

Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil

Physical abuse of minors under 15: epidemiological study in a city in the south of Brazil

Christine Baccarat de Godoy Martins¹
Maria Helena Prado de Mello Jorge^{II}

¹Departamento de Enfermagem, Área Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Cuiabá.

^{II}Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Correspondência: Christine Baccarat de Godoy Martins. Área Saúde da Criança e do Adolescente. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Cuiabá. Rua Fortaleza, nº 70, Jardim Paulista, Cuiabá (MT) - CEP 78065-350. E-mail: leocris2001@terra.com.br

Resumo

Objetivo: apresentar o perfil de casos notificados de violência física contra menores de 15 anos em Londrina, Paraná, no ano de 2006. **Método:** Estudo transversal, com coleta retrospectiva nos prontuários dos Conselhos Tutelares e serviços de atendimento do município. Os dados foram processados e tabulados pelo programa Epi Info. **Resultados:** Foram estudados 479 casos de violência por força corporal e 9 casos de violência por outros meios (7 por instrumentos, 1 por objeto cortante e 1 por substância corrosiva). Na violência por força corporal, predominaram vítimas do sexo feminino (53,4%) e maior risco na idade de seis anos (12,2 por 1.000). O pai foi o agressor mais frequente (48,8%) e o alcoolismo esteve presente em 64,0% dos casos. A violência por instrumentos foi praticada através de cinta (42,9%), fio (28,6%), ferro (14,3%) e instrumento de cozinha (14,3%), com vítimas do sexo feminino (85,7%), na faixa etária de doze anos (33,3%), sendo o pai (71,4%) e a mãe (28,6%) os únicos agressores, com o alcoolismo presente em 57,1% destas situações. A vítima de violência por objeto cortante era do sexo masculino, 13 anos e o agressor, desconhecido, tinha de 15 a 19 anos. A violência por substância corrosiva teve como vítima um adolescente de 13 anos, do sexo masculino, cujo agressor foi o pai, sendo o alcoolismo a situação presente. **Conclusões:** Os resultados apontam para a importância epidemiológica do abuso físico contra crianças e adolescentes e podem contribuir para a elaboração de estratégias de prevenção e acompanhamento das vítimas.

Palavras-chave: Violência. Maus-Tratos. Agressão Física. Abuso Físico. Criança; Adolescente.

Abstract

Objectives: to build the epidemiological profile of deliberate violence against minors under 15 years of age in Londrina, Paraná in 2006. **Methods:** cross-sectional study with retrospective data collected from the records of Tutelary Councils and care services in the city. Data were processed and tabulated with Epi Info software. **Results:** 479 cases of violence by use of physical force and 9 cases of violence by others means (7 by instruments, 1 by cutting object and 1 by corrosive substance) were studied. Most victims of physical force were female (53.4%) and the highest risk age was 6 (12.2 per 1,000). The father was the main aggressor (48.8%) and alcoholism was present in 64.0% of cases. Violence by instrument was inflicted with belt (42.9%), wire (28.6%), iron (14.3%), or kitchen tool (14.3%), mainly with 85.7% female victims in the 12 year-old age group (33.3%). Father (71.4%) and mother (28.6%) were the only aggressors, with alcoholism present in 57.1% of the situations. The victim of violence with a cutting device was a 13 year-old male, the aggressor was unknown and between 15 and 19 years of age. Violence by a corrosive substance victimized a male adolescent aged 13. The aggressor was the alcoholic father. **Conclusion:** outcomes point toward the epidemiological importance of physical abuse of children and adolescents, and can contribute to structure strategies to prevent child abuse and follow-up victims.

Keywords: Violence; Maltreatment; Physical Aggression; Physical Abuse; Child; Adolescent.

Introdução

O fenômeno da violência contra a criança e o adolescente vem ocupando lugar de destaque nas estatísticas de morbidade e mortalidade em vários países, reconhecido como importante problema de saúde pública¹⁻⁹.

Entre as diversas formas de violência, o abuso físico tem sido apontado, em diferentes países, como importante causa em decorrência da gravidade das lesões e consequências que determina, além dos consideráveis gastos no atendimento e das repercussões para a criança e sua família⁸⁻¹³.

Vários estudos identificam o abuso físico como o tipo de maus-tratos mais praticado contra crianças e adolescentes^{4,11,14-18}. O uso da força física como medida educativa e a aceitação cultural do castigo como necessário para crianças tornam frequente a agressão física em nosso meio^{3,19-21}.

Em relação às vítimas, há que se pensar não somente nas consequências físicas decorrentes de golpes, tapas, chutes, socos, entre outros, mas também nas diversas sequelas que se instalam quanto maior for o tempo de abuso. Além das sequelas físicas que causam dor e estresse, o fato de a criança ainda não apresentar uma estrutura psicológica e o constante estado de alerta pela presença de maus-tratos podem acarretar sequelas emocionais, afetivas e psicológicas. Muitas destas, irreparáveis e significativas na saúde da criança, se manifestam na fase adulta, como ansiedade e depressão, risco de autodestruição, baixa auto-estima, visão pessimista do mundo, problemas de relacionamento, agressividade, timidez, isolamento social, submissão, déficit de atenção, hiperatividade, capacidade cognitiva e de linguagem inferiores, uso de álcool e drogas, além do comportamento abusivo que colabora para a perpetuação da violência^{9,12,14, 20, 22-27}.

