores, à exceção da madrasta, a vítima mais prevalente é a do sexo feminino, confirmando a predominância da vitimização de gênero.

Merecem destaque os cinco casos de violência física (0,6%) perpetrados por madrastas contra vítimas do sexo masculino, com idade média de 9,4 anos, que residiam com o pai, a madrasta e outros irmãos, vivendo com uma renda per capita menor que um salário mínimo, cuja escolaridade média do pai e da madrasta era de 4,7 e 3 anos, respectivamente e história de uso de álcool em dois dos cinco casos. As vítimas sofreram lesões de grau leve, excetuando-se um caso considerado grave, visto que apresentou lesões disseminadas, requerendo encaminhamento ao hospital. A notificação foi feita pela mãe em três desses casos e, anonimamente, em dois, e em todos os casos, o pai mostrou-se conivente com a companheira.

Figura 4.8 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a relação de parentesco do agressor com a vítima e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Notas: (*) Outros familiares: avô-9; avó-1; irmão-11; tio-33; tia-8; primo-19.

(**) Outros: cunhado-5; babá-1; companheira da mãe-1.

4.1.4 Características da Violência Doméstica

No presente estudo, conforme já referido, foi considerada violência doméstica “todo ato de violência perpetrado contra criança ou adolescente, cujo agressor era familiar, parente consanguíneo/afim da vítima, responsável ou convivente contínuo ou esporádico, gozando da confiança da família” (BRASIL, 2002b), sendo utilizados como sinônimo os termos maus-tratos e violência familiar ou intrafamiliar. Trata-se da violência que ocorre no contexto, nas inter-relações e se estabelece como forma de comunicação familiar (ASSIS et al., 2009).

As características aqui apresentadas, relativas à violência doméstica de um modo global, dizem respeito ao tipo de violência, à habitualidade; à presença, sítio e grau das lesões; ao resultado do laudo do Exame de Corpo de Delito, ao encaminhamento para assistência médica e ao notificante.

Os fatores que desencadeiam, facilitam e perpetuam a violência doméstica contra crianças e adolescentes são inúmeros e dependem do tipo de violência. No

entanto, existe um fator que é comum a todas as situações: o abuso do poder do mais forte – o adulto, contra o mais fraco – a criança (ABRÁPIA, 2000).

- Tipos: física, sexual e múltipla

De acordo com os resultados obtidos, observa-se que os principais tipos de violência doméstica detectados contra crianças e adolescentes a partir do atendimento realizado no IML de Fortaleza, foram violência física, com 172 casos (50,1%) e sexual, com 167 casos (48,7%), distribuídos em valores muito próximos, não havendo diferença significativa entre ambos os tipos. Foram registrados somente quatro casos de violência múltipla (1,2%), em que três se constituíram de violência física e sexual, associadas e um de violência física e negligência (Figura 4.9).

Segundo ADED et al. (2006), a violência física e sexual são consideradas os tipos de abuso mais comuns contra crianças e de mais fácil detecção médico-legal. Dado que a comprovação médico-legal é obtida mediante a existência de vestígio que se materializa na descrição do exame pericial, tal fato, com frequência, é observado no caso da violência física, que geralmente resulta em lesões, porém o mesmo não se dá no abuso sexual que, na maioria das vezes, não evidencia marcas.

A literatura especializada considera esse dado – tipo de violência doméstica – muito mais um indicador do funcionamento dos Serviços de Atenção ao fenômeno do que a retratação do que ocorre realmente, já que a maioria dos casos sequer é notificada (LACRI, 2007). Portanto, é compreensível que os resultados aqui apresentados se restrinjam principalmente à violência física e sexual, uma vez que o estudo foi desenvolvido no IML, cuja função precípua é a realização da perícia médico-legal, com o objetivo de produzir prova material a serviço da justiça.

Em contrapartida, a constatação médico-legal dos casos de violência psicológica e de negligência mostra-se dificultada, aquela em função da subjetividade dos sinais comprobatórios e esta, porque implica na comprovação,

além das evidências físicas, dos critérios de omissão e cronicidade, que são mais bem evidenciados através de um acompanhamento clínico.

Apesar de não haver consenso na literatura sobre o tipo predominante de violência doméstica, alguns autores referem uma supremacia da violência física (DESLANDES, 1994a; GONÇALVES et al., 1999; BRITO et al., 2005; VANREL, 2008) sobre os demais tipos. Na prática, o que se observa é que a maior ocorrência de cada tipo está associada, sobretudo, ao serviço usado como fonte de pesquisa.

Assim é que, os resultados aqui encontrados coincidem com o de outros autores, que relataram um maior percentual de abuso físico em comparação com os outros tipos de violência doméstica (DESLANDES, 1994a; MARMO et al., 1999; CUNHA, 1998; GOMES et al., 1999; GONÇALVES et al., 1999; BRITO et al., 2005; LOPES e ROSENBERG, 2007; ROMARO e CAPITÃO, 2007 e VANRELL, 2008).

A constatação da violência física como o tipo predominante, poderia encontrar eco no padrão cultural de nossa sociedade que, através do poder disciplinador e autoritário do adulto sobre a criança/adolescente, busca a obtenção de disciplina e obediência (MARMO et al., 1995).

No entanto, dados estatísticos de diferentes municípios brasileiros, colhidos sob a supervisão do Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LACRI, 2007), dão conta de resultado diverso, evidenciando em primeiro lugar os casos de negligência (41,1%), seguido de violência física (31,0%), depois psicológica (16,6%) e por fim, violência sexual (10,9%). Resultados semelhantes, com predomínio de negligência seguida de violência física, foram constatados por LOPES e TAVARES JR (2000); PIRES ALD et al. (2005); COSTA et al. (2007).

Contrariamente a todos os outros estudos citados anteriormente, DE LORENZI et al. (2001), em análise de 100 casos atendidos no Ambulatório de Maus-Tratos de Município de Caxias do Sul, encontraram que o tipo de abuso predominante foi o sexual (59,0%), seguido de violência física (20%), depois emocional (5%), um pequeno percentual de negligência (1%) e a violência múltipla (15,0%).

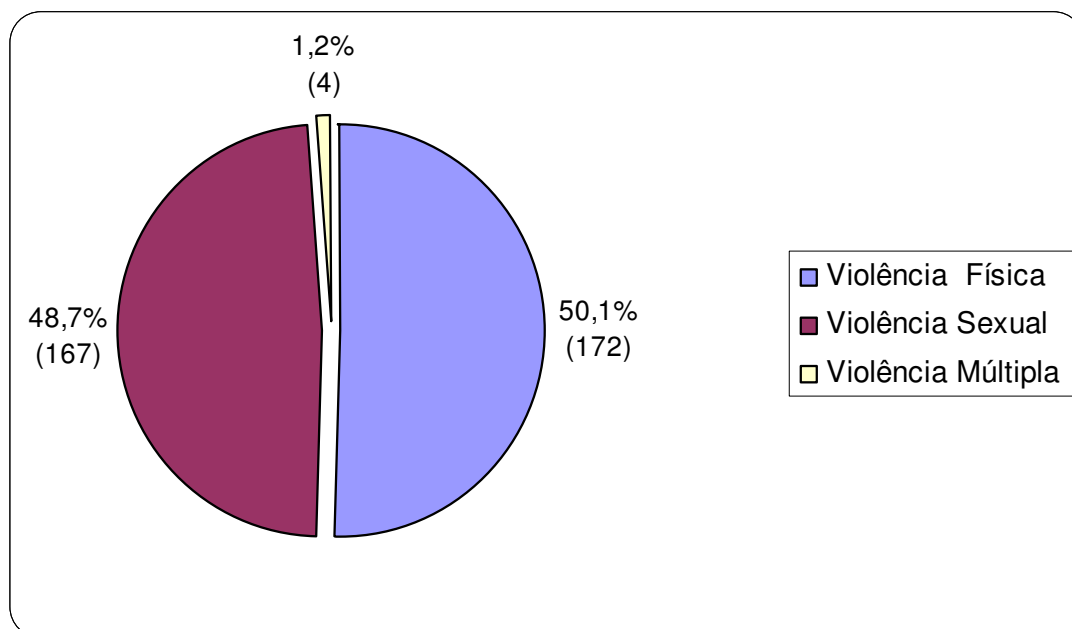
Tais distorções, acredita-se, poderiam ser explicadas, no todo ou em parte, pela ausência de critérios/indicadores de pesquisa, pela própria complexidade do tema, ou pela peculiaridade do sigilo neste tipo de evento que se reflete na subnotificação, ou ainda pela dificuldade de resgate das informações contidas em registros repletos de lacunas ou mesmo pela diversidade de fontes onde são coletados os dados da pesquisa, como já referido.

A todos esses fatores, pode-se aliar o fato de que no Brasil, é recente a conscientização da violência contra crianças e adolescentes a qual, passou a ser contemplada oficialmente, a partir da Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), mais especificamente em seu Art. 5 que explicita todas as formas de violência a que estão sujeitas crianças e adolescentes, inclusive no próprio lar, e contra as quais devem ser resguardadas.

Para demonstrar a grande dificuldade encontrada na comparação de resultados quando se utiliza diferentes fontes de dados, ASSIS (1998) apresentou estatísticas de três instituições que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência - Ambulatório de Atendimento à Família do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira, do Rio de Janeiro: físico (34,3%), sexual (30,3%), negligência (19,2%) e psicológico (16,2%); Secretaria Municipal do Rio de Janeiro: físico e sexual apresentaram mesmo percentual (32,4%), seguido de negligência (23,5%) e mais de um (10,3%); CRAMI de Campinas: agressões físicas (47,1%), seguidas de negligência/abandono (20,3%), im procedentes (16,2%), psicológico (10,8%) e sexual (5,5%). Desses resultados, os primeiros são compatíveis com os achados desta investigação.

Os dados sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes obtidos no IML de Fortaleza, durante o ano de 2006, com 171 casos de violência física e 155 casos de violência sexual (Tabela 1.5), quando comparados com os da presente pesquisa, que se referem somente ao segundo semestre de 2008, revelam um aumento significativo do número de casos. Tal fato poderia ser explicado pela maior visibilidade do problema ou pelo maior número de notificações, ou por ambos.

Figura 4.9 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo tipo de violência, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Habitualidade

Objetivando mensurar a condição de abuso reiterado, convencionou-se, neste estudo, denominar como habitualidade, a situação em que a vítima havia sofrido o abuso mais de quatro vezes ou por um período de tempo superior a um mês, contado do início do abuso até a notificação, conforme já referido na metodologia.

Na literatura sobre o tema, os estudos referem essa condição por meio de denominações diversas, mas com conotação similar. São elas: “reincidência” (DESLANDES, 1994a; ASSIS e SOUZA, 1995; ROMARO e CAPITÃO, 2007), “recidivante” (SANTORO JR, 1994; LOPES e TAVARES JR, 2000), “cronicidade” (SANTORO JR, 1994; BRITO et al., 2005), “frequência da violência no mesmo caso” (MARTINS, 2008), “repetição” (MARMO et al., 1995; FALEIROS, 1998; VANREL, 2008).

Assim, levando em consideração a definição atribuída, observa-se que a ocorrência de habitualidade, nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes aqui apresentados, mostrou-se elevada (71,7%) (Figura 4.10).

A ocorrência de vários fatores, juntos ou isolados, poderia explicar esta frequência elevada, dentre eles a proximidade entre agressor e vítima existente dentro do ambiente familiar, o uso histórico da agressão física como “medida disciplinadora”, a relação de dominação/inibição entre agressor e vítima, a conspiração do silêncio familiar perpetuando o ciclo da violência, a pouca idade da vítima que não permite reação, o temor das consequências que a revelação possa causar à família, a não notificação favorecendo a continuidade dos atos abusivos.

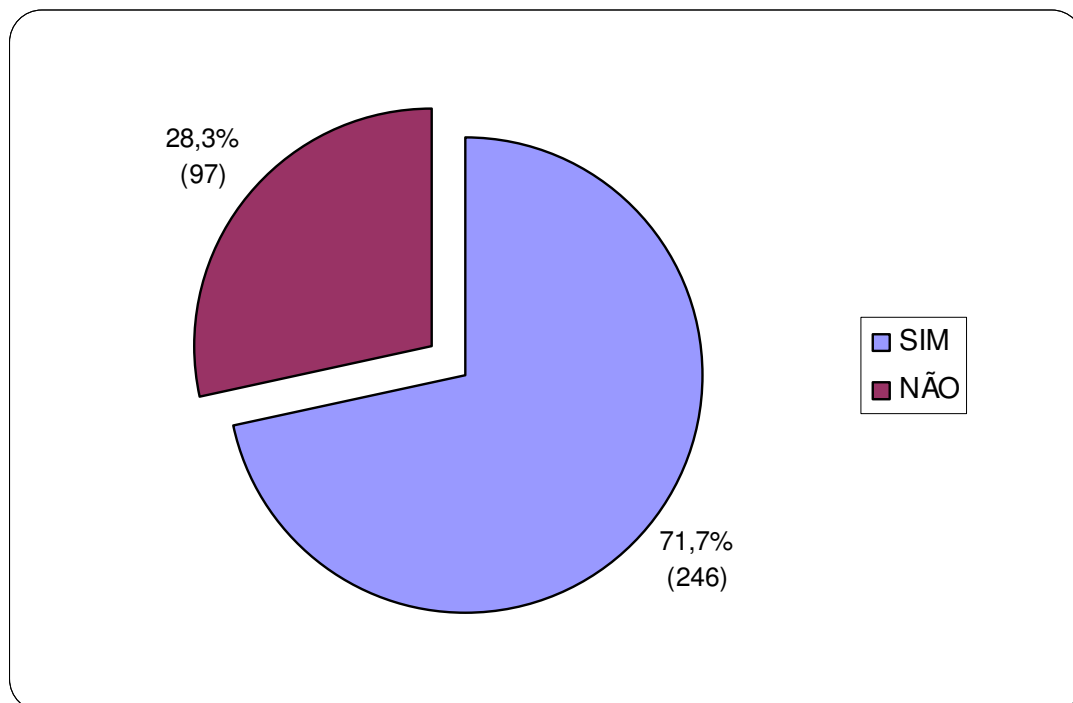
Segundo HIJAR-MEDINA et al. (2003), a associação de antecedentes de lesões prévias e violência familiar fala a favor de persistência de condições que possibilitam a perpetuação das agressões.

A situação “frequência da violência no mesmo caso”, definida por MARTINS (2008) para medir o número de vezes que a violência ocorre na mesma criança, comparada grosso modo com a habitualidade da presente pesquisa, revelou resultados ainda maiores nos dois anos estudados (2002 – 77,1%; 2006 – 85,1%).

No entanto, contrariamente ao que foi verificado no presente estudo, DESLANDES (1994a) encontrou um baixo percentual de reincidências notificadas (10,0% a 24,0% dos casos), cifra que foi atribuída, ou à eficácia da ação do serviço ou a não captação das reincidências.

Levando-se em conta a habitualidade e a idade da vítima de violência doméstica, observou-se que o menor percentual de habitualidade (50,8%) ocorreu na faixa etária de zero a quatro anos, não sendo significativo em relação à ausência de habitualidade (49,2%). Nas demais faixas etárias, esse percentual foi maior que 75,0%. Tal fato poderia ser explicado pela pouca idade das vítimas, que ainda não tiveram tempo de sofrer repetições de abusos, ou por serem mais indefesas.

Figura 4.10 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo a presença de habitualidade, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Presença, sítio, grau das lesões e laudo do Exame de Corpo de Delito

Como se observa na Tabela 4.14, de um total de 343 casos de violência doméstica, foi constatada a presença de lesão em 58,0% deles (199 casos). Levando-se em conta o sexo da vítima, verifica-se que, proporcionalmente, existe um maior número de lesões nas vítimas do sexo masculino (78,7%) que nas do sexo feminino (48,5%). Este resultado se deveu, provavelmente, em razão de que nos homens observa-se mais violência física, que concorre com um maior número de lesões que o abuso sexual, que, por sua vez, acomete, sobretudo, as mulheres e, apesar de causar danos psíquicos maiores, muitas vezes se configura em carícias, manipulações, etc., que não deixam marcas visíveis.

Dentre as lesões detectadas nesta casuística, constatou-se que a grande maioria (97,5%) apresentava grau leve (Tabela 4.15), indicando que não acarretou transtornos à saúde física da vítima, dado que, segundo a legislação, é assim considerada quando “não causa incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias”. Segundo a OMS (2002b), no entanto, atualmente existem evidências de que a maior parte das doenças encontradas nos adultos está relacionada a experiências de abuso durante a infância, sendo os danos associados ao tipo de abuso, ao tempo de duração e à idade da vítima quando o abuso se iniciou.

A dificuldade em se comparar este achado com o de outros estudos poderia ser explicada pelo fato das estatísticas oficiais, em geral, revelarem pouco sobre os padrões de abuso infantil, o que se dá em função da falta de um sistema legal ou social com responsabilidade específica de registrar os casos de abuso (OMS, 2002b).

Tabela 4.14 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o sexo da vítima e a presença de lesão, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Sexo da vítima	Com lesão		Sem lesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	85	78,7	23	21,3	108	100,0
Feminino	114	48,5	121	51,5	235	100,0
Total	199	58,0	144	42,0	343	100,0

Tabela 4.15 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo a presença e o grau da lesão e o tipo de violência, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Lesão/ Grau	Tipo de violência						Total	
	Física		Sexual		Múltipla		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem lesão	-	-	144	86,2	-	-	144	42,0
Com lesão	172	100,0	23	13,8	4	100,0	199	58,0
Leve	(168)	(97,7)	(22)	(95,7)	(4)	(100,0)	(194)	(97,5)
Grave	(4)	(2,3)	(1)	(4,3)	(-)	(-)	(5)	(2,5)
Total	172	100,0	167	100,0	4	100,0	343	100,0

Nota: Os números entre parênteses referem-se aos casos em que houve lesão.

A distribuição dos casos de violência doméstica segundo o segmento corporal afetado (Tabela 4.16) mostra, para vítimas de ambos os sexos, lesões disseminadas por todo o corpo, com localização preferencial nos membros, que analisada isoladamente aparece em 36,2% dos casos (72) e em associação com outros segmentos corporais, ocorre em 42,7% (85 casos).

Também ASSIS E SOUZA (1995), estudando as agressões físicas de um modo geral, contra crianças e adolescentes, encontraram maior proporção de lesões nos membros (42,0%). MARTINS (2008) encontrou, dentre os segmentos corporais afetados, maior percentual em múltiplas regiões (36,4% em 2002 e 28,7% em 2006), sendo o comprometimento dos membros (25,9% em 2002 e 27,3% em 2006) inferior ao do presente estudo.

Como mostra a Tabela 4.17, a distribuição do número de lesões por segmento corporal afetado evidencia que o maior percentual foi detectado nos membros (51,3%), seguido do tórax (18,3%) e cabeça (18,0%), depois genitais/perianal (8,5%) e abdome (3,9%), resultando em uma relação de 1,5 lesões por cada vítima afetada. Quando se leva em conta o sexo da vítima, constata-se que os membros foram afetados, nos homens, em 47,9% dos casos e nas mulheres, em 54,2%, observando-se uma relação de 1,65 lesões por cada vítima do sexo masculino e 1,46 do sexo feminino (Figura 4.11).

O achado dos membros como segmento corporal mais afetado poderia ser explicado pela sua utilização instintiva de defesa, o que os colocaria mais à mostra, portanto, mais passíveis de serem afetados.

LOPES e TAVARES JR (2000), estudando 57 casos de maus-tratos internados em hospital, verificaram que as lesões mais frequentes são as fraturas, sendo os ossos longos os mais atingidos em função de sua utilização como mecanismo de defesa.

Especialistas em Medicina Legal inferem que as lesões de partes moles ocorrem em 80 a 100% dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, mas, contrariamente ao que aqui foi apresentado, apontam a cabeça como local preferencial para a distribuição dessas lesões (KEMPE et al., 1962; TEIXEIRA, 2008; VANREL, 2008).

Essa divergência de resultados pode estar relacionada ao fato de que no presente estudo, a fonte de dados, tendo emergido dos casos não fatais atendidos no IML, apresenta uma maior frequência de lesões cuja gravidade é de menor escala (leve). Em geral, lesões na cabeça resultam em maior gravidade, sendo por isso encaminhadas ao serviço de saúde, onde frequentemente dão entrada com conotação de “acidentais”, lembrando que, como os agressores mais frequentes são pai e mãe, pode-se ter, como hipótese, que o objetivo, talvez, não tenha sido o de causar lesões graves.

Dentre os casos de violência doméstica, cinco foram considerados graves, sendo quatro de violência física e um de abuso sexual, que serão descritos mais adiante, ao se tratar do tipo específico da violência. Vale destacar que a caracterização de grave se relaciona com o que preceitua o Código Penal Brasileiro (ALCÂNTARA, 2006):

“Artigo 129 – Lesão corporal de natureza grave,

§ 1.º - se resulta:

I - incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias”.

Tabela 4.16 – Distribuição dos casos de violência doméstica com lesão, segundo o segmento corporal afetado e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Segmento corporal afetado	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cabeça	5	2,5	4	2,0	9	4,5
Cabeça + tórax	1	0,5	1	0,5	2	1,0
Cabeça + tórax + abdome	1	0,5	-	-	1	0,5
Cabeça + tórax + abdome + membros	2	1,0	-	-	2	1,0
Cabeça + tórax + membros	5	2,5	3	1,5	8	4,0
Cabeça + abdome + membros	2	1,0	-	-	2	1,0
Cabeça + membros	11	5,5	19	9,6	30	15,1
Cabeça + genitais	-	-	1	0,5	1	0,5
Tórax	2	1,0	1	0,5	3	1,5
Tórax + abdome	1	0,5	-	-	1	0,5
Tórax + abdome + membros	-	-	2	1,0	2	1,0
Tórax + membros	19	9,6	18	9,0	37	18,6
Membros	27	13,6	45	22,6	72	36,2
Membros + abdome	1	0,5	3	1,5	4	2,0
Genital/perianal	8	4,0	17	8,6	25	12,6
Total	85	42,7	114	57,3	199	100,0

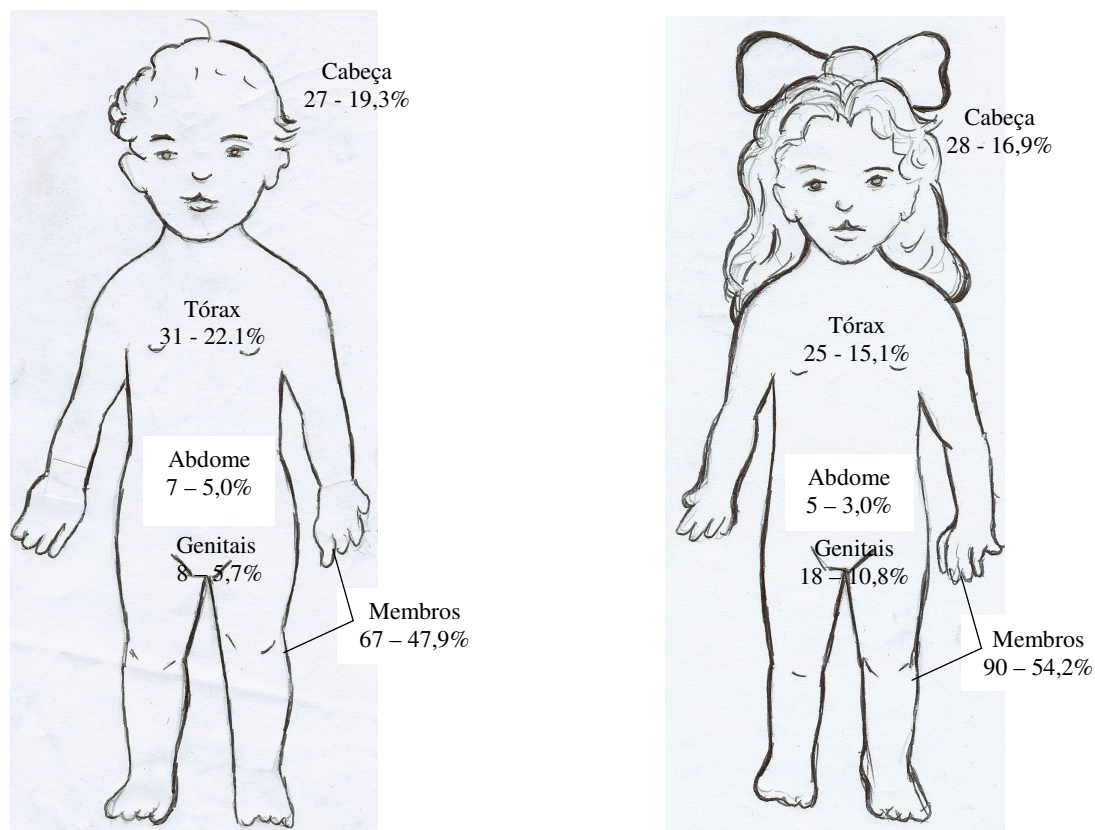
Nota: do total de 343 casos, foram excluídos 144 que não apresentaram lesão, sendo 23 do sexo masculino e 121 do sexo feminino.

Tabela 4.17 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o número de lesões por segmento corporal afetado e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Segmento corporal	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cabeça	27	8,9	28	9,1	55	18,0
Tórax	31	10,1	25	8,2	56	18,3
Abdome	7	2,3	5	1,6	12	3,9
Membros	67	21,9	90	29,4	157	51,3
Genitais/perianal	8	2,6	18	5,9	26	8,5
Total	140	45,8	166	54,2	306	100,0

Nota: do total de casos de violência doméstica com lesão (n=199), foram detectadas 306 lesões.

Figura 4.11 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o número de lesões por segmento corporal afetado e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



A perícia médico-legal é definida como a sindicância realizada pelo médico para esclarecer à Justiça os fatos de natureza específica e caráter permanente, em cumprimento à determinação de autoridades competentes (CROCE e CROCE JR, 2009). Quando a perícia médico-legal objetiva evidenciar vestígios deixados por um fato criminoso chama-se Exame de Corpo de Delito. O laudo de Exame de Corpo de Delito registra a existência (diz-se positivo) ou a inexistência (diz-se negativo) do delito e tem como objetivo demonstrar a materialidade do crime.

No presente estudo, o resultado do exame médico-legal foi definido como positivo ou negativo. O exame foi considerado positivo mediante a existência de lesão e negativo, quando da inexistência da lesão.

Como se verifica na Tabela 4.18, levando-se em conta o total de casos de violência doméstica sem especificar o tipo, constata-se que em 58,0% dos casos (199) o laudo foi positivo, o que se justifica em função do peso atribuído à violência física, que evidenciou presença de lesão em todos os seus 172 casos.

Tabela 4.18 – Distribuição dos casos de violência doméstica, segundo o resultado do exame de corpo de delito e o tipo de violência doméstica, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Exame Corpo de Delito	Tipo de violência						Total	
	Física		Sexual		Múltipla		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Negativo	-	-	144	86,2	-	-	144	42,0
Positivo	172	100,0	23	13,8	4	100,0	199	58,0
Total	172	100,0	167	100,0	4	100,0	343	100,0

- Encaminhamento para assistência médica

Neste estudo, convencionou-se denominar “Encaminhamento para assistência médica” aqueles casos que mostravam algum indício de necessitar de assistência médica, com ou sem internação, como por exemplo, sutura de ferida aberta, imobilização de membro e outros.

Como já referido e mostrado anteriormente na Tabela 4.15, dentre os 199 casos de violência doméstica com lesão, 194 apresentaram grau leve (97,5%), o que explicaria o fato de que a maioria (84,4%) dos casos não necessitou ser encaminhada para assistência médica (Tabela 4.19). Levando-se em conta o sexo da vítima, verifica-se que, nos casos de violência contra o sexo feminino, a frequência de encaminhamento para assistência foi maior (16,7%) que nos do sexo masculino (14,1%).

Resultado similar foi observado por CAVALCANTI (1999), estudando os casos registrados no Conselho Tutelar de Niterói que, apesar de elevada proporção de ignorado para esse critério (42,2%), constatou que 16,4% das vítimas necessitaram de atenção em serviço de saúde.

Outros estudos sobre o tema apontaram dificuldades em esclarecer este critério, uma vez que os registros analisados apresentavam falhas incorrendo em prejuízo quanto às informações (ROMARO e CAPITÃO, 2007; MARTINS, 2008).

Tabela 4.19 – Distribuição dos casos de violência doméstica com lesão, segundo o encaminhamento para assistência médica e o sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Encaminhamento para assistência médica	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	12	14,1	19	16,7	31	15,6
Não	73	85,9	95	83,3	168	84,4
Total	85	100,0	114	100,0	199	100,0

Nota: dos 343 casos de violência doméstica, foram excluídos 144 casos que não apresentavam lesão.

- Notificante

O notificante é o sujeito que, ao tornar pública a violência que está protegida pelo “sagrado ambiente familiar”, possibilita uma ruptura no ciclo do abuso, impedindo assim sua manutenção, minimizando os seus efeitos deletérios e prevenindo repercussões futuras na saúde da criança e do adolescente. Daí a importância não só de se caracterizar este elemento, que tem papel relevante na proteção dessas vítimas, como também de identificar a existência de lacunas no ato de notificar, sobretudo no que diz respeito aos profissionais de saúde e de educação,

que, por seu foro privilegiado no contato com essas vítimas, teoricamente deveriam estar mais aptos na percepção desses casos, dando lugar à subsequente notificação.

Com relação a “quem fez a notificação”, é importante observar que foi significativa a participação da mãe como notificante, tendo concorrido com 166 casos de violência doméstica (48,4%). Os demais notificantes apresentaram proporções bem menores, como o Conselho Tutelar e parentes (cerca de 12,0% cada um), os vizinhos (8,7%), o pai (7,0%), anônimo (5,2%), a própria vítima (4,1%), profissionais de educação e ambos os pais (1,7% e 1,2%, respectivamente) (Figura 4.12). Este resultado poderia ser explicado pela função que a mãe exerce de proteção aos filhos, motivando-lhe a notificação em caráter de denúncia aos órgãos policiais, num franco pedido de ajuda.

CAVALCANTI (1999) e MARTINS (2008) encontraram resultado semelhante ao do presente estudo, tendo detectado a mãe como principal notificante, porém com percentuais mais baixos, de 29,0% e 26,8% respectivamente.

Observa-se que, dentre os notificantes, não foi detectado nenhum profissional de saúde e mesmo os profissionais da área de educação mostraram um baixo percentual de notificação (1,7%), o que suscita várias hipóteses para explicar o fato: desconhecimento do problema e/ou da obrigatoriedade instituída pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em notificar tanto os casos suspeitos como confirmados, temor de envolvimento com a justiça ou de confronto com a família, desinformação no que tange a quem e como encaminhar ou até mesmo descrença na capacidade resolutiva dos equipamentos sociais e jurídicos.

Contrariamente a este resultado, MARTINS (2008) encontrou percentuais de notificações feitas por profissional de saúde da ordem de 19,9% e 23,7%, respectivamente nos anos de 2002 e 2006, o que não é observado na literatura como prática corrente.

