

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A CRIANÇA

DOMESTIC VIOLENCE AND CHILDREN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y EL NIÑO

Fábio de Souza Terra¹
Lana Ermelinda da Silva dos Santos²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a violência contra crianças no município de Alfenas – Minas Gerais, especificando os tipos de violência, agressores e ações realizadas pelo Conselho Tutelar. Trata-se de uma pesquisa descritiva. Os dados foram analisados pelo método inferencial. A amostra foi composta por 68 casos de violência registrados no Conselho Tutelar, de janeiro de 1999 a dezembro de 2001. A negligência apareceu com frequência de 54,41%, estando presente na educação, alimentação, higiene e vestimenta, medicação e abandono. Os casos de maus-tratos físicos (29,41%) apontaram como agente agressor de maior frequência a mãe e o pai, seguidos do professor, outros familiares e padrasto. Os casos foram denunciados por pais, mães, professores, vizinhos; tendo havido, também, denúncia anônima. Os resultados apontam para ações de proteção à criança, pois demonstram a presença de violências que podem levar ao comprometimento de sua saúde física e mental, motivo pelo qual suscitam-se medidas preventivas, terapêuticas e de pesquisa.

Palavras-chave: Violência; Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Criança; Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze violence against children in the district of Alfenas – Minas Gerais, specifying the type of violence, aggressors and actions by the Guardian Council. It is descriptive research, and the data was analyzed through the inferential method. The sample consisted of 68 cases of violence registered in the Guardian Council, between January 1999 and December 2001. Negligence appeared in 54.41% of the cases related to education, feeding, hygiene and clothing, medication and neglect. The cases of physical abuse (29.41%) showed the mother and father as the most frequent aggressor, followed by teachers, other relatives and stepfather. The cases had been denounced by father, mother, teachers, neighbors, and also through an anonymous accusation. The results show the need to take measures to protect children, because they demonstrate that violence exists and can compromise the child's physical and mental health, which demands preventive, therapeutic and research measures.

Key words: Violence; Domestic Violence; Child Abuse; Children; Pediatric Nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo por objeto analizar la violencia contra niños en el municipio de Alfenas – Estado de Minas Gerais. Se especifican los tipos de violencia, los agresores y las medidas tomadas por el Consejo Tutelar. Es una investigación descriptiva; los datos se analizaron mediante el método inferencial. La muestra incluyó 68 casos de violencia registrados en el Consejo Tutelar entre enero de 1999 diciembre de 2001. La negligencia aparece con una frecuencia del 54,41% y se observa en la educación, alimentación, higiene y vestimenta, medicación y abandono. Los casos de maltrato físico (29,41%) apuntaron como agente agresor más frecuente a los padres, luego al profesor, otros familiares y al padrastro. Los casos habían sido denunciados por padres, madres, profesores, vecinos y hubo casos de denuncia anónima. Los resultados aconsejan acciones de protección al niño pues demuestran la presencia de algunos tipos de violencia que pueden comprometer su salud física y mental, motivo por el cual se indican medidas preventivas, terapéuticas y de investigación.

Palabras clave: Violencia, Violencia Doméstica; Maltrato a los Niños; Niños; Enfermería Pediátrica

¹ Professor Substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Responsável pela Disciplina Enfermagem Médico-cirúrgica. Mestrando do Curso em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano. E-mail: fabsouterra@yahoo.com.br

² Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Responsável pela Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente. E-mail: lanass@ig.com.br

Endereço para correspondência: Rua Tiradentes, 1400, Centro. Alfenas – MG CEP: 37130-000. TEL: (35) 3292-4010

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes sempre marcou a história da humanidade, estando presente nos mais antigos textos, mas somente nas últimas décadas, com a criação de associações e centros de proteção à criança, tem recebido atenção.⁽¹⁾

Estudos mostram que as violências e os acidentes, na realidade brasileira, desde a década de 80, se intensificaram, afetando sobretudo os grupos mais vulneráveis, tais como as crianças e os mais pobres e amplificando seus efeitos na sociedade traduzidos em agressões e mortalidade.⁽²⁾

As violências e os acidentes transformaram-se em uma preocupação para as diversas instituições governamentais e não-governamentais, devido ao fato de esses eventos terem sido responsáveis pelo aumento da morbimortalidade da população e pelo elevado custo financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Só no ano de 2003, o Ministério da Saúde destinou R\$ 351 milhões para internações causadas por acidentes e violência.⁽³⁾