Apesar do incremento na produção científica nesta área, do avanço na legislação brasileira quanto aos direitos da criança e do adolescente, e da obrigatoriedade da notificação por profissionais diretamente

ligados à criança ou ao adolescente, o conhecimento destes eventos ainda permanece subestimado em nosso país. Para alguns autores, de 10 a 20 casos de abuso físico, apenas um caso é notificado⁹.

Neste sentido, a presente casuística teve o objetivo de apresentar o perfil de casos notificados de violência física contra menores de 15 anos em Londrina, Paraná, no ano de 2006, no sentido de contribuir para o conhecimento epidemiológico deste evento entre crianças e adolescentes.

Metodologia

A pesquisa se constituiu em um estudo transversal e descritivo acerca da violência física contra menores de quinze anos, ocorrida em 2006 e notificada aos Conselhos Tutelares de Londrina (Centro, Norte e Sul) e serviços de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados do município (Programa Sentinela da Prefeitura Municipal de Londrina e Projeto de Extensão De Olho No Futuro). Os serviços citados são todos que existem para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência em Londrina.

Foram consultados, nos serviços acima descritos, todos os prontuários e fichas de atendimentos prestados a menores de 15 anos, selecionando-se os casos de violência física. Os casos incluídos representam a totalidade de casos notificados no município. Os dados foram transcritos para formulário específico com dados referentes à denúncia, à vítima, ao ato violento e ao agressor. O instrumento foi previamente testado e utilizado na coleta de dados por uma equipe de alunos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, previamente treinados e supervisionados por uma das autoras do estudo.

Todos os dados obtidos foram processados eletronicamente e tabulados por meio do programa computacional Epi Info – versão 6.04d²⁸. Os dados foram checados através da verificação de inconsistências e erros nas análises realizadas. Por exemplo, no caso de uma criança atendida em dois

serviços, registros duplicados referentes a um mesmo ato violento foram considerados como um único caso, a fim de se calcular o número de atos violentos e não o de atendimentos. As análises são baseadas apenas na descrição das frequências relativas das características avaliadas.

Foi solicitada aos diretores ou responsáveis de cada instituição a autorização para acesso aos prontuários e informações. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (COEP 315 de 2006).

Dadas as diferentes características entre os tipos de violência física quanto às características da vítima, a análise no presente estudo se deu separadamente em dois grupos de análise: agressão por força corporal e a violência física por outros meios (que englobam a violência por instrumentos, por objeto cortante e por substância corrosiva). Scherer e Scherer²⁹ classificam a violência física em direta (praticada através de pontapés, bofetadas, beliscões, palmadas, socos etc.) e indireta (exercida através de instrumentos). Para Pires e Miyazaki²⁶, a violência física engloba desde beliscões e chineladas a puxões de orelha, tapas, murros chutes, cintadas, queimaduras com água quente, brasa de cigarro e ferro elétrico, intoxicação com psicofármacos, sufocação, mutilação e espancamento. Gomes³⁰ também difere a agressão corporal da agressão física por armas brancas, objetos cortantes e projéteis de arma de fogo. Neste sentido, a classificação utilizada pelos autores justifica a análise detalhada no presente estudo, segundo os diferentes tipos de agressão física.

Para os casos de violência por força corporal foi calculado o coeficiente de incidência, tendo como denominador o número de crianças residentes no município, na mesma faixa etária e ano, uma vez que os casos estudados referem-se ao total de casos notificados no município.

Quanto às sequelas, foram consideradas apenas aquelas registradas em prontuário, com base na avaliação do conselheiro tutelar que acompanhou o caso.

Quanto à situação presente na circunstância de violência (como alcoolismo, desemprego etc.), estes dados foram coletados de forma sistemática por todas as fontes a partir das quais os dados foram coletados.

Resultados

A violência por força corporal

A violência por força corporal somou 479 casos em 2006, representando 98,1% da violência física. As denúncias foram feitas mais pela mãe (24,4%) e outros familiares, tais como tios, cunhadas, primos e irmãos (20,9%), além de vizinhos e escola (17,1% cada), avós (10,6%), profissionais de saúde (4,2%), anônimos (4,0%), pais (0,8%), comunidade (0,2%) e outros (0,2%), sendo que em 0,4% dos prontuários não havia esta informação.

Entre as vítimas, o sexo feminino apresentou maior proporção (53,4%) em relação ao masculino (46,5%), numa razão de masculinidade de 0,9 ou, ainda, numa propor-

ção de 1,1 meninas para cada menino.

Calculando-se os coeficientes de incidência da violência por força corporal para cada idade e sexo das vítimas, o maior risco foi observado na idade de seis anos para ambos os sexos (11,3 por 1.000 para os meninos e 13,2 por 1.000 para as meninas). O coeficiente geral aponta para maior risco na faixa etária de seis anos de idade (12,2 por 1.000). Observou-se, ainda, uma redução da agressão corporal a partir dos onze anos em ambos os sexos, porém com menor declínio no sexo feminino (Figura 1).

Grande parte dos agressores era do sexo masculino (72,6%) e 38,8% apresentavam idades entre 30 a 40 anos (Tabela 1). Entre as mulheres agressoras, destacaram-se as faixas etárias de 20 a 24 (28,2%), 30 a 34 (25,2%) e 25 a 29 anos de idade (22,9%).