Para OLIVEIRA (2002), os profissionais de saúde, médicos, contribuem indiretamente com o “pacto do silêncio” que gravita no contexto dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, na medida em que, por omissão do sistema, não estão preparados para essa realidade pungente que sofrem as crianças e adolescentes.

Segundo ASSIS e SOUZA (1995), no contexto da violência doméstica, o profissional de saúde se enquadra em duas situações em sua prática diária, que

incorrem na não notificação: a não detecção da violência por desconhecimento do assunto ou a percepção da violência velada, seguida da não intervenção, sob alegação de não se tratar de um problema de saúde.

Vale ressaltar a importância da notificação anônima que, nesta casuística, teve um percentual baixo (5,2%), pois apesar de eivada de falhas, cumpre seu papel em desencadear, junto aos conselhos tutelares, um processo investigativo para apurar a veracidade dos fatos. Em tese, acredita-se que entre notificação anônima e nenhuma, opta-se pela primeira que, de certa forma, combate a inércia que permeia esses casos.

Para referendar essa tese, GONÇALVES et al. (1999), analisando os casos atendidos pelo SOS criança da cidade do Rio de Janeiro, encontraram uma correlação entre o aumento percentual de denúncias anônimas e de denúncias confirmadas, sugerindo que o anonimato pode se configurar como fator de proteção à vítima de maus-tratos. Pode-se acrescentar que esse anonimato, além de proteger a vítima, protege também o notificante.

Por outro lado, para DE LORENZI et al. (2001), a notificação anônima dificulta a obtenção de informações detalhadas que possibilitariam confirmar a agressão.

PIRES JM et al. (2005), em seu estudo “Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis”, detectaram um elevado percentual desses profissionais notificando aos órgãos de proteção à infância (78,7%) mas também, com temor em serem penalizados pelo ato de notificar (94,6%) e destacaram, como fatores associados à não-notificação, o grau de conhecimento insuficiente sobre o assunto e o fato de trabalharem no setor exclusivamente privado.

DESLANDES (1994a), estudando os vários Cramis do Estado de São Paulo, encontrou cifras bem distintas das aqui apresentadas, tendo como principais notificantes a própria família (sem identificar qual membro foi responsável pela notificação), anônimos, comunidade (que neste estudo convencionou-se denominar “vizinho”) e serviços de saúde (cujas participações variaram de 7% a 24%) e educação (de 4% a 10%).

Para MARMO et al. (1994), quando sobre a violência não há intervenção externa, leia-se “notificação”, seu ciclo poderá se reproduzir infindavelmente,

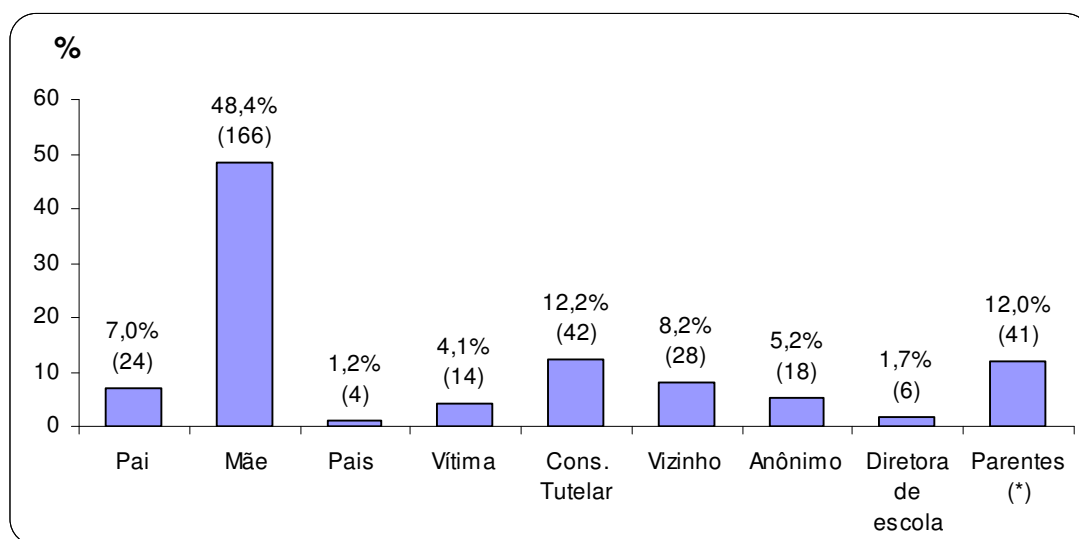
sobretudo porque o agressor, via de regra, conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família, que assume uma postura de omissão para não se comprometer com a vítima.

Segundo GONÇALVES e FERREIRA (2002), o ato da notificação no combate à violência além de produzir benefícios, também cumpre seu papel no controle epidemiológico desse evento. Além disso, as autoras listam algumas dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam no ato de notificar, como dificuldades no reconhecimento da violência, temor à quebra do sigilo profissional e insuficiência resolutiva dos Conselhos Tutelares.

Há que se considerar, ainda, as implicações éticas resultantes do ato de notificar, trazidas à tona pelo trabalho desenvolvido por FERREIRA e SCHRAMM (2000), que alertam para o aspecto da interferência que a notificação causa na dinâmica familiar, a qual, apesar de necessária na assistência aos casos de violência doméstica, nem sempre é bem aceita pela família e, algumas vezes, nem mesmo pela própria vítima, e concluem que cabe ao Estado o dever *prima facie* de intervenção para proteger crianças de situações seriamente danosas para elas.

Em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil deu um passo significativo na prevenção dos maus-tratos e na promoção da proteção, além de contribuir sobremaneira com a prática dos profissionais, ao publicar o manual “Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: um passo a mais na cidadania em saúde” (BRASIL, 2002a) que, de forma didática, apresenta uma síntese de proposições para auxiliar os profissionais de saúde no manejo desses casos.

Figura 4.12 – Distribuição dos casos de violência doméstica segundo o notificante, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Parentes: avó, tio, tia, irmã, prima, madrasta.

Importante aspecto a ser estudado é o relativo ao notificante em função de quem é o agressor. A Tabela 4.20 apresenta a inter-relação entre o agressor e o notificante, evidenciando que a mãe, enquanto notificante mais frequente, atuou, principalmente, quando o agressor foi outros familiares (71,6%), a madrasta (71,4%), o pai (57,8%) e o padrasto (46,3%). Já os casos em que a mãe foi o agente agressor foram notificados principalmente pelo Conselho Tutelar (29,8%), por vizinho e parente (22,8% cada) e pelo pai (21,1%), que registrou o maior percentual de notificações quando a mãe foi o agente agressor.

A expressiva interface entre pai e mãe, atuando em lados opostos, ora como notificante, ora como agressor, deve alertar para a existência de possível litígio entre ambos, que estariam usando a criança/adolescente para a obtenção de seus objetivos, em detrimento da saúde física e mental de seus filhos.

Tabela 4.20 – Distribuição de casos de violência doméstica segundo o notificante e o agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Notificante	Agressor													
	Pai		Mãe		Padrasto		Madrasta		Outros ^(**) familiares		Outros ^(***)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pai	-	-	12	21,1	8	9,8	-	-	3	3,7	1	14,3	24	7,0
Mãe	63	57,8	-	-	38	46,3	5	71,4	58	71,6	2	28,6	166	48,4
Pais	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,5	2	28,6	4	1,2
Vítima	3	2,7	2	3,5	3	3,6	-	-	5	6,2	1	14,3	14	4,1
Conselho	12	11,0	17	29,8	10	12,2	-	-	3	3,7	-	-	42	12,2
Tutelar														
Vizinho	6	5,5	13	22,8	8	9,8	-	-	1	1,2	-	-	28	8,2
Anônimo	4	3,7	-	-	7	8,5	2	28,6	4	4,9	1	14,3	18	5,2
Diretor Escola	6	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1,7
Parente ^(*)	15	13,8	13	22,8	8	9,8	-	-	5	6,2	-	-	41	12,0
Total	109	100,0	57	100,0	82	100,0	7	100,0	81	100,0	7	100,0	343	100,0

Nota: ^(*) Parente: avó, tio, tia, irmã, prima, madrasta.

^(**) Outros familiares: avô, avó, tio, tia, irmão, primo.

^(***) Outros: babá, cunhado, companheira da mãe.

4.2 PARTE II – TIPOS DE VIOLÊNCIA

4.2.1 Violência Física

No presente estudo, foi utilizada, como já referido, a definição de violência ou maus-tratos físicos como “o uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes” (SBP, 2001; SOUZA E MELLO JORGE, 2004).

Para AZEVEDO e GUERRA (1989), é difícil conceituar violência ou maus-tratos físicos, sobretudo em função da cultura da sociedade atual onde os castigos são práticas correntes utilizadas como medidas educativas e disciplinadoras, cujo limiar para o exagero é indefinido. Segundo CAVALCANTI (1999), no Brasil, além do castigo físico ser legitimado como mecanismo disciplinador, em alguns casos as próprias vítimas não se consideram como alvo de violência, justificando a “intenção educativa” dos pais ou responsáveis. Para CAMARGO (1996), tanto vítimas como agressores assimilam a violência física familiar como medidas disciplinadoras, somente identificando como ato violento aquele que extrapola os limites da normalidade.

Noutras situações, a maioria das vítimas justifica o abuso pelo estresse do trabalho dos pais ou por sua própria falta de limites e rebeldia, chegando a afirmar que os pais têm direito de bater, numa clara demonstração de aceitação social da violência com finalidade educativa (ASSIS e DESLANDES, 2004).

Segundo a maioria dos autores, dentre os tipos de violência doméstica este é o mais frequente (ASSIS, 1994; DESLANDES, 1994b; CUNHA, 1998; CAVALCANTI, 1999; GOMES et al., 1999; GONÇALVES et al., 1999; MARMO et al., 1999; BRITO et al., 2005; ROMARO e CAPITÃO, 2007; MARTINS, 2008), tendo apresentado, nesta casuística, 172 casos (50,1%), o que representa uma

diferença não significativa em relação ao segundo tipo mais frequente, a violência sexual, que apresentou 167 casos (48,7%).

4.2.1.1 Características da Vítima

As vítimas são caracterizadas segundo o sexo e idade, escolaridade e com quem e onde moram.

- Sexo e idade

Dentre os casos de violência física, de acordo com a Tabela 4.21, observa-se uma distribuição harmônica em relação ao sexo da vítima, com 95 vítimas do sexo feminino (55,2%) e 77 do sexo masculino (44,8%). Estes percentuais demonstram que a variável sexo da vítima não é determinante para a ocorrência de violência física, o que é confirmado nos estudos de MARCOVICH (1985); CAVALCANTI (1999); PASCOLAT et al. (2001); VIZCARRA et al. (2001); BRITO et al. (2005) e MARTINS (2008).

A análise da distribuição dos casos de violência física por idade apresenta um maior percentual de casos na faixa etária de 10 a 14 anos (31,4% - 54 casos), seguido de perto pela faixa seguinte, de 15 a 19 anos (30,3% - 52 casos), totalizando 106 casos de violência física entre os adolescentes (61,7%), o que se mostra significativo em relação aos 66 casos infantis (38,3%). Resultado similar foi obtido por CAMARGO (1996), que encontrou faixa etária predominante entre 12 e 15 anos, e CAVALVANTI (1999), que observou a maior frequência de abuso físico, cerca de 50,0%, dos 10 aos 14 anos.

Tal fato revela-se surpreendente, pois a expectativa, segundo outros estudos (MARCOVICH, 1985; GONZÁLEZ BRENES, 2001; PASCOLAT et al., 2001; VIZCARRA et al., 2001; MARTINS, 2008), é de que quanto menor a idade, maior o

risco de ser agredido, pelas peculiaridades próprias da infância, que apresenta menor capacidade de defesa, maior dependência, fragilidade e vulnerabilidade.

Por outro lado, o resultado aqui apresentado levanta a hipótese de que as vítimas com idades mais avançadas teriam mais autonomia e maior condição de defesa, o que daria mais visibilidade ao ato abusivo perpetrado contra elas além de inibir a ação do agressor.

Para ASSIS E DESLANDES (2004) o abuso físico tem características bem definidas, são mais fáceis de serem verificadas em crianças pequenas e quando a vítima é adolescente, é mais vulnerável a agressões mais graves, porém como apresenta mais condição de reagir, tende a impedir a repetição dos castigos.

A distribuição dos casos de violência física em relação ao sexo e faixa etária da vítima permite visualizar uma uniformidade quanto ao sexo das vítimas, na faixa de zero a 14 anos, a partir da qual se verifica uma predominância de vítimas do sexo feminino (Figura 4.13). Tal achado se confirma na análise da relação feminino/masculino (F/M), que se mostra muito próxima nas três faixas etárias iniciais (0 a 4, 5 a 9 e 10 a 14 anos), sendo porém, nitidamente maior na faixa etária de 15 a 19 anos, onde as vítimas do sexo feminino foram afetadas 2,7 vezes mais que as do sexo masculino (Tabela 4.21).

No entanto, quando se analisa a proporção de vítimas sobre o total acometido em cada sexo, conforme se observa na Figura 4.14, observa-se que nas faixas etárias de 0 a 4, 5 a 9 e 10 a 14 anos, houve um maior percentual de casos entre os homens, que foi superado pelas mulheres somente na faixa etária de 15 a 19 anos. Achado semelhante foi verificado por CAVALCANTI (1999), que suscitou a hipótese desses resultados expressarem uma maior capacidade de defesa do homem em idade mais avançada, em função de sua força física, em detrimento da fragilidade da mulher.

A idade média das vítimas de violência física foi de 10,7 anos. Levando-se em conta o sexo das vítimas, constata-se que o sexo masculino apresenta uma idade média de 9,4 anos, portanto inferior à do sexo feminino que é de 11,8 anos. Este resultado poderia estar relacionado ao fato da vítima do sexo masculino desenvolver mais precocemente seus mecanismos de defesa, diminuindo assim, as agressões perpetradas contra si.

Tabela 4.21 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo da vítima e razão F/M , IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa Etária (em anos)	Masculino		Feminino		Total		Razão F/M
	N	%	N	%	N	%	
0 a 4	14	8,2	15	8,7	29	16,9	1,1
5 a 9	22	12,7	15	8,7	37	21,4	0,7
10 a 14	27	15,7	27	15,7	54	31,4	1,0
15 a 19	14	8,2	38	22,1	52	30,3	2,7
Total	77	44,8	95	55,2	172	100,0	1,2

Figura 4.13 - Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

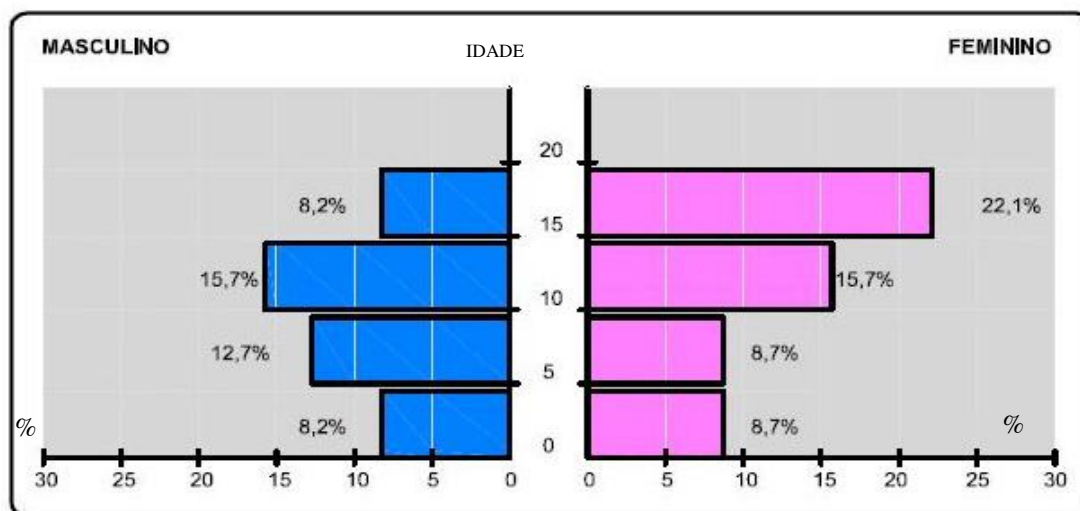
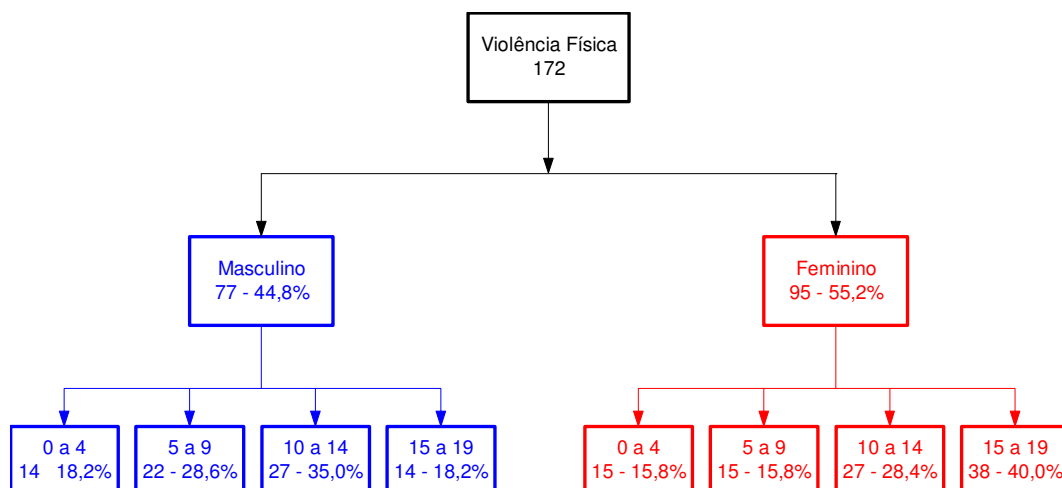


Figura 4.14 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o sexo e a faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: Percentual calculado sobre o total de cada sexo.

- Escolaridade

Para o cálculo da escolaridade (medida em anos de estudo) das vítimas de violência física, foram computados somente os casos a partir de cinco anos de idade, o que resultou num total de 143 casos.

Segundo a Tabela 4.22, as vítimas de violência física apresentaram maior percentual de escolaridade entre 4 e 7 anos de estudo (35,0% - 50), seguida de 8 a 11 (32,8% - 47). Levando-se em conta a idade da vítima observa-se que as vítimas da faixa etária mais avançada (15 a 19 anos) apresentaram escolaridade proporcionalmente maior, de 8 a 11 anos de estudo (25,1% - 36). Esse padrão de comportamento da escolaridade reproduz o mesmo observado na análise da violência doméstica global, acreditando-se, da mesma forma, que a baixa escolaridade das vítimas corresponda à sua pouca idade.

PASCOLAT et al. (2001), estudando especificamente a violência física na criança, encontraram resultado semelhante ao apresentado neste estudo, quanto à escolaridade da vítima que mostrou-se compatível com sua idade.

Para GONZÁLEZ BRENES (2001), o maior acesso à educação é reconhecido como fator social de proteção, na prevenção aos abusos físicos contra crianças.

Foram encontrados poucos estudos tratando especificamente da violência física que abordassem esta variável, o que impossibilitou uma análise comparativa mais aprofundada com os resultados aqui encontrados. Tal fato faz supor que esta lacuna decorreria do elevado percentual de falha nos registros das instituições que prestam atendimento a essas vítimas, que são frequentemente utilizados como fonte de pesquisa.

Tabela 4.22 – Distribuição dos casos de violência física segundo escolaridade (anos de estudo) e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	Faixa Etária							
	5 a 9		10 a 14		15 a 19		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum	10	7,0	-	-	-	-	10	7,0
1 a 3	26	18,2	4	2,8	1	0,7	31	21,7
4 a 7	1	0,7	39	27,3	10	7,0	50	35,0
8 a 11	-	-	11	7,7	36	25,1	47	32,8
12 a +	-	-	-	-	4	2,8	4	2,8
Ignorada	-	-	-	-	1	0,7	1	0,7
Total	37	25,9	54	37,8	52	36,3	143	100,0

Nota: Excluídos 29 casos da faixa etária 0 e 4 anos.

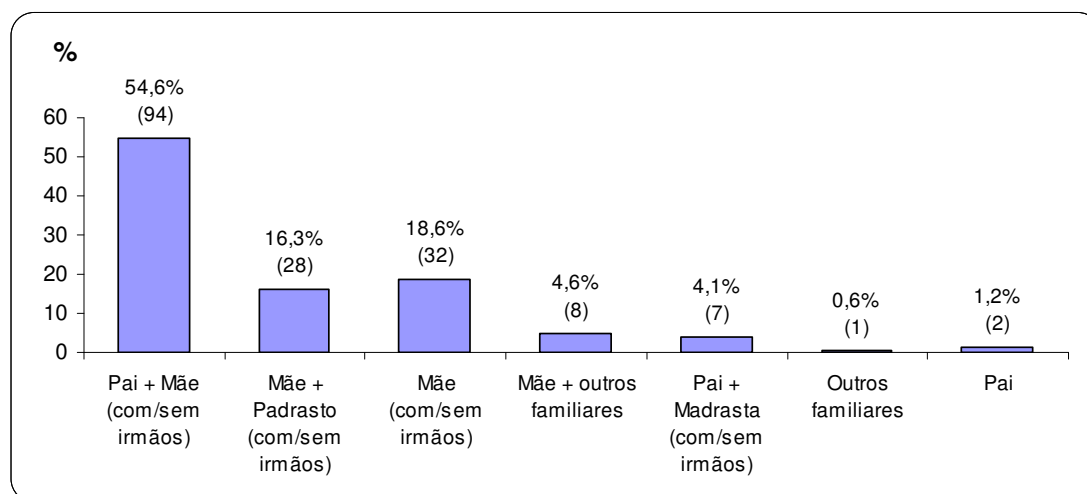
- Com quem e onde mora

A maioria das vítimas de violência física (94) morava com ambos os pais (54,6%), compondo a denominada família nuclear, contra 78 casos de vítimas de família não nuclear (37,8%) (Figura 4.15). No entanto, essa diferença não se mostrou significativa para a ocorrência de violência física, o que é discordante da literatura internacional que refere que famílias de pais solteiros corriam risco significativamente maior de abuso que aquelas constituídas por ambos os pais (OMS, 2002b).

Confirmando os dados da literatura, PASCOLAT et al. (2001) citam o divórcio dos pais como um fator de risco familiar para a ocorrência de agressão física. Já para GONZÁLEZ BRENES (2001), além do divórcio, são considerados fatores de risco quanto à estrutura familiar, famílias reconstituídas e monoparentais. DELUQUI (1985) aponta o desajuste conjugal como uma situação patológica que somente esclarece o fenômeno da agressão grosso modo, mas adianta ser impossível formular a agressividade dos pais em uma única teoria, devendo cada caso ser estudado em todo seu contexto.

Desse modo, os resultados da presente investigação fazem supor que, para este grupo, especificamente, outros fatores estejam concorrendo para a ocorrência da prática de atos abusivos, uma vez que a complexidade do fenômeno remete à interação de vários fatores na sua consecução, sendo mandatória a sua análise sob diferentes ângulos.

Figura 4.15 – Distribuição dos casos de violência física segundo com quem mora a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



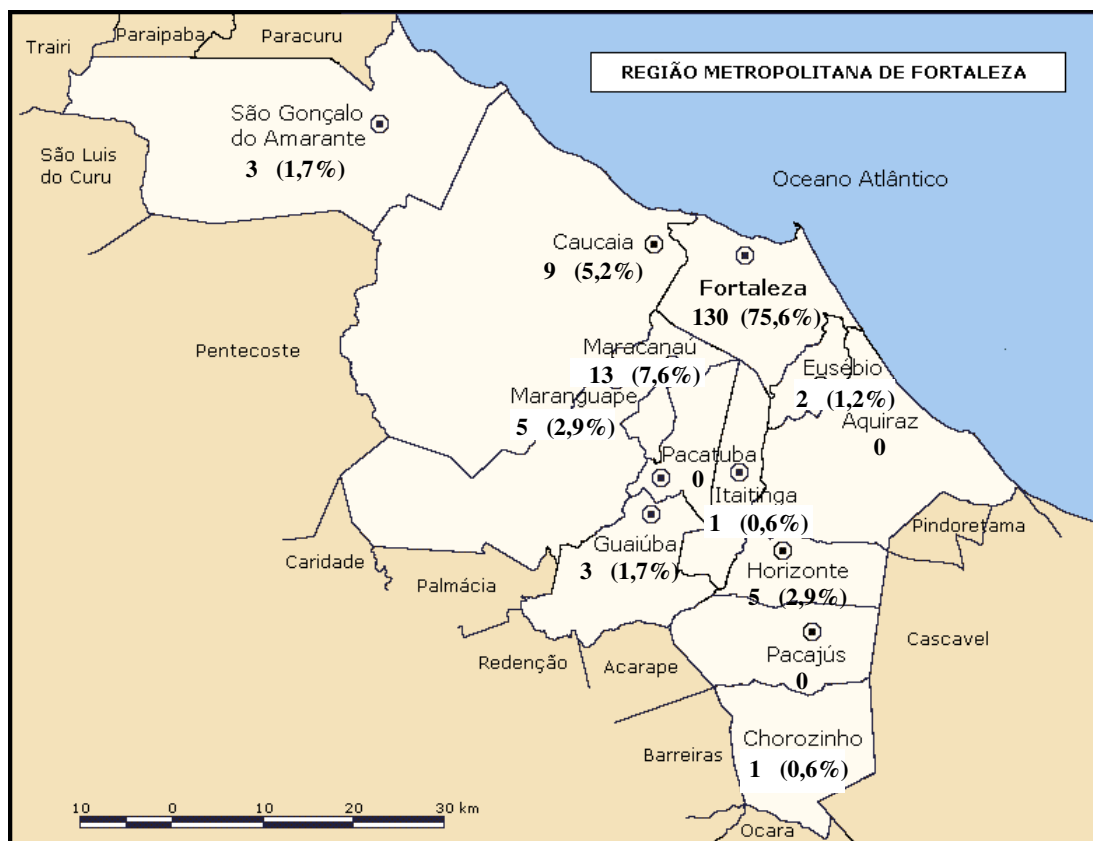
Nota: (*) Avós e tios.

Dentre as vítimas de violência física, a maioria residia no Município de Fortaleza (75,6%), onde se localiza a sede do IML (Figura 4.16). Este resultado poderia ser explicado pelo fato de se tratar do município mais populoso da RMF.

Por outro lado, a maior taxa de prevalência de violência física – 60,7/100 mil habitantes, detectada neste estudo, foi no município de Guaiúba, distante 38 km de Fortaleza e a menor – 11,8/100 mil habitantes, foi no município de Caucaia, o mais próximo de Fortaleza (16,5 km) e segundo mais populoso da RMF. Fortaleza apresentou uma taxa de prevalência de 26/100 mil habitantes, muito próxima da que foi observada na RMF – 23,7/100 mil habitantes (Quadro 4.2).

Essas diferentes taxas de prevalência poderiam ser explicadas em função de que elas são maiores na medida em que se detecta e notifica mais os casos de violência contra criança e adolescente. Assim, levanta-se a hipótese de que os municípios com taxas menores poderiam estar deixando de reconhecer e/ou notificar seus casos, donde se conclui que, nos municípios onde as taxas de prevalência são maiores, não significa que a violência também seja maior.

Figura 4.16 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o município de residência da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Quadro 4.2 – Distribuição dos casos de violência física segundo o município de residência da vítima, a distância de Fortaleza (medida em Km), a população total (2008), a população de 0 a 19 anos (2008), a taxa de prevalência por 100 mil habitantes e o IDH (2000), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Municípios RMF	N	Distância de Fortaleza (km)	Pop. Total (2008)	Pop. 0 – 19 (2008)	Taxa Prevalência/ 100 mil hab.	IDH (2000)
Fortaleza	130	-	2.473.614	999.665	26,0	0,78
Caucaia	9	16,5	326.811	151.811	11,8	0,72
Eusébio	2	17,7	40.426	16.285	24,5	0,68
Maracanaú	13	20,0	199.808	91.899	28,3	0,73
Aquiraz	-	24,7	70.439	26.379	-	0,67
Itaitinga	1	29,1	32.382	12.585	15,9	0,68
Maranguape	5	30,0	108.525	42.524	23,5	0,73
Pacatuba	-	32,0	70.018	26.681	-	0,54
Guaiúba	3	38,0	23.502	9.879	60,7	0,65
Horizonte	5	42,1	52.488	21.169	47,2	0,67
Pacajús	-	51,1	58.281	22.909	-	0,67
SG Amarante	3	59,1	42.311	17.274	34,7	0,63
Chorozinho	1	66,1	18.770	7.588	26,3	0,63
RMF	172	-	3.517.375	1.451.176	47,2	0,76

4.2.1.2 Características da Família

As famílias são caracterizadas através da idade, escolaridade e ocupação dos pais, além da renda per capita da família e do número de pessoas na família (tamanho da família).

- Idade dos pais

Como mostra a Tabela 4.23, tanto para a mãe (76 casos) como para o pai (62 casos) de vítimas de violência física, predominou a faixa etária de 30 a 39 anos, com percentuais de 44,2% e 36,0%, respectivamente. A maioria dos pais estava situada na faixa etária que vai de 30 a 49 anos, compreendendo 119 mães (69,2%) e 111 pais (64,5%). Na faixa de 20 a 29 anos de idade, foram detectadas 43 mães (25,0%) contra 19 pais (11,1%). No entanto, na faixa etária a partir dos 50 anos, ocorreu o inverso, sete pais (4,1%) e uma mãe (0,6%). A idade média do pai foi de 37,8 anos e da mãe de 34,3 anos.

VIZCARRA et al. (2001), em seu estudo sobre abuso infantil em Temuco, no Chile, encontraram resultados similares quanto à idade média das mães, que era de 34 anos.

Os resultados apresentados no presente estudo não são condizentes com a literatura que refere como um dos fatores de risco familiar associado à prática da violência física, pais e mães com menos de vinte anos quando nasce o primeiro filho (GONZÁLEZ BRENES, 2001). Para a OMS (2002b), há maior probabilidade de pais/mães que cometem abuso físico contra seus filhos serem jovens, solteiros, pobres, desempregados e com nível de educação inferior ao de seus parceiros que não cometem abuso.

No entanto, CARMO e HARADA (2006), pesquisando a utilização de violência física como prática educativa, não encontraram associação significativa entre idade dos pais e a prática de violência física.

A comparação com outros estudos apresentou limitação em função da escassez de informações sobre a família da vítima, o que poderia ser explicado pela falha no preenchimento dos registros das instituições que prestam atendimento às vítimas, pela anonimidade das notificações ou ainda, pelo desconhecimento de dados referentes à família, que muitas vezes é deixada à margem do atendimento prestado à vítima.