Essa violência que aflige crianças e adolescentes na realidade brasileira é de tal forma preocupante que mobiliza todos os setores da sociedade como saúde, educação e justiça, sendo reconhecida como relevante problema de saúde pública. Ela cresce vertiginosamente nos dias atuais e se reflete, na maioria das vezes, no vínculo familiar.⁽⁴⁾

Sabe-se que milhares de crianças são expostas à violência doméstica a cada ano, em todo o mundo. Estudos realizados pelo Governo dos Estados Unidos em 1989, mostraram o surpreendente número de 1,5 milhão de crianças que sofriam algum tipo de violência⁽⁵⁾, número esse, que aumentou, em 1994, para 3 milhões de crianças conforme notificação aos serviços de proteção à infância. Em relação à taxa de mortalidade, esta varia de 8% nos Estados Unidos a 27% na Inglaterra. Entre os sobreviventes aos maus-tratos, estima-se uma taxa de 30% de crianças com seqüelas.⁽⁶⁾

Uma das maiores dificuldades enfrentadas atualmente para se determinar a extensão da violência infantil é a falta de confiabilidade nos dados, uma vez que grande parte das agressões não sai do domínio do próprio lar, e as vítimas são mantidas em silêncio, já que o agressor geralmente conta com a cumplicidade de outro membro da família.^(7,8)

No Brasil, estima-se que, paralelamente a cada caso de violência infantil notificado, ocorrem 10 a 20 que não são registrados, o que confirma o grande índice de subnotificação.⁽⁹⁾ Não existem levantamentos estatísticos nacionais sobre o quanto a violência doméstica é praticada no contexto familiar, mas apenas alguns dados das entidades que atuam nessa área, tais como Conselhos Tutelares, delegacias e instituições de Proteção à Criança. A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas estima a ocorrência, no País, de 4,5 milhões de crianças vítimas de abuso e negligência por ano.^(3,10)

As mortes por acidentes e violência no Brasil já correspondem a 38,7% do total de óbitos de crianças entre 5 e 9 anos de idade e a cerca de 50% das mortes de adolescentes entre 10 e 14 anos, sendo que os acidentes e violência constituem o primeiro grupo de causa de mortes nessas faixas etárias, em todas as regiões do País.⁽¹¹⁾

Diante dessa realidade tornam-se necessárias ações, por parte da sociedade, que beneficiem as crianças e resguardem seus direitos. Assim, em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com o intuito de oferecer proteção, direito à vida e conseqüentemente melhor qualidade de vida, sendo vários de seus artigos destinados à prevenção da violência.⁽¹²⁾

A violência pode ser classificada em dois tipos: extrafamiliar e intrafamiliar. O primeiro tipo de violência pode ser perpetrado por adultos conhecidos ou desconhecidos da vítima. O segundo, ou seja, aquele que é praticado por membros da família, pode se manifestar de muitas maneiras, como: maus-tratos físicos, violência psicológica, abuso sexual, negligência/abandono. Síndrome de Münchausen by Proxy e Síndrome do Bebê Sacudido.⁽¹³⁾

É necessário que os profissionais da área da educação e da saúde tenham em mente que o objetivo principal do diagnóstico precoce do abuso infantil é a prevenção de novas ocorrências, proporcionando à criança a proteção necessária e à família, a assistência adequada. Cabe a esses profissionais o reconhecimento de seu papel no destino das crianças vítimas de violência.^(7,14)

É importante ressaltar que esses profissionais têm, como dever, diagnosticar, notificar e atender os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência, além de encaminhá-los e acompanhá-los, objetivando um atendimento integrado.⁽⁴⁾

Diante do exposto e devido ao grande número de casos de violência infantil, que ocorre no País, a grande maioria no âmbito familiar, e também pelo fato de ser essa violência mascarada pela própria família, dificultando a notificação e, conseqüentemente, a identificação da causa e o atendimento adequado à criança⁽⁴⁾, é que se optou por realizar este estudo com o objetivo de analisar a violência contra a criança no município de Alfenas – Minas Gerais, especificando os tipos de violência por ela sofrida, os agressores, assim como as ações realizadas pelo Conselho Tutelar.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo realizado a partir de dados dos arquivos do Conselho Tutelar do município de Alfenas – Minas Gerais (MG), de 94 fichas de denúncias de violência contra crianças de 0 a 12 anos de idade, ocorridas no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2001. Foram analisadas 68 fichas, pois as restantes foram desconsideradas por estarem com os dados incompletos.