O pai figurou como o maior agressor por força corporal (48,8%), seguido pelo padrasto (21,1%), mãe (14,8%), madrasta (11,1%) e outros parentes (1,5%), levando a uma participação dos familiares de 97,3% entre os agressores (Tabela 2). As entidades

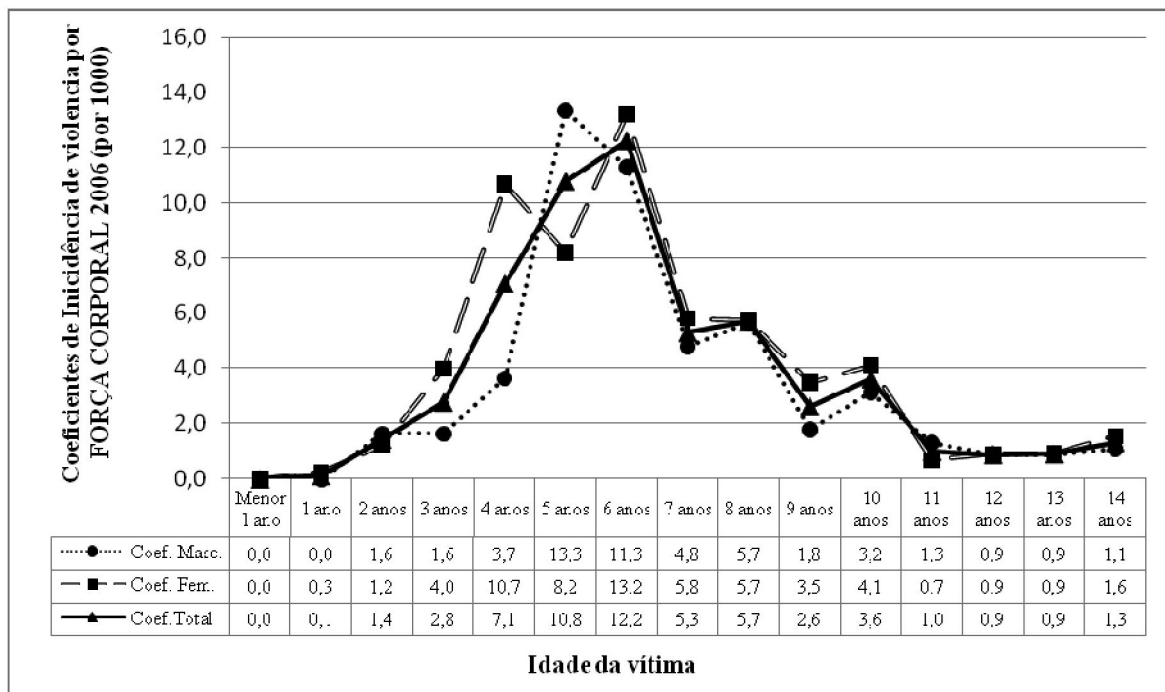


Figura 1 – Coeficientes de incidência da violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o sexo e a idade das vítimas. Londrina, 2006.

Figure 1 – Incidence rates of violence by use of PHYSICAL FORCE against minors under 15 years of age per sex and age of victims. Londrina, 2006.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo a idade e o sexo do agressor. Londrina, 2006.

Table 1 – Cases of violence by use of PHYSICAL FORCE against minors under 15 years of age per age and sex of aggressor. Londrina, 2006.

Idade do agressor de violência por FORÇA CORPORAL	SEXO DO AGRESSOR					
	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
> 15	9	2,6	2	1,5	11	2,3
15 a 19	2	0,6	1	0,8	3	0,6
20 a 24	8	2,3	37	28,2	45	9,4
25 a 29	40	11,5	30	22,9	70	14,6
30 a 34	135	38,8	33	25,2	168	35,1
35 a 39	110	31,6	22	16,8	132	27,6
40 e mais	41	11,8	5	3,8	46	9,6
Ignorado	2	0,6	-	-	2	0,4
Não Informado	1	0,3	1	0,8	2	0,4
TOTAL	348	100,0	131	100,0	479	100,0

Tabela 2 – Distribuição dos casos de violência por FORÇA CORPORAL contra menores de 15 anos segundo o vínculo entre agressores / vítimas e a situação presente na circunstância da violência. Londrina, 2006.

Table 2 – Cases of violence by use of PHYSICAL FORCE against minors under 15 years of age per link between aggressors / victims and situation present in the circumstances of the violence. Londrina, 2006.

Vínculo entre Agressor e Vítima	Situação presente na circunstância da violência											
	Alcoolismo		Drogadição		Desemprego		Crise conjugal		Não Informado		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familiares												
Mãe	7	9,9	-	-	-	-	64	90,1	-	-	71	14,8
Pai	212	90,6	2	0,9	4	1,8	-	-	16	6,8	234	48,8
Padrasto	83	82,2	4	4,0	2	2,0	-	-	12	11,9	101	21,1
Madrasta	2	3,8	-	-	-	-	11	20,8	40	75,5	53	11,1
Outros parentes	3	42,9	-	-	-	-	-	-	4	57,1	7	1,5
Vizinhos	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0	3	0,6
Desconhecido	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	0,2
Entidade educação	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	4	0,8
Namorado da mãe	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Babá	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2	0,4
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2	0,4
TOTAL	307	64,0	7	1,5	6	1,3	75	15,7	84	17,6	479	100,0

de educação (0,8%), vizinhos (0,6%), babás (0,4%), namorado da mãe (0,2%) e desconhecido (0,2%) figuraram entre os outros agressores.