Tabela 4.23 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa Etária	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
- 20	-	-	2	1,1
20 a 29	19	11,1	43	25,0
30 a 39	62	36,0	76	44,2
40 a 49	49	28,5	43	25,0
50 e +	7	4,1	1	0,6
Ignorada	35	20,3	7	4,1
Total	172	100,0	172	100,0

- Escolaridade dos pais

O nível de escolaridade dos pais foi predominante na faixa de 4 a 7 anos de estudo, tanto para a mãe (93 - 54,1%) como para o pai (78 - 45,3%) (Tabela 4.24), sendo a escolaridade média da mãe de 4,5 anos e do pai de 4,9 anos, podendo-se inferir que os pais das vítimas de violência física possuíam, em sua maioria, baixa escolaridade.

Resultados convergentes foram encontrados por CARMO e HARADA (2006), em entrevista aos pais com a intenção de detectar o uso da violência física como prática educativa, constataram que 47,0% desses pais possuíam ensino fundamental incompleto.

Entretanto, VIZCARRA et al. (2001) em seu estudo sobre violência física infantil, encontraram um nível de escolaridade médio das mães (9,5 anos) mais elevado do que foi aqui apresentado.

Para GONZÁLEZ BRENES (2001), a baixa qualidade da educação é considerada como um fator de risco associado à violência física, da mesma forma que, em sentido contrário, o maior acesso à educação teria a conotação de fator social de proteção contra atos violentos.

Em 36 casos (20,9%) de violência física, a escolaridade do pai da vítima era ignorada, contra oito (4,7%) da mãe, o que poderia ser explicado pela provável ausência do pai no contexto familiar.

A revisão da literatura evidenciou que esta é uma variável minimamente informada nos estudos sobre o tema, o que é lamentável já que a abordagem da violência será tanto mais efetiva quanto mais se desvendar seus fatores determinantes. Esta escassez de informações poderia ser explicada pela falha nos registros das instituições que atendem às vítimas, o que foi superado, neste estudo, pela aplicação de um formulário para complementar os dados.

Tabela 4.24 – Distribuição dos casos de violência física, segundo escolaridade (anos de estudo) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Nenhum	8	4,7	5	2,9
1 a 3	24	14,0	41	23,8
4 a 7	78	45,3	93	54,1
8 a 11	21	12,2	20	11,6
12 e +	5	2,9	5	2,9
Ignorada	36	20,9	8	4,7
Total	172	100,0	172	100,0

- Ocupação dos pais

A análise da ocupação do pai das vítimas de violência física apontou para uma grande diversidade de profissões, o que levou ao agrupamento da maioria sob a denominação de “outras” (66 - 40,5). A ocupação do pai que se mostrou mais prevalente foi a de vendedor (21 - 12,9%). Vale destacar o elevado percentual de ocupação ignorada (35 - 21,5%), corroborando a hipótese da ausência da figura paterna no ambiente familiar (Tabela 4.25).

A ocupação exercida pelas mães das vítimas de violência física foi, em sua maioria, “do lar” (81 - 47,1%), seguida de doméstica (46 - 26,7%). Neste estudo, considerou-se a ocupação “do lar” as atividades realizadas dentro do próprio lar, e “domésticas” as atividades exercidas pela mãe, de forma remunerada, na casa de terceiros. As demais ocupações também foram agrupadas em “outras” (45 - 26,2%), em função da grande pulverização. Neste contexto, verifica-se que quase a metade das mães permanecia mais tempo em casa com os filhos, o que, em tese, poderia se refletir em mais oportunidade para adoção de medidas de proteção ou de práticas de agressão.

Em geral, as ocupações exercidas por ambos os pais das vítimas de violência física dispensam conhecimentos aprofundados e/ou grau de instrução especializada, além de serem características de baixa renda. Tais achados são compatíveis com os níveis de escolaridade e renda detectados para os pais.

À semelhança do que foi constatado nas outras variáveis sobre as famílias, também não foram encontrados estudos referindo sobre a ocupação dos pais das vítimas de violência física, impossibilitando uma análise comparativa.

Tabela 4.25 – Distribuição dos casos de violência física, segundo ocupação do pai da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Vendedor	21	12,9
Comerciante	14	8,6
Serviços Gerais	11	6,7
Func público	9	5,5
Marceneiro	7	4,3
Ignorada	35	21,5
Outras	66	40,5
Total	163	100,0

Nota: Foram excluídos nove desempregados.

- Renda familiar per capita

Os resultados apresentados na Tabela 4.26 mostram que, dentre as famílias de vítimas de violência física, 139 (80,8%) apresentavam renda per capita inferior a quatrocentos reais. Destas, 68 (39,5%) viviam com renda per capita menor que duzentos reais. A constatação de um maior número de famílias de baixa renda entre os casos de violência física poderia ser explicada pelo estresse causado em função da escassez de recursos.

Os resultados apresentados são convergentes com o que é relatado na literatura, onde os autores referem que a agressão física tem maior probabilidade de se desenvolver nas famílias cujos pais sofrem privação econômica, assinalando que a pobreza, o estresse da sobrevivência econômica, as limitadas opções de emprego, o alto índice de desemprego atuam como fatores de risco associados à violência intencional (GONZÁLEZ BRENES, 2001; PASCOLAT et al., 2001). Estudos internacionais revelaram uma associação entre baixo nível educacional e falta de renda para atender às necessidades da família com o maior potencial de violência física contra crianças (OMS, 2002b).

Para MINAYO (2002), no entanto, a violência é um fenômeno que se revela em todas as classes sociais, embora os estratos menos favorecidos apresentem maior visibilidade do problema, levando a crer que se trata de crueldade inerente a eles. Este aspecto poderia ser explicado pela maior exposição das famílias de baixa renda e pelo acesso dessas famílias aos serviços públicos.

Tabela 4.26 – Distribuição dos casos de violência física, segundo Renda Per Capita (RPC) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

RPC em reais	N	%
- 100,00 a 199,00	68	39,5
200,00 a 399,00	71	41,3
400,00 a 599,00	14	8,2
600,00 a 799,00	2	1,2
800,00 a 999,00	-	-
1.000,00 e +	4	2,3
Ignorada	13	7,5
Total	172	100,0

- Número de pessoas na família

A Tabela 4.27 mostra que a maioria dos casos de violência física 33,7% (58) ocorreu em famílias com quatro pessoas, seguido de 23,3% dos casos (40) em famílias com três pessoas e 22,7% (39 casos) em famílias com cinco pessoas.

O número médio de pessoas por família foi 4,3, o que é considerado como família numerosa, dado que na atualidade, a média da família brasileira é de 4,1 pessoas (RIBEIRO et al., 1994).

Para GONZÁLEZ BRENES (2001), a presença de poucas pessoas na família é considerada como fator de proteção familiar contra a prática de violência física.

Tabela 4.27 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o número de pessoas na família, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Nº de pessoas na família	N	%
Dois	4	2,3
Três	40	23,3
Quatro	58	33,7
Cinco	39	22,7
Seis	25	14,5
Sete e +	6	3,5
Total	172	100,0

4.2.1.3 Características do Agressor

O agressor está caracterizado segundo sexo e idade, escolaridade, ocupação, renda em salário mínimo, presença de fator de risco e relação de parentesco com a vítima.

- Sexo e idade

Dentre os casos de violência física, detectou-se que o agente agressor predominante foi do sexo masculino que concorreu com 100 casos (58,1%), numa relação 1,4 vezes a do sexo feminino (41,9%). Quanto à idade, a maior frequência de agressor, tanto masculino quanto feminino, se verificou na faixa de 30 a 39 anos (42,9%) (Tabela 4.28).

Levando-se em conta o sexo e a idade do agressor, constatou-se que houve um equilíbrio em todas as faixas etárias, exceto na faixa de 40 a 49 anos, em que o homem foi 4,6 vezes mais agressor que a mulher (Tabela 4.28).

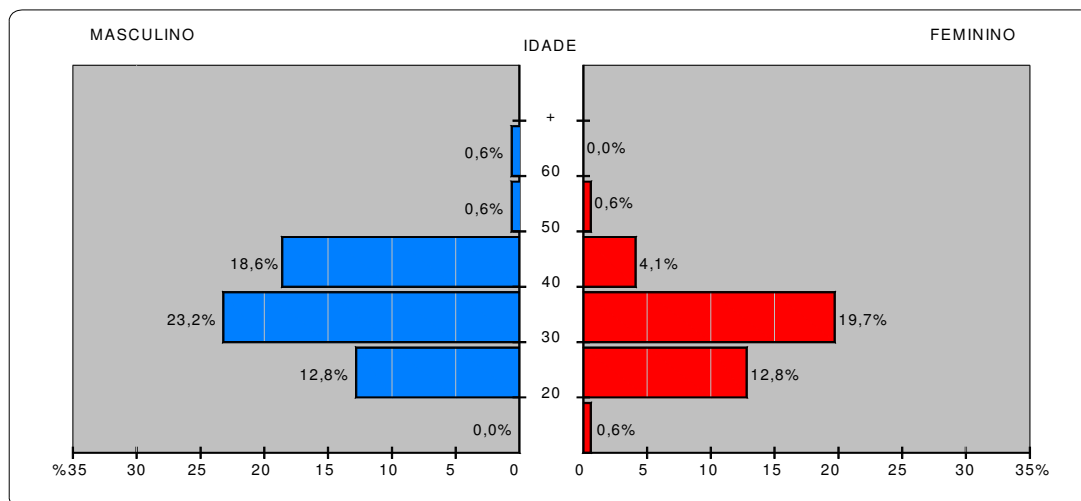
A idade média do agressor, de um modo geral, foi de 34,2 anos, sendo a do agressor do sexo masculino de 35,9 anos e a do sexo feminino um pouco mais baixa, 31,7 anos. Estes resultados são similares aos de MARCOVICH (1985), para quem a maioria dos agressores (42,3%) está abaixo de 35 anos, sendo considerada fundamentalmente jovem.

Tabela 4.28 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo do agressor e razão M/F, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total		Razão M/F
	N	%	N	%	N	%	
- 20	-	-	1	0,6	1	0,6	-
20 a 29	22	12,8	22	12,8	44	25,6	1,0
30 a 39	40	23,2	34	19,7	74	42,9	1,2
40 a 49	32	18,6	7	4,1	39	22,7	4,6
50 a 59	1	0,6	1	0,6	2	1,2	1
60 e +	1	0,6	-	-	1	0,6	-
Ignorada	4	2,3	7	4,1	11	6,4	0,6
Total	100	58,1	72	41,9	172	100,0	1,4

A Figura 4.17 revela a distribuição uniforme que ocorre com os agressores de ambos os sexos, na faixa de 20 a 39 anos de idade, demonstrando a quebra desse padrão a partir dos 40 anos, quando se torna evidente a predominância de agressores do sexo masculino (18,6%) sobre o feminino (4,1%).

Figura 4.17 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Escolaridade, ocupação e renda

Quanto à escolaridade do agressor, constatou-se um maior percentual (47,1% - 81 casos) na faixa de 4 a 7 anos de estudo (Tabela 4.29). Levando-se em conta que a maioria dos agressores (91,2% - 157) está na faixa de 20 a 49 anos de idade e que 130 destes (75,6%) têm até sete anos de estudo, pode-se inferir que esses agressores possuíam baixa escolaridade, sendo considerado como um fator desencadeante para a ocorrência de maus-tratos.

Outros estudos sobre violência física não apresentaram dados específicos sobre escolaridade dos agressores, não sendo possível relacioná-los.

Tabela 4.29 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária e escolaridade (em anos de estudo) do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa etária	Escolaridade (em anos de estudo)												Total	
	Nenhum		1 a 3		4 a 7		8 a 11		12 e +		Ign		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
- 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6	1	0,6
20 a 29	4	2,3	13	7,5	19	11,0	4	2,3	1	0,6	3	1,8	44	25,5
30 a 39	3	1,8	17	9,9	40	23,2	9	5,2	3	1,8	2	1,2	74	43,0
40 a 49	4	2,3	6	3,5	18	10,5	7	4,1	-	-	4	2,3	39	22,7
50 e +	1	0,6	-	-	2	1,2	-	-	-	-	-	-	3	1,8
Ignorada	-	-	1	0,6	2	1,2	-	-	-	-	8	4,6	11	6,4
Total	12	7,0	37	21,5	81	47,1	20	11,6	4	2,3	18	10,5	172	100,0

A ocupação mais frequente entre os agressores do sexo masculino foi a de vendedor (23,4% - 18 casos), estando a maior parte das ocupações (31 - 40,2%) distribuídas em profissões variadas. O tipo de ocupação detectado entre a maioria dos agressores aponta para um baixo grau de exigência de conhecimento, o que se mostra condizente com a pouca escolaridade demonstrada entre os agressores (Tabela 4.30).

Além da grande diversidade de ocupação referida para os agressores do sexo masculino, também merece destaque a ocorrência de 23 agressores desempregados (23,0%).

Dentre os agressores do sexo feminino, a ocupação mais referida foi “do lar” (45,8% - 33) e doméstica (30,6% - 22), que juntas representam 76,4% (55) do total (Tabela 4.31).

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002b), o estresse resultante das mudanças de emprego, da perda de renda ou de outros aspectos envolvendo o ambiente familiar, pode aumentar o nível de conflito entre os membros da família, que ficariam mais propensos a praticar atos abusivos contra as crianças.

Não foi possível comparar com outros resultados uma vez que não foram encontradas na literatura revisada referências a outros estudos sobre violência física abordando especificamente a ocupação do agressor.

Tabela 4.30 – Distribuição dos casos de violência física, segundo ocupação do agressor masculino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Vendedor	18	23,4
Comerciante	11	14,3
Serviços Gerais	8	10,4
Funcionário Público	5	6,5
Pedreiro	4	5,2
Outras	31	40,2
Total	77	100,0

Nota: Foram excluídos 23 agressores desempregados.

Tabela 4.31 – Distribuição dos casos de violência física, segundo ocupação do agressor feminino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Do lar	33	45,8
Doméstica	22	30,6
Vendedora	5	6,9
Secretária	3	4,2
Costureira	2	2,8
Outras	7	9,7
Total	72	100,0

Dentre os casos de violência física, a maioria dos agressores (94,7% - 163) tinha renda de até três salários mínimos (Tabela 4.32), o que se mostrou condizente com a sua baixa escolaridade e as ocupações que exerciam.

Estudos de vários países têm demonstrado que os índices de abuso infantil são superiores nas comunidades com elevados índices de desemprego e concentração de pobreza, visto que esse contexto afeta as crianças através de seu impacto no comportamento parental e na disponibilidade de recursos da comunidade (OMS, 2002b).

Tabela 4.32 – Distribuição dos casos de violência física, segundo renda (salários mínimos - SM) e sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Renda (SM)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
- 1	24	13,9	36	20,9	60	34,8
1 a 3	70	40,7	33	19,2	103	59,9
4 a 6	2	1,2	-	-	2	1,2
7 a 9	1	0,6	-	-	1	0,6
10 e +	-	-	1	0,6	1	0,6
Ignorada	3	1,7	2	1,2	5	2,9
Total	100	58,1	72	41,9	172	100,0

- Fator de risco

Os resultados mostram que, dentre os 172 casos de violência física, mais da metade dos agressores de ambos os sexos (100 - 58,1%) não apresentavam fator de risco, que esteve presente em 72 agressores (41,9%), com predomínio do álcool, tanto no agressor masculino (64,6%) como no feminino (90,0%) (Tabela 4.33).

No entanto, quando se leva em conta somente os agressores do sexo masculino, constata-se, a partir da primeira parte da Figura 4.18, que os fatores de

risco estiveram presentes em 62,0% deles, o que poderia ser significativo para a ocorrência de violência física. De acordo com a segunda parte da Figura 4.18, dentre os fatores de risco pesquisados, o álcool, como citado anteriormente, foi o mais prevalente, sendo detectado, isoladamente em 64,6% dos casos.

A distribuição dos casos de violência física com agressor do sexo masculino revela que houve menção de 86 fatores de risco; dado que na violência física existem 62 agressores masculinos, pode-se inferir a ocorrência de 1,4 menções de fator de risco para cada caso de violência física. Dentre eles, o álcool, agregado a outros fatores, foi o mais frequente, concorrendo com 58 menções (67,4%) (Figura 4.19).

Esses resultados confirmam os dados existentes na literatura, dando conta de que o uso de álcool contribui para o comportamento violento, tendo apresentado forte associação com a ocorrência de violência física, (PASCOLAT, et al., 2001; VIZCARRA et al., 2001; SOUZA e MELLO JORGE, 2004; MARTINS, 2008)

Por outro lado, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002b), já referido, alerta que mais pesquisas são necessárias para elucidar os efeitos independentes do abuso de substâncias em relação às outras questões envolvidas com a violência como a pobreza, problemas de saúde, superpopulação e distúrbios mentais.

Tabela 4.33 - Distribuição dos casos de violência física, segundo a presença do fator de risco, o tipo de fator de risco e o sexo do agressor, IML de Fortaleza, 2008.

Fator de Risco	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Não	38	22,1	62	36,0	100	58,1
Sim	62	36,0	10	5,9	72	41,9
Álcool	40	(64,6)	9	(90,0)	49	(68,0)
Álcool + Desemprego	9	(14,5)	-	-	9	(12,5)
Desemprego	3	(4,8)	-	-	3	(4,2)
Álcool + Droga	5	(8,1)	1	(10,0)	6	(8,3)
Álcool + Desemprego + Droga	3	(4,8)	-	-	3	(4,2)
Álcool + Desemprego + Droga + Detenção	1	(1,6)	-	-	1	(1,4)
Desemprego + Droga	1	(1,6)	-	-	1	(1,4)
Subtotal	62	(100,0)	10	(100,0)	72	(100,0)
Total	100	58,1	72	41,9	172	100,0

Nota: Os valores entre parênteses referem-se às proporções calculadas sobre os casos em que houve fator de risco.

Figura 4.18 - Distribuição dos casos de violência física com agressor do sexo masculino, segundo a presença e o tipo de fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

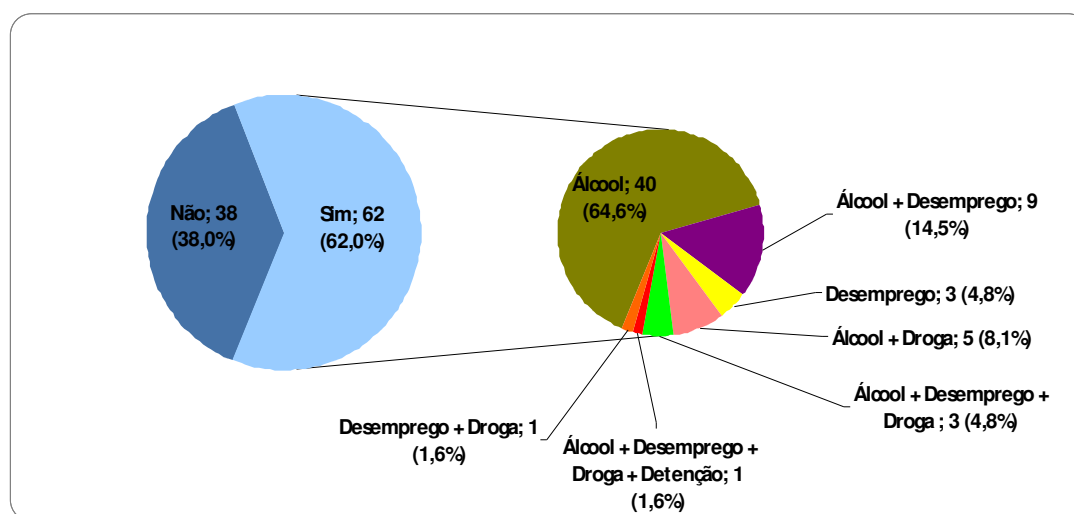
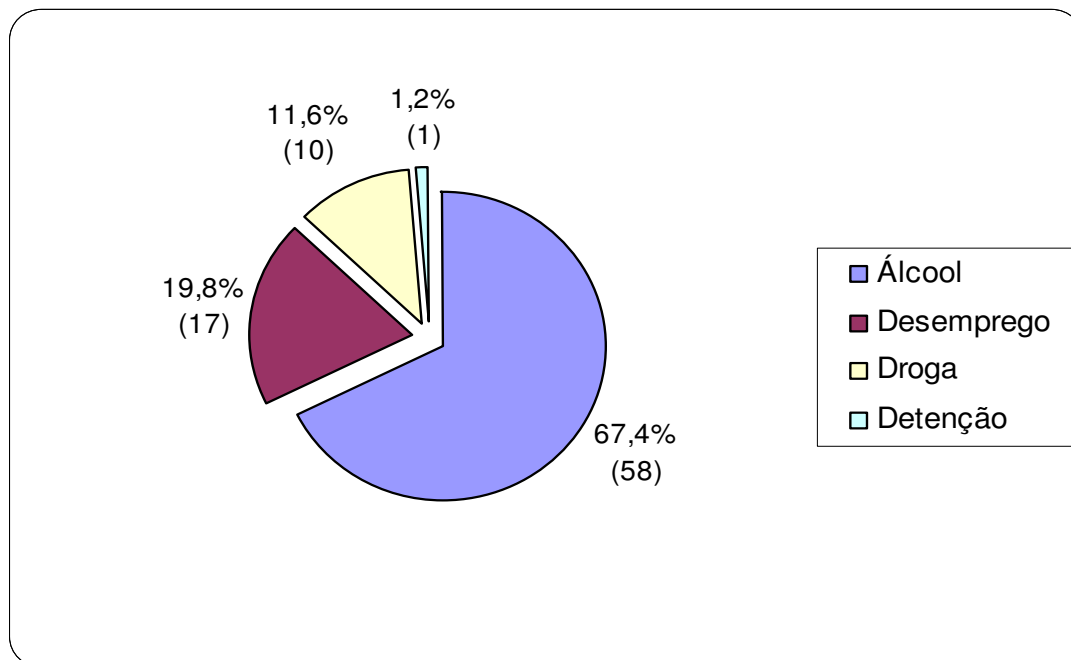


Figura 4.19 - Distribuição dos casos de violência física com agressor do sexo masculino, segundo o número de menções do fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Relação de parentesco com a vítima

Quanto à relação de parentesco do agressor com a vítima, nos casos de violência física, os agressores mais frequentes foram os pais, sendo que o pai concorreu com 58 casos (33,7%) e a mãe com 55 casos (31,9%), porém essa diferença não se mostrou significativa (Figura 4.20). Esses resultados são compatíveis com os dados da literatura internacional que revelam que 70% dos atos de violência física são cometidos pelos pais (MINAYO, 2002).

Resultados similares foram obtidos por CAMARGO (1996) que, estudando a violência física familiar contra crianças e adolescentes, encontrou o pai como principal agressor.

Segundo MARTINS (2008), o pai aparece como principal agressor, com um percentual aproximado de 49,0%, nos casos de violência que utiliza a força corporal,

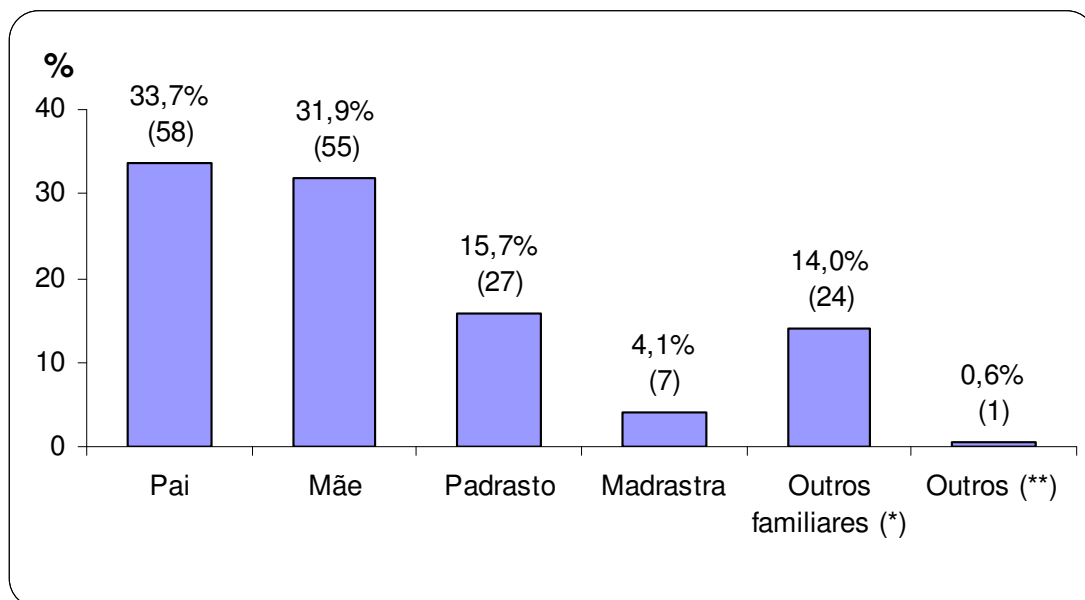
seguido pela mãe (22,8%) e sugere que o achado poderia estar relacionado ao fato de que o homem detém maior força física pela superioridade da força muscular.

Noutros estudos abordando a violência física familiar, a mãe aparece como o agente agressor mais frequente aliada ao fato de que a diferença encontrada entre a mãe e o pai é pequena (CAVALCANTI, 1999; PASCOLAT et al., 2001; BRITO et al., 2005).

Para MARCOVICH (1985), no entanto, a diferença em relação ao sexo do agressor é altamente significativa, predominando a mãe como agente agressor, com um percentual de 53,8%, que poderia ser explicado pelo papel de cuidadora que exerce junto à família, além do maior tempo de permanência com os filhos. O pai aparece em segundo lugar com 22,7%, além de ser figura ausente do lar em função do trabalho.

Outros autores acreditam que o importante papel que a mãe desempenha na organização familiar, permitindo-lhe maior proximidade e dedicação com os filhos, parece favorecer a ocorrência de atos violentos, fazendo com que ela seja apontada como agente agressor mais frequente (VIZCARRA et al., 2001; ASSIS e DESLANDES, 2004; BRITO et al., 2005).

Figura 4.20 - Distribuição dos casos de violência física, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Outros familiares: avô-0; avó-0; irmão-9; tio-4; tia-8; primo-2.

(**) Outros: cunhado-0; babá-1; companheira da mãe-0.

De acordo com a Tabela 4.34, verifica-se que a idade dos pais enquanto agressor se encontrava principalmente na faixa de 30 a 39 anos de idade, com percentuais de 41,4% (24) para o pai e 50,9% (28) para a mãe, resultando numa idade média do pai de 38,3 anos e da mãe de 31,9 anos. Esses resultados não são condizentes com a literatura que aponta maior probabilidade de ocorrência de abuso entre pais jovens (OMS, 2002b). Quanto à idade média dos demais agressores, observou-se 36,2 anos para o padrasto, para a madrastra 27,2 anos e para os outros familiares, a idade média foi de 29,2 anos, confirmando que em todos os casos, o agressor não foi considerado jovem.

Tabela 4.34 – Distribuição dos casos de violência física, segundo faixa etária do agressor e sua relação de parentesco com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

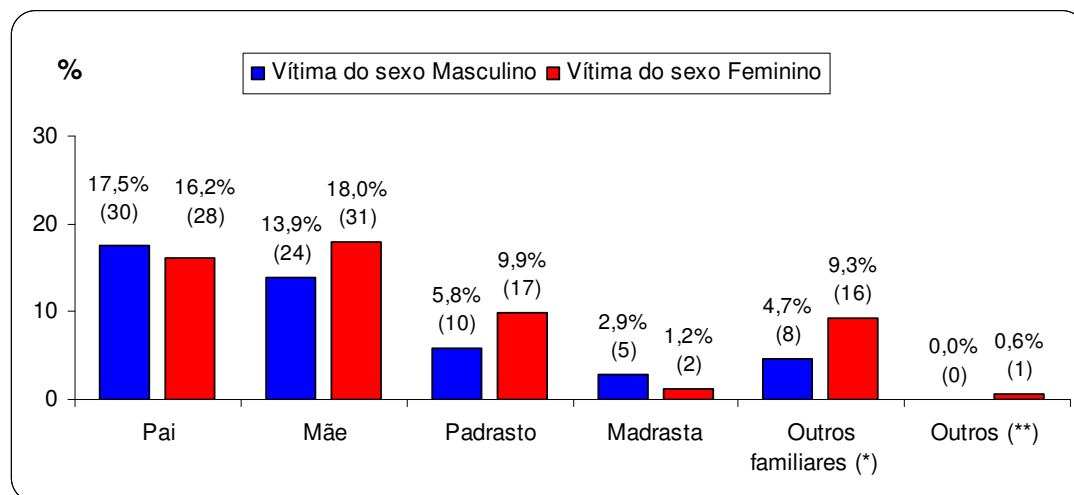
Faixa etária	Agressor												
	Pai		Mãe		Padrasto		Madrasta		Outros fam ^(*)		Outros ^(**)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
- 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,2	-	-
20 a 29	8	13,8	18	32,7	4	14,8	2	28,6	11	45,8	1	100,0	
30 a 39	24	41,4	28	50,9	12	44,5	2	28,6	8	33,3	-	-	
40 a 49	22	38,0	6	10,9	9	33,3	-	-	2	8,3	-	-	
50 a 59	1	1,7	-	-	-	-	-	-	1	4,2	-	-	
60 e +	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ignorada	2	3,4	3	5,5	2	7,4	3	42,8	1	4,2	-	-	
TOTAL	58	100,0	55	100,0	27	100,0	7	100,0	24	100,0	1	100,0	

Nota: ^(*) Outros familiares: avô-0; avó-0; irmão-9; tio-4; tia-8; primo-2.

^(**) Outros: cunhado-0; babá-1; companheira da mãe-0.

Como mostra a Figura 4.21, quando se leva em conta a relação de parentesco do agressor com a vítima e o sexo da vítima, pode-se constatar que o pai, enquanto agressor, infligiu maus-tratos físicos às vítimas de ambos os sexos em proporções muito próximas (masculino: 17,5%; feminino: 16,2%), com discreta diferença a maior para os homens. Situação inversa se observou com a madrasta que agrediu as vítimas do sexo masculino (2,9%) em percentual um pouco maior que do sexo feminino (1,2%). Já a mãe, o padrasto e os outros familiares, praticaram atos violentos principalmente contra as vítimas do sexo feminino, com uma diferença percentual mais expressiva.

Figura 4.21 – Distribuição dos casos de violência física, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Outros familiares: avô-0; avó-0; irmão-9; tio-4; tia-8; primo-2.

(**) Outros: cunhado-0; babá-1; companheira da mãe-0.

4.2.1.4 Características da Violência Física

São descritas características da violência física quanto à habitualidade; à presença, sítio e grau das lesões; ao laudo do Exame de Corpo de Delito, ao encaminhamento para assistência médica e ao notificante.

- Habitualidade

Neste estudo, como já salientado, convencionou-se denominar habitualidade a situação em que a vítima havia sofrido o abuso mais de quatro vezes ou por um período de tempo superior a um mês, contado do início do abuso até a notificação.