O município de Alfenas foi fundado em 1860, na região Sudeste (Estado de Minas Gerais). Em 2004 apresentou uma população estimada de 74272 pessoas e área geográfica de 848,32 Km².^(15,16)

A coleta de dados foi realizada em novembro e dezembro de 2003, após autorização do Presidente do Conselho Tutelar e aprovação da Pró-Diretoria de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas/Centro Universitário Federal (Efoa/Ceufe), conforme Resolução 196/96 que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.⁽¹⁷⁾

Foram coletados dados em relação às características da vítima de violência (sexo, local de nascimento, idade

e responsável pela criança); características da violência (local onde ocorreu a violência, tipo de violência, método empregado para a violência, origem da denúncia, agente agressor e se o agressor residia ou não junto à vítima de violência) e ações realizadas pelo Conselho Tutelar com relação ao agressor e à vítima.

Foi realizada análise bivariada das variáveis independentes (sexo, idade, agente agressor e método empregado pelo agressor para efetuar a violência) e do tipo de violência; e calculadas as frequências.

Os dados foram analisados estatisticamente pelo método inferencial, utilizando o Teste do Qui-quadrado (χ^2). Considerou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A população estudada constituiu-se de 68 crianças na faixa etária de 0 a 12 anos, sendo o maior grupo o das crianças entre 0 e 3 anos de idade (49%), seguido pelo grupo de 4 a 6 anos (21%), de 10 a 12 anos (19%) e, finalmente, de crianças de 7 a 9 anos (12%). Com relação ao sexo, 52,94% das crianças eram do sexo feminino e 47,06%, do sexo masculino. A maioria, ou seja, 77,94% delas havia nascido no município campo do estudo, enquanto 22,06% pertenciam a outra localidade.

O responsável pela criança, em 50% dos casos, era o pai, seguido pela mãe (47,06%) e por outros membros da família, destacando, neste caso, os avós (2,94%).

Verificou-se que, 55,88% dos casos de violência ocorreram na própria residência da vítima e 4,41% na creche. Vale ressaltar que em 32,35% dos casos não foi especificado o local de ocorrência da violência.

No que se refere ao tipo de violência, 54,41% dos casos correspondiam à negligência; 29,41%, aos maus-tratos físicos; e 16,18%, ao abuso sexual. Ao se avaliarem os métodos utilizados pelo agressor para efetuar esses tipos de violência, notou-se que 26,47% das crianças sofreram abandono; 17,65% foram espancadas; 11,78% foram negligenciadas na alimentação, ou seja, a criança permanecia um longo período sem ingerir alimentos chegando a queixar-se de fome; enquanto a negligência na higiene e vestimenta (a criança permanecia suja ou mesmo sem roupas), assédio e casos em que não foi especificado o método, apresentaram a mesma frequência, 7,35%, e também parte das crianças foi agredida com tapas (5,88%) e com chicote (2,94%). Vale salientar que o sexo anal, oral e vaginal além da negligência com relação à utilização de medicação (a criança deixava de receber os medicamentos necessários para a sua boa saúde) apresentaram 1,47% para cada um desses métodos.

Com relação à origem das denúncias, 32,35% foram anônimas; 16,18% dos casos foram denunciados por familiares, como tios e avós, e também pela mãe da vítima (16,18%). Vale mencionar que entre os outros denunciadores, 10,29% são o assistente social, o amigo da família, o policial e a madrinha da vítima; e que o professor (educador infantil) foi responsável por 4,42% das denúncias.

No que se refere ao agressor, os resultados mostram que 54,42% das crianças foram agredidas pela mãe e 16,18%, pelo pai. É importante ressaltar que 7,35% foram agredidas pelos familiares, sendo estes tios e irmãos, enquanto 4,41% têm o educador infantil como agressor.