O alcoolismo predominou entre as situ-

ações relacionadas à ocorrência de maus-tratos por força corporal, com proporções de 64,0%, embora a crise conjugal (15,7%), a drogadição (1,5%) e o desemprego (1,3%) também estivessem presentes. Outras

situações presentes e as não informadas somaram 17,6% (Tabela 2). Ressalta-se a presença da crise conjugal quando a mãe é a agressora (90,1%) e do alcoolismo quando o pai é o agressor (90,6%), assim como o padrasto (82,2%).

A violência por força corporal ocorreu, predominantemente, na residência da vítima (95,6%), com pouquíssimos casos na escola (1,0%), residência do agressor (1,3%), residência de parente (0,2%) e via pública (1,7%), sendo que em 0,2% dos casos esta informação era ignorada.

A maioria das vítimas sofreu a violência por força corporal por quatro ou mais vezes (93,9%) antes da notificação, sendo que em 2,9% dos casos foi a primeira vez, 1,5% a terceira vez e 0,8% a segunda vez, enquanto que em 0,8% dos prontuários não foi possível encontrar esta informação.

As vítimas deste tipo de violência vieram sofrendo o abuso por 1 a 2 anos (47,2%), seguidas daquelas que vinham sendo submetidas ao agravo por 3 a 4 anos (28,4%), mais de 4 anos (16,5%), menos de 6 meses (4,4%) e de 6 a 12 meses (1,7%). Em 0,8% dos prontuários não foi possível determinar esta variável.

Todos os casos de agressão por força corporal em menores de 15 anos apresentaram lesão corporal. Entretanto, a dificuldade em determinar o tipo e a natureza da lesão, a partir dos registros em prontuário, impossibilitou a análise de sua gravidade.

A violência por força corporal atingiu múltiplas regiões (54,5%), seguidas pelos membros superiores (16,5%) e inferiores (15,7%). A cabeça (0,8%), o tronco (2,1%) e o abdome/dorso/pelve (10,0%) foram as regiões corpóreas menos atingidas pela agressão corporal.

A falta de informação quanto à necessidade de internação em 96,6% dos prontuários inviabilizou a análise desta variável, embora fosse objetivo do presente estudo.

Os casos com seqüela representaram 99,8% (478 casos), sendo que, destes, 99,6% foram por seqüela física e 0,4% psicológica. Cabe esclarecer que, na presente investigação, foram consideradas as seqüelas regis-

tradas em prontuário pelos conselheiros tutelares, cujo conhecimento científico muitas vezes é insuficiente para determinar a presença e natureza de seqüela. Houve registro de uma segunda seqüela, sendo a psicológica a predominante (98,1%).

A violência física por outros meios

Além da violência por força corporal, foram notificados sete casos de violência por instrumentos, cujas denúncias anônimas se destacaram (42,9%), sendo as vítimas predominantemente do sexo feminino (85,7%), com maior número de casos na faixa etária de doze anos (cinco casos) entre as meninas, seguida pelas idades de 2, 7, 8 e 9 anos (um caso em cada idade). O único caso masculino ocorreu aos oito anos. Grande parte dos agressores era do sexo masculino (71,4%), cuja faixa etária mais frequente foi a de 30 a 34 anos (60,0%). Entre as mulheres que praticaram a violência por instrumentos, a faixa etária com maior proporção foi a de 20 a 24 anos (100,0%). O pai (71,4%) e a mãe (28,6%) foram os únicos agressores. O alcoolismo esteve presente em 57,1% dos casos, embora a grande proporção de prontuários em que não foi possível colher esta informação (42,9%) tenha prejudicado a análise desta variável. Todos os casos ocorreram na residência das vítimas, sendo que as mesmas sofreram este tipo de agressão quatro ou mais vezes antes da denúncia (100,0%), e por períodos que de mais de 4 anos (42,9%) antes da notificação. Os instrumentos utilizados foram cinta (42,9%), fio (28,6%), ferro (14,3%) e instrumento de cozinha (14,3%). Todas as vítimas tiveram presença de lesão, principalmente de membros inferiores (57,1%), não sendo possível determinar a natureza e gravidade da mesma. Grande parte dos prontuários (87,1%) não trazia a informação sobre a necessidade de internação, sendo que os 12,9% restantes não necessitaram de internação. Houve seqüela física em 100,0% dos casos, todas acompanhadas de seqüela psicológica.

Apenas um caso de violência por objeto cortante foi notificado no ano de estudo,

cuja vítima era do sexo masculino e tinha 13 anos de idade. O agressor, do sexo masculino, cujo vínculo com a vítima era desconhecido, estava na faixa etária de 15 a 19 anos. O caso aconteceu na via pública e a vítima havia sofrido a violência pela primeira vez, com presença de lesão corporal que atingiu o tórax, havendo necessidade de internação, com seqüela física acompanhada por seqüela psicológica.

A substância corrosiva foi utilizada para a prática da violência também em um único caso e teve como vítima um adolescente de 13 anos, do sexo masculino. O agressor (o próprio pai) tinha de 35 a 39 anos de idade e referiu o alcoolismo como situação presente. A violência foi praticada na residência da vítima, pela primeira vez, com presença de queimadura em múltiplas regiões, havendo necessidade de internação e com seqüela física e psicológica.

Discussão

Os resultados da presente casuística se restringem às características de casos de violência física contra menores de 15 anos, ocorrida em 2006, notificada aos Conselhos Tutelares e serviços de atendimento a crianças e adolescentes do município. O desenho da presente investigação (um estudo de casos) não permite descrever associações entre a violência e potenciais fatores de risco. Por se tratar de um estudo transversal, as características aqui apresentadas se referem a um momento específico, podendo sofrer modificações na medida em que intervenções vão sendo implantadas.