Dentre os 172 casos de violência física, constatou-se a presença de habitualidade em 137, o que corresponde a 79,7%, como mostra a Figura 4.22, o que

em tese, significa que os maus-tratos contra crianças e adolescentes são, via de regra, praticados com reiteração.

Este resultado é condizente com a literatura sobre o tema, que apresenta como características do abuso físico o fato de ser frequente, com tendência a ser repetido e constante (ASSIS e DESLANDES, 2004).

CAVALCANTI (1999), que denominou habitualidade como “sofrimento anterior de maus-tratos”, detectou um significativo percentual de reincidência de abuso (52,3%), apesar de esta variável ter apresentado um elevado índice de ignorado.

Identificando habitualidade como “tempo de abuso da violência”, MARTINS (2008) encontrou percentual acima de 30,0%, para as vítimas que vinham sofrendo agressão física de um a quatro anos.

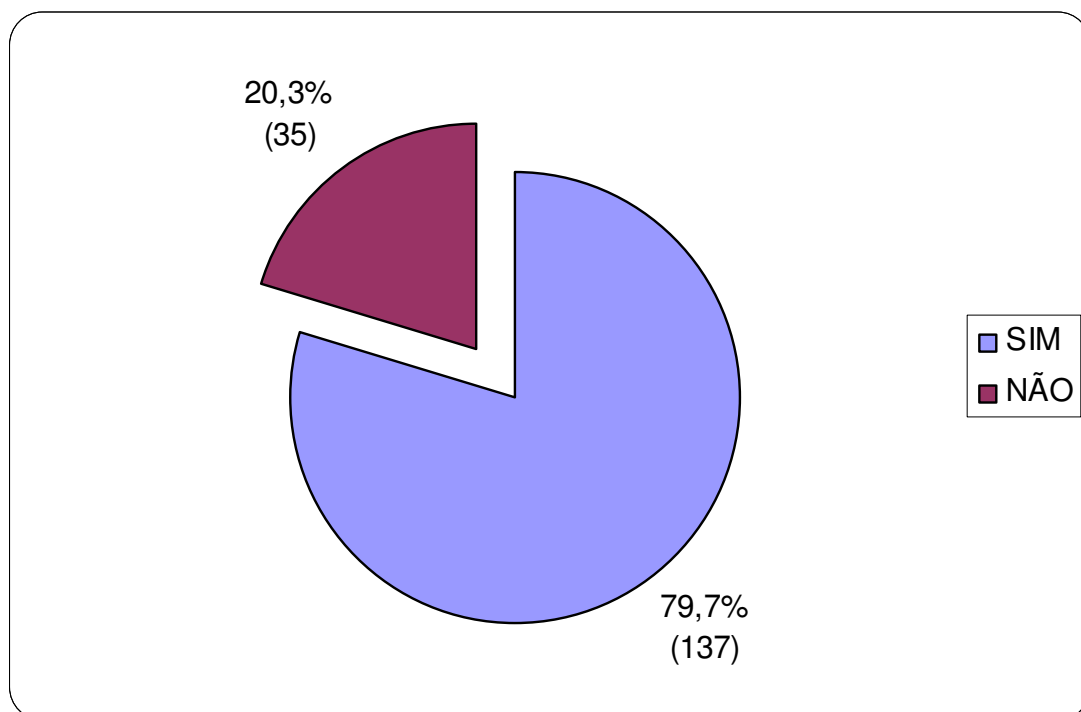
Para MARMO et al. (1999), mesmo que o tratamento médico das lesões resultantes da agressão esteja garantido, quando a violência não é detectada, poderá se repetir e a criança continuará exposta a situações de agressão.

A habitualidade é tão peculiar à violência física que, na condução desses casos, destaca-se a necessidade de intervenção na família. SANTORO JR (1989), citando *Schmitt e Kempe*, refere que 5% das crianças agredidas que retornam à convivência com seus agressores, sem uma interferência, evoluem para o óbito e 35% sofrerão reincidência.

Segundo BUENO (1989), um dos aspectos que dificulta conceituar maus-tratos diz respeito à frequência de sua ocorrência, dado que se castiga a criança para educá-la, para dominá-la, para corrigi-la e por inúmeras outras causas.

Assim, o percentual de habitualidade encontrado fala a favor do uso da violência como prática educativa.

Figura 4.22 – Distribuição dos casos de violência física, segundo a presença de habitualidade, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Presença, sítio, grau das lesões e laudo do exame de corpo de delito

Neste estudo, constatou-se a presença de lesão em todos os casos de violência física; esta não é a regra, mas dado que a pesquisa se desenvolveu no IML, para onde são encaminhadas as vítimas que necessitam submeter-se a perícia que comprove a materialidade do ato que lhes foi infligido, justifica-se o achado de lesão em 100% dos casos.

Em seu estudo sobre violência física, PASCOLAT et al. (2001) referem que cerca de 7,0 % das vítimas não apresentavam marcas visíveis.

Como mostra a Tabela 4.35, mais de 97% das lesões apresentaram grau leve, o que é concordante com a literatura que refere presença de lesões leves na maior

parte dos casos, chegando inclusive a passar despercebidas (REICHENHEIM et al., 1999), o que faz com que muitos casos de maus-tratos devam ser suspeitados, sendo os casos aberrantes os mais fáceis de diagnosticar (BUENO, 1989). A gradação leve que caracterizou a maioria das lesões pode ter explicação na fala elaborada pelos agressores ao justificar a violência como medida disciplinadora-educativa.

MARTINS (2008) também detectou a presença de lesão em todos os casos de agressão por força corporal em menores de 15 anos, porém não conseguiu estabelecer o tipo e a natureza da lesão em função de falhas no preenchimento dos registros.

Tabela 4.35 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o grau da lesão, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Grau da lesão	N	%
Leve	168	97,7
Grave	4	2,3
Total	172	100,0

Em alguns casos, os traumas mostram-se graves, chegando a necessitar de internação ou evoluir para o óbito (REICHENHEIM et al., 1999), o que é condizente com os achados desta pesquisa que comprovou gravidade em apenas quatro casos de violência física (2,3%), descritos a seguir:

Caso Nº 75: criança do sexo masculino, de dez anos de idade, residente em Fortaleza, com o pai (idade ignorada), a madrasta (idade ignorada) e um irmão mais novo, de seis anos, filho do pai com a madrasta. Há cerca de dois anos vinha, habitualmente, sofrendo maus-tratos físicos da madrasta. A notificação foi anônima, através do disque 100 e a criança foi levada para exame no IML acompanhada de uma educadora social do Núcleo de Enfrentamento à Violência contra Criança e Adolescente do Estado do Ceará. A perícia realizada no IML evidenciou presença de lesões extensas e profundas, acompanhadas de edema, localizadas na cabeça, escoriações e equimoses no tórax e abdome. A criança foi encaminhada ao hospital por apresentar lesões graves na cabeça (traumatismo crânio-encefálico). Como fator de risco foi identificado que a madrasta fazia uso abusivo de álcool. Tanto os pais da criança como o agente agressor tinham baixa escolaridade (dois anos de estudo), o pai era madeireiro, a mãe vendedora (seu paradeiro era desconhecido) e a madrasta “do lar”, a renda familiar era ignorada. Conforme informações da acompanhante, após a alta do hospital a criança seria encaminhada a uma instituição para menores (abrigo). O caso foi registrado na DECECA - Delegacia do Combate à Exploração da Criança e do Adolescente, especializada neste tipo de atendimento. Até o momento do exame, nenhuma medida havia sido tomada em relação ao pai e à madrasta.

Caso Nº 86: criança do sexo masculino, de sete anos de idade, residente em Fortaleza, com o pai (29 anos), a mãe (30 anos) e mais dois irmãos (de três e cinco anos), portanto, a vítima era o primogênito. Os pais tinham escolaridade de cerca de dois anos de estudo, o pai exercia a ocupação de segurança e a mãe “do lar”, sendo a renda familiar de dois salários mínimos (renda per capita de R\$ 176,80). Esta se constituiu na primeira agressão praticada pelo pai, não sendo referido nenhum dos fatores aqui considerados “de risco”, como álcool, droga, desemprego e detenção. O caso foi notificado pela avó. A criança sofreu lesões de natureza grave na cabeça (traumatismo crânio-encefálico), sendo encaminhada para tratamento médico. Foi formulada queixa na DECECA, que iria proceder à investigação do caso.

Caso Nº 168: criança do sexo masculino, de três anos de idade, residente e natural de Fortaleza, onde vivia com a mãe (33 anos) e um irmão de 14 anos. A mãe tinha cerca de quatro anos de estudo, exercia a ocupação de serviços gerais e a renda per capita familiar era de R\$ 294,67. O agente agressor foi a mãe que ministrou veneno (chumbinho) à criança e em seguida o ingeriu, na tentativa de matar a criança e se suicidar em seguida. Mãe e filho foram encaminhados ao hospital em estado grave, a criança esteve internada, permanecendo em coma por três dias e ao final de sete dias recebeu alta hospitalar. O caso foi notificado pelo pai. No momento do exame, as crianças estavam sob a guarda do pai, a mãe ainda se encontrava internada, e, conforme informação da DECECA, após a alta, iria responder a processo criminal. O pai relatou que apesar da mãe apresentar crises depressivas frequentes e se recusar a lhe entregar os filhos, esta foi a primeira vez que praticou uma agressão contra a criança.

Caso Nº 251: criança do sexo feminino, de quatro anos de idade, única filha, residente em Fortaleza com o pai (31 anos) e a mãe (27 anos). Ambos os pais têm escolaridade de quatro anos de estudo, o pai ocupava a função de serviços gerais e a mãe “do lar”, sendo a renda familiar per capita de R\$ 147,00. A agressão foi praticada pelo pai que habitualmente a espancava e mantinha de castigo, permanecendo longos períodos de joelho, porque chupava o dedo. Neste último episódio de espancamento, o pai entortou o dedo da criança no sentido contrário, o que causou sua fratura. Também foi constatada deformidade óssea de ambos os joelhos. A criança foi encaminhada ao serviço de saúde para tratamento. O caso foi notificado à Delegacia Especializada pela mãe. Não há relato da ocorrência de fatores aqui considerados “de risco” por parte do agressor.

Segundo a Tabela 4.36, os membros foram os segmentos corporais mais atingidos, sozinhos, em 72 casos (41,8%) e associados a outros segmentos, em 83 casos (48,2%), totalizando 90,0% dos casos de violência física em ambos os sexos. À semelhança do que se observou na violência como um todo, este resultado levanta a hipótese de que as vítimas estariam utilizando os membros como mecanismo de defesa e proteção aos maus-tratos que lhes eram infligidos (LOPES e TAVARES JR, 2000).

PASCOLAT et al. (2001) referem a cabeça e a face como os segmentos corporais mais atingidos. Para BUENO (1989), as lesões decorrentes de abuso físico por parte de um adulto localizam-se preferencialmente, na parte superior do corpo, justificando que as mesmas são desferidas de cima para baixo.

Em cerca de 50,0% dos casos de violência física, as lesões foram múltiplas, atingindo mais de um segmento corporal, o que é condizente com outros estudos em que as lesões, em proporções semelhantes, foram observadas em áreas anatômicas variadas (LOPES e TAVARES JR, 2000; PASCOLAT et al., 2001; FONG et al., 2005; MARTINS, 2008).

E ainda, quando se leva em conta o número de ferimentos por segmento corporal afetado (Tabela 4.37), constata-se que para as 172 vítimas de abuso físico houve um total de 276 ferimentos, o que significa uma média de 1,6 lesões/vítima, onde os membros foram o segmento corporal mais afetado (56,1% - 155) em ambos os sexos.

Resultados similares foram obtidos por FONG et al. (2005), que estudando 29 casos de fraturas associadas com lesão não-acidental, detectaram 78 fraturas, o que resultou numa média de 2,7 fraturas/criança e identificaram os antebraços como local mais frequente das lesões (29%).

Tabela 4.36 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o segmento corporal afetado e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Segmento corporal afetado	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cabeça	5	2,9	4	2,3	9	5,2
Cabeça + tórax	1	0,6	1	0,6	2	1,2
Cabeça + tórax + abdome	1	0,6	-	-	1	0,6
Cabeça + tórax + abdome + membros	2	1,2	-	-	2	1,2
Cabeça + tórax + membros	5	2,9	3	1,7	8	4,6
Cabeça + abdome + membros	2	1,2	-	-	2	1,2
Cabeça + membros	11	6,4	19	11,0	30	17,4
Tórax	2	1,2	1	0,6	3	1,8
Tórax + abdome	1	0,6	-	-	1	0,6
Tórax + abdome + membros	-	-	2	1,2	2	1,2
Tórax + membros	18	10,4	17	9,9	35	20,3
Membros	27	15,7	45	26,1	72	41,8
Membros + abdome	1	0,6	3	1,7	4	2,3
Genitais	1	0,6	-	-	1	0,6
Total	77	44,9	95	55,1	172	100,0

Tabela 4.37 – Distribuição dos casos de violência física com lesão, segundo o número de ferimentos por segmento corporal afetado e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

N.º ferimentos por segmento corporal afetado	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cabeça	27	9,8	27	9,8	54	19,6
Tórax	30	10,9	24	8,7	54	19,6
Abdome	7	2,5	5	1,8	12	4,3
Membros	66	23,9	89	32,2	155	56,1
Genitais	1	0,4	-	-	1	0,4
Total	131	47,5	145	52,5	276	100,0

No presente estudo, todos os 172 casos de violência física foram demonstrados por laudo positivo, sendo assim denominado em função da presença de lesão. Os tipos de lesões detectadas foram principalmente escoriações, equimoses e edema traumático, que, em sua maioria, são compatíveis com a gradação leve que foi atribuída à maioria dos casos (97,7% - 168).

Resultado divergente foi obtido por PASCOLAT et al. (2001), que encontraram predominantemente hematomas (37,8%) entre os tipos de lesão decorrentes de abuso físico. Para BUENO (1989), nenhuma lesão é patognomônica de agressão, no entanto, as mais comuns são as de pele, principalmente hematomas, equimoses, marcas de dedos e queimaduras.

Na literatura revisada são escassos os registros sobre laudos de exame de corpo de delito em vítimas de violência física, limitando assim as comparações com outros estudos.

- Encaminhamento para assistência médica

Dentre os casos de violência física, somente 4,7% foram encaminhados para receber assistência médica (Tabela 4.38), o que se justifica pelo fato de a maioria das lesões (97,7%) ter apresentado grau leve.

Segundo BUENO (1989), a maioria dos autores avalia a intensidade dos maus-tratos em função de dois critérios: severidade dos ferimentos e frequência das ocorrências. Neste estudo, dentre os casos de violência física, oito foram encaminhados para assistência médica, sendo quatro em regime de internação por se caracterizarem como lesões graves e quatro por necessitarem de cuidados médicos imediatos, tais como sutura de ferida e imobilização de membro, a despeito de serem considerados de grau leve.

PASCOLAT et al. (2001), em seu estudo sobre abuso físico, encontraram resultados semelhantes, onde 82,2% das vítimas não buscaram assistência médica e 94,2% aparentemente não mostravam seqüelas da agressão.

MARTINS (2008) teve dificuldade em determinar a ocorrência dessa variável em função do elevado percentual de falha (acima de 90.0%) no seu preenchimento.

Tabela 4.38 – Distribuição dos casos de violência física, segundo a presença de lesão e o encaminhamento para assistência, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Encaminhamento para assistência	Lesão	
	N	%
Sim	8	4,7
Não	164	95,3
Total	172	100,0

- Notificante

Como mostra a Figura 4.23, a mãe foi o notificante mais frequente (72 - 41,9%) neste tipo de violência, o que poderia ser explicado em função do papel que, historicamente, lhe foi outorgado pela sociedade, de cuidadora/educadora, o que a coloca mais próxima dos filhos, cabendo-lhe, portanto, a responsabilidade de notificar e assim garantir sua proteção.

O Conselho Tutelar aparece como segundo notificante mais frequente, com 25 casos (14,5%), com a ressalva de que sua notificação ocorre quando desencadeada por outrem.

Vale destacar, neste estudo, a ausência de profissionais de saúde e de educação como notificantes, dado que o abuso físico, segundo BRITO et al. (2005), quando comparado com os outros tipos de violência, apresenta um alto índice de notificação em função das marcas visíveis que dele resultam, o que facilita sua identificação.

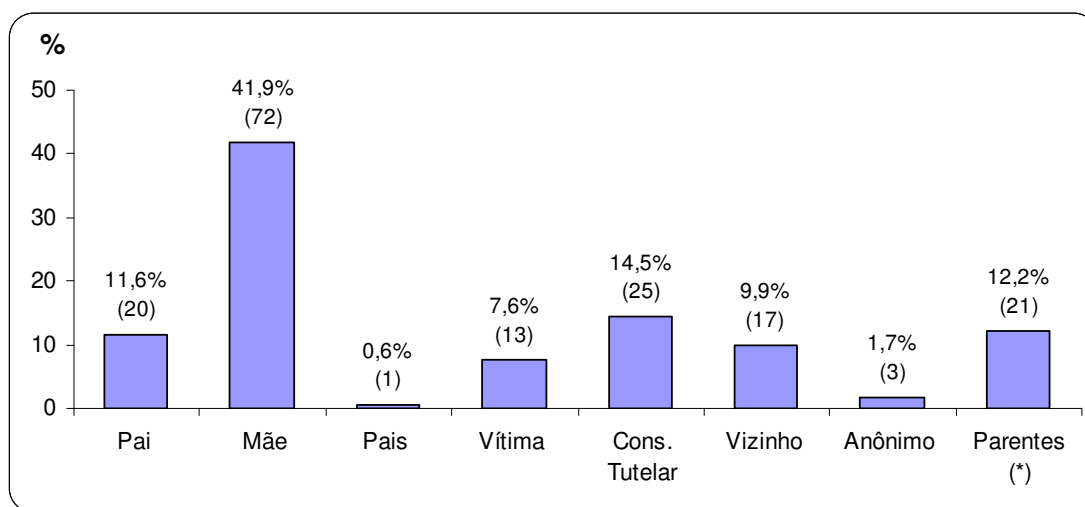
CAMARGO (1996), em seu estudo sobre violência física familiar contra crianças e adolescentes, encontrou como principais notificantes a mãe e a vítima. GOMES (1998), analisando os casos de agressão física *lato sensu* contra crianças, identificou a mãe e policiais militares como notificantes mais comuns.

BRITO et al. (2005), avaliando especificamente os casos de violência física atendidos no Crami-Rio Preto, identificaram a mãe como principal notificante (23,0%), sendo o pai responsável somente por 5,5% das notificações.

Para MARTINS (2008), os notificantes mais frequentes nos casos de violência por força corporal, nos dois anos estudados foram, em 2002 a escola em primeiro lugar (24,5%), seguida da mãe (16,8%) e outros familiares (16,7%) e em 2006, a mãe vem em primeiro lugar (24,4%), seguida de outros familiares (20,9%), vizinhos e escola (17,1% cada).

Resultados discordantes da presente casuística foram apresentados por PASCOLAT et al. (2001), que encontraram como principal notificante, nos casos de abuso físico na infância, a comunidade (85,8%), preferencialmente vizinhos e profissionais de saúde.

Figura 4.23 – Distribuição dos casos de violência física, segundo o notificante, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Parentes: avó, tio, tia, irmã, prima, madrasta.

A Tabela 4.39 relaciona o notificante com o agressor, evidenciando que a mãe atuou como notificante em todos os tipos de agressores, sendo o principal agente notificante quando o agressor foi a madrasta e o pai da vítima, o que ocorreu em 71,4% (cinco) e 69,0% (40) dos casos, respectivamente.

O Conselho Tutelar (29,1% – 16) e os vizinhos (23,6% - 13) foram os principais notificantes quando a mãe foi o agente agressor, mostrando que quando a mãe falha no cuidado dos filhos são principalmente as pessoas da comunidade que acorrem em socorro às vítimas, seguidas do pai e dos parentes.

Tabela 4.39 – Distribuição de casos de violência física, segundo o notificante e o agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Notificante	Agressor													
	Pai		Mãe		Padrasto		Madrasta		Out. fam.		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pai	-	-	12	21,8	7	25,9	-	-	1	4,2	-	-	20	11,6
Mãe	40	69,0	-	-	10	37,1	5	71,4	16	66,6	1	100,0	72	41,9
Pais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,2	-	-	1	0,6
Vítima	3	5,2	2	3,7	3	11,1	-	-	5	20,8	-	-	13	7,6
C. Tutelar	6	10,3	16	29,1	2	7,4	-	-	1	4,2	-	-	25	14,5
Vizinho	3	5,2	13	23,6	1	3,7	-	-	-	-	-	-	17	9,9
Anônimo	-	3,7	-	-	1	3,7	2	28,6	-	-	-	-	3	1,7
Parente (*)	6	10,3	12	21,8	3	11,1	-	-	-	-	-	-	21	12,2
Total	58	100,0	55	100,0	27	100,0	7	100,0	24	100,0	1	100,0	172	100,0

Notas: (*) Parentes: avó, tio, tia, irmã, prima, madrasta.

(**) Outros familiares: avô, avó, tio, tia, irmão, primo.

(***) Outros: babá, cunhado, companheira da mãe.

4.2.2 Violência Sexual

O debate sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes nos Estados Unidos vem ocorrendo desde a década de 70, mas no Brasil ele é relativamente recente, tendo se iniciado somente no fim dos anos 80. Trata-se de uma das formas mais perversas da violência, praticada geralmente por pessoa próxima à vítima, com quem ela mantém uma relação de confiança (FELIZARDO et al., 2004).

As estimativas de prevalência de abuso sexual variam em função das definições utilizadas e do modo como as informações são coletadas (OMS, 2002b). Mas, de um modo geral, o abuso sexual permanece envolto em um manto de silêncio, vergonha e obscuridade e assim tem se eternizado. Para essa Instituição, a violência sexual intrafamiliar de crianças representa cerca de um terço de todos os casos de abuso sexual infantil (WHO, 2003).

FELIZARDO et al.(2004) chamam a atenção para o fato de que o abuso sexual intrafamiliar é a forma mais frequente de violência sexual, ocorre em todas as classes sociais, desconhece fronteiras raciais e é praticado, na maioria das vezes, por homens “normais”. Assim, no espaço onde crianças e adolescentes deveriam receber atenção, amor e confiança, condições indispensáveis para um desenvolvimento adequado de suas personalidades, é justamente onde mais acontece esse tipo de violência

No estudo em pauta, a definição adotada para violência ou abuso sexual, conforme já referido, foi: “todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, com ou sem contato sexual, tendo como finalidade estimular sexualmente ou obter satisfação sexual da criança ou do adolescente, cujo agressor é um familiar (pais, responsáveis, parente ou convivente), e se encontra em estágio de desenvolvimento mais adiantado que a vítima. São práticas impostas pela violência física ou presumida, por ameaças ou indução de sua vontade” (DESLANDES, 1994b).

O abuso sexual que ocorre dentro da família ou na casa da criança, é tecnicamente denominado de incesto nos Estados Unidos, e o agressor pode ser um parente consanguíneo da criança ou alguém que convive com a família sendo

considerada como parte dela (CHARAM, 1997). Talvez por isso, seja o tipo de abuso mais difícil de ser detectado.

A identificação do abuso sexual pode ser feita através do relato da vítima ou de um dos responsáveis, da constatação da presença de lesões genitais ou anais ou de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ou gravidez (DESLANDES, 1994b). Além disso, mudanças súbitas de comportamento, falta de interesse por brincadeiras, problemas alimentares, medos, pesadelos, agressividade e dificuldade de aprendizagem têm sido descritos como sinais de alerta relacionados ao abuso sexual.

A importância da perícia médico-legal e dos procedimentos policial e judiciário para o esclarecimento da verdade é indiscutível, além do reconhecimento dos danos causados à saúde mental das vítimas, bem como à sua adaptação e inserção sociais (ADED et al., 2006).

4.2.2.1 Características da Vítima

As características da vítima são descritas segundo sexo e idade, escolaridade e com quem e onde mora.

- Sexo e idade

Estudos desenvolvidos em diferentes países sugerem que 3,0% a 29,0% das vítimas de abuso sexual são do sexo masculino (WHO, 2003). Para JOHNSON (2004), varia de 3% a 16% a frequência de vítimas do sexo masculino. Alguns autores nacionais referem que os meninos representam cerca de 10,0% das vítimas de abuso sexual (CHARAM, 1997; RIBEIRO et al., 2004; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005).

Como se verifica na Tabela 4.40, na violência sexual, predominou o número de vítimas do sexo feminino com 137 casos (82,0%), que representa 4,5 vezes o

número de vítimas do sexo masculino (18,0%). Estes resultados são concordantes com a literatura que refere ser fato comum de observação, sempre, em todas as idades e em qualquer lugar, uma frequência de vítimas de abuso sexual do sexo feminino maior que do masculino (AZEVEDO e GUERRA, 1989; FINKELHOR, 1994; ABRAPIA, 1997; MARMO et al., 1999; DE LORENZI et al., 2001; SBP, 2001; MINAYO, 2002; OMS, 2002b; WHO, 2003; GOMES e ROSÁRIO, 2004; SANCHEZ e MINAYO, 2004; UNICEF, 2004a; BRITO et al., 2005; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; PIRES ALD et al., 2005).

Levando-se em conta a idade, as vítimas do sexo masculino foram atingidas em proporções semelhantes nas faixas de 0 a 4 anos (5,4% - 9), de 5 a 9 anos (6,6% - 11) e de 10 a 14 anos (5,4% - 9) e em menor proporção na faixa de 15 a 19 anos (0,6% - 1). A frequência mais elevada nas faixas etárias menores poderia ser explicada pela maior fragilidade da criança e dos pré-púberes, enquanto o declínio de casos que se observa nos adolescentes, possivelmente demonstra uma maior condição física e racional de defesa desta faixa etária.

Por outro lado, na faixa etária de 15 a 19 anos, as mulheres foram 15 vezes mais atingidas que os homens, porém, na faixa de 10 a 14 anos, observa-se a maior frequência de casos do sexo feminino (41,9% - 70) (Tabela 4.40), o que se mostra condizente com a literatura, e é confirmado por ONOSTRE GUERRA (2000), que apesar de entender que não existe limite para ser vítima de um abuso sexual, aponta a puberdade como a fase de maior risco, provavelmente porque nesta etapa afloram as mudanças no desenvolvimento físico e sexual, além de se ampliar o espaço de socialização.

Esses achados convergem com estudos epidemiológicos internacionais que indicam a adolescência como o período de maior incidência (GUIMARÃES et al., 2004), e refletem a vulnerabilidade do sexo feminino nesta etapa transformadora, em que estão despontando os sinais da puberdade, o que deve sinalizar como alerta para a necessidade de se prover uma maior atenção e proteção das vítimas do sexo feminino, neste momento de suas vidas.

Resultados semelhantes foram obtidos em pesquisa sobre o levantamento do perfil dos atendimentos realizados nos Centros de Referência São Cristóvão e Santa Cruz, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2003. Ressalvando-se que 96% dos

casos eram de abuso sexual e os 4% restantes de exploração sexual, detectou-se que 76,0% das vítimas eram do sexo feminino e a idade mais frequente, em 55% dos casos, foi de 7 a 14 anos, seguida de 0 a 6 anos com 39% dos casos (ABRAPIA, 2004). Também convergem para esses resultados, dados do CRAMI de Campinas-SP, no período de 1982 a 1985, em que 67,3% das vítimas de abuso sexual tinham idade entre 7 e 14 anos (ABRAPIA, 1997).

RIBEIRO et al. (2004), ao analisar os casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes registrados no Centro de Referência da Criança e do Adolescente e nos Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto, São Paulo, no período de 1995 a 2000, encontraram resultados similares aos do presente estudo, com vitimizações em 226 crianças e adolescentes, com predomínio de vítimas do sexo feminino (89,8%), sobretudo na faixa etária de 10 a 14 anos (33,6%), evidenciando a diferença de gênero que favorece o processo de dominação e exploração.

ADED et al. (2007), procedendo a revisão de 124 laudos suspeitos de abuso sexual em menores de 17 anos, do IML da Cidade do Rio de Janeiro, também constataram predominância do sexo feminino em 79,0% dos casos, confirmando o que descreve a literatura científica sobre a relevância desse tipo de ataque ao gênero e ainda uma maior incidência na faixa de 0 a 14 anos (81,4%), reafirmando a idéia de que a ocorrência do abuso é inversamente proporcional à idade e capacidade de resistência das vítimas.

Para MARTINS (2008), que estudou as notificações dos Conselhos Tutelares e Serviços de Atendimento às Crianças e Adolescentes vitimizados, em Londrina, Paraná, além de uma frequência maior de vítimas do sexo feminino, acima de 70%, ainda encontrou predomínio na faixa etária de 10 a 14 anos, o que foi explicado como uma maior predileção pelas vítimas à época da puberdade, estando associado com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

Em estudo de 60 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes registrados pelo Programa Sentinela em Campina Grande, Paraíba, nos anos de 2005 e 2006, BAPTISTA et al. (2008) confirmaram o predomínio de abuso em vítimas do sexo feminino (85,0%) e faixa etária predominante de 12 a 14 anos (28,0%), porém, diversamente do que está sendo apresentado, sua casuística refere-se tanto à violência intrafamiliar (27 casos - 45%) como extra-familiar (33 casos - 55%).

FERREIRA, A. L. (2002), analisando um serviço de saúde que presta atendimento às vítimas de abuso sexual, também encontrou predominância do sexo feminino entre as vítimas, porém, contrariamente ao que se verificou na presente pesquisa, a faixa etária mais frequente foi de crianças de 6 a 10 anos, com média de idade de 6,8 anos. A precocidade das vítimas de abuso sexual também foi constatada por FALEIROS (2003), que encontrou 69,1% das vítimas na faixa etária de 0 a 11 anos e CHARAM (1997), para quem 85% dos abusos sexuais ocorrem em crianças.

A análise preliminar dos casos de violência sexual intrafamiliar atendidos no SOS Criança da ABRAPIA, de janeiro de 1998 a junho de 1999, revelou que 80% das vítimas eram do sexo feminino. No entanto, contrariamente ao que está sendo apresentado, 49% das vítimas estavam na faixa de 2 a 5 anos, seguida de 33% entre 6 e 10 anos (ABRAPIA, 2004). Estes achados remetem à hipótese defendida por alguns autores de que em ambiente doméstico as crianças são as principais vítimas de abuso sexual (DREZETT, 2001; FERREIRA, A. L., 2002), em função de sua maior dependência física e psíquica, aliada à sua ingenuidade.

A idade média das vítimas de violência sexual do presente estudo foi de 9,5 anos. Levando-se em conta o sexo das vítimas, constata-se que a média das idades para o sexo masculino foi de 7,2 anos, sendo, portanto inferior à do sexo feminino que foi de 10,0 anos. Esta diferença poderia estar fundamentada no fato de a vítima do sexo masculino “culturalmente” se tornar independente mais cedo que a do sexo feminino, dificultando assim as investidas do agressor.

