



VIOLÊNCIA
contra a criança
e o adolescente

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica

Brasília
1997

© Ministério da Saúde

1ª Edição – 1993

2ª Tiragem – 1997

Os direitos para reprodução gráfica foram cedidos ao Ministério da Previdência e Assistência Social, conforme documentos arquivados na Assessoria de Comunicação Social.

Tiragem: 10.000 exemplares

Distribuição: Secretaria da Assistência Social
Esplanada dos Ministérios, bloco A, sala 103
Tel.: (061) 315-1010 / 224-3809
Fax: (061) 223-9875
Telex: (61) 1275
CEP: 70059-900 – Brasília-DF

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca. Seção de Processos Técnicos – MTb

V795 Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência á violência doméstica. – Brasília: MS, SASA, 1997.

24 p.

1. Violência contra menor. I. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente

CDD 341.533

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- Organização Mundial da Saúde - Organização Panamericana da Saúde - OMS/OPAS
- Coordenação Materno Infantil do Ministério da Saúde - COMIN-MS
- Centro Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ
- Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância - CRAMI
- Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC/Rio.
- Laboratório da Criança - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP
- Gerência de Programas de Saúde do Adolescente - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência - ABRAPIA
- Faculdade de Educação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Grupo de Trabalho

Rachel Niskier Sanchez - MS

Maria Thereza Gonçalves de Freitas - MS

Hélio de Oliveira Santos - CRAMI

Lauro Monteiro Filho - ABRAPIA

Maria Cecília de Souza Minayo - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

Maria Aparecida Barbosa Marques - PUC/Rio

Viviane N.A. Guerra - USP

Edinilsa Ramos de Souza - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

Otávio Cruz Neto - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

Romeu Gomes - UERJ - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

Simone Gonçalves de Assis - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

Suely Ferreira Deslandes - CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

Viviane Manso Castello Branco - SMS/RJ

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	01
II - A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL.....	03
III - CONCEITUAÇÃO E MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	08
IV - OBJETIVOS DA PROPOSTA.....	20
V - LINHAS DE AÇÃO	21
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

I - INTRODUÇÃO

A violência que aflige crianças e adolescentes na realidade brasileira atual é de tal forma importante que mobiliza todos os setores da sociedade, já sendo reconhecida como relevante problema de saúde pública. As instituições do setor saúde estão entre aquelas mais intensamente requisitadas para atuarem frente à questão. O Ministério da Saúde (MS), bem como instituições internacionais que atuam no país, tal qual a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), têm buscado se posicionar frente ao tema, em conjunto com distintas organizações governamentais e não governamentais da área da saúde.

A reunião de grupos de diferentes instituições, promovida pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, em dois seminários ocorridos em dezembro de 1992 e maio de 1993, permitiu o delineamento de uma proposta preliminar de prevenção e assistência frente à violência contra o segmento infante-juvenil da população. O presente texto é um primeiro passo nessa direção, que tem como meta final o estabelecimento de princípios norteadores para se enfrentar o problema em questão pelos serviços de saúde e a definição de ações voltadas para a prevenção e assistência, principalmente envolvendo a saúde materno-infantil. A interação com os diversos níveis do sistema de saúde é alvo indispensável e imprescindível, assim como a integração da saúde com demais setores envolvidos na prevenção e assistência à infância e adolescência.

No final da década de 80, verificou-se a importância da violência como tema prioritário a ser enfrentado pelo setor saúde, em especial, pelos serviços que lidam diretamente com crianças e adolescentes vítimas de violências. Compreende-se que esses serviços são espaços privilegiados para se atuar sobre o problema. Entretanto, são encontradas inúmeras dificuldades em lidar com os casos captados pela rede, já que a violência se expressa de múltiplas formas, exigindo estratégias específicas e diferenciadas.

A tarefa que se coloca, para aquelas que buscam enfrentar o problema, é a de sistematizar o conhecimento de cada forma de violência e propor medidas de prevenção e assistência particulares a cada tipo. A complexidade desse problema requer que seja adotada uma abordagem interinstitucional e que atenda às realidades locais.