Poucos trabalhos trazem a análise detalhada da agressão por força corporal, analisando-a juntamente com a violência física ou, ainda, na análise global de todos os tipos de violência. Estudo realizado em um serviço de atendimento em Curitiba encontrou como principal denunciante do abuso físico a comunidade (85,8%), principalmente os vizinhos e profissionais de saúde⁹. Outra pesquisa, que também analisou a agressão física contra crianças e adolescentes registrada nas delegacias do Rio de Janeiro,

verificou que 53,0% das denúncias foram realizadas por policiais³¹. Dados do CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz), revela que os comunicantes mais comuns da agressão física contra criança e adolescente são a própria mãe e policiais militares³⁰. Entretanto, tais estudos não diferenciam a agressão por força corporal dos outros tipos de violência física, o que prejudica a comparação de resultados.

A participação da escola, mãe, familiares e vizinhos como denunciadores da agressão por força corporal denota a visibilidade deste tipo de violência, pois deixa marcas que são percebidas por aqueles próximos à criança, como, por exemplo, os denunciadores acima citados. A denúncia da mãe, por sua vez, mesmo sendo ela própria a agressora, pode significar seu pedido de ajuda, já que as lesões decorrentes da agressão corporal facilitam o diagnóstico da violência e suscitam medidas imediatas de proteção da criança.

Um pouco divergente de nosso estudo, outras pesquisas observaram que a faixa etária que mais sofreu a agressão física foi a de cinco a onze anos de idade⁹, porém foi muito pouca a diferença percentual entre os sexos das vítimas (50,2% masculino e 49,8% feminino), resultado próximo ao da presente pesquisa. Já estudo desenvolvido no Ambulatório de Maus-Tratos do município de Caxias do Sul¹⁴ observou que os meninos sofrem mais violência física do que as meninas, enquanto levantamento junto ao Conselho Tutelar de Niterói³² detectou pouca diferença entre os sexos em se tratando de violência física. Na análise das vítimas de agressão, alguns autores concluem que, entre crianças e adolescentes, o sexo não é uma variável que determine a ocorrência de maus-tratos³³.

O predomínio da faixa etária de quatro a seis anos para a agressão corporal como a de mais notificação e encaminhamento aos serviços, justifica-se pela própria condição de dependência, física e psicológica, características da criança nestas idades.

O que chama a atenção, no presente

estudo, é a redução da agressão corporal a partir dos onze anos, o que pode estar relacionado ao próprio crescimento e desenvolvimento das crianças que adquirem força e meios de defesa com o passar da idade. Já entre as meninas, a menor redução da agressão corporal após os onze anos pode estar relacionada com a fragilidade física do sexo e dependência do agressor.

Semelhante à presente casuística, estudo realizado a partir dos registros nas delegacias do Rio de Janeiro revela maior participação de agressores masculinos (78,0%) entre os casos de agressão física contra crianças e adolescentes³¹. A maior proporção de agressores masculinos neste tipo de violência pode estar relacionada com a força física atribuída ao sexo masculino desde os primórdios³⁴.

Não foram encontrados trabalhos que determinassem a idade dos agressores. Entretanto, observa-se que a idade predominante dos agressores de violência corporal (30 a 34 anos para os homens e 20 a 24 anos para as mulheres) coincide com o fato de estarem na faixa etária de ter filhos e de utilizarem a punição física como forma de educar. A pouca participação de agressores com maior idade reforçam a hipótese acima.

A revisão da literatura trouxe alguns resultados diferentes aos encontrados nesta investigação. No estudo de Assis e Souza³¹, apesar de os pais figurarem entre os agressores, os principais responsáveis pela agressão física praticada contra crianças e adolescentes foram vizinhos, porém trata-se de registros em delegacias. Já registros do SOS Criança de Curitiba verificaram que a mãe, utilizando, na maioria das vezes, as próprias mãos, foi a agressora em 42,2% dos casos de abuso físico infantil⁹. Entretanto, outros estudos revelam que grande parte da violência física é exercida pelo pai^{9,15}. Neste contexto, é preciso destacar que, culturalmente, a figura paterna está associada à autoridade e à imposição de limites, o que pode contribuir para a ocorrência da força corporal praticada pelo pai.

Semelhante ao verificado na presente investigação, o alcoolismo é apontado por

autores nacionais e internacionais como fator presente nas circunstâncias violentas contra a criança e o adolescente^{4,9,26,14-15,35}. A crise conjugal como situação para a agressão física também foi relatada por estudo que ressalta os conflitos familiares associados ao uso do álcool como núcleos da violência física praticada dentro de casa³⁰.

Difícilmente os estudos existentes especificam o local de ocorrência da agressão corporal. Tendo em vista que os principais agressores na violência por força corporal são os pais, naturalmente este tipo de violência ocorre com grande frequência na residência da vítima. Tendo em vista que o lar deveria ser um espaço para a proteção e o cuidado da criança, mas que abraça silenciosamente a violência contra ela^{36,37}, fica evidente a necessidade de se priorizar a prevenção, no desenvolvimento de valores não violentos e na conscientização de todos no combate à agressão corporal.