A Figura 4.24 evidencia claramente a maior proporção de vítimas do sexo feminino em relação ao sexo masculino, em todas as faixas etárias, nos casos de abuso sexual, além de demonstrar a preponderância dessas vítimas na faixa de 10 a 14 anos. No entanto, analisando-se a Figura 4.25, que mostra a distribuição dos casos de abuso sexual, tendo como referência o total de casos por sexo da vítima, verifica-se que, proporcionalmente, existe um maior número de casos entre vítimas do sexo masculino, na faixa de zero a 14 anos, que é superado pelo sexo feminino somente na faixa de 15 a 19 anos.

Tabela 4.40 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo faixa etária e sexo da vítima e razão F/M, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa Etária (em anos)	Masculino		Feminino		Total		Razão F/M
	N	%	N	%	N	%	
0 a 4	9	5,4	22	13,1	31	18,5	2,4
5 a 9	11	6,6	30	18,0	41	24,6	2,7
10 a 14	9	5,4	70	41,9	79	47,3	7,7
15 a 19	1	0,6	15	9,0	16	9,6	15,0
Total	30	18,0	137	82,0	167	100,0	4,5

Figura 4.24 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo faixa etária e sexo da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

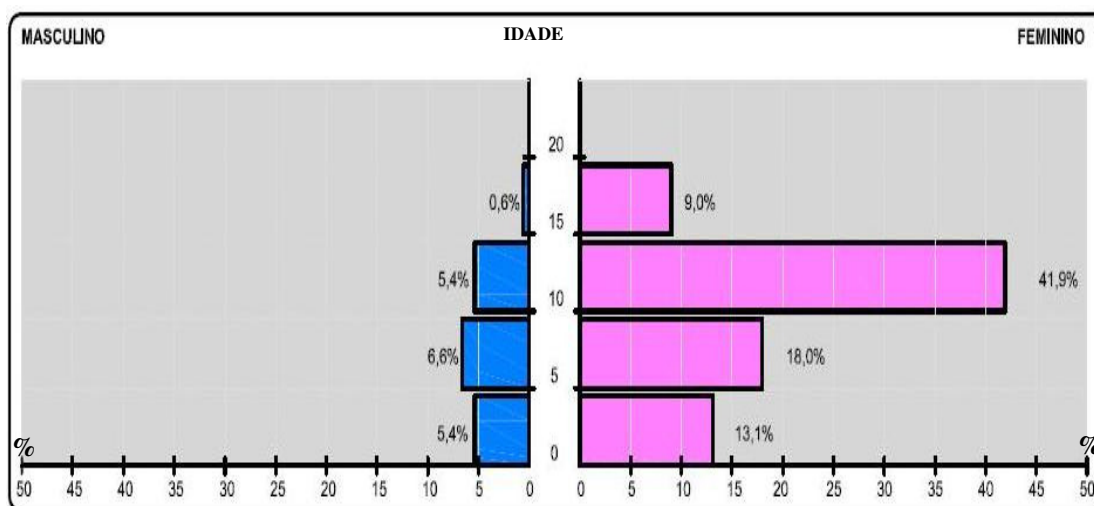
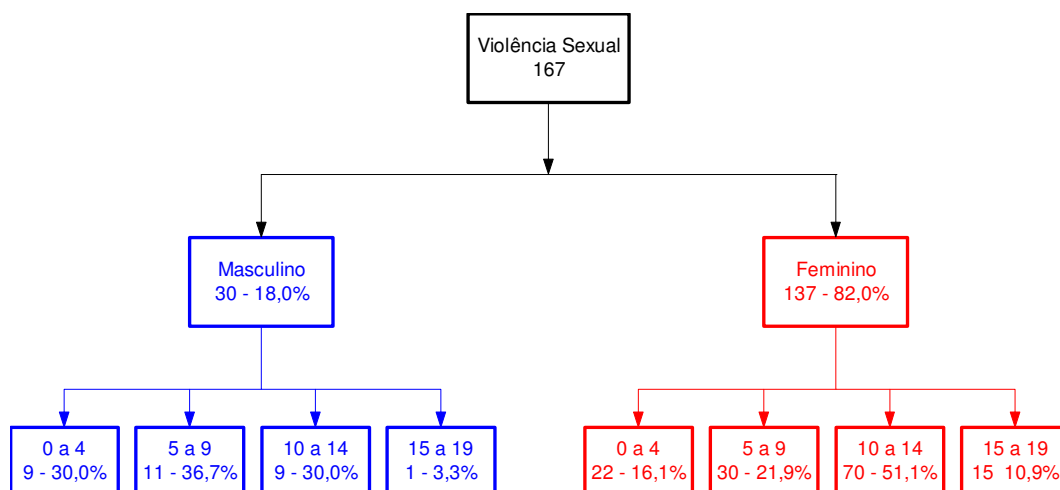


Figura 4.25 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o sexo e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: Proporções calculadas sobre o total de cada sexo.

- Escolaridade

Vê-se na Tabela 4.41 que a maioria das vítimas de violência sexual, 72 (53,0%), possui de quatro a sete anos de estudo e faixa etária de 10 a 14 anos de idade (79 – 58,1%).

Levando-se em conta que a idade média das vítimas foi de 9,5 anos, pode-se inferir que existe proporcionalidade com o nível de escolaridade constatado.

Segundo BAPTISTA et al. (2008), que encontraram a maior incidência de abuso sexual em crianças e adolescentes com menor grau de instrução, além de pertencerem a famílias numerosas e de baixo poder aquisitivo, este fato pode significar a possibilidade deste tipo de violência estar sendo encoberto nas classes mais favorecidas.

Para DREZETT (2000), que também observou baixa escolaridade entre as vítimas de violência sexual, este achado pode estar relacionado com a limitação

educacional da clientela dos serviços públicos, fonte utilizada na coleta de seus dados.

Dados estatísticos do Programa Sentinela (ABRAPIA, 2004) acerca de pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2003, abrangendo 96% de casos de abuso sexual e os 4% restantes de exploração sexual, revelaram que 59% das vítimas possuíam educação infantil, 27% ensino fundamental e 3% ensino médio, evidenciando uma maior visibilidade do abuso sexual entre pessoas com baixa escolaridade, o que vem reforçar a hipótese de que entre as classes com maior evolução sócio-cultural, existe maior capacidade de dissimulação do fato.

Nessa perspectiva, estudiosos no assunto afirmam que o abuso sexual ocorre em todos os grupos sócio-econômicos, educacionais, religiosos e culturais, no entanto, sua ocorrência em famílias pertencentes aos grupos diferenciados de classes média e alta, tem mais condição de ser encoberta. Portanto, inferem que baixos níveis de renda e de educação não podem ser considerados indicadores de abuso familiar (CHARAM, 1997; ABRAPIA, 1997).

Há que se assinalar o escasso registro dessa variável nos estudos sobre o tema, constatação compartilhada por DREZETT (2000).

Tabela 4.41 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo faixa etária e escolaridade (anos de estudo) da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	Faixa Etária							
	5 a 9		10 a 14		15 a 19		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum	9	6,6	1	0,7	-	-	10	7,3
1 a 3	21	15,5	13	9,6	-	-	34	25,1
4 a 7	11	8,1	55	40,5	6	4,4	72	53,0
8 a 11	-	-	9	6,6	9	6,6	18	13,2
12 a +	-	-	-	-	1	0,7	1	0,7
Ignorada	-	-	1	0,7	-	-	1	0,7
Total	41	30,2	79	58,1	16	11,7	136	100,0

Nota: Excluídos 31 casos da faixa etária 0 a 4 anos.

- Com quem e onde mora

Como mostra a Figura 4.26, em 93 casos de violência sexual, a vítima não contava com a presença de um ou de ambos os pais, simultaneamente (55,7%), evidenciando uma maior frequência de família não nuclear em relação à família nuclear (42,5%). Esta diferença, no entanto, não se mostrou significativa para a ocorrência de abuso sexual.

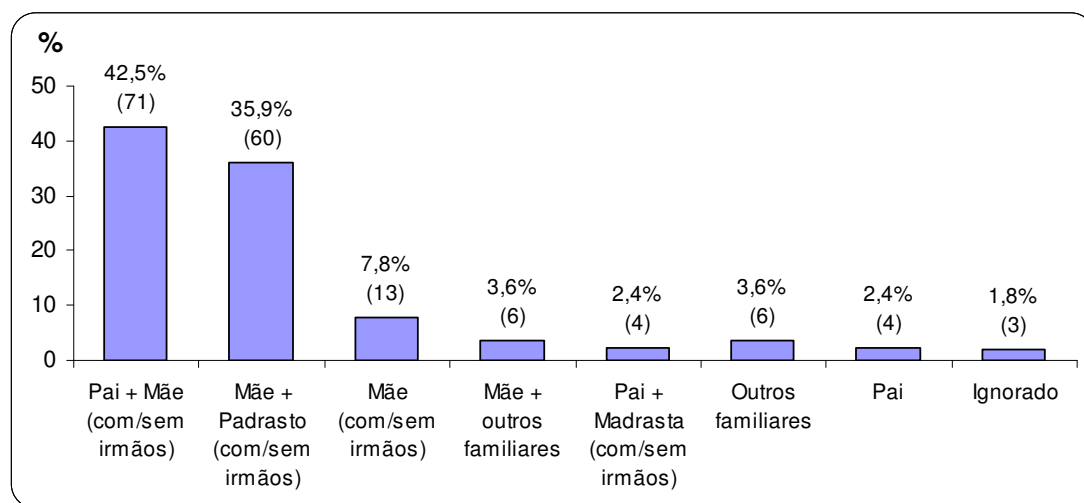
As famílias reconstituídas, formadas a partir da união da mãe com o padrasto, concorreram com 60 casos (35,9%), o que parece estar associado com a presença do padrasto, que aumenta as chances de abuso sexual contra as filhas da mulher (FINKELHOR, 1993; ONOSTRE GUERRA, 2000). Esta explicação encontra guarida nos dados que mostram o padrasto como agressor sexual em 54 (90,0%), do total destas 60 famílias reconstituídas.

A família monoparental também tem sido relacionada com risco aumentado para a ocorrência de violência, porém, neste estudo, dentre os casos de violência sexual, detectou-se somente 23 famílias monoparentais (13,8%), não sendo, portanto, significativo.

Para FINKELHOR (1993), nenhuma característica demográfica ou familiar pode ser usada para excluir um caso de abuso sexual infantil, no entanto, alguns fatores são associados com maior risco e dentre eles estão, viver sem o pai natural, a presença do padrasto, pais pobres ou assistir a conflitos familiares.

Na literatura brasileira, não foram encontrados trabalhos que reportassem o tipo de família onde ocorrem os casos de abuso sexual, o que, em última análise, representa uma lacuna importante, visto que é deste ambiente que emerge e se desenvolve o ato violento contra crianças e adolescentes, merecendo, portanto ser analisado e compreendido.

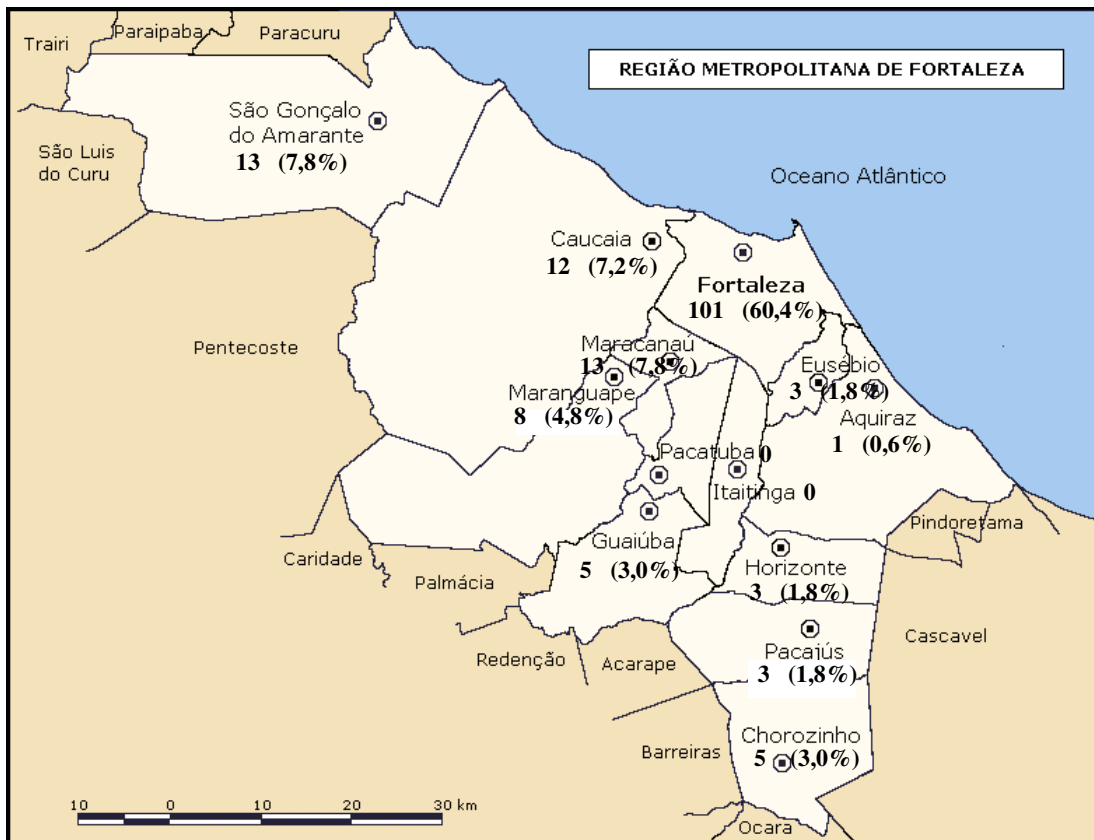
Figura 4.26 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo com quem mora a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Avós e tios

A Figura 4.27 apresenta uma distribuição espacial dos casos de violência sexual nos municípios da RMF, onde mostra que a maior parte das vítimas morava em Fortaleza (60,4% - 101), dado que é neste município onde se encontra a maior população (Quadro 4.3), porém as maiores taxas de prevalência de abuso sexual foram observadas nos municípios mais distantes – São Gonçalo do Amarante (150,5/100 mil hab) e Chorozinho (131,8/100 mil hab), distantes 59,1 e 66,1 km, respectivamente e com o segundo menor IDH (0,63) da RMF. Vale destacar também a inexistência de registro de violência sexual nos municípios de Pacatuba e Itaitinga, o que levanta a hipótese de que nestes municípios, os casos de abuso sexual não estariam sendo realmente detectados.

Figura 4.27 – Distribuição dos municípios de residência das vítimas de violência sexual, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Quadro 4.3 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo o município de residência da vítima, a distância de Fortaleza (medida em Km), a população total (2008), a população de 0 a 19 anos (2008), a taxa de prevalência por 100 mil habitantes e o IDH (2000), IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Municípios RMF	N	Distância de Fortaleza (km)	Pop. Total (2008)	Pop. 0 – 19 (2008)	Taxa Prevalência/ 100 mil hab.	IDH (2000)
Fortaleza	101	-	2.473.614	999.665	20,2	0,78
Caucaia	12	16,5	326.811	151.811	15,8	0,72
Eusébio	3	17,7	40.426	16.285	36,8	0,68
Maracanaú	13	20,0	199.808	91.899	28,3	0,73
Aquiraz	1	24,7	70.439	26.379	7,6	0,67
Itaitinga	-	29,1	32.382	12.585	-	0,68
Maranguape	8	30,0	108.525	42.524	37,6	0,73
Pacatuba	-	32,0	70.018	26.681	-	0,54
Guaiúba	5	38,0	23.502	9.879	101,2	0,65
Horizonte	3	42,1	52.488	21.169	28,3	0,67
Pacajús	3	51,1	58.281	22.909	26,2	0,67
SG Amarante	13	59,1	42.311	17.274	150,5	0,63
Chorozinho	5	66,1	18.770	7.588	131,8	0,63
RMF	167	-	3.517.375	1.451.176	23,0	0,76

4.2.2.2 Características da Família

As famílias são caracterizadas segundo a idade, escolaridade, ocupação dos pais, renda familiar per capita e ao número de pessoas na família.

- Idade

Os pais da vítima de violência sexual, à semelhança do que ocorre com a vítima de violência física, estavam, em sua maioria, na faixa etária de 30 a 39 anos, sendo que para o pai segue-se como a segunda faixa mais frequente a de 40 a 49 anos, enquanto para a mãe a de 20 a 29 anos (Tabela 4.42), resultando numa idade

média do pai de 36,2 anos, portanto maior que a da mãe, que foi de 33,5 anos. Estes dados não têm similaridade com a literatura que relaciona a pouca idade dos pais com a maior probabilidade de ocorrer violência (OMS, 2002b)

A literatura revisada apresentou escassas informações sobre esta variável, o que poderia ser explicado pela pobreza de dados observada nos registros das instituições que prestam atendimentos a essas vítimas ou ainda, desconhecimento por parte do informante (RIBEIRO et al., 2004; ADED et al., 2006; MARTINS, 2008).

Tabela 4.42 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo faixa etária dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa Etária (em anos)	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
- 20	-	-	1	0,6
20 a 29	21	12,6	48	28,7
30 a 39	67	40,1	78	46,7
40 a 49	32	19,2	25	15,0
50 e +	4	2,4	6	3,6
Ignorada	43	25,7	9	5,4
Total	167	100,0	167	100,0

- Escolaridade

Conforme revela a Tabela 4.43, a maior frequência de escolaridade observada tanto para o pai (28,7%), como para a mãe (38,3%) de vítimas de violência sexual foi na faixa de quatro a sete anos de estudo, refletindo um baixo nível de escolaridade para ambos, sobretudo para a mãe. Este achado evidencia que o abuso sexual tem maior visibilidade nas famílias que apresentam baixo nível de desenvolvimento socioeconômico.

Observou-se também escassez de informações a propósito desta variável nos estudos sobre o tema, inviabilizando assim uma análise comparativa.

Tabela 4.43 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo escolaridade (anos de estudo) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Nenhum	13	7,8	26	15,5
1 a 3	22	13,2	27	16,2
4 a 7	48	28,7	64	38,3
8 a 11	25	15,0	27	16,2
12 e +	1	0,6	6	3,6
Ignorada	58	34,7	17	10,2
Total	167	100,0	167	100,0

- Ocupação

Dentre as ocupações exercidas pelo pai de vítimas de violência sexual as mais frequentes foram a de vendedor (7,8%), seguida de funcionário público (7,1%) e agricultor (6,5%) (Tabela 4.44). Observou-se uma pulverização dos tipos de ocupação, o que determinou seu agrupamento sob a denominação “outras” (31,8%), além de um percentual elevado de “ignorada” (35,1%).

Verificou-se também que, via de regra, tais ocupações não exigiam conhecimento especializado, o que se mostra condizente com o baixo nível de instrução desses pais.

Nesta casuística, verificou-se que treze pais se encontravam desempregados à época em que ocorreu a violência, e destes, dez atuaram como agressor, suscitando a hipótese desta situação ser considerada geradora do processo de violência.

Por outro lado, as ocupações referidas pelas mães de vítimas de violência sexual concentraram-se, principalmente, em “do lar” (37,7%) e doméstica (32,9%), não diferindo, no entanto, quanto à exigência de qualificação profissional.

Tabela 4.44 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo ocupação do pai da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Vendedor	12	7,8
Func. Público	11	7,1
Agricultor	10	6,5
Serviços Gerais	6	3,9
Marceneiro	6	3,9
Garçom	6	3,9
Ignorada	54	35,1
Outras	49	31,8
Total	154	100,0

Nota: Foram excluídos 13 desempregados.

- Renda per capita

Como mostra a Tabela 4.45, mais da metade das famílias (53,3% - 89) de vítimas de violência sexual tinha renda per capita inferior a duzentos reais e, em cerca de 80,0% (133) dessas famílias, a renda per capita era inferior a quatrocentos reais. Esses achados confirmam o fato de que a maior ocorrência de abuso sexual se verifica entre as classes menos favorecidas do ponto de vista social e econômico, o que poderia estar relacionado com a maior visibilidade das famílias mais carentes.

O abuso sexual está presente em todos os níveis sócio-econômicos (SBP, 2001; GOMES e ROSÁRIO, 2004; UNICEF, 2004a). Segundo FALEIROS (1998), a pobreza não é considerada determinante da violência, mas em suas entranhas gesta-se um processo cumulativo de fragilização social. Além disso, a privação econômica e social são situações facilmente identificáveis em famílias que maltratam suas crianças (REICHENHEIM et al., 1999).

De acordo com *kaplan* et al., citados por PFEIFFER e SALVAGNI (2005), outra constatação da complexidade do impacto da violência sexual na estrutura familiar é que ela é mais frequentemente relatada em famílias de nível sócio-econômico inferior e mais facilmente encoberto pelas de padrão mais alto.

Tabela 4.45 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo Renda Per Capita (RPC) dos pais da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

RPC (em reais)	N	%
- 100,00 a 199,00	89	53,3
200,00 a 399,00	44	26,3
400,00 a 599,00	12	7,2
600,00 a 799,00	6	3,6
800,00 a 999,00	-	-
1.000,00 e +	2	1,2
Ignorada	14	8,4
Total	167	100,0

- Número de pessoas na família

Na Tabela 4.46, observa-se que 28,1% dos casos de violência sexual ocorreram em famílias com quatro pessoas, seguido de 22,2% dos casos (37) em famílias com cinco pessoas e 20,9% (35 casos) em famílias com três pessoas.

Assim, o número médio de pessoas por família, nos casos de abuso sexual, foi 4,8, que é considerado, segundo RIBEIRO et al. (1994), pelos padrões da família brasileira, como bastante numerosa.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002b), famílias com quatro ou mais crianças estavam três vezes mais sujeitas à violência dos pais em relação aos filhos do que famílias com menos filhos.

Tabela 4.46 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o número de pessoas na família, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Nº de pessoas na família	N	%
Dois	1	0,6
Três	35	20,9
Quatro	47	28,1
Cinco	37	22,2
Seis	22	13,2
Sete e +	22	13,2
Ignorado	3	1,8
Total	167	100,0

4.2.2.3 Características do Agressor

O agressor de violência sexual está aqui caracterizado segundo sexo e idade, escolaridade, ocupação, renda em salário mínimo, presença de fator de risco e relação de parentesco com a vítima.

- Sexo e idade

Entre os casos de violência sexual, o agressor mais frequente foi, em sua quase totalidade, do sexo masculino (98,8%), sendo o sexo feminino representado em apenas dois casos (1,2%) (Tabela 4.47).

Os resultados aqui apresentados mostram-se alinhados com a literatura sobre o tema, que refere supremacia absoluta de agressores do sexo masculino em se tratando de abuso sexual (ABRAPIA, 1997; SBP, 2001; DREZETT, 2000; OMS, 2002b; UNICEF, 2004a), o que parece estar implícito na sua caracterização que dispensa referência quanto à distribuição do agressor segundo o sexo.

Para AZEVEDO e GUERRA (1989), por ser um fenômeno cuja raiz está no padrão falocrático de relações sociais de gênero, nessa mesma raiz encontra-se o agressor, que na quase totalidade dos casos, é um homem. Esta determinação de gênero, onde as diferenças são convertidas em desigualdades que favorecem o processo de dominação e exploração (RIBEIRO et al., 2004), poderia analogamente ser explicada pelo próprio padrão cultural da sociedade patriarcal, onde a mulher ainda é vista como objeto sexual (MARMO et al., 1999).

Outros trabalhos, à semelhança do que está sendo apresentado, chegam a referir agressores do sexo feminino em ínfimos percentuais, como é o caso do estudo desenvolvido por FERREIRA, A. L. (2002), que detectou três agressores do sexo feminino, correspondendo a 2,7% do total de casos; FALEIROS (2003), que dentre os 47 agressores, dois eram do sexo feminino, representando um percentual de 4,3%; ROSA e CAMPOS et al. (2005), em que houve relato de um único caso de agressor do sexo feminino; MARTINS (2008) que nos dois anos estudados encontrou percentuais de agressores do sexo feminino da ordem de 1,7% em 2002 e 2,1% em 2006.

Para *Lewis e Stanley*, citados por FERREIRA, A. L. (2002), a ocorrência de mulheres como agressores sexuais em menor proporção que os homens poderia ser explicada ou pela sub-notificação, em função de suas práticas não serem consideradas abusivas, ou pelo fato de que realmente as mulheres cometeriam bem menos abusos sexuais que os homens.

A distribuição do agressor quanto à sua idade (Tabela 4.45), revelou maior concentração na faixa etária de 30 a 39 anos (35,3% - 59), seguida de 40 a 49 anos (25,7% - 43) e 20 a 29 anos (22,8% - 38), com idade média resultante de 34,3 anos. Dentre os onze agressores adolescentes (6,6%), dois tinham 14 anos, um estava com 16 anos, dois com 17 anos, cinco com 18 anos e um com 19 anos. Os dois casos de violência sexual em que o agressor era do sexo feminino estavam inseridos na faixa etária de 30 a 39 anos.

Resultados coincidentes foram obtidos por MARTINS (2008), em relação aos agressores sexuais masculinos que estavam concentrados principalmente na faixa etária de 30 a 40 anos. Já os agressores do sexo feminino tinham idades menores, 20 e 24 anos, do que os apresentados neste estudo.

A maior frequência de agressor na idade adulta, fase da vida em que já teria constituído sua própria família, poderia encontrar refúgio na tese de detentor de autonomia, “senhor de si e dos seus”, que encontra no reduto do seu lar um ambiente propício, teoricamente isento de interferências externas, onde poderá exercer autoridade principalmente sobre crianças e adolescentes, e assim deixar aflorar seus instintos mais primitivos de abusador.

Quanto aos agressores adolescentes, nos Estados Unidos, eles foram identificados em 20,0% dos casos de violência sexual (AAP, 1999), portanto, cerca de três vezes mais que o resultado aqui apresentado, o que poderia ser explicado pelo maior número de notificações que se observa neste País.

Os agressores sexuais pré-púberes têm sido pouco estudados e pouco reconhecidos no contexto da violência familiar (FERREIRA, A. L., 2002). Tal fato poderia encontrar justificativa na própria definição adotada para a violência sexual, que estabelece como agressor “um adulto ou mesmo um adolescente mais velho” (ABRÁPIA, 1997), ou ainda “... que esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente” (DESLANDES, 1994b).

Tabela 4.47 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo sexo e faixa etária do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Faixa etária (em anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
- 20	11	6,6	-	-	11	6,6
20 a 29	38	22,8	-	-	38	22,8
30 a 39	57	34,1	2	1,2	59	35,3
40 a 49	43	25,7	-	-	43	25,7
50 e +	5	3,0	-	-	5	3,0
Ignorada	11	6,6	-	-	11	6,6
Total	165	98,8	2	1,2	167	100,0

Sobre os dois agressores do sexo feminino, serão descritos a seguir:

Caso Nº 151: o agente agressor foi a companheira da mãe, de 34 anos de idade, com oito anos de escolaridade, exercendo ocupação de doméstica, com renda mensal de um salário mínimo e viciada em álcool. A vítima, uma criança do sexo feminino, de sete anos de idade, residia em Fortaleza, com a mãe, de 24 anos, com oito de escolaridade e ocupação “do lar” e sua companheira, e ainda uma irmã de quatro anos de idade. As práticas abusivas perduraram por cerca de um ano, até que a criança contou à sua madrastra, que por sua vez informou ao pai da criança, que procedeu à notificação. O pai, de 34 anos, oito de escolaridade com ocupação de cabeleireiro e renda de dois salários mínimos, por ocasião do exame mostrava-se revoltado com a conivência e omissão da mãe, tendo solicitado a guarda das filhas, que a partir daquele momento iriam morar com ele e sua esposa. O resultado do exame sexológico a que a criança se submeteu foi negativo, o que se mostra compatível com as práticas sexuais descritas pela vítima, que consistiam em atos libidinosos, os quais não deixam marcas evidentes. O pai confessou sua preocupação diante deste resultado, dado que, na Delegacia onde efetuou a queixa, foi informado que as providências sobre o caso seriam tomadas após o conhecimento do resultado do exame de corpo de delito. A vítima confidenciou sua preocupação com as consequências que poderiam recair sobre sua mãe, mas adiantou que se sentia aliviada de ter contado tudo.

Caso Nº 154: criança do sexo feminino, de cinco anos de idade, residia em Fortaleza, com o pai - de 26 anos, com dez anos de escolaridade, locutor de rádio e renda mensal de um salário mínimo, a madrasta e mais dois irmãos menores. O agente agressor foi sua própria mãe - 32 anos de idade, não alfabetizada e ocupação "do lar", sem renda referida. A prática de abuso se consumava por ocasião das visitas que a criança fazia à mãe, o que vinha acontecendo há algum tempo, até que a vítima resolveu contar à madrasta que fez a notificação. O exame de corpo de delito mostrou-se, mais uma vez, negativo, sendo compatível com o relato da vítima de que sua mãe acariciava suas partes íntimas, deixando-a muito incomodada.

- Escolaridade

A escolaridade do agressor masculino mostrou maior concentração entre quatro e sete anos de estudo (31,5%), com 66,1% (109) dos agressores apresentando, no máximo, até sete anos de estudo, o que permite lhes conferir uma baixa escolaridade (Tabela 4.48). Este resultado mostrou-se compatível com as demais características descritas, em que se detectou predominância de baixo nível socioeconômico para as vítimas, suas famílias e seus agressores, que via de regra, são parte destas famílias. Tais achados sustentam a tese de maior acessibilidade de casos de abuso sexual em famílias mais carentes em detrimento de maior ocultação nas classes mais favorecidas (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005).

Vale destacar o registro de dois agressores que possuíam escolaridade de mais de 12 anos de estudo, com certificação de nível superior.

Mais uma vez, constatou-se escassez de informações que possibilitassem a caracterização do agressor segundo sua escolaridade, o que inviabilizou a análise comparativa dessa variável. Para RIBEIRO et al. (2004), verifica-se, na literatura,

uma expressiva ausência de dados sobre o agressor, o que deve alertar para a necessidade de um atendimento contextualizado através de uma rede que atue de forma integral no atendimento à violência.

Tabela 4.48 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo escolaridade (em anos de estudo) do agressor masculino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Escolaridade (em anos de estudo)	N	%
Nenhum	24	14,6
1 a 3	33	20,0
4 a 7	52	31,5
8 a 11	20	12,1
12 e +	2	1,2
Ignorado	34	20,6
Total	165	100,0

- Ocupação

Como mostra a Tabela 4.49, entre os agressores do sexo masculino, a ocupação mais frequente foi a de pedreiro (10,5%), seguindo-se a de agricultor (7,0%) e, com a mesma frequência (6,2%), a de vendedor, estudante e motorista. É relevante que, em mais da metade dos agressores (53,5%) o tipo de ocupação foi agrupado na categoria “outras”, o que se deu em função da grande dispersão de atividades, inclusive informais, como reciclagem, sucateiro, técnico, entre outras.