Cabe destacar que, em 85,29% dos casos o agressor morava na mesma residência da criança violentada.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS DE ACORDO COM AS AÇÕES REALIZADAS PELO CONSELHO TUTELAR

Ações realizadas pelo Conselho Tutelar *	N	%
Notificação ao agressor	26	32,10
Encaminhamento:		
- Vítima para tratamento de saúde física e/ou mental	04	4,94
- Agressor para tratamento de saúde física e/ou mental	05	6,17
- Caso ao Juizado da Infância e Juventude	08	9,88
- Caso a Delegacia	10	12,35
- Outros	03	3,70
Orientações:		
- Familiares da vítima	04	4,94
- Agressor	20	24,69
- Educadores	01	1,23
TOTAL	81	100,0

* Em alguns casos, ocorreu mais de uma resposta por vítima.

Fonte: Arquivos do Conselho Tutelar de Alfenas-MG, do período de janeiro de 1999 a dezembro de 2001.

O Conselho Tutelar, ao receber as denúncias, age de diferentes formas, dependendo do tipo e da gravidade de cada caso, do perfil da vítima e do(s) agressor(es). As formas de ação são as notificações ao agressor, os encaminhamentos e as orientações sendo que as notificações respondem pela maioria das ações (TAB. 1).

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO O SEXO, FAIXA ETÁRIA E AGENTE AGRESSOR

Variáveis	Tipos de violência			Total (n=68)
	Maus-tratos físicos (n=20)	Negligência (n=37)	Abuso sexual (n=11)	
Sexo				
Masculino	12 (60,0%)	18 (48,65%)	02 (18,18%)	32
Feminino	08 (40,0%)	19 (51,35%)	09 (81,82%)	36
Faixa etária				
0 — 3 anos	07 (35,0%)	24 (64,86%)*	02 (18,18%)	33
3 — 6 anos	07 (35,0%)	06 (16,22%)	01 (9,09%)	14
6 — 9 anos	02 (10,0%)	03 (8,11%)	03 (27,27%)	08
9 — 12 anos	04 (20,0%)	04 (10,81%)	05 (45,46%)*	13
Agente agressor				
Professor	03 (15,0%)	0	0	03
Padrasto	02 (10,0%)	01 (2,70%)	03 (27,27%)	06
Mãe	05 (25,0%)	32 (86,49%)*	0	37
Pai	05 (25,0%)	03 (8,11%)	03 (27,28%)	11
Vizinho	0	0	03 (27,27%)	03
Familiares	03 (15,0%)	01 (2,70%)	01 (9,09%)	05
Outros	02 (10,0%)	0	01 (9,09%)	03

* Diferenças estatisticamente significativa para $p < 0,05$

Fonte: Arquivos do Conselho Tutelar de Alfenas-MG, do período de janeiro de 1999 a dezembro de 2001.

Quando analisada a idade da criança vitimada, pode-se verificar que, nos casos de negligência, o número maior de vítimas estava na faixa etária entre 0 e 3 anos (64,86%) e apresentaram uma diferença significativa quando com-

parado aos outros grupos ($p < 0,05$). Já com relação ao abuso sexual foi encontrada uma diferença significativa de crianças com idade acima de 9 anos (45,46%) em relação aos outros grupos (TAB. 2).

No tipo de violência negligência, foi observada maior frequência da mãe como agente agressor (86,49%), sendo as diferenças estatisticamente significantes (TAB. 2).

DISCUSSÃO

A violência infantil atinge todas as idades, principalmente crianças na faixa etária de 1 a 6 anos⁽¹⁸⁾. Nesse intervalo, 1 a 6 anos, encontram-se 69,12% de crianças vítimas de violência no município de estudo. Para explicar tal ocorrência, autores afirmam que quanto menor a idade da criança, mais vulnerável ela se encontra às agressões do adulto em virtude da incapacidade de reagir, física e emocionalmente, às situações adversas de negligência, abusos sexuais e maus-tratos físicos.⁽¹⁰⁾

O Comitê de Estudo Integral a Crianças Vítimas de Violência na Costa Rica registrou, no ano de 2000, um total de 302 casos de crianças de ambos os sexos vítimas de violência. Desse total, 30% correspondiam a agressão física e 57% relacionaram-se a crianças menores de cinco anos.⁽¹⁹⁾