A frequência da violência por força corporal verificada no presente estudo corrobora a discussão de que a violência não se restringe a um único episódio. Frente a este fato, e levando-se em consideração que a agressão corporal deixa marcas mais evidentes do que outros tipos de violência, destaca-se a necessidade de mecanismos adequados para detectar e intervir nesta agressão, pois para vários autores a suspeita e a intervenção adequada são o primeiro passo para interromper o sofrimento ao qual a criança ou adolescente vem sendo submetido^{6,31}. Neste sentido, um estudo realizado com funcionários do setor de pediatria de um hospital universitário, na Finlândia, revelou que 60,0% dos entrevistados (médicos e enfermeiros) necessitavam de treinamento para a identificação do abuso infantil, além das dificuldades de cada um para lidar com a violência infantil³⁸.

O longo período do abuso desperta para as possibilidades das consequências, apontadas por alguns autores como irreparáveis em muitas situações⁹. Especificamente em relação à agressão corporal, há que se pensar não somente nas consequências físicas decorrentes dos golpes, tapas, chutes, socos,

entre outros, mas também nas diversas sequelas que se instalam quanto maior for o tempo de abuso²⁷.

Outros estudos evidenciaram a presença de hematomas como as lesões mais frequentes na agressão física⁹, bem como equimoses, cortes, arranhões e escoriações⁹. Entretanto, alguns autores chamam a atenção para a gravidade das lesões decorrentes da agressão física, tais como fraturas e traumatismos cranianos fatais¹⁰⁻¹³, além dos consideráveis gastos no atendimento e das repercussões para a criança e família.

Sanchez e Minayo³⁹ apontam que as lesões mais frequentes provocadas por agressão física são as cutâneo-mucosas (por golpes, queimaduras, arrancamento de dentes e de cabelos, mordidas e por armas brancas ou de fogo, variando desde hiperemia, equimoses, hematomas até queimaduras de terceiro grau), as fraturas em diferentes estágios de gravidade, os traumatismos crânio-encefálicos, as hemorragias intracerebrais devido a sacudidas e impactos, as lesões oculares e as auditivas que podem levar à invalidez temporária ou permanente.

Há que se destacar, entretanto, que muitas vezes são notificados apenas os casos mais graves, o que pode ter contribuído para a alta taxa de lesão corporal na presente casuística. Embora o presente estudo não tenha conseguido determinar a gravidade das lesões, há que se considerar, diante da literatura, a gravidade das lesões decorrentes da agressão física, apontada por diversos autores como temporárias ou permanentes, com consequências significativas na saúde da criança.

Os resultados encontrados coincidem com estudo desenvolvido junto ao SOS Criança de Curitiba⁹, em que as lesões resultantes de abuso físico, em sua grande maioria, atingiram mais de um segmento corpóreo (64,9%). Os autores da pesquisa ainda colocam que o tipo de lesão e segmento corpóreo afetado na agressão física depende da idade da criança, conforme a mesma consiga se proteger da agressão. Já no estudo de Assis e Souza³¹, a agressão

física atingiu membros (42,0%), cabeça (36,0%), tronco (26,0%) e múltiplas regiões (8,0%), porém estas lesões foram decorrentes de espancamento em 53,0% dos casos, ou seja, casos mais graves registrados nas delegacias do Rio de Janeiro.

O fato de as agressões por força corporal atingirem mais de um segmento corpóreo revela a grande exposição da vítima ou, ainda, a incapacidade de defesa da mesma.

Alguns estudos destacam a repercussão direta da violência sobre a demanda de atenção médica, como, por exemplo, os traumas ortopédicos e cranianos, luxações e fraturas resultantes do abuso físico¹⁰. Ainda há que se considerar, neste contexto, os casos de violência que passam despercebidos e são internados como trauma acidental. Portanto, a demanda hospitalar e de atenção médica às vítimas de agressão corporal (que geram lesões físicas imediatas) pode ser bem maior do que realmente se conhece.

Para os autores, as sequelas da violência corporal podem variar desde marcas temporárias até cicatrizes e deformidades permanentes⁶, além de sequelas emocionais, psicológicas e afetivas a médio e longo prazo¹⁰. Infelizmente, em decorrência da qualidade da informação, não foi possível determinar a gravidade e extensão das sequelas na presente casuística, mas é possível concordar com os autores acima ao se observar a grande frequência de sequela física e psicológica na população vítima de agressão por força corporal.

Não foram encontrados estudos que analisassem especificamente a agressão por instrumentos, pois a maioria dos trabalhos agrupa este tipo de agressão juntamente com a agressão física, o que dificultou a comparação de resultados.

Todavia, é possível refletir que a maior participação de vizinhos e anônimos como denunciadores pode estar relacionada com a maior gravidade e repúdio da violência cometida através de instrumentos. Neste aspecto, alguns autores destacam a gravidade da agressão por outros meios decorrentes da utilização de objetos, tais como cinta, pedaços de madeira e barras de ferro, entre

outros¹⁰. Talvez estes meios despertem mais a atenção do que o uso da força corporal, motivando a denúncia por pessoas fora do núcleo familiar, como os vizinhos, por exemplo. A grande proporção de denunciante anônimos pode estar relacionada ao receio de envolvimento, uma vez que se trata de uma agressão mais violenta do que aquela por força corporal.

Ao contrário da agressão por força corporal, em que não houve grande diferença entre os sexos masculino e feminino, na agressão por outros meios chama a atenção o grande predomínio do sexo feminino entre as vítimas. Além disto, observa-se que a faixa etária das vítimas está acima de onze anos de idade. Tal evento reflete o uso de instrumentos quando as crianças atingem maior idade, quando já conseguem se defender da violência por força corporal. O predomínio das meninas pode ser explicado pela própria vulnerabilidade do sexo, pois os meninos acima dos onze anos já possuem maior capacidade de defesa. Também chama a atenção a presença de um caso aos dois anos de idade (perpetrado pelo pai através de fio, cujo denunciante foi o vizinho). Considerando que nesta fase a criança se encontra completamente indefesa, há que se destacar a crueldade do agressor. Não foram localizados estudos semelhantes para fins de comparação.