Verificou-se também que as ocupações exercidas pelos agressores mostravam-se compatíveis com sua baixa escolaridade.

Merece destaque o achado de 51 agressores em situação de desemprego, dos quais, dez eram os próprios pais das vítimas, o que poderia ser considerado como determinante deste processo de violência.

Não surpreende a similaridade destes resultados com o que foi observado entre os pais das vítimas, dado que grande parte desses agressores, como se verá mais adiante, foram os próprios pais, o que torna redundante esta caracterização.

Quanto à ocupação dos dois agressores do sexo feminino, uma era doméstica e a outra, “do lar”, como já referido, anteriormente, na descrição dos casos.

Tabela 4.49 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo ocupação do agressor masculino, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Ocupação	N	%
Pedreiro	12	10,5
Agricultor	8	7,0
Vendedor	7	6,2
Estudante	7	6,2
Motorista	7	6,2
Comerciante	6	5,2
Funcionário Público	6	5,2
Outras	61	53,5
Total	114	100,0

Nota: Foram excluídos 51 desempregados.

- Renda em salário mínimo (SM)

A maior concentração de renda entre os agressores masculinos da violência sexual foi observada entre um e três salários mínimos (57,0% - 94), sendo que, a maioria dos agressores (93,4% - 154) tinha renda de até três salários mínimos (Tabela 4.50), o que mostra-se alinhado com as características de ocupação e escolaridade verificadas entre os agressores.

Os achados aqui relatados referendam a hipótese de *Kaplan et al.*, citados por PFEIFFER E SALVAGNI (2005), de que o abuso sexual é encontrado, mais

frequentemente, nas classes menos favorecidas e mais facilmente dissimulado, nas de padrão mais elevado.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002b), as pesquisas sobre o tema mostram que as oportunidades de que o abuso ocorra se ampliam em áreas de pobreza, onde há pouco apoio institucional.

Aqui também não foi possível comparar esses resultados com o de outros estudos, em função da escassez de registros sobre renda do agressor.

Tabela 4.50 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo renda (SM) do agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Renda (SM)	N	%
- 1	60	36,4
1 a 3	94	57,0
7 a 9	3	1,8
Ignorada	8	4,8
Total	165	100,0

Nota: não houve registro nas faixas salariais de quatro a seis e a partir de 10 SM.

- Fator de risco

Dentre os 167 casos de violência sexual, foi detectada a presença de fator de risco, aqui considerado, em 99 agressores (59,3%), sendo um do sexo feminino, o que, nesta casuística, já se mostra significativo para a ocorrência de abuso sexual. Levando-se em conta somente os 165 agressores do sexo masculino, verifica-se a presença de fator de risco em mais da metade (98 – 59,4%), de acordo com a primeira parte da Figura 4.28. A partir dos fatores de risco presentes, a segunda parte da Figura 4.28 revela a proporção em que ocorreram, evidenciando que o álcool foi o mais frequente, sendo observado, isoladamente em 49,0% dos casos.

De acordo com a Figura 4.29, que apresenta a distribuição dos casos de violência sexual com agressor masculino, os resultados mostram um total de 148

menções de fator de risco. Dado que na violência sexual existem 98 agressores masculinos, estima-se 1,5 menções para cada caso de violência sexual praticada. Dos fatores de risco mencionados, associados a outros, o álcool foi o mais frequente, concorrendo com 80 menções (54,1%).

O uso de álcool concomitante aos casos de violência sexual, também foi detectada em outros estudos, constituindo-se fator comum em vários tipos de agressão praticados contra a criança e o adolescente (ONOSTRE GUERRA, 2000; UNICEF 2004a; MARTINS, 2008).

O abuso de álcool e drogas associado a outros fatores como, uma relação de poder com dominação econômica e afetiva do agressor sobre sua vítima, são condições favoráveis à ocorrência do abuso sexual (ABRAPIA, 1997).

Dado que a violência é o resultado de uma complexa interação de fatores, sua compreensão passa, necessariamente, pela identificação desses fatores, que dentre os biológicos e pessoais, está o abuso de substâncias tóxicas, atuando como facilitador da perpetração da violência (OMS, 2002b).

Figura 4.28 - Distribuição dos casos de violência sexual com agressor do sexo masculino, segundo a presença e o tipo de fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

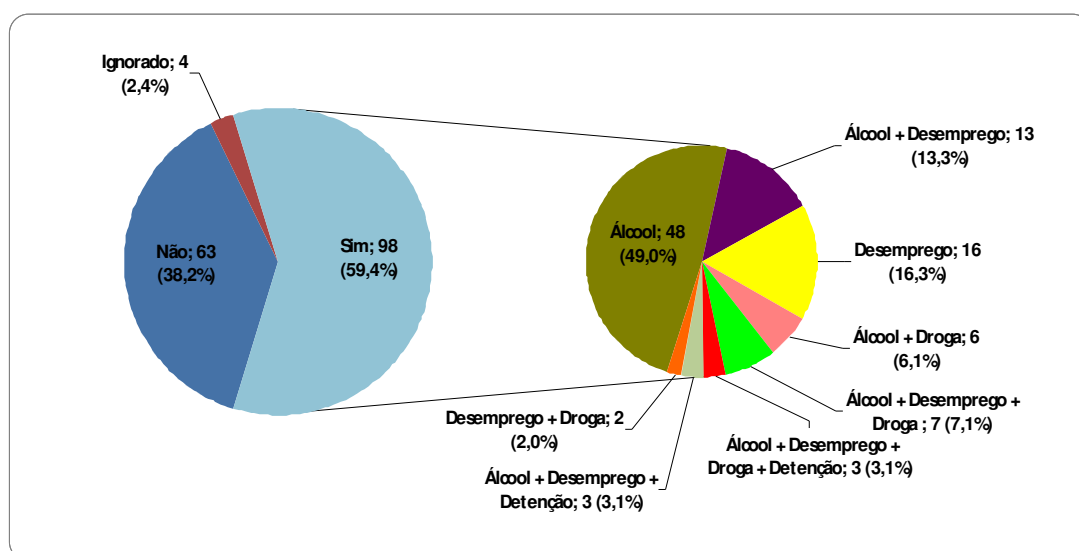
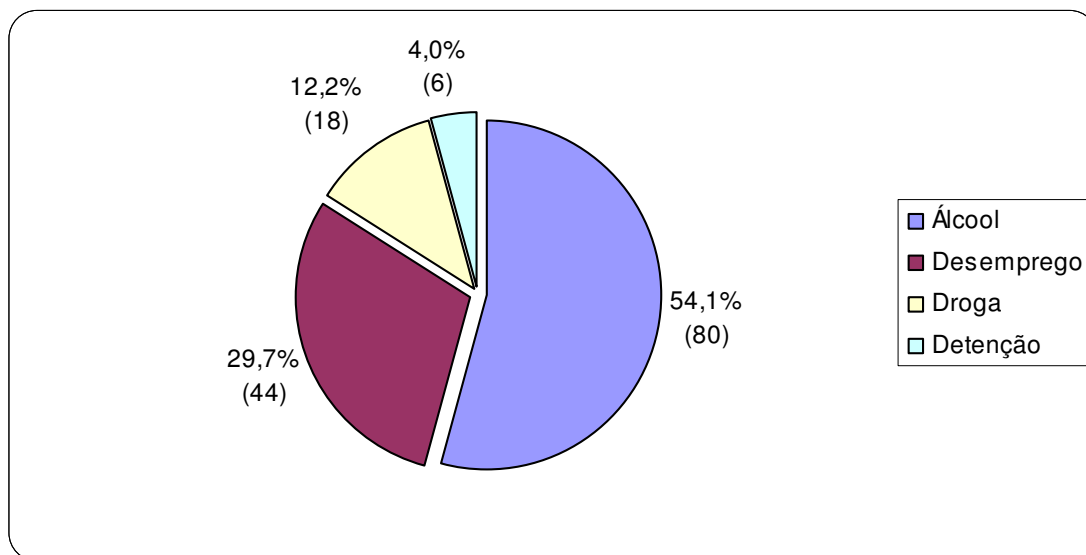


Figura 4.29 – Distribuição dos casos de violência sexual com agressor do sexo masculino, segundo o número de menções do fator de risco, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Relação de parentesco com a vítima

A Figura 4.30 apresenta a distribuição dos casos de violência sexual, segundo a relação de parentesco do agressor com a vítima, onde se observa que os agressores mais prevalentes foram o padrasto, com 54 casos (32,3%), seguido do pai, com 50 casos (30,0%).

Achados semelhantes foram encontrados por BAPTISTA et al. (2008), que em estudo sobre a caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes de um Programa Sentinela em Campina Grande-PB, encontraram o padrasto (33,3%), seguido do pai (29,7%), como principais agressores, nos casos de violência intrafamiliar. Resultados similares, em que o pai e o padrasto foram responsabilizados como principais agressores, foram observados noutros estudos sobre violência sexual contra crianças e adolescentes (DREZETT, 2001; ROSA e CAMPOS et al., 2005; ADED et al., 2007).

Estes resultados são convergentes com o que se vê na literatura, em que os principais responsáveis pelo abuso são o pai, o padrasto, o tio, o primo e o avô da criança (ABRAPIA, 1997; MINAYO, 2002; UNICEF, 2004a; RIBEIRO et al., 2004; SANCHEZ e MINAYO, 2004).

A natureza do abuso sexual é complexa e a tentativa de compreendê-la passa por profundas contradições, dado que ela ocorre dentro da família – de onde não se espera, é protagonizada, sobretudo, pelo seu responsável – detentor de toda confiança e poder, que agindo covarde e dissimuladamente, ataca crianças e adolescentes – que se sentem ameaçadas e em posição de subordinação e por isso temem reagir. Estão, portanto, criadas todas as condições favoráveis de ocultação e perpetuação de tão perversa prática.

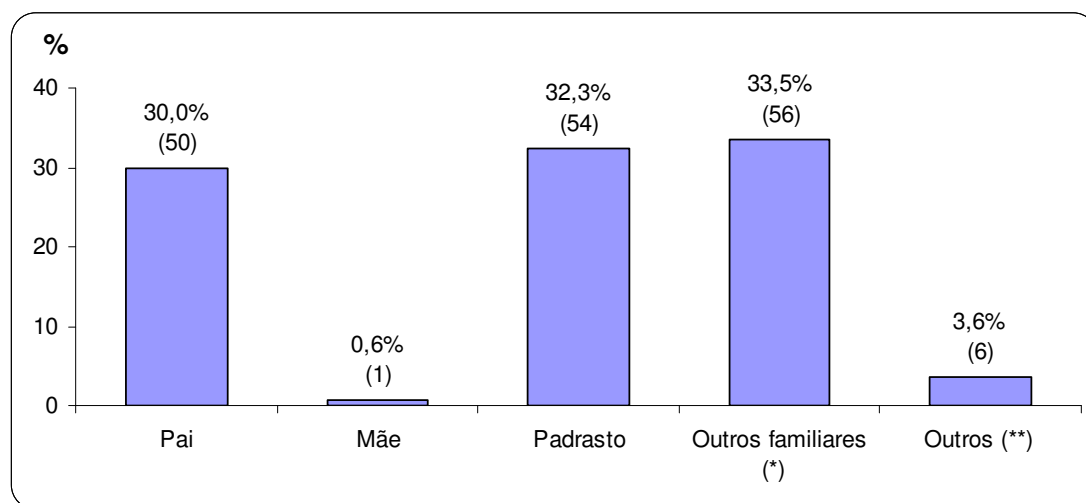
É importante lembrar que este é um fenômeno que remonta aos textos bíblicos, onde o incesto foi descrito desde épocas remotas, e o que se renova é sua identificação formal a partir dos anos 60 (ABRAPIA, 1997), acompanhado de todos os comemorativos danosos à saúde das vítimas, de suas famílias e também do agressor.

A Tabela 4.51 mostra que, para os principais agressores da violência sexual – padrasto (14,3%) e pai (15,6%), as vítimas estavam principalmente na faixa de 10 a 14 anos. Esses achados não encontraram paralelo com a identificação feita por RIBEIRO et al. (2004), em que os pais foram responsáveis por agressões contra crianças e o padrasto contra adolescentes. Aqui, para ambos os agressores e de um modo geral, as vítimas mais prevalentes foram as adolescentes.

Acredita-se que este resultado poderia ser explicado pelo fato da adolescente, por apresentar mais discernimento e autonomia, consegue se rebelar contra seu algoz, e revelar o fato, diferentemente do que acontece com a criança, que além do medo de falar, em alguns casos, não chega a ter consciência do que está lhe acontecendo. Para ADED et al. (2006), a denúncia pode demorar até que a criança perceba que tais práticas são incorretas ou injustas, ou que possa se defender.

Segundo a WHO (2003), a criança raramente revela o abuso imediatamente após ter acontecido. Sua comunicação do fato tende a ser um processo que frequentemente se inicia na sequência de uma queixa física ou de uma mudança de comportamento.

Figura 4.30 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Notas: (*) Outros familiares: avô-8; irmão-2; tio-29; primo-17.

(**) Outros: cunhado-5; companheira da mãe-1.

Tabela 4.51 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo relação de parentesco do agressor com a vítima e faixa etária da vítima, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Relação de parentesco do agressor	Faixa etária da Vítima								TOTAL	
	0 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pai	8	4,8	7	4,2	26	15,6	9	5,4	50	30,0
Mãe	-	-	1	0,6	-	-	-	-	1	0,6
Padrasto	9	5,4	18	10,7	24	14,3	3	1,8	54	32,3
Outros familiares (*)	14	8,4	13	7,8	26	15,6	3	1,8	56	33,5
Outros (**)	-	-	2	1,2	3	1,8	1	0,6	6	3,6
Total	31	18,6	41	24,5	79	47,3	16	9,6	167	100,0

Notas: (*) Outros familiares: avô-8; irmão-2; tio-29; primo-17.

(**) Outros: cunhado-5; companheira da mãe-1.

4.2.2.4 Características da Violência Sexual

São descritas características da violência sexual quanto à habitualidade; à presença, sítio e grau das lesões; ao laudo do Exame de Corpo de Delito, ao encaminhamento para assistência médica e ao notificante.

- Habitualidade

No presente estudo, a habitualidade foi observada em 106 casos (63,5%), ou seja, quase dois terços dos casos de violência sexual, contra 61 casos (36,5%) em que não houve habitualidade (Figura 4.31). Esta expressiva recorrência poderia ser explicada com base na alegação de que tudo que permeia o abuso sexual contra crianças e adolescentes favorece a habitualidade. Trata-se de uma prática coercitiva, ocorrida no âmbito familiar, o que lhe garante a privacidade, entre relações continuadas e assimétricas de poder, com vítimas carentes de autonomia e/ou de capacidade plena de percepção, o que propicia o silêncio.

GUIMARÃES et al. (2004), analisando a pesquisa coordenada por Eva Faleiros (2003), demonstraram que o abuso sexual foi de longa duração (um a dez anos), tendo apontado a adolescência como período de maior incidência, fazendo supor que seu início ocorreu precocemente, subsidiado pelo silêncio, pela conivência e cumplicidade e com tendência à perpetuação, dado que o agressor é relegado no atendimento. Esta percepção é compartilhada por MARMO et al. (1999), que acreditando na dificuldade do próprio agressor procurar tratamento, apostam na continuidade da prática abusiva.

FINKELHOR (1987) aponta como fator determinante para a ocorrência e manutenção do abuso sexual, a proximidade do agressor com a vítima. Quanto mais se conhecem e convivem, maior a duração e intensidade da agressão.

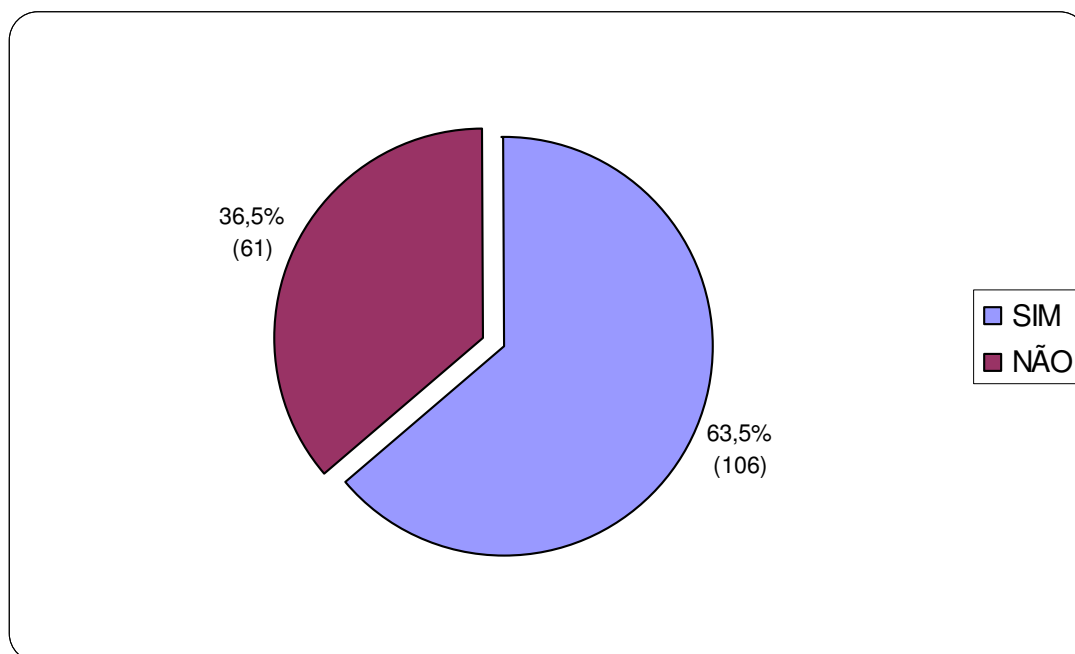
Pesquisadores referem que o abuso sexual ocorrido em ambiente doméstico, tem a perpetuação de sua dinâmica favorecida pela relação de confiança e medo, sendo mantido de forma progressiva, repetitiva, dissimulada e insidiosa, sem que a

criança tenha, inicialmente, consciência do ato abusivo do adulto (MORALES e SCHRAMM, 2002; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; BAPTISTA et al., 2008).

Outro aspecto, levantado pelos estudiosos do assunto, que propicia a reiteração do abuso sexual, diz respeito ao medo da vítima em não ser acreditada e das consequências que sua descoberta poderá trazer para sua família (ABRAPIA, 1997; CHARAM, 1997; MARMO et al., 1999; DREZETT et al., 2001; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005).

O que favorece a ocorrência da habitualidade, sob a perspectiva do abusador, poderia ser explicado pelo fato dele ser considerado “uma pessoa normal” (ABRAPIA, 1997), “acima de qualquer suspeita”, que mantém preservadas as demais áreas da sua personalidade, no entanto, seu distúrbio é compulsivo, e assim, seu comportamento será repetitivo, como a dependência de um vício.

Figura 4.31 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo a presença de habitualidade, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



- Presença, localização e grau das lesões

Do total de 167 casos definidos como violência ou abuso sexual, considerando a definição adotada neste estudo, detectou-se a presença de lesão somente em 23 deles (13,8%) e todas localizavam-se, principalmente, na área genital e/ou anal. Dentre as lesões detectadas, sete ocorreram em vítimas do sexo masculino (23,0%) e 16 nas do sexo feminino (11,7%), demonstrando que, proporcionalmente, o abuso sexual contra os homens causou mais lesão, sendo todas de grau leve, enquanto nas mulheres, um caso foi considerado grave e será descrito mais adiante (Tabela 4.52).

Os resultados aqui apresentados são condizentes com a literatura específica em que, a maioria dos casos de abuso sexual, não deixa vestígios (ABRAPIA, 1997; HYMEL e JENNY, 1997; DREZETT et al., 2001; SBP, 2001; MORALES e SCHRAMM, 2002; O'KEEFE, 2004; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; BAPTISTA et al., 2008) e até com a natureza da agressão, que em muitos casos restringe-se a carícias, manipulações, que não deixam marcas, mas nem por isso são menos danosas à saúde física e mental das vítimas, dado que resultam em sequelas psicológicas perenes. Para CASTILLO RAMIREZ (2001), os sinais físicos, nos casos de abuso sexual, são raros, sendo as sequelas emocionais, os principais indicadores da presença do abuso, o que explica a dificuldade de se obter provas concretas.

Segundo dados da ABRAPIA (2000), a maioria dos casos de abuso sexual ocorre de forma repetida, dentro de casa, sem violência nem evidências físicas, que são observadas em apenas 5% a 45% dos casos.

ONOSTRE GUERRA (2000), estudando 86 casos de abuso sexual intra e extrafamiliar na cidade de *El Alto* (Bolívia), encontrou que em 51% dos casos o exame físico da vítima foi normal, mesmo com história clara de agressão sexual. Tal fato, explicou, estaria provavelmente associado às estratégias usadas pelo agressor para não causar dano à vítima e, desta maneira, permanecer incólume.

DREZETT (2000), em seu estudo sobre violência sexual, encontrou uma baixa ocorrência de lesões genitais entre as crianças (8,2%), o que poderia ser

explicado pelo tipo de agressão praticado contra elas, denominado como atentado violento ao pudor, que consiste em carícias eróticas e masturbação da criança ou do agressor, as quais não deixam marcas. Compartilhando desta linha de pensamento, PFEIFFER e SALVAGNI (2005) afirmam que no abuso sexual da criança e adolescente, o agressor, deliberadamente pratica ato libidinoso, mais difícil de ser comprovado já que, frequentemente, não deixa marcas físicas.

Contrariamente aos resultados aqui apresentados, MARTINS (2008), encontrou lesão corporal em mais de 90% dos casos de violência sexual contra menores de 15 anos, em Londrina, Paraná, ressaltando-se que sua casuística se constituiu de casos de violência intra e extrafamiliar.

Importante destacar a maneira como os crimes sexuais são tratados pela legislação brasileira que, valorizando a prova material em detrimento da oitiva da vítima e/ou testemunha(s), na maioria das vezes concorre, de um lado para a impunidade do agressor, que desse modo potencializa suas investidas, do outro, para exacerbar a vulnerabilidade da vítima, que ainda experimenta o agravante de permanecer convivendo com o agressor, agora mais fortalecido, dado que nada foi provado contra ele.

Várias são as consequências advindas desse desenrolar, sendo a mais cruel e estarrecedora, aquela que deixa a criança e adolescente à mercê de seu agressor, derrotada e dependente; a falta de credibilidade no sistema; a frustração dos envolvidos na defesa da vítima, que hesitarão em cumprir seu papel de notificar; e talvez a pior de todas, os efeitos devastadores que a continuidade do abuso irá provocar na saúde física e mental da vítima.

Em que pese a importância das consequências resultantes do abuso sexual, tanto para a família como para a vítima, no extremo oposto e com igual ponderação, não se pode desprezar a falsa acusação de abuso sexual, que pode ser observada entre casal em situação de litígio, em que um manipula a criança contra o outro, agindo perversa e irrevogavelmente, não só contra a criança, mas também contra o pretense acusado, causando danos irreparáveis para todos os envolvidos.

Para CALÇADA et al. (2002), as vítimas de falsas acusações de abuso sexual sofrem riscos semelhantes às que foram efetivamente abusadas, estando sujeitas a algum tipo de patologia grave nas esferas psico-afetiva e sexual.

Acredita-se, certamente, que forjar tão perversa prática deva levar à indução de fantasiá-la, mas não com a mesma intensidade da vivência. No entanto, é de suma importância que profissionais responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, tenham em mente a possibilidade de se deparar com casos assemelhados e busquem aprofundar a anamnese, avaliar criteriosamente as informações prestadas, perquirir todos os fatos apresentados e até implementar uma discussão interdisciplinar do caso, para garantir o maior número de acertos na sua condução e assim poder contribuir com a veracidade e a justiça.

Sobre o caso de abuso sexual considerado grave, será descrito a seguir:

Caso Nº 27: Trata-se de um caso de estupro perpetrado contra uma criança do sexo feminino, de três anos de idade, cujo agente agressor foi o padrasto, de 44 anos, com dez de escolaridade, exercendo a profissão de cobrador de ônibus, com renda mensal de um e meio salário mínimo. A criança residia com a mãe, o padrasto e um irmão mais novo, em Fortaleza, e, segundo relato da mãe, nunca percebeu nada antes, achando que esta foi a primeira vez que aconteceu o abuso, o qual foi detectado por ela, devido ao sangramento que a criança apresentava, porém, o caso foi levado ao conhecimento do Conselho Tutelar pela vizinhança, uma vez que a mãe não acreditava que seu companheiro fosse capaz de praticar essa violência e dizia "... é uma pessoa tão boa e gosta tanto de minha filha".

A criança foi submetida à intervenção cirúrgica para reconstrução anatômica da região perineal, caracterizando, assim, a gravidade da lesão - "incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias". Segundo informações da conselheira tutelar que acompanhava a vítima juntamente com a mãe, após a alta hospitalar, a criança seria encaminhada ao abrigo, como medida de proteção, uma vez que a mãe não se mostrava convencida de que o seu marido tivesse praticado tal ato, além de lamentar que pudesse perdê-lo. A mãe tinha 20 anos de idade, oito anos de escolaridade e sua ocupação referida era "do lar".

Tabela 4.52 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo a presença e o grau da lesão, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Lesão / Grau	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	23	77,0	121	88,3	144	86,2
Sim	7	23,0	16	11,7	23	13,8
Leve	(7)	(30,5)	(15)	(65,2)	(22)	(95,7)
Grave	(-)	(-)	(1)	(4,3)	(1)	(4,3)
Total	30	100,0	137	100,0	167	100,0

Nota: Os números entre parênteses referem-se aos 23 casos em que houve lesão.

- Laudo do Exame de Corpo de Delito

Neste estudo, o laudo do exame de corpo de delito estabelece como positivo, quando é constatada a presença de lesão, ou negativo, quando não apresenta lesão.

Como se vê na Tabela 4.53, dentre os 167 casos comprovadamente configurados como abuso sexual, à luz do relato da vítima e/ou testemunhas, somente 23 (13,8%) destes, apresentaram resultado do exame de corpo de delito positivo, sendo nove casos (5,4%) diagnosticados como Estupro e 14 (8,4%) como Atentado Violento ao Pudor (AVP).

Desse modo, constata-se que a maioria dos exames de corpo de delito (86,2%) foi negativa. Tal achado está diretamente relacionado com a ausência de lesões, sendo inclusive esperado, dado que a história colhida se referia a carícias, atos lascivos ou manipulações de partes íntimas, que comprovadamente não deixam marcas. Esses achados são concordantes com a literatura que refere que exames normais (leia-se negativos) não excluem a ocorrência de abuso sexual (PILLAI, 2005), onde a taxa de exames negativos varia de 70,0% a 90,0% (O'KEEFE, 2004), mesmo nos casos em que o agressor confessa a prática.

Outro fato que interfere no resultado do exame é o tempo decorrido entre o abuso, a denúncia e a consequente realização do exame, que faz “desaparecer” algumas “marcas”.

Para ADED e FALCÃO (2003), a experiência médico-legal tem demonstrado ser difícil caracterizar os diferentes tipos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, sobretudo o abuso sexual.

Vale ressaltar que mediante a apresentação do laudo do exame de corpo de delito negativo, a autoridade, não tendo a comprovação material do delito, muitas vezes considera o agente agressor inocente e encerra o caso por falta de prova e os demais familiares sentem-se aliviados pela “aparente” negação do problema. Nesse contexto, a vítima torna-se refém de seu agressor, que pela falta de provas contra si, sente-se fortalecido para seguir adiante em suas investidas incestuosas.

A partir de agosto de 2009, foram inseridas modificações substanciais na legislação que trata “DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL”, sendo sancionada a Lei 12.015/2009, que passa a vigorar, no caso de estupro, com as seguintes alterações: configura-se como vítima qualquer pessoa, homem ou mulher, que sofra, de forma violenta, não só a conjunção carnal, mas também a prática de ato libidinoso diverso da conjunção carnal, desaparecendo, assim, o crime de Atentado Violento ao Pudor, e estabelecendo penas maiores para os crimes sexuais (BRASIL, 2009).

[Código Penal](#)

[TÍTULO VI](#)

DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL

CAPÍTULO I

DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE SEXUAL

Estupro

[Art. 213.](#) Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2º Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

Tabela 4.53 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o resultado do exame de corpo de delito, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Resultado exame corpo de delito	N	%
Negativo	144	86,2
Positivo	23	13,8
(Estupro)	(9)	(5,4)
(AVP)	(14)	(8,4)
Total	167	100,0

Nota: AVP – Atentado Violento ao Pudor.

- Encaminhamento para assistência médica

Todos os casos de violência sexual em que se observou presença de lesão (13,8%) mesmo que de grau leve, com conseqüente positividade do exame de corpo de delito, foram encaminhados para receber assistência médica em serviços especializados, com a finalidade de prevenir doenças sexualmente transmissíveis (DST e HIV/AIDS) e/ou gravidez. Estes cuidados estão embasados em estudos que demonstram que 28 a 60% das vítimas de abuso sexual serão, comprovadamente, infectadas por uma DST (DREZETT, 2001).

- Notificante

Conforme mostra a Figura 4.32, o principal agente notificante, nos casos de violência sexual contra criança e adolescente foi a mãe, que concorreu com 55,0% (92) dos casos. Vale destacar a presença, mesmo que em pequena quantidade, de profissionais de educação (3,6% - 6), bem como a ausência de profissionais de saúde.

Somente um caso foi notificado pela própria vítima (0,6%), que nesta eventualidade, era uma adolescente, de 18 anos que foi vítima de uma primeira e, até

então, única tentativa de estupro pelo cunhado. Quatro casos foram notificados pelo pai (2,4%), sendo que em todos eles, a vítima era criança, o agressor foi o tio – em dois casos, o padrasto – em um caso, e em outro, a companheira da mãe.

Os resultados da presente pesquisa são similares aos apresentados por FALEIROS (2003), que encontrou 52,1% das denúncias feitas por iniciativa das mães. Porém, diferente que foi observado aqui, as vítimas concorreram com um percentual mais expressivo de notificações (10,4%). Para ONOSTRE GUERRA (2000), no contexto da violência familiar, as tias e as mães foram os membros mais comprometidos com a responsabilidade de notificar, seguidas da polícia, pai e avós.

A predominância da mãe como notificante poderia estar fundamentada na hipótese de que ela detém o papel de cuidadora, estando atribuída a ela (AZEVEDO e GUERRA, 1989), a função de se responsabilizar pelos filhos, ficando a autoridade a cargo dos pais. Nesse contexto, mesmo relutante quanto às reveladoras histórias contadas pela vítima, o que foi observado não raras vezes, a mãe entendia como sendo seu dever fazer a denúncia.

O baixo índice de notificações por profissionais de educação e a não notificação por profissionais de saúde, poderia estar relacionado ao medo de envolvimento com a Justiça e/ou de sofrer retaliação dos familiares. Para GUIMARÃES et al. (2004), apesar da obrigatoriedade da notificação no Brasil, estabelecida pelo ECA, nem todos os profissionais a cumprem. Neste sentido, não foram encontradas referências acerca de profissionais que tenham sofrido qualquer tipo de sanção pelo descumprimento dessa Lei.