Hoje, já existem instituições brasileiras que vêm debatendo, pesquisando e promovendo ações voltadas para o combate à violência

contra crianças e adolescentes. Sendo assim, o conhecimento sistematizado sobre o assunto, ainda que de forma fragmentada, já se encontra presente em algumas instituições mais direcionadas para ensino, pesquisa e assistência. Raramente, entretanto, os profissionais de saúde que estão voltados para o atendimento da população têm essa preocupação no atendimento e acesso ao saber dos pesquisadores.

Este documento tem como tarefa fundamental apresentar conceitos básicos já consolidados e alguns dados sobre o tema, propondo-se a estimular a construção coletiva de um quadro conceitual e prático, que corresponda à realidade brasileira.

A elaboração desse conhecimento somente poderá se dar se, descentralizadamente, distintos grupos de trabalho tomarem o tema para si, discutindo conceitos, práticas e encaminhamentos apropriados a cada realidade local.

A presente proposta limita-se a lançar grandes linhas de ação, sem ainda criar normas técnicas específicas para os tipos de violência. Somente a síntese dos trabalhos de grupo de diferentes locais do país permitirá que, posteriormente, se objetive a elaboração de outro documento em que se possa dar suporte técnico detalhado em nível nacional.

II – A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Pesquisadores que estudam a relação violência-saúde têm definido a violência como um fenômeno gerado nos processos sociais, levando as pessoas, grupos, instituições e sociedades a se agredirem mutuamente, a se dominarem, a tomarem à força a vida, o psiquismo, os bens e/ou o patrimônio alheio. Dessa forma e, para efeitos de maior compreensão, pode-se dizer que existe uma violência estrutural, que se apóia sócio-econômica e politicamente nas desigualdades, apropriações e expropriações das classes e grupos sociais; uma violência cultural que se expressa a partir da violência estrutural, mas a transcende e se manifesta nas relações de dominação raciais, étnicas, dos grupos etários e familiares; uma violência da delinqüência que se manifesta naquilo que a sociedade considera crime, e que tem que ser articulada, para ser entendida, à violência da resistência que marca a reação das pessoas e grupos submetidos e subjugados por outros, de alguma forma (Minayo e Assis, 1993).

O mais freqüente tipo de violência a que estão sujeitas crianças e adolescentes é aquele denominado estrutural. A vivência cotidiana do profissional de saúde está repleta de situações em que constata essa forma de violência, já que a pobreza tem alcançado índices alarmantes. Dados de 1990 (IBGE, 1992) mostram que 53,5% das crianças e adolescentes brasileiros, entre 0-17 anos, encontram-se em famílias com renda mensal de até 1/2 salário mínimo *per capita*. São 32 milhões de crianças e jovens vivendo em situação de pobreza e miséria, dois milhões a mais do que no início da década de 80. Essa situação de pobreza traz consigo múltiplos agravos à saúde decorrentes, em grande parte, da total ausência de suporte social direcionado a essas famílias.

Não passa despercebido, aos profissionais de saúde, que a sociedade brasileira nega a esses jovens condições dignas e suficientes para uma completa possibilidade de viver e gozar de plena saúde, já que lhes impõe:

- precárias condições de habitação: apenas 45,1% da população infanto-juvenil, no ano de 1990, viviam em domicílios considerados adequados - com abastecimento de água ligado à rede geral com canalização interna, e instalação sanitária ligada à rede geral ou à fossa séptica (IBGE, 1992);
- situação educacional deficiente: dados para o ano de 1990 mostram que 14,4% dos jovens entre 10 e 14 anos são analfabetos e apenas 20% dos alunos matriculados na 1ª série, na década de 80, conseguiram chegar à 8ª série (IBGE, 1992);
- difíceis condições de trabalho: em 1990, 7 milhões e meio de crianças e adolescentes (10-17 anos) trabalhavam em ocupações de baixa remuneração e qualificação, além de carga horária elevada, impossibilitando conciliar estudo e trabalho (IBGE, 1992).