A faixa etária dos agressores na violência por instrumentos permaneceu semelhante à análise da violência por força corporal, cuja discussão anterior pode ser aplicada a estes resultados. O predomínio de agressores do sexo masculino reforça a discussão sobre o uso da violência pelos homens³¹, como uma relação de dominação do mais forte sobre o mais fraco³⁴.

Em estudo com crianças vítimas de agressão física, os autores também verificaram que a mãe foi a maior agressora, usando as próprias mãos e instrumentos⁹. Com base nos registros do Conselho Tutelar de Niterói, por sua vez, os autores observaram o pai como o maior participante na violência física³². Apesar das diferenças metodológicas dos dois estudos (o primeiro trata de

levantamento em serviço de atendimento à criança vitimizada e o segundo junto a Conselho Tutelar), o predomínio dos pais como principais agressores corrobora os trabalhos vários autores, nacionais e internacionais, que apontam a violência praticada pelos pais como uma triste realidade em nossa sociedade^{3,6,8,12,14-14,26,36,40,41}.

Desta forma, é preciso refletir e trabalhar as relações familiares com programas que tenham a família como alvo de intervenção, estreitando as relações entre serviço de saúde e comunidade, facilitando a identificação de famílias onde haja risco de violência e possibilitando uma prática interdisciplinar. Para estudiosos da área, é preciso ainda utilizar a legislação existente e divulgar as penalidades decorrentes de tal prática, para que se mudem comportamentos e o conceito de que a violência doméstica é assunto de fórum exclusivo da família¹¹.

Muitos autores apontam que o uso do álcool parece contribuir para a ocorrência de todos os tipos de violência^{9,36}, mas que também não pode ser analisado isoladamente, visto que a violência é gerada por fatores múltiplos e associados entre si²⁶.

Interessante observar que a agressão por outro meio especificado seguiu o mesmo padrão da violência por força corporal quanto ao local onde ocorreu, corroborando a discussão anterior sobre a violência doméstica. Este comportamento da violência por meios especificados endossa a discussão de que é preciso conscientizar sobre a importância da denúncia e da intervenção, pois a alegação, por muitos profissionais, de que não se trata de um problema de saúde colabora ainda mais para a reincidência dos maus-tratos³¹.

Não foram localizados trabalhos que especificassem o tempo de abuso neste tipo de violência. Todavia, o tempo e abuso verificados coincidem com o tempo de abuso verificado na agressão por força corporal, reafirmando a característica silenciosa e insidiosa da violência.

Alguns dos meios verificados no presente estudo são apontados por outros autores como comuns na violência física²⁶

e coincidem com os observados entre as agressões físicas praticadas contra crianças atendidas pelo SOS Criança de Curitiba, que revelou a utilização de cinta, madeira, sapato e borracha, entre outros objetos⁹. Neste aspecto, estudiosos relacionam os diversos instrumentos utilizados na agressão com a gravidade dos traumas decorrentes, a necessidade de internação, e até mesmo com o óbito¹⁰. Frente a este fato, é possível concluir que a violência por outros meios ocasiona consequências físicas relevantes, o que aponta para a necessidade de medidas de prevenção e intervenção eficazes, a fim de evitar e interromper o sofrimento e riscos vividos pela criança vítima deste tipo de agressão e a redução de sequelas.

A falta de registro sobre a necessidade de internação nos prontuários dificultou a análise da gravidade deste evento, bem como o direcionamento de medidas específicas, tornando evidente a necessidade de melhorar a qualidade da informação.

Tendo em vista a discussão anterior sobre a gravidade das lesões e os segmentos corpóreos afetados por este tipo de violência, somadas à totalidade de sequelas físicas e psicológicas observadas no presente estudo, há que se destacar a importância deste evento, apesar dos poucos casos verificados.

Após exaustiva revisão da literatura, não foi possível encontrar estudos que analisassem a agressão por objeto cortante. Chama a atenção o predomínio exclusivo de vítima do sexo masculino e na idade da adolescência, bem como a pouca idade dos agressores, o que denota a imaturidade de quem agride e, talvez, o comportamento característico dos meninos de se envolverem em brigas. A pouca frequência e o pouco tempo de abuso verificados demonstram que a exposição a este tipo de violência foi esporádica, não caracterizando a cronicidade do evento, como é observado na análise da violência por força corporal. A presença de lesão e de seqüela física, bem como a necessidade de internação, aponta para a gravidade do evento, que, ao atingir áreas nobres, coloca em risco a situação de saúde das vítimas.

Mesmo após uma exaustiva revisão bibliográfica, não foram encontrados dados na literatura quanto à agressão por substância corrosiva. Apesar de um único caso registrado, chama a atenção a gravidade da lesão decorrente e, apesar de a vítima ter idade para se defender de agressão física, talvez não tenha sido possível evitar a agressão por substância corrosiva, uma vez que esta pode ser lançada contra a vítima mesmo à distância. As cicatrizes certamente deixadas por este tipo de agressão colaboram ainda mais para a seqüela psicológica, presente no caso estudado. Tal como em outras agressões, o alcoolismo aparece nas circunstâncias do ato violento, destacando a necessidade de atenção a este fator. Neste sentido, Gomes et al.⁴² destacam a associação do alcoolismo com fatores psicológicos, o que requer estudos mais aprofundados a respeito.