Importante ressaltar a falta de preparo dos profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes, dado que este tema não se encontra inserido na sua formação, o desconhecimento das leis, o descrédito nas ações do Estado e a banalização dos efeitos da violência na saúde das vítimas (ADED et al., 2006).

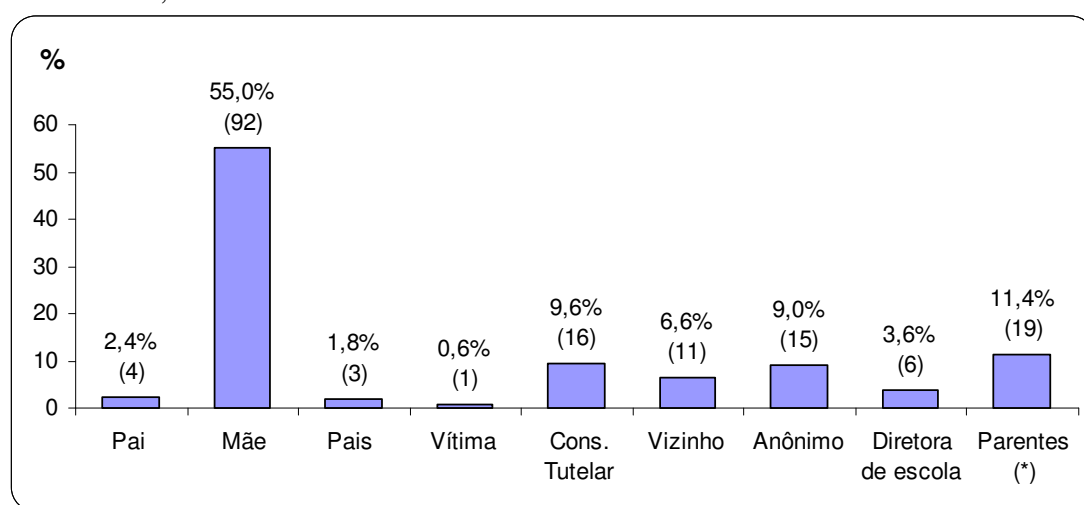
Contrariamente ao que foi apresentado nesta casuística, BAPTISTA et al. (2008) apontaram a família como a instituição que menos notificou (7,0%), sendo apresentados como principais notificantes o Conselho Tutelar (68,0%), seguido da delegacia (20,0%) e por fim, a Polícia Civil (5,0%). Para MARTINS (2008), os principais notificantes foram outros familiares - tios, cunhada, primo (55,6%), seguidos da escola (12,5%) e da própria vítima (9,2%), em 2002, enquanto em 2006,

novamente predominaram outros familiares (67,2%), e agora aparece a mãe (8,1%) seguida da escola (7,0%), talvez na dependência da fonte de dados estudada.

A dificuldade em se conhecer e notificar o abuso sexual poderia ser explicada pela complexidade que nele se encerra, desenvolvendo-se de forma dissimulada e na intimidade do sagrado e inacessível ambiente do lar, envolto em um “muro de silêncio”, acobertado pelo poder do agressor. A vítima, de um modo geral, tem dificuldade para revelar o que muitas vezes ela própria não compreende, tem vergonha, sentimento de culpa, além do medo de não ser levada a sério, de enredar o agressor com a justiça ou de promover a dissociação da família (ABRÁPIA, 1997; DREZETT, 2001; UNICEF, 2004a; BAPTISTA et al., 2008).

Para PFEIFFER e SALVAGNI (2005), a notificação do abuso sexual implica num conjunto de rupturas de relacionamentos, em uma família incestuosa. Em alguns casos, quando o incesto é revelado, de um lado, a mãe tem dificuldade em reconhecê-lo, pois estaria admitindo seu fracasso como mãe e esposa, e de outro, o agressor usa de todos os meios para encobri-lo. Esse histórico pode determinar a permissividade do ato abusivo, mantendo uma cegueira e surdez coletiva aos apelos, quase sempre mudos, da vítima.

Figura 4.32 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o notificante, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.



Nota: (*) Parentes: avó, tio, tia, irmã, prima, madrasta.

A Tabela 4.54 demonstra a relação entre notificante e agressor, revelando que a mãe atuou como notificante, sobretudo nos casos em que o padrasto (51,8% - 28) e o pai (44,0% -22) foram agressores. Esse achado poderia ser explicado em função do papel atribuído à mãe, de responsabilidade moral pelos filhos e pela família, levando-a a procurar ajuda nos órgãos repressores, numa tentativa de restaurar a ordem familiar.

A pesquisa realizada por FALEIROS (2003) mostrou que 50% das denúncias de abuso sexual procuram primeiro a polícia, o que suscitou da pesquisadora, a hipótese de que o notificante espera intervenção externa para fazer cessar a transgressão, admitindo assim sua inabilidade para solucionar o problema.

A família busca ajuda além da punição, busca, talvez, restabelecer o equilíbrio familiar, no entanto, na prática, o único efeito observado é o da punição do culpado, ficando muitas vezes, a vítima e sua família esquecidos em sua dor.

Tabela 4.54 – Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o notificante e o agressor, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Notificante	Agressor											
	Pai		Mãe		Padrasto		Outros familiares ^(**)		Outros ^(***)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pai	-	-	-	-	1	1,9	2	3,6	1	16,7	4	2,4
Mãe	22	44,0	-	-	28	51,8	41	73,2	1	16,7	92	55,0
Pais	-	-	-	-	-	-	1	1,8	2	33,2	3	1,8
Vítima	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16,7	1	0,6
C. Tutelar	6	12,0	-	-	8	14,8	2	3,6	-	-	16	9,6
Vizinho	3	6,0	-	-	7	13,0	1	1,8	-	-	11	6,6
Anônimo	4	8,0	-	-	6	11,1	4	7,1	1	16,7	15	9,0
Dir. Escola	6	12,0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3,6
Parentes ^(*)	9	18,0	1	100,0	4	7,4	5	8,9	-	-	19	11,4
Total	50	100,0	1	100,0	54	100,0	56	100,0	6	100,0	167	100,0

Notas: ^(*) Parentes: avó, tio, tia, irmã, prima, madrastra.

^(**) Outros familiares: avô, avó, tio, tia, irmão, primo.

^(***) Outros: babá, cunhado, companheira da mãe.

4.2.3 Violência Múltipla

A violência múltipla, que se caracteriza pela ocorrência simultânea de mais de um tipo de violência, foi observada em quatro, do total de 343 casos de violência doméstica, o que representa cerca de 1,2% do total dos casos.

Das vítimas da violência múltipla, três eram do sexo feminino, com idades de um, quatro e doze anos, e uma do sexo masculino, com idade de dois anos.

A seguir, a descrição dos quatro casos, sendo três de física e sexual e um em que ocorreu simultaneamente violência física e negligência:

***Caso N.º 19:** Criança do sexo feminino, de um ano de idade, morava no município de Caucaia, somente com a mãe, que tinha 24 anos de idade, trabalhava como doméstica e apresentava renda per capita de R\$ 221,00. A criança foi vítima de violência física e negligência, praticada pela própria mãe desde que a criança tinha quatro meses de idade. A mãe não apresentava nenhum dos fatores aqui pesquisados, considerados como “de risco”. O exame de corpo de delito mostrou lesões de grau leve, localizadas em tórax e membros, não sendo necessário encaminhamento para assistência. O caso foi notificado pelo Conselho Tutelar, que por sua vez, tomou conhecimento da situação da criança pelos vizinhos.*

Caso N.º 60: Criança do sexo feminino, de quatro anos de idade, morava em Fortaleza, com o pai, a mãe e dois irmãos. O pai tinha 42 anos de idade, era aposentado e a mãe, de 38 anos, ocupação doméstica, ambos com escolaridade ignorada, sendo a renda per capita da família de R\$ 176,80. A vítima foi agredida pelo pai, que não apresentava nenhum dos fatores “considerados de risco”. A violência, praticada de forma habitual, foi física e sexual, e teve como resultado a presença de lesões de grau leve na esfera genital, não sendo encaminhada para tratamento. A notificação foi feita pela mãe.

Caso N.º 105: Criança do sexo masculino, de dois anos de idade, morava em Fortaleza, com a mãe e os avós, com renda per capita de R\$ 110,50. O pai tinha 21 anos de idade, era estudante, com oito anos de escolaridade e não morava com a criança. A mãe tinha 23 anos de idade, ocupação do lar e escolaridade de seis anos. A criança foi agredida física e sexualmente pelo avô, de 71 anos de idade, aposentado. Fazia uso excessivo de álcool. A violência nesse caso não era habitual, tendo ocasionado lesões de grau leve no tórax e membros e não necessitou de encaminhamento para assistência médica. O caso foi notificado pela mãe.

Caso N.º 111: Criança do sexo feminino, com 12 anos de idade, morava em Fortaleza, com a mãe, o padrasto, quatro irmãos e tinha pai ignorado. A ocupação da mãe era “do lar” e do padrasto mecânico, sendo a renda per capita de R\$ 63,14. O agressor foi o padrasto, que tinha 32 anos de idade, quatro de escolaridade, e no momento encontrava-se desempregado. A violência era habitual, do tipo física e sexual e teve como consequência a presença de lesões de grau leve, localizadas na esfera genital e na cabeça, e a vítima não foi encaminhada para assistência médica. A notificação foi feita pela avó materna.

5. CONCLUSÕES

Do total de 343 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Fortaleza, no 2º semestre de 2008, os resultados permitem as seguintes conclusões:

5.1 DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

- Da vítima – a vítima de violência doméstica foi, sobretudo, do sexo feminino (68,5%), com faixa etária mais frequente de 10 a 14 anos (39,1%), sendo a idade média de 10,7 anos para as meninas e 8,7 anos para o sexo masculino. A escolaridade predominante foi na faixa de 4 a 7 anos de estudo (44,0%) para ambos os sexos. A maioria das vítimas morava com os pais, configurando a família nuclear (48,4%), e residia em Fortaleza (68,2%).
- Da família – a idade mais frequente dos pais foi na faixa de 30 a 39 anos, resultando numa idade média de 36,9 anos para o pai e 33,8 anos para a mãe. A escolaridade dos pais mostrou-se baixa, sendo igual ou menor que sete anos de estudo em 56,2% (pai) e 75,2% (mãe). Entre as mães, destacaram-se as ocupações de “do lar” (42,6%) e doméstica (30,0%) e entre os pais, verificou-se uma grande pulverização de ocupações, sendo a de vendedor a mais prevalente (10,3%), chamando atenção a elevada proporção de ignorada (28,4%). Em mais de 80% das famílias, a renda per capita foi inferior a quatrocentos reais, tendo predominado o número médio de 4,5 pessoas/famílias.

- Do agressor – a maior parte foi do sexo masculino (78,2%), o que estabeleceu uma relação masculino/feminino elevada, onde o homem foi 3,5 vezes mais agressor que a mulher, estando ambos na faixa etária predominante de 30 a 39 anos de idade (39,1%). Mais de 70% dos agressores tinham escolaridade menor ou igual a sete anos de estudo, ocupações referidas com bastante fragmentação, sendo a mais frequente a de vendedor (12,9%), com renda abaixo de três salários mínimos para a maioria deles (94,1%). Para cerca de 50% dos agressores foi referido algum tipo de fator de risco, dentre os pesquisados – álcool, desemprego, droga e detenção, e, entre os agressores do sexo masculino, o álcool foi o mais mencionado (58,9%), resultando em 1,45 fatores de risco para cada caso de violência doméstica. Quanto à relação de parentesco com a vítima, o agressor mais frequente foi o pai (31,8%), seguido do padrasto (23,9%).
- Dos tipos – os principais tipos de violência detectados foram a física (50,1%) e a sexual (48,7%), tendo se verificado quatro casos de violência múltipla (1,2%). A maioria dos casos de violência doméstica apresentou habitualidade (71,7%); em 58,0% deles foi constatada a presença de lesão, sendo, em maior proporção, de grau leve (97,5%), com localização preferencial nos membros (36,2%), que foi o segmento corporal com maior número de lesões referidas (51,3%). Quanto ao resultado do exame de corpo de delito, foi positivo em 58,0% dos casos, sendo encaminhados para assistência médica, somente, 15,6% do total. O principal agente notificante foi a mãe (48,4%).

5.2 DA VIOLÊNCIA FÍSICA

- Da vítima – houve uma distribuição harmônica em relação ao sexo da vítima (masculino: 44,8%; feminino: 55,2%), com faixa etária predominante na adolescência (61,7%), sendo a idade média das vítimas de 10,7 anos (9,4 anos no sexo masculino e 11,8 anos no feminino). A escolaridade predominante foi na faixa de 4 a 7 anos de estudo (35,0%), seguido de 8 a 11 anos de estudo (32,8%). A maioria das vítimas morava com os pais, em famílias nucleares (54,6%), e residia em Fortaleza (75,6%).
- Da família – a idade mais frequente dos pais esteve alocada na faixa de 30 a 39 anos, resultando numa idade média de 37,8 anos para o pai e 34,3 anos para a mãe. A escolaridade dos pais mostrou-se baixa, sendo igual ou menor que sete anos de estudo em 64,0% para o pai e 80,8% para a mãe. A ocupação exercida pelas mães foi, principalmente, “do lar” (47,1%), seguida de doméstica (26,7%) e entre os pais, verificou-se, também, uma grande pulverização de ocupações, sendo a de vendedor a mais prevalente (12,9%), notando-se, do mesmo modo, elevada proporção de ignorada (21,5%). Em mais de 80% das famílias, a renda per capita foi inferior a quatrocentos reais, sendo o número médio de pessoas/família de 4,3.
- Do agressor – a maioria foi do sexo masculino (58,1%), resultando numa relação 1,4 vezes a do sexo feminino, estando ambos na faixa etária predominante de 30 a 39 anos de idade (42,9%). A maior parte dos agressores tinha escolaridade menor ou igual a sete anos de estudo (75,6%), ocupações referidas com bastante fragmentação, sendo a mais frequente a de vendedor (23,4%), com renda prevalente abaixo de três salários mínimos (94,7%). Para menos da metade dos agressores foi referido algum tipo de fator de risco (41,9%), sendo que, dentre os agressores masculinos, 62% apresentavam fator de risco. Dentre os fatores

pesquisados nos agressores do sexo masculino, o álcool foi o mais mencionado (67,4%), resultando em 1,4 menções de fator de risco para cada caso de violência física, com agressor masculino. Quanto à relação de parentesco com a vítima, o agressor mais frequente foi o pai (33,7%), seguido da mãe (31,9%).

- Da violência – A maior parte dos casos de violência física se acompanhou de habitualidade (79,7%), em todos os casos foi constatada a presença de lesão, o que resultou em positividade de todos os exames de corpo de delito, sendo, a maioria das lesões de grau leve (97,7%), com localização preferencial nos membros (41,8%), que foi o segmento corporal com maior número de lesões referidas (56,1%). Somente 4,7% dos casos foram encaminhados para assistência médica. O principal agente notificante foi a mãe (41,9%), não sendo observadas notificações de profissionais da área da saúde ou da educação.

5.3 DA VIOLÊNCIA SEXUAL

- Da vítima – houve predomínio de vítimas do sexo feminino (82,0%), sobretudo na faixa etária de 10 a 14 anos (41,9%), resultando numa idade média de 10 anos. Para ambos os sexos, a escolaridade predominante foi na faixa de 4 a 7 anos de estudo (53,0%) e a maioria das vítimas morava com os pais, em famílias nucleares (42,5%) e residia em Fortaleza (60,4%).
- Da família – os pais tinham idade mais frequente na faixa de 30 a 39 anos, resultando numa idade média de 36,2 anos para o pai e 33,5 anos para a mãe. A escolaridade igual ou menor que sete anos de estudo foi observada em 70,0% das mães e em 49,7% dos pais. A ocupação referida para as mães foi, principalmente, “do lar” (37,7%), seguida de doméstica (32,9%)

e entre os pais, verificou-se uma grande pulverização de ocupações, sendo a de vendedor a mais frequente (7,8%), além de grande proporção de ignorada (35,1%). Em 79,6% das famílias, a renda per capita foi inferior a quatrocentos reais e o número médio de pessoas/famílias de 4,8.

- Do agressor – a grande maioria foi do sexo masculino (98,8%), na faixa etária predominante de 30 a 39 anos de idade (35,3%). Em 66,1% dos casos, o agressor masculino tinha escolaridade menor ou igual a sete anos de estudo, sendo a principal ocupação referida a de pedreiro (10,5%), com renda prevalente abaixo de três salários mínimos (93,4%). Para a maioria foi referido algum tipo de fator de risco (59,4%), dentre os pesquisados – álcool, desemprego, droga e detenção, e, entre estes, o álcool foi o mais mencionado (54,1%), resultando em 1,5 menções de fator de risco para cada caso de violência sexual com agressor masculino. Quanto à relação de parentesco com a vítima, o agressor mais frequente foi o padrasto (32,3%), seguido do pai (30,0%).
- Da violência – A maioria dos casos de violência sexual se acompanhou de habitualidade (63,5%), mas a presença de lesão só foi constatada em 13,8% dos casos, resultando em igual proporção de laudos positivos; somente um caso foi considerado grave (4,3%), no entanto, todos foram encaminhados para assistência médica em serviços especializados. A mãe foi o principal agente notificante (55,0%), tendo sido detectadas notificações do setor educação (3,6%), mas nenhuma da área da saúde.

O Quadro 5.1 expõe, resumidamente, os dados desta investigação e permite, de forma rápida, uma análise comparativa entre as características da vítima, de sua família, do agressor, da violência propriamente dita e do notificante, para a violência física e sexual.

Quadro 5.1 – Principais características de interesse para análise comparativa entre a violência física e sexual, IML de Fortaleza, 2º semestre 2008.

Características	Física (n=172)		Sexual (n=167)	
Vítima				
Sexo	Masculino (77 - 44,8%)	Feminino (95 - 55,2%)	Masculino (30 - 18,0%)	Feminino (137 - 82,0%)
Idade (anos)	Masculino 10-14 (27 - 35,0%)	Feminino 15-19 (38 - 40,0%)	Masculino 5 - 9 (11 - 36,7%)	Feminino 10 - 14 (70 - 51,1%)
Escolaridade (4 - 7 anos estudo)	(50 - 35,0%)* *Excluídos os menores de 5 anos		(72 - 53,0%)* *Excluídos os menores de 5 anos	
Com quem mora	Família nuclear (94 - 54,6%) Com padrasto (28 - 16,3%) Monoparental (42 - 24,4%)		Família nuclear (71 - 42,5%) Com padrasto (60 - 35,9%) Monoparental (23 - 13,8%)	
Família				
Idade (30 - 39 anos)	Pai (62 - 36,0%)	Mãe (76 - 44,2%)	Pai (67 - 40,1%)	Mãe (78 - 46,7%)
Escolaridade (4 - 7 anos estudo)	Pai (78 - 45,3%)	Mãe (93 - 54,1%)	Pai (48 - 28,7%)	Mãe (64 - 38,3%)
Renda per capita (< 400,00 reais)	(139 - 80,8%)		(133 - 79,6%)	
Agressor				
Sexo	Masculino (100 - 58,1%)	Feminino (72 - 41,9%)	Masculino (165 - 98,8%)	Feminino (2 - 1,2%)
Idade (30 - 39 anos)	(74 - 42,9%)		(59 - 35,3%)	
Escolaridade (4 - 7 anos estudo)	(81 - 47,1%) Ignorada (18 - 10,5%)		(52 - 31,1%) Ignorada (34 - 20,3%)	
Renda (≤ 3 salários mínimos)	(103 - 94,7%)		(156 - 93,4%)	
Fator de risco (menções/ agressor masculino)	Álcool (58 - 67,4%) Desemprego (17 - 19,8%)		Álcool (80 - 54,1%) Desemprego (44 - 29,7%)	
Relação de parentesco	Pai (58 - 33,7%) Mãe (55 - 31,9%) Padrasto (27 - 15,7%)		Pai (50 - 30,0%) Padrasto (54 - 32,3%) Outros familiares (56 - 33,5%)	
Violência				
Habitualidade	(137 - 79,7%)		(106 - 63,5%)	
Lesão: Presença Grau	(172 - 100%) Leve (168 - 97,7%)		(23 - 13,8%) Leve (22 - 95,7%)	
Local	Membros (72 - 41,8%)		Genital/perianal (23 - 100,0%)	
Assistência médica	(8 - 4,7%)		(23 - 100,0%)	
Laudo positivo	(172 - 100,0%)		(23 - 100,0%)	
Notificante	Mãe (72 - 41,9%)		Mãe (92 - 55,0%)	
	Quando agente agressor foi a mãe (55 - 31,9%) - quem notifica: • Conselho Tutelar (16 - 9,3%) • Vizinho (13 - 7,5%) • Pai (12 - 7,0%)			

Nota: Os números entre parênteses referem-se ao nº de casos e seus percentuais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica contra crianças e adolescentes configura-se como um fenômeno complexo, que atinge todos os membros da família, se desenvolve de forma silenciosa e dissimulada, causando intenso sofrimento às suas vítimas, além de graves repercussões na sua saúde, impedindo seu pleno desenvolvimento físico e mental.

Este estudo pretendeu evidenciar algumas características de uma parte dessa violência oculta que acontece entre nós e que, muitas vezes, passa despercebida, deixando as vítimas e suas famílias à mercê de sua própria sorte.

À medida que a investigação foi se desenvolvendo, pôde-se perceber um evidente aumento dos casos submetidos a exame, dado que, em levantamento realizado nos registros do IML de Fortaleza, em 2005, detectaram-se somente 79 casos e em 2006, 326, culminando com 343 casos registrados somente no 2º semestre de 2008. Esses dados levantam a hipótese de um aumento real da violência ou de um maior número de casos identificados e notificados, ou, ainda, de uma maior visibilidade do tema, medida pela consciência da valorização dos direitos da criança e do adolescente.

Percorrendo os resultados obtidos ao longo da pesquisa, constatou-se que a violência doméstica contra crianças e adolescentes, a partir dos casos atendidos no IML de Fortaleza, tem sido cada vez mais evidenciada, sobretudo, nas classes menos favorecidas que, por apresentarem maior exposição de sua intimidade, acabam por revelar mais facilmente seus problemas para a comunidade na qual convivem, sendo, dessa forma, notificada e encaminhada com mais frequência à autoridade policial que, por sua vez, solicita o exame de corpo de delito.

A violência física, que tem como principal agressor o pai ou a mãe, apresenta como pano de fundo, o que eles consideram como medidas disciplinadoras e educativas, constituindo-se, na maioria das vezes, em reprodução de hábitos dos quais eles já foram vítimas em sua infância e adolescência. Por não perceberem os danos acarretados na saúde dos filhos, o que já pôde ser observado em pesquisas realizadas no Brasil (BORDIN et al., 2006; PAULA et al., 2008), de modo equivocado, os pais acreditam estar adotando a melhor conduta na sua educação, quando, na verdade, estão ensinando o exercício da violência, que passa a se repetir de forma habitual, até que se quebre este ciclo. Acredita-se que surtiriam efeitos

positivos no sentido de reverter essas práticas, se os pais fossem esclarecidos sobre a ocorrência de sequelas que comprometem a saúde física e mental das vítimas, impedindo seu pleno crescimento e desenvolvimento.

A elevada frequência da habitualidade – aqui entendida como a reiteração das práticas abusivas, que se observa nos casos de violência doméstica, pode ser claramente explicada em função do convívio diário da vítima com o agressor, da relação de poder e submissão, da fragilidade, da dependência e da impotência da vítima. Acrescido a isso, o caráter dissimulado da violência e a cumplicidade silenciosa dos membros da família, favorecem a continuidade das práticas abusivas, até que se rompa esse elo por meio da notificação, que merece ser amplamente divulgada como instrumento legal de proteção e assistência às crianças e adolescentes, vítimas de violência praticadas por aqueles que deveriam cuidar delas.

Quanto à violência sexual, é importante ressaltar que o exame de corpo de delito realizado nas vítimas mostra-se negativo na maior parte dos casos, o que é compatível com as práticas relatadas, que se traduzem em carícias e manipulações, as quais não resultam em marcas visíveis. Há que se destacar, entretanto, a valorização atribuída ao resultado deste exame, em detrimento do relato da vítima e das testemunhas. Verifica-se, com frequência que, quando aquele é negativo, este é desqualificado, apesar da riqueza de detalhes referidos.

Em 2006, SALVAGNI e WAGNER já alertavam para o fato de que a maioria das crianças não apresentou alterações no exame físico, recomendando que sua interpretação fosse construída no contexto em que a criança foi abusada, na percepção que ela tinha sobre o abuso e no processo de revelação.

O outro lado da moeda é que, a negatividade do exame remete a vítima à condição de descrédito, induz a família a uma falsa sensação de normalidade e legitima a inocência do agressor, favorecendo a continuidade da prática sexual abusiva. Desse modo, uma forma de complementar essa avaliação seria incorporar à rotina dos serviços, o exame psicológico da vítima, realizado por profissional capacitado nesta problemática, de forma a ser utilizado na constatação do abuso sexual.

Ainda sobre a violência sexual, vale salientar a mudança ocorrida na Lei dos Crimes Sexuais que, a despeito de algumas críticas que vem sofrendo, trouxe um

avanço na defesa da criança e do adolescente, sobretudo na violência de gênero, no tocante ao reconhecimento da potencial gravidade da agressão sexual. Ao condensar estupro e atentado violento ao pudor num mesmo artigo (Artigo 213, CP), passou a considerar como ESTUPRO, a agressão cometida contra vítimas de ambos os sexos, submetidas a práticas sexuais de qualquer natureza, mediante a violência ou grave ameaça, entendendo o legislador, os danos significativos que advirão para a vítima de tão perverso e sórdido crime.

Nesse ponto, é mister referir o crescimento observado nos últimos anos, quanto aos estudos que apontam a ocorrência de “problemas mentais” em crianças e adolescentes – seres em desenvolvimento – em decorrência de violência vivenciada (ASSIS et al., 2009). Apesar das fortes evidências trazidas à tona, dos prejuízos que acometem essas vítimas, pouco se tem feito para acolhê-las e tratá-las, buscando a reabilitação de sua saúde física e sanidade mental.

A notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes tem papel fundamental no enfrentamento do problema, dado que, as vítimas são criaturas indefesas, desprovidas de autonomia, isoladas na privacidade do lar, vítimas do silêncio cúmplice dos familiares, necessitando de alguém que se disponha a ajudá-las a enfrentar seus próprios responsáveis.

Apesar da obrigatoriedade estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tanto nos casos confirmados quanto nos suspeitos, para os profissionais de saúde e de educação, é inexpressiva sua participação nos registros de notificações, apesar de se encontrarem em situação privilegiada para a percepção desses casos. Tal fato tem sido explicado por várias razões: desconhecimento do problema, descrédito no sistema, não querer se envolver em questões familiares, medo de retaliação do agressor, temor de ser chamado a depor.

Para a presidente do Sindicato dos Professores do Estado de São Paulo, a participação destes profissionais é fundamental nos casos de violência, mas não é um preceito legal que vai garantir isso – é preciso que haja uma retaguarda, tanto de conselhos tutelares, como da direção da escola (ARANDA, 2009).

Entretanto, qualquer que seja a justificativa, é imperativo que se busque sensibilizar esses profissionais, através de cursos de capacitação, onde seriam apresentados indícios que pudessem sugerir a ocorrência de maus-tratos, tanto no dia

a dia das escolas como nos serviços de saúde, favorecendo assim o seu reconhecimento ou pelo menos sua suspeita, além de debater sobre condutas a serem adotadas pelo profissional. Este simples investimento poderia mudar a trajetória de vida de muitas crianças que se encontram sob o jugo de pais ou responsáveis, aguardando a idade da razão para se libertar.

Uma experiência que merece ser divulgada e reproduzida é a que está sendo desenvolvida pelo Laboratório de Análise e Prevenção da Violência da Universidade Federal de São Carlos, onde foi criado um curso de capacitação para sensibilizar o olhar do professor na identificação de vítimas da violência. Nesta prática, ficou demonstrado que quando o professor é bem treinado, torna-se peça chave na notificação (ARANDA, 2009).

Este caminho percorrido nos meandros da pesquisa fez lembrar um caso atendido no IML, cuja vítima, que não fez parte deste estudo por ter 20 anos de idade, relatou que desde os dez era obrigada a manter relações sexuais com seu pai biológico, até que engravidou; numa atitude de revolta, após dez anos de submissão, matou o pai a facadas, passando a responder a processo criminal. No decorrer do processo, foi questionado o grau de comprometimento de sua saúde mental, sendo submetida à avaliação psiquiátrica forense, cujo resultado a absolveu, restando, entretanto, uma vida marcada, isenta de qualquer serviço especializado de apoio, visando sua reabilitação.

A percepção atual demonstra que existe mais visibilidade do problema desde que a pesquisa teve início, sendo importante referir que em janeiro de 2008, como parte integrante da Perícia Forense do Ceará (PEFOCE), foi criado o Núcleo de Atendimento Especial à Criança, Mulher e Adolescente, visando oferecer atendimento de excelência e prioritário a essas vítimas, na compreensão de sua vulnerabilidade mediante as situações adversas de violência, principalmente quando praticada por familiares, provendo-lhes ambiente reservado, profissionais qualificados neste tipo de atendimento e, sobretudo, dispensando-lhes apoio e assistência digna, numa tentativa de minimizar os efeitos da nefasta experiência vivida.

Entretanto, é, sobretudo, na prevenção de sua ocorrência que profissionais da área de saúde, educação, justiça e a sociedade civil em geral devem investir. Para

tanto, os resultados deste trabalho que, certamente, trará contribuições importantes para o esclarecimento de algumas das características da violência doméstica, no sentido do delineamento de políticas públicas adequadas ao seu enfrentamento, foram comparados, fundamentalmente, com os de outros estudos nacionais, em função do tema estar na dependência da cultura e do grau de desenvolvimento de cada país em que ele se encontra.

7. REFERÊNCIAS

ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência). **Abuso Sexual: mitos e realidade**. 3. ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 1997.

ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência). **Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes: Proteção e Prevenção**. Guia de Orientação para Educadores. 3. ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 2000.

ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência). **Programa Sentinela 2004**. Dados estatísticos 2004. Consolidado. Perfil dos atendimentos realizados. Centro de Referência São Cristóvão e Santa Cruz. Ano 2003. Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br/antigo/Dados/Graficos/Sentinela2004.htm>>. Acesso em 16 ago. 2009.

ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência). **Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes**. Alguns dados estatísticos sobre violência doméstica (1.169 casos atendidos pela ABRAPIA no Estado do Rio de Janeiro. Período - Janeiro de 1998 a junho de 1999. Os Dados Estatísticos da Abrapia. Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infanto-Juvenil. Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br/antigo/Dados/Graficos/Graficos.htm>>. Acesso em 16 ago. 2009.