Neste estudo verifica-se que 52,94% das vítimas são do sexo feminino, estando de acordo com os achados na literatura, que também apontam as meninas.⁽²⁰⁾ Cabe salientar que um estudo sobre caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus-tratos em hospital de emergência em Fortaleza, mostra que o sexo masculino é mais atingido pelos maus-tratos, o que não contesta os resultados encontrados, uma vez que esta população envolve, também, o adolescente (10 a 19 anos de idade), e este contempla outras características como a sexualidade, a busca pela independência e, conseqüentemente, diferentes riscos para a violência, tais como abuso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e acidentes.⁽¹⁰⁾

A criança, quando vitimada, estava, na maioria dos casos, sob a responsabilidade do pai; em seguida sob a responsabilidade da mãe, com um percentual um pouco menor. Este fato está de acordo com as mudanças ocorridas na sociedade atual, em que a composição familiar tem passado por modificações, sendo possível observar vários núcleos familiares, em que a composição "mãe-filho(s)" é predominante, denotando que essas famílias vivem sob responsabilidade apenas da mãe.⁽²¹⁾

Com relação ao local onde ocorre a violência infantil, estudos realizados com dados do Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, em São Paulo, mostram que os maus-tratos são mais frequentes nas áreas urbanas do que nas rurais, e que, na maioria dos casos, a agressão transcorre em ambiente privado, principalmente na residência da criança ou de seu agressor, local este em consonância com os dados deste estudo, em que 55,88% das agressões ocorrem na residência da vítima.^(14,22,23)

A criança, por sua fragilidade e dependência do adulto, nas várias etapas de seu crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, requer cuidados e proteção por um longo período. Por esse motivo, pode-se observar neste estudo que a maioria das crianças foi vítima de

negligência, seguida de maus-tratos físicos e abuso sexual, o que vai ao encontro dos resultados descritos em um estudo realizado no Rio de Janeiro, em que se analisaram os casos de violência ocorridos com crianças internadas em um Hospital Municipal.⁽²⁰⁾

Alguns estudos mostram resultados contraditórios em relação ao tipo de violência sofrido pela criança, ou seja, em outras regiões do Brasil, como Nordeste e Sul, as crianças foram acometidas com maior frequência por maus-tratos físicos, seguidos pela negligência e pelo abuso sexual.⁽²⁴⁾

Outro estudo realizado com a participação de 1685 estudantes de escolas públicas do município de São Gonçalo-RJ mostra que 14,6% desses estudantes tinham sido agredidos fisicamente pelo pai ou pela mãe e que 11,8% tinham testemunhado a violência sexual de um outro membro da família ou eles mesmos tinham sido abusados sexualmente.⁽²⁵⁾

Ainda com relação aos tipos de violência, é importante destacar que em 1998 a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescentes (ABRAPIA) recebeu 4987 denúncias de violência, sendo 1817 casos de negligências, 1493 casos de violência física, 1385 de violência psicológica e 292 de abuso sexual.⁽²⁶⁾

Os dados registrados mostram o abandono como a principal forma de violência contra a criança. Esse comportamento foi apontado, também, como importante forma de agressão em crianças hospitalizadas e vítimas de violência no Município de São Paulo.⁽²⁷⁾ Em geral, o agressor usa as próprias mãos (tapas); podendo também utilizar objetos como cinto, vassoura, painéis, cordas, chicotes ou correntes.⁽⁹⁾ Esses resultados apresentam similaridade com os encontrados nesta pesquisa, em que o agressor fez uso de chicote ou tapas para agredir a criança.

Quanto ao abuso sexual, os dados deste estudo estão de acordo com trabalho realizado em Florianópolis, em que uma Associação de Proteção à Criança e ao Adolescente recebeu, em 1998, um total de 292 denúncias de violência sexual, incluindo o assédio e a masturbação da vítima como sendo os métodos de maior ocorrência, enquanto o sexo anal, oral e vaginal apresentaram uma pequena porcentagem dos casos.⁽²⁶⁾

Apesar do tímido percentual de denúncias, o abuso sexual é cada vez mais reportado, estimando-se que atinja 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Apenas nos Estados Unidos calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada seis minutos e que uma em cada quatro mulheres tenha sofrido algum contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência. Entre as crianças, estima-se que um terço tenha sido submetida, alguma vez a um contato incestuoso. Atualmente, cerca de 200 mil crianças americanas são sexualmente abusadas a cada ano.^(28,29)