Conclusão

Com base nos resultados, é possível destacar a importância epidemiológica do abuso físico contra crianças e adolescentes, o que constitui uma expressiva questão de saúde pública a ser enfrentada por medidas preventivas e terapêuticas, visto as lesões e consequências que o evento ocasiona. Os achados, ao detalharem as características e circunstâncias do evento, podem contribuir para a elaboração de estratégias de prevenção e controle deste agravo.

Frente à complexidade e circunstâncias da violência física contra menores, destaca-se a necessidade de ações conjuntas entre o setor saúde, outros setores públicos e a sociedade civil, para que ações de prevenção e enfrentamento possam ser planejadas em conjunto.

Destaca-se, ainda, a necessidade de pesquisas e estudos que possam contribuir para o conhecimento deste importante agravo na população infanto-juvenil. Há que se ressaltar a importância do monitoramento destes eventos e de novos estudos que aprofundem o conhecimento de tema e contribuam para a sua prevenção e tratamento.

Referências

1. Bazon MR. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1110-27.
2. Costa IER, Ludermir AB, Avelar I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1193-200.
3. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14(6): 17-25.
4. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. Maltrato infantil em La ciudad de Temuco. Estudio de prevalência y factores asociados. *Rev Med Chile* 2001; 129(12): 1425-32.
5. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J Pediatr* (Rio de Janeiro) 1995; 71(6): 313-6.
6. Marmo DB. A violência doméstica contra a criança. *Temas de Pediatria Nestlé* 1999; 68: 5-32.
7. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Faço TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 1201-4.
8. Trocmé N, MacMillan H, Fallon B, Marco RD. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ* 2003; 169(9): 911-5.
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. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 109-121.
11. Lopes MVG, Tavares Jr PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatria Moderna* 2000; 36 (10): 684-8.
12. Hajar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Rev Salud Pública México* 2003; 45(4): 252-8.
13. Fong CM, Cheung HM, Lau PY. Fractures associated with non-accidental injury: an orthopaedic perspective in a local regional hospital. *Hong Kong Med J* 2002; 11(6): 445-51.
14. De Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Rev Cient AMECS* 2001; 10(1): 47-52.
15. Brito AM, Zanetta DM; Mendonça RC; Barison SZ, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-9.
16. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1124-33.
17. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF* 2002; 7(2): 163-73.
18. Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. NSPCC Information Briefings. April 2004. Disponível em: www.nspcc.org.uk/Inform/OnlineResources/InformationBriefings/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse.asp_ifega26028html. [Acessado em 20 de fevereiro de 2008.]
19. Shnit D. Proteção de crianças contra a violência: aspectos legais. In: Westphal MF (org.). *Violência e Criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2002. p. 143-65.
20. Brenes RG. La prevencion del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco anos de edad. *Acta Pediatr* 2001; 15(3): 1-13.
21. Mc Alister A, Sandstrom P, Puska P, Veijo A, Chereches R, Heidmets LT. Attitudes towards war, killing and punishment of children among young people in Estonia, Finland, Romania, the Russian Federation, and the USA. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(5): 382-7.
22. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research* 2001; 9(5): 320-5.
23. Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS (org.). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 163-89.
24. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia domestica e la salud infantil. *Rev Med Chile* 2003; 131: 1454-62.
25. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1): 43-51.
26. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Cienc Saúde* 2005; 12(1): 42-9.

27. Chalk R, Gibbons A, Scarupa HJ. The multiple dimensions of child abuse and neglect: new insights into an old problem, 2002. Disponível em: <http://www.Childtrends.org/files/ChildAbuseRB.pdf>. [Acessado em 20 de fevereiro de 2008.]
28. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burten AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. *EPI INFO version 6: word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; 1995.
29. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latinoam Enferm* 2000; 17(3): 521-31.
30. Gomes R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade das crianças vítimas de violência. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(2): 301-11.
31. Assis SG, Souza ER. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *J Pediatr* (Rio de Janeiro) 1995; 71(6): 303-12.
32. Cavalcanti MLT. Estudo Descritivo dos Registros de Violência Doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. *Cad Saúde Coletiva* 1999; 7(1): 99-123.
33. Gomes R, Silva CMFP, Njaine K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4: 171-81.
34. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF (org). *Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP); 2002. p. 95-114.
35. Guerra RDO. Abuso sexual em ninas y ninos – consideraciones clínicas. *J Pediatr* 2000; 76(4): C33-C38.
36. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na Comarca de Jardinópolis - SP. *Rev Latinoam Enferm* 2002; 10(3): 334-44.
37. Ricas J, Miguir TVD, Mona LMG. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto Contexto Enferm* (Florianópolis) 2006; 15(1): 151-4.
38. Paavilainem E, Astedt-Kurki P, Paunonem-Ilmonen M, Laippala P. Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Advanced Nursing* 2002; 37(6): 551-7.
39. Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde* [Cláudia Araújo de Lima (coord.) et al]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-38.
40. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Mater-infant* (Recife) 2001; 1: 91-102.
41. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic Features of the Physical and Sexual Maltreatment of Children in the Carolinas. *Pediatrics* 2005; 115(3): 331-7. Disponível em: <http://www.pediatrics.org> [Acessado em 20 de fevereiro de 2008.]
42. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3): 707-14.

Recebido em: 15/10/08

Versão final reapresentada em: 20/05/09

Aprovado em: 22/05/09