ADED, N. L. de O.; FALCÃO, S. Síndrome da criança espancada. In: GOMES, H. **Medicina Legal**. São Paulo: Editora Freitas Bastos, 2003. p. 485-496.

ADED, N. L. de O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.

ADED, N. L. de O.; DALCIN, B. L. G. da S.; CAVALCANTI, M. T. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1971-1975, ago., 2007.

ALCÂNTARA, H. R. de. (Autor); **Perícia Médica Judicial**. Atualizadores: FRANÇA, G. V. de. (Coord.); VANRELL, J. P.; GALVÃO, L. C. C.; MARTIN, C. C. S. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA FILHO, N. de.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. p. 149-177.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Committee on Child Abuse and Neglect. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 103, n. 1, p. 186-191, 1999. Disponível em: <www.pediatrics.org>. Acesso em 24 ago. 2009.

ARANDA, F. No hospital, crianças já são metade das vítimas. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 6 dez. 2009. Caderno Cidades/Metrópole, p. 3.

ARANGO, H. G. **Bioestatística**: teórica e computacional, 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ARCOS, E.; UARAC, M.; MOLINA, I. Impacto de la violencia doméstica em la salud infantil. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 131, n. 12, p. 1454-1462, 2003.

ASSIS, S. G. de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-134, 1994. Suplemento 1.

ASSIS, S. G. de.; SOUZA, E. R. de. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 303 - 312, 1995.

ASSIS, S. G. de. Conceitos e indicadores de violência. In: LEAL, M. F. P.; CÉSAR M. A. (Org.). **Relatório Final da Oficina de Indicadores de Violência Intrafamiliar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes**. Brasília; 1998. CESE - Coordenadoria Ecumênica de Serviço. Ministério da Justiça – Secretaria Nacional dos Direitos Humanos; Departamento da Criança e do Adolescente. Fundo Cristão para Crianças. CECRIA – Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes.

ASSIS, S. G. de.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 163-179.

ASSIS, S. G. de.; DESLANDES, S. F.; Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. p. 47-57.

ASSIS, S. G. de. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Vitimação e Vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p. 25-47.

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

BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602-608, 2008.

BEZERRA, S. de C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. p. 17-22.

BORDIN, I. A. S. et al. Severe physical punishment and mental health problems in the economically disadvantaged population of children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 290-296, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. **Violência contra a Criança e o Adolescente**. Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.167, 48 p. Brasília: 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica N° 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; n° 131, 96 p. Brasília: 2002b.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei n°. 8069, de 13 de julho de 1990 – Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954. Diário Oficial da União (DOU). 2009. Presidência da República. Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>.

Acesso em 20 out. 2009.

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

BUENO, A. R. Vitimização física: identificando o fenômeno. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org). **Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p. 105-113.

CAFNEY, J. Multiple fractures of long bones in infants suffering from subdural hematoma. *American Journal of Roentgenology*, Stanford, v. 56, p. 163, 1946.

CALÇADA, A.; CAVAGGIONI, A.; NÉRI, L. **O uso do abuso sexual** – o outro lado da história. *Psicopedagogia On Line*, 2002. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=333>>. Acesso em 15 ago. 2009.

CAMARGO, C. L. de. **Violência física familiar contra crianças e adolescentes: um recorte localizado**. 1996. 211 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARMO, C. J. do.; HARADA, M. de J. C. S. Violência física como prática educativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 849-856, nov.-dez., 2006.

CASTILLO RAMIREZ, S. M.; Delitos sexuales valorados em El Consejo Médico Forense y su seguimiento em El proceso judicial. **Medicina Legal de Costa Rica**, Heredia, v. 18, n. 2, sep., 2001.

CAVALCANTI, M. de L. T. Estudo Descritivo dos Registros de Violência Doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1999.

CEDECA-CEARÁ - Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará. **Quem é quem na defesa da criança e do adolescente**. Disponível em: <<http://www.cedecaceara.org.br/quemequem.htm2000>>. Acesso em 01 jul. 2007.

CENTRO JUVENIL SALESIANO - ass_tipos de famílias. Disponível em: <www.centrojuvenilsalesiano.com.br> Acesso em 06 set. 2009.

CHARAM, I. **O Estupro e o Assédio Sexual**: como não ser a próxima vítima. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

CROCE, D.; CROCE JR, D. **Manual de Medicina Legal**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

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

DARO, D.; EDLESON, J. L.; PINDERHUGUES, H. Finding common ground in the study of child maltreatment, youth violence and adult domestic violence. **Journal of Interpersonal Violence**, Washington, v. 19, n. 3, p. 282-298, Mar., 2004.

DATASUS – **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS**, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/tabnet>>. Acesso em 01 jul. 2007.

DATASUS. **População** – Região Metropolitana de Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0206>>. Acesso em 15 set. 2009.

DE LORENZI, D. R. S.; PONTALTI, L.; FLECH, R. M. Maus tratos na infância e adolescência: Análise de 100 casos. **Revista Científica da AMECS**, Caxias do Sul, v. 10, n. 1, p. 47-52, 1º sem., 2001.

DELUQUI, C. G. A síndrome da criança espancada. In: KRYNSKI, S. (Coord.); LIPPI, J. R. da S.; CÉLIA, S. A. H. (Cols.). **A criança maltratada**. São Paulo: Almed, 1985. p. 25-39.

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

DESLANDES, S. F. **Prevenir a Violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES - Jorge Careli, 1994b. 40p.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de.; SANTOS, N. C. dos. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: SOUZA, E. R. de.; MINAYO, M. C. de S. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. p. 43-67.

DREZETT, J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. 2000. 59 p. Tese (Doutorado em Medicina) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo.

DREZETT, J. et al. E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, 2001.

DREZETT, J. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os desafios dos profissionais de saúde. In: **Compreendendo a violência sexual infanto juvenil numa perspectiva multidisciplinar**. Pacto São Paulo Contra a Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. São Paulo, p. 17-39, 2001.

EPI Info™ 3.4.3, version november 8. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention of Public Health Surveillance and Informatics, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/ei6.htm/>>. Acesso em 2 mar. 2009.

ESPADA, J. C.; GAMBÔA, E. N.; CASTELLO BRANCO, J. T. **Família e Políticas Públicas**. Lisboa: Principia, 2004.

FALEIROS, V. de P. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder da desigualdade e do imaginário. In: LEAL, M. F. P.; CÉSAR M. A. (Org.). **Relatório Final da Oficina de Indicadores de Violência Intrafamiliar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes**. Brasília: CESE - Coordenadoria Ecumênica de Serviço. Ministério da Justiça – Secretaria Nacional dos Direitos Humanos; Departamento da Criança e do Adolescente. Fundo Cristão para Crianças. CECRIA – Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. 1998. 84 p.

FALEIROS, E.T. (Org.). **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

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

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995. 1.838 p.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, dez., 2000.

FERREIRA, A. L.; **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual**: avaliação de um serviço público. 2002. 254 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. da. (org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. 240 p.

FINKELHOR, D. El abuso sexual al menor. México: Ediciones Pax, 1987

FINKELHOR, D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, Chicago, v. 17, n. 1, p. 67-70, 1993.

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

FONG, C. M.; CHEUNG, H. M.; LAU, P. Y. Fractures associated with non-accidental injury-an orthopaedic perspective in a local regional hospital. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 11, n. 6, p. 445-451, Dec., 2005.

GIANINI, R. J.; LITVOC, J.; ELUF NETO, J. Agressão física e classe social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 180-186, abr., 1999.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

GOMES, R. et al. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 5-8, jul., 1999.

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

GOMES, P. S. (Presidente); ROSÁRIO do M. (relatora). **Violência sexual contra meninos e meninas: Abuso sexual intrafamiliar e exploração sexual comercial**. Brasília, 2004, 23 p. Cartilha da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Senado Federal/Câmara dos Deputados, que investiga as redes de exploração sexual contra crianças e adolescentes.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-53, dez., 1999.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan.-fev., 2002.

GONZÁLEZ BRENES, R. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad. **Acta Pediátrica Costarricense**, São José, v. 15, n.3, p. 106-113, 2001.

GUIMARÃES, N. de A.; FARIAS, E. P. de.; BARBOSA, A. M. F. de C. O Incesto como Problema de Violência: Atendimento e Estratégias de Interrupção. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-86.

HIJAR-MEDINA, M.; et al. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 45, n. 4, p. 252-258, jul.-ago., 2003.

HYMEL, K. P.; JENNY, C. Child sexual abuse. **Del. Med. J.**, v. 69, n. 8, p. 415-29, 1997.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População. 2005. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm>>. Acesso em 23 jun. 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf>. Para a população de 2007, total e 0-19. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br> Acesso em 16 jul. 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2010.

JOHNSON, C. F. Child sexual abuse. **Lancet**, London, v. 364, n. 9432, p. 462-470, Jul.-Aug., 2004.

KEMPE, C. H. et al. The Battered-Child Syndrome. **JAMA**, v. 181, n. 1, p. 17-24, Sep., 1962.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V.; Estudos Seccionais In: MEDRONHO, R. A (editor chefe). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 125-150.

LACRI - Laboratório de Estudos da Criança. **A Ponta do Iceberg**: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo (IP/USP), 2007. Disponível em: <www.ip.usp.br/laboratórios/lacri/iceberg.htm>. Acesso em 30 jul. 2009.

LOPES, M. V. G.; TAVARES JR, P. de A. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 10, p. 684-688, out., 2000.

LOPES, Z. de A.; ROSENBERG, E. G. Violência contra Crianças e Adolescentes e suas Representações Sociais: a capacitação como instrumento de mudanças. In: V JORNADA INTERNACIONAL E III CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. Brasília, 2007. Impresso.

MARCOVICH, J. A criança maltratada. In: KRYNSKI, S. (Coord.); LIPPI, J. R. da S.; CÉLIA, S. A. H. (Cols.). **A criança maltratada**. São Paulo: Almed, 1985. p. 19-23.

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

MARMO, D. B. et al. **A violência doméstica contra a criança**. Campinas: Temas de Pediatria Nestlé, n. 68, p. 5-32, 1999.

MARTINS, C. B. de G. **Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná**: análise epidemiológica de suas notificações. 2008. 246 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, C. B. de G.; MELLO JORGE, M. H. P. de. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, out.-dez., 2009.

MELLO JORGE, M. H. P. de. **Investigação sobre a mortalidade por acidentes na infância**. 1988. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MELLO JORGE, M. H. P. de. À guisa de conclusão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 51-4, 1997. Suplemento 4.

MELLO JORGE, M. H. P. de.; LAURENTI, R. Apresentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 1-4, 1997. Suplemento 4.

MELLO JORGE, M. H. P. de.; CASCAÃO, A. M.; SILVA, R. C. **Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação**. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de doenças. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003. (Série Divulgação n. 10).

MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 263-266, 1994.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. de S. O Significado Social e para a Saúde da Violência contra Crianças e Adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e Criança**. São Paulo: Edusp, 2002. p. 95-114.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. (Org.) Apresentação. In: _____. **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 13-19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 mai. 2001. p. 62.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica: Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em serviços Sentinela – VIVA (Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; e Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de urgência e Emergência). Brasília: MS; 2006 [acesso em 10 jan 2010]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do sistema de informação sobre mortalidade** (SIM). Brasília: MS/SVS; 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/IDB>>. Acesso em 10 jul. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SIH/SUS. Secretaria Executiva: DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/IDB>>. Acesso em 10 jul. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do sistema de informação sobre mortalidade** (SIM). Brasília: MS/SVS; 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/IDB>>. Acesso em 17 out. 2009.

MORALES, A. E.; SCHRAMM, F. R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 265-273, 2002.

NEWMAN, T. B. et al. Delineando um Estudo Observacional: Estudos Transversais e de Caso-Controlle. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 127-145.

O'KEEFE, M. A case of suspected child sexual abuse. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, v. 11, n. 6, p. 316-320, 2004.

OLIVEIRA, H. de. A Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. In: WESTPHAL, M. F. (Org). **Violência e Criança**. São Paulo: Edusp, 2002, p. 137-140.

OLIVEIRA, V. L. A. de. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Curitiba**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

OLIVEIRA, M. M. de. Conhecendo Alguns Tipos de Pesquisa. In: _____. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 65-75.

ONOSTRE GUERRA, R. D. Abuso sexual em niñas y niños: consideraciones clínicas. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 71, n. 4, jul., 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbitos**; 9ª revisão 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. 8. ed. 10ª revisão - São Paulo: Edusp, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violência – um problema mundial de saúde pública. In: _____. KRUG, E. G. et al. (Eds.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002a. 357p. Cap. 1, p. 1-22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abuso infantil e negligência por parte dos pais e responsáveis. In: _____. KRUG, E. G. et al. (Eds.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002b. 357p. Cap. 3, p. 59-87.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **La salud del adolescente y del joven em las Américas**. Washington DC, 1985 (Publ. Cient. nº 489).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em 13 jan. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. In: _____. **Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Brasília, 2009. 144p., p. 15-32.

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

PAULA, C. S. et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 524-528, 2008.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 197-204, 2005. Suplemento 5.

PILLAI, M. Forensic examination of suspected child victims of sexual abuse in the UK: a personal view. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, v. 12, n. 2, p. 57-63, 2005.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan.-mar., 2005.

PIRES, A. L. D. et al. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA)**, São Paulo, v. 2, n. 24, dez., 2005.

PIRES, J. M. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, jan.-mar., 2005.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. de N. de O.; FACÓ, T. de P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1201-1204, jul.-ago., 2003.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de proposta de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999.

RIBEIRO, R. M. et al. Estrutura familiar, trabalho e renda. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira**, a base de tudo. São Paulo: Cortez; Brasília, DF/UNICEF, 1994. p. 135-158.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar.-abr., 2004.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. A violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Psicologia para América Latina**, México, n. 9, p. 0-0. abr., 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?>>. Acesso em: 10 junho 2009.

ROSA e CAMPOS, M. A. M da. et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n.1, p.101-109, jan.-abr., 2005.

SAFFIOTI, H. I. B. Exploração sexual de crianças. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org). **Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p. 49-95.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência doméstica**: questão de polícia e da sociedade, In: CORRÊA, M. (org.). **Gênero e cidadania**, Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu, 2001. Disponível em: <<http://www.pagu.unicamp.br/files/colenc/ColEnc1/colenc.01.a06.pdf>>. Acesso em 15 set. 2009.

SALVAGNI, E. P.; WAGNER, M. B. Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 431-436, 2006.

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

SANTORO JR, M. Vitimização física: a conduta médica. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org). **Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p. 115-122.

SANTORO JR, M. Saúde e violência na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 259-261, 1994.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, ago., 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Relatório de Gestão - **Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza; 2007. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/sms_relGestao.asp>. Acesso em: 10 jan. 2008.

SILVA, A. M. da.; VIEIRA, L. J. E. de S. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus-tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 4-10, mar., 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Guia de Atenção frente a maus-tratos na infância e adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. SBP/FIOCRUZ/Secretaria Estadual dos Direitos Humanos - Ministério da Justiça. Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, E. R. de.; MELLO JORGE, M. H. P. de. Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. de (Coord.). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. p. 23-28.

STRAUS, M. A.; SMITH, C. Family patterns and child abuse. In: STRAUS, M. A. & GELLES, R. J. (editors). **Physical Violence in American Families** – risk factors and adaptations to violence in 8.145 families, p. 245-261, New Jersey: Transaction Publishers, 1995.

TEIXEIRA, W. R. G. **Manual de Medicina Legal** – Um vade mecum da especialidade. São Paulo: Graph Center, 2008. v. 2.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Como identificar, prevenir e combater a Violência Sexual contra crianças e adolescentes**: cartilha para gestores, técnicos e educadores da Rede de Enfrentamento à Violência Sexual. ELLERY, C. M.; GADELHA, G. (Org). Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004a. 31 p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. CLAVES. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de.; SILVA, H. O. (Coord.). **Famílias**: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. 2004b.

VANREL, J. P. **Maus-Tratos na Infância**: Aspectos Bio-Psico-Sociais. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.pericias-forenses.com.br/maustratos.htm>>. Acesso em: 31 jul. 2009.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. Metodologias Qualitativa e Quantitativa. In: _____. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 33-44.

VIZCARRA, M. B. et al. Maltrato infantil em La ciudad de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 129, n. 12, dic., 2001.

WALDMAN, E. A.; MELLO JORGE, M. H. P. de. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneva, 2003.


WU, S. S. et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. **Child Abuse & Neglect**, Chicago, v. 28, n. 12, p. 1253-64, 2004.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, p. 51-55, 2005. Suplemento II.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIA DE EXAME DE CORPO DE DELITO AO IML

21

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A EXPLOR. DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nome/Assinatura

GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

BO Nº 312 - 1020 / 2007

GUIA Nº 312 - 447/2007
FORTALEZA, 26 de julho de 2007

Natureza do Exame: CORPO DELITO

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame **ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: _____
Nacionalidade: BRASIL
Naturalidade: CAUCAIA/CE
Data de Nascimento: 01/09/1999 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Grau de Instrução: 1o. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Filiação: _____

Documento de Identificação: _____ Número: _____
Órgão Emissor: _____
Residência: _____
Local da Ocorrência: _____
CAUCAIA/CE

Nº Reg 19150
DATA 26-7-07 16:37h.
Ass. M. Pinto

Data e Hora da Ocorrência: 26/07/2007 15:32
Observação: DIZ QUE A VÍTIMA FOLABUSADA SEXUALMENTE PELO PRÓPRIO GENITOR.
Laudo para: DELEGACIA DE COMBATE A EXPLOR. DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

DELEGADO IVANA MARIA TIMBÓ PINTO - 014692-1--5

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MEDICO LEGAL

Declaro que recebi da DELEGACIA DE COMBATE A EXPLOR. DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE a Guia de número 447/2007 do município FORTALEZA.

Kleia Maria Gonçalves

ANEXO 2 - FORMULÁRIO DA PESQUISA

Data Atendimento ___/___/___

Nº Registro _____

1. DADOS DA VÍTIMA: Telefone para contato: _____

Nome: _____ Sexo () Idade ___(anos)

Escolaridade (anos de estudo) _____ Cursando: () Sim () Não

Trabalha: () Sim () Não. Se sim, o que faz? _____

Com quem mora: _____ N° de cômodos na casa _____

Composição familiar (n°. de membros na família): _____

Situação de risco na família: Não () Álcool (), Droga (), Desemprego (), Detenção ()

Antecedente de violência na família: Sim () Não ()

Portadora de doença crônica: Sim () Não ()

Portadora de necessidades especiais: Sim () Não ()

Comportamento difícil: Sim () Não ()

Queixa: _____

Notificado por: _____

Acompanhante (relação com a vítima) _____

Há quanto tempo sofre violência: _____ Habitualidade: Sim () Não ()

Destino da vítima: Casa () Instituição () Casa de parente () Lar substituto ()

2. DADOS SOBRE A FAMÍLIA

Pai: _____ Idade ___(anos) cor _____

Escolaridade _____(anos) Profissão: _____ Renda mensal _____(S.min.)

Mãe: _____ Idade ___(anos) cor _____

Escolaridade _____(anos) Profissão: _____ Renda mensal _____(S. min.)

Responsável _____ Sexo () Idade ___(anos) cor _____

Relação de parentesco com a vítima: _____

Escolaridade _____(anos) Profissão: _____ Renda mensal _____(S. min.)

3. DADOS SOBRE O AGRESSOR

Nome: _____ Sexo () Idade ___(anos) cor _____

Relação de parentesco com a vítima: _____

Escolaridade _____(anos) Profissão: _____ Renda mensal _____(S.min.)

Uso de álcool/droga _____

4. DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA

Parte II – (Informações do laudo) POSITIVO() NEGATIVO()

Tipo (s): Física() Sexual() Psicológica() Negligência()

Localização das lesões: cabeça() tórax() abdome() pelve/genitais() membros() nenhuma()

Natureza das lesões (conforme CID10, Cap. XIX, OMS, 2000) _____

Grau de severidade (conforme critérios do CPB): Leve() grave() gravíssima()

Assistência médica: sim() não(). Se sim, qual assistência e por quanto tempo? _____

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Pais/responsáveis**

Eu, _____, portadora da Carteira de Identidade nº _____, expedida por _____, declaro estar ciente dos seguintes fatos relacionados à pesquisa “Violência Doméstica contra crianças e adolescentes na região Metropolitana de Fortaleza”, conduzida por Helena Maria Barbosa Carvalho, como parte de seu projeto de doutoramento interinstitucional pela Faculdade de Saúde Pública da USP :

1. Que o objetivo da pesquisa é interpretar as características da violência doméstica contra crianças e adolescentes da Região Metropolitana de Fortaleza;
2. Que esse projeto se justifica pela necessidade de identificar estratégias e práticas que contribuam para a formulação de políticas públicas de enfrentamento do problema e assim melhorar a atenção e a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos;
3. Que os procedimentos adotados pela pesquisa são entrevistas individuais documentadas e análise de documentos da Instituição envolvida;
4. Que não há qualquer risco nem possibilidade de dano, despesa ou custos envolvidos ao menor, pelo qual sou responsável, na participação nesta pesquisa;
5. Que tenho pleno direito de fazer perguntas e solicitar esclarecimentos à pesquisadora, antes, durante e depois da pesquisa;
6. Que sou livre para recusar a participação do menor na pesquisa, assim como para retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo aos cuidados à sua saúde ou à realização de sua perícia médico-legal;
7. Que a privacidade e o sigilo quanto à identidade do menor e de sua família serão preservados na divulgação dos resultados, através do anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Declaro também que aceito, por minha livre e espontânea vontade, participar da pesquisa e autorizar o pesquisador a fazer uso dos meus depoimentos, entrevistas, observações e questionários para o referido projeto, desde que preservados o anonimato e o sigilo.

_____, ____/____/_____. (local e data)

_____ (assinatura)

Instituição: Instituto Médico Legal de Fortaleza
Endereço: Avenida Presidente Castelo Branco, 901 – Jacarecanga.
CEP: 60.010-000 Telefone: (85) 3101.5047

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Adolescentes

Eu, _____, portadora da Carteira de Identidade nº _____, expedida por _____, declaro estar ciente dos seguintes fatos relacionados à pesquisa “Violência Doméstica contra crianças e adolescentes na região Metropolitana de Fortaleza”, conduzida por Helena Maria Barbosa Carvalho, como parte de seu projeto de doutoramento interinstitucional pela Faculdade de Saúde Pública da USP :

1. Que o objetivo da pesquisa é interpretar as características da violência doméstica contra crianças e adolescentes da Região Metropolitana de Fortaleza;
2. Que esse projeto se justifica pela necessidade de identificar estratégias e práticas que contribuam para a formulação de políticas públicas de enfrentamento do problema e assim melhorar a atenção e a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos;
3. Que os procedimentos adotados pela pesquisa são entrevistas individuais documentadas e análise de documentos da Instituição envolvida;
4. Que não há qualquer risco nem possibilidade de dano, despesa ou custos envolvidos em minha participação nesta pesquisa;
5. Que tenho pleno direito de fazer perguntas e solicitar esclarecimentos à pesquisadora, antes, durante e depois da pesquisa;
6. Que sou livre para recusar minha participação na pesquisa, assim como para retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo aos cuidados à minha saúde ou à realização da minha perícia médico-legal;
7. Que a minha privacidade e o sigilo quanto à minha identidade serão preservados na divulgação dos resultados, através do anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Declaro também que aceito, por minha livre e espontânea vontade, participar da pesquisa e autorizar o pesquisador a fazer uso dos meus depoimentos, entrevistas, observações e questionários para o referido projeto, desde que preservados o anonimato e o sigilo.

_____, ____/____/_____. (local e data)

_____ (assinatura)

Instituição: Instituto Médico Legal de Fortaleza
Endereço: Avenida Presidente Castelo Branco, 901 – Jacarecanga.
CEP: 60.010-000 Telefone: (85) 3101.5047

ANEXO 5 - TERMO DE COMPROMISSO

PESQUISA: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA.

Eu, Helena Maria Barbosa Carvalho, doutoranda em Saúde Pública pelo Doutorado Interinstitucional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/ USP), desenvolvendo a pesquisa “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA, sob a orientação da Professora Dr^a. Maria Helena Prado de Mello Jorge, venho garantir, na divulgação dos resultados, o anonimato de todos os sujeitos pesquisados, o tratamento global das informações e que os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

São Paulo, 30 de maio de 2007

Helena Maria Barbosa Carvalho
Doutoranda em Saúde Pública
Email: hellena.carvalho@hotmail.com
helenacarvalho@usp.br
Telefones (85) 3081.7486 ou (85) 9136.9048

Prof^a. Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge
Professora orientadora da pesquisa
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

PROTOCOLO: 1148/2007 (Requerimento datado de 12/03/2007)

INTERESSADO: Dra Helena Maria Barbosa Carvalho – Perito Legista do IML.

DESPACHO

- 1 – Recebi Hoje;
- 2 – Autorizo a Dra Helena Maria Barbosa Carvalho, Perita Legista e doutoranda do Programa de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado “VIOLÊNCIA DOMESTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA”, nas dependências deste IML.
- 3 – Para ciência da parte interessada.

Fortaleza, 13 de março de 2007

Dr. Roberto Luiz Ferreira Rios
-GERENTE DO IML-

Dr. Roberto Luiz Ferreira Rios
Gerente do IML
CRM nº 1866 - Med. 30.830

ANEXO 7 - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Helena Maria Barbosa Carvalho, pesquisador(a) responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza”, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente ao Instituto Médico Legal de Fortaleza toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

Fortaleza, 20 de agosto de 2007

Helena Maria Barbosa Carvalho

Nome do (a) pesquisador (a) e assinatura

ANEXO 8 – AUTORIZAÇÃO JUIZADO DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
JUIZADO DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE
Rua - Senador Pompeu, 1127, Centro, Fortaleza-CE. Telefone. 0xx85-
3488.7300

AUTORIZAÇÃO

Através desta, fica a Universidade de São Paulo, através da Doutoranda em Saúde Pública, **Helena Maria Barbosa Carvalho**, **AUTORIZADA** a realizar estudos, com coletas de dados, junto aos atendimentos de crianças e de adolescentes vítimas de violências encaminhadas ao Instituto Médico Legal da cidade de Fortaleza/CE.

Outrossim, fica tão somente autorizado o levantamento referente aos atendimentos em andamento, mantendo o anonimato dos nomes dos envolvidos.

Fortaleza CE, 12 de março de 2007.

FRANCISCO DARIVAL BESERRA PRIMO
Juiz de Direito da 5ª. Vara da Infância e da Juventude.

Francisco Darival Beserra Primo
Juiz de Direito Titular
5ª Vara da Infância e da Juventude

ANEXO 9 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/251/09

São Paulo, 14 de agosto de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou** em sua **6.ª/09 Sessão Ordinária** realizada em **07/08/2009**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares o protocolo de pesquisa n.º **1707**, intitulado **“VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA”**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Helena Maria Barbosa Carvalho** e orientação do(a) Professor(a) **Maria Helena Prado de Mello Jorge**, considerou que as recomendações anteriormente apresentadas por este COEP foram atendidas. Protocolo de pesquisa **APROVADO**.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Maria Helena Prado de Mello Jorge
Departamento de Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública – USP

ANEXO 10 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ



Escola de Saúde Pública do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ESP

Protocolo CEP/ESP-CE Nº 127/2008

Projeto: Violência doméstica contra crianças e adolescentes na Região Metropolitana do Fortaleza.

Orientando: Helena Maria Barbosa Carvalho

Orientador: Maria Helena Prado de Mello Jorge

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da USP

OBJETIVOS:

Geral: Conhecer as características da violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidas no Instituto Médico Legal de Fortaleza, visando contribuir para a formulação de políticas públicas de enfrentamento deste problema na população estudada, a partir de estratégias apropriadas de prevenção e controle. **Objetivos Específicos:** 1. Caracterizar a vítima e sua família segundo o perfil sociodemográfico; 2. Caracterizar o(s) agressor(es) segundo o perfil sociodemográfico; 3. Descrever a violência segundo o tipo, a habitualidade e as lesões sofridas; 4. Conhecer os possíveis determinantes da violência doméstica contra crianças e adolescentes na população estudada; 5. Identificar o processo de notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

SUMÁRIO:

Introdução/revisão de Literatura: Inicialmente, a autora se apresenta e sua formação como médica pediatra e legista favoreceram seu conhecimento e sua conscientização sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes. Informa que a partir da década de 80, no Brasil, com a mudança do perfil de mortalidade do país, as causas externas (acidentes e violência) tornaram-se a segunda causa de morte sendo assim, a violência tornou-se um problema de saúde pública. Em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes, discorre sobre as modalidades de violência (física, sexual, psicológica e negligência) e o "Pacto do Silêncio". Exemplifica a agressão física na "síndrome do bebê sufocado" e síndrome da criança espancada. A violência psicológica compreendendo discriminação, desrespeito, rejeição, depreciação, cobrança ou punição exagerada entre outros. Em relação à negligência, define-a como a omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. Em relação à morbimortalidade por causas externas na Região Metropolitana de Fortaleza refere que de 2000 a 2004, num total de 9450 óbitos na faixa etária de 0 a 19 anos, 1781 foram por causas externas, ou seja, 21% do total de mortes e para as 400 mil internações, 2000 a 2005, 5,5 % foram por causas externas – quedas, acidentes de transporte, intoxicações, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente). Determinar como e porque essas crianças e adolescentes são agredidos, quais as características, bem como caracterizar o agressor, tem-se mostrado como um desafio. O problema deve ser melhor conhecido para que estratégias para minimizá-lo possam ser sugeridas.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo descritivo com componente quantitativo (referente à magnitude da violência doméstica) e qualitativo (quanto à análise dos seus possíveis determinantes). Serão selecionados para a pesquisa os residentes da Região Metropolitana, com base na idade que esta compreende a região de abrangência da Instituição. O trabalho terá duração aproximada de doze meses, sendo a coleta de dados realizada a partir de todos os casos de violência doméstica em crianças e adolescentes atendidos no prazo de um ano. Constituirão os sujeitos da pesquisa as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e suas famílias, residentes na Região Metropolitana de Fortaleza, atendidos no IML de Fortaleza. Os dados serão coletados a partir das informações da guia preenchida pela autoridade policial ou judiciária. Para completar as informações, desde que as condições o permitam, será utilizado um formulário específico da pesquisa aplicado ao responsável/acompanhante/vítima.

CONSIDERAÇÕES:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 considerou o projeto Aprovado, na reunião do dia 04 de junho de 2008.

Esclarecemos sobre a obrigatoriedade do envio do relatório final da pesquisa ao CEP/ESP-CE, assim como da comunicação de qualquer alteração no desenvolvimento do referido projeto.

Fortaleza, 04 de junho de 2008

Nádia Maria Girão Saralva de Almeida

Nádia Maria Girão Saralva de Almeida
Coordenadora do CEP/ESP-CE

AV. ANTONIO JUSTA, 3161 – MEIRELES – FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL
FONE: (85) 3101.1406 FAX: (85) 3101.1404
www.esp.ce.gov.br CNPJ: 73.695.868/0001-27

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)