Vale ressaltar que o número de casos de violência sexual não relatados aos serviços de proteção à criança e de saúde seja maior que o número de casos relatados, devido ao segredo cultivado nos lares e a vergonha de levar este assunto a público. Entre os homens abusados sexualmente, o número de casos não denunciados aumentam ainda mais, pois eles se abstêm de notificar a agressão por medo e vergonha de serem rotulados como homossexuais.⁽³⁰⁾

É importante salientar que as denúncias aos maus-tratos infantis são efetuadas, em maior porcentagem, pelas mães das vítimas.^(13,31) Os resultados deste estudo mostraram a denúncia anônima como sendo a de maior ocorrência (32,35%) e de grande importância para a notificação dos casos de violência infantil ocorridos no referido município. Este fato pode estar relacionado à preocupação da população com o próprio envolvimento e a represália, especialmente em casos de denúncia no município de estudo, por ser considerado de pequeno porte, e a identificação das pessoas denunciadas poderia ocorrer mais facilmente.

Por décadas, a relação mãe-filho faz com que se mantenha um contato muito próximo com a criança, sendo a mãe cuidadora e responsável por seu processo de evolução. Com as mudanças no papel social da mulher nas últimas décadas esta assume, também, a responsabilidade econômica sobre a família. Essa sobrecarga de atividades leva, muitas vezes, a dificuldades no relacionamento mãe-filho, o que demonstram os resultados desta pesquisa, quando a mãe torna-se a maior causadora de violência contra a criança. A literatura também aponta a mãe da vítima como sendo o agente agressor de maior frequência.^(9,20,21, 31,32)

O fato de a mãe ser a agressora mais freqüente pode ser justificado pela estrutura familiar das sociedades em geral. Cabe à mulher, na maioria dos casos, a educação dos filhos, passando mais tempo junto a eles, e sendo-lhe atribuído o manejo das decisões cotidianas e a convivência doméstica, o que pode levar ao estresse e a tensão constante ocasionando a violência. Supõe-se que, uma vez igualado o tempo de permanência junto aos filhos, o pai passaria a ser um agressor mais freqüente.^(31,32) Estudos apontam o pai biológico como o agressor de maior porcentagem apenas nos casos de abuso sexual à criança, seguido pelo padrasto da vítima.^(14,27)

Um fato que merece destaque na literatura é que, na maioria das vezes, os agressores foram vítimas de violência durante sua infância, o que poderia ter levado ao comportamento criminal violento tardio com os filhos.^(9,18,22,33,34)

É importante lembrar que os casos de maus-tratos físicos e negligência devem ser encaminhados pelo Conselho Tutelar ao Juizado da Infância e Juventude. Nas situações em que a vítima necessita de atendimento médico, esta deve ser encaminhada ao serviço de saúde, mas também deve-se solicitar a ação especializada e de proteção do Juizado. Para os casos de abuso sexual, a vítima deve ser encaminhada à Delegacia para realização do exame de Corpo e Delito; e, se necessário, oferecer tratamento de saúde física e/ou mental.⁽³⁵⁾ Os dados apontam notificações, encaminhamentos de saúde e judicial e orientações por membros do Conselho Tutelar como sendo as ações realizadas nesse período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram apresentar uma caracterização da violência infantil no município de Alfenas-MG em que a maioria das vítimas pertenciam ao sexo feminino e estavam na faixa etária de 0 a 3 anos, tendo como principal agente agressor a mãe através da negligência. A forma principal de denúncia foi a anônima,

com posterior notificação e orientação ao agente agressor pelo Conselho Tutelar.

Com este estudo, adentramos no enigmático mundo da violência infantil em Alfenas, sendo que este tipo de agressão e suas conseqüências são questões a serem enfrentadas pelos profissionais de educação e saúde, que não podem ignorar esse problema e que poderão contribuir para sua resolução, atuando com medidas preventivas, terapêuticas e de pesquisa.

Paradoxalmente, exigimos que, além de violentada, a vítima se apresente aos serviços de proteção e de saúde brutalmente ferida para ser acreditada. Em relação às crianças, sequer admitimos que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao adulto agressor. Tendemos a considerar seus relatos fantasiosos e imaginários, incapazes de diferenciar o lúdico do real. Nós as privamos de seus direitos simplesmente por serem crianças, protegendo, incompreensivelmente, o adulto agressor.

Assim, a prevenção da violência infantil deve estar inserida nas ações de saúde e educação, bem como nas ações sociais, para que esta população tenha melhor qualidade de vida.

Por fim, acreditamos que muito há de ser investigado e esclarecido quanto a este assunto visando despertar e sensibilizar os profissionais nos atendimentos e acompanhamentos de todos que estejam envolvidos em tão complexo problema. Faz-se necessário ainda, rever nossa postura como cidadão e profissional, pois a redução da violência infantil é responsabilidade de todos, e devemos contribuir para o rompimento do pacto de silêncio, que ceifa a infância de nossas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Santoro Jr, M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr Mod* 2002; 38 (6): 279-83.
2. Mello AP, Jorge MHP, Gottlib SLA. Saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Mostra Sociedade Viva: violência e saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. 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: Distrital; 1993.
5. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T, Bolduc SM. Child Maltreatment Histories among runaway and delinquent children. *Clin Pediatr* 1990; 29 (12): 713-8.
6. Dukarm CP, Holl JL, Mcanarkey ER. Violence among children and adolescents and the role of the pediatrician. *Bull NY Acad Med* 1995; 72: 5-15.
7. Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. *Pediatr Mod* 2002; 38 (9): 421-6.
8. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J Pediatr*, Rio de Janeiro, 1995; 71 (6): 313-6.
9. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, 2001; 77 (1): 35-40.
10. Silva AM, Vieira LJES. Caracterização de crianças e adolescentes atendidas por maus-tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza – CE. *Rev Esc Enf USP* 2001; 35 (1): 4-10.
11. Mello AP, Jorge MHP. As condições de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2001.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): Ministério da Saúde 1991.
13. Seabra AS, Nascimento HM. Abuso sexual na infância. *Pediatr Mod* 1998; 34 (7): 395-415.

14. Drezett J. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: desafios dos profissionais de saúde. *Pediatr Atual* 2002; 15 (9): 7-13.
15. Alfenas, MG. Conheça a cidade. [Acesso em 29 abril 2005]. Disponível em: <<http://www.alfenas.mg.gov.br/indexconheca.htm>>
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE. [Citado em 02 maio 2005]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, Brasília. 1996; 4 (2 Supl.): 15-25.
18. Eidt OR, Biehl JI, Algeri S. Atelier de vivências: um ambiente propício à construção do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos. *Rev Gaúcha Enf.* 1998; 19 (1): 47-55.
19. Brenes RG. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad. *Acta Pediatr Costarric* 2001; 15 (3): 123-29.
20. Lopes MVG, Júnior PAT. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod* 2000; 36 (10): 684-8.
21. Cunha JM. Atendimento à criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses, desafios e alternativas. *Texto Contexto Enf.* 1999; 8 (2): 360-3.
22. Monteiro MCN, Cabral MAA, Morgado AF. Violências contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Arq Bras Pediatr* 1995; 2 (6): 153-6.
23. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, 2001; 77 (5): 413-9.
24. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 1999; 33 (6): 547-53.
25. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RV. Violence and social representation in teenagers in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16 (1): 43-51.
26. Abreu VI. Violência sexual intrafamiliar: ainda um segredo?. *Texto Contexto Enf.* 1999; 8 (2): 404-8.
27. Mozes F, Gláucia MR, Karem FP, Zappa AA, Jukemura R, Juliano Y. Síndrome dos maus-tratos em crianças atendidas no Hospital Geral do Grajaú – UNISA. *Rev Fac Med UNISA* 2000; 15 (1): 73-7.
28. Kenney JW, Reinhaltz C, Algolini PJ. Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27: 54-63.
29. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl* 1997; 21: 789-803.
30. Garza-Aguilar J, Diaz-Michel E. Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Publica Mex.* 1994; 36: 36-45.
31. Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES; 1994.
32. Silva MAS. Violência contra crianças – quebrando o pacto do silêncio. *Pediatr Mod* 1998; 34 (11): 794-7.
33. Eisenstein E, Souza RP, Coordenador. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Petrópolis: Vozes; 1993.
34. Arias I. The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. *J Womens Health* 2004; 13 (5): 468-73.
35. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR, Gikas RM, Waksman RD et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física. *Pediatr Mod* 2003; 39 (9): 354-62.

Recebido em: 17/12/2004

Aprovado em: 30/03/2006