Esse cruel panorama ilustra a maneira como vivem as crianças e adolescentes vítimas da violência estrutural, característica de sociedades como a brasileira, marcadas por profundas desigualdades na distribuição da riqueza social. São as chamadas crianças e adolescentes de alto risco porque têm uma imediata probabilidade de sofrer cotidiana e permanentemente a violação de seus direitos humanos mais elementares devido ao profundo processo de espoliação a que são submetidas: direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à segurança, ao lazer, entre outros. Alguns estudiosos alertam para o fato que: "toda uma nova geração de crianças e adolescentes estará condenada à

marginalização sócio-econômica com danos pessoais irreversíveis" (Mello, 1991).

A influência desse perverso quadro social sobre a atuação do serviço de saúde se faz ainda mais agravada, pois os jovens que chegam para o atendimento trazem consigo não apenas as marcas da miséria, como também evidenciam associadamente outras formas de violência. O trabalhador em saúde confronta-se hoje, mais do que nunca, com a necessidade de prestar ajuda a jovens explorados e feridos no trabalho; sujeitos à prostituição; expostos a abusos sexuais, físicos e psicológicos; vítimas de seqüestros, roubos, tentativas de homicídio; ou feridos mortalmente. Os dados de estudos sobre o tema revelam que são crescentes os eventos violentos ocorridos no ambiente familiar, comunitário ou institucional contra crianças e adolescentes hoje no Brasil.

Diante de quadro tão intrincado, o profissional muitas vezes se sente perplexo e sem apoio para intervir frente aos casos mais complexos. Nesse sentido, é urgente a criação de políticas e ações de saúde que respondam a essas questões, e apontem caminhos para quem atua no cotidiano dos serviços. A presente proposta de prevenção e assistência decorre dessa necessidade, enfocando especificamente a violência doméstica. O foco na violência intra-familiar se deve a sua magnitude e relevância, como se verá a seguir.

Para viabilizar o estabelecimento de diretrizes de caráter nacional, optou-se por aprofundar o tema da violência intra-familiar, já que:

- é a mais freqüentemente notificada aos serviços de atenção à infância e adolescência. Das 6.056 denúncias de violência reportadas ao Programa SOS Criança da Secretaria de Estado do Menor, em São Paulo, de fevereiro de 1988 a março de 1990, 64% foram devidas à violência doméstica;
- a violência doméstica está freqüentemente por detrás de outras formas de violência. Estudo de Oliveira (1989) informa que 47,1% dos "meninos de rua" investigados em São Paulo e Curitiba abandonaram seus lares em decorrência da violência doméstica. Outras pesquisas corroboram esse achado, como a de Costa Leite (1991) no Rio de Janeiro, e Minayo e colaboradores (1992) para o país. Mello Jorge (1988) estuda todos os óbitos por acidentes e violências de menores de 15 anos na cidade de São Paulo e constata o mesmo fenômeno: os mortos por homicídios têm perfil familiar distinto dos que morreram por acidentes, evidenciando separações e conflitos freqüentes entre os mem-

bros da família;

- a violência doméstica é passível de prevenção em todos os níveis. Em nível primário e secundário já tem evidenciado resultados positivos em serviços de assistência nos quais o problema vem sendo enfrentado com vigor. Além disso, ao preveni-la, atua-se também sobre outras formas de violência a ela associadas.

III - CONCEITUAÇÃO E MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

As sociedades têm submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Trata-se de uma violência intra-classes sociais e que permeia todas as classes sociais. Segundo Azevedo (1990), a violência doméstica contra crianças e adolescentes:

"- é uma violência interpessoal e intersubjetiva;

- *é um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais ou responsáveis;*
- *é um processo que pode se prolongar por meses e até anos;*
- *é um processo de completa objetualização da vítima, reduzindo-a à condição de objeto de maus-tratos;*
- *é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança;*
- *tem na família sua ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo".*

A violência doméstica configura-se como:

a - Violência física

Corresponde ao uso de força física no relacionamento com a criança ou o adolescente por parte de seus pais ou por quem exerce de autoridade no âmbito familiar. Esta relação de força baseia-se no poder disciplinador do adulto e na desigualdade adulto-criança. A literatura é muito controvertida em termos de quais atos podem ser considerados violentos: a simples palmada no "bumbum", agressões com armas ou instrumentos e até a imposição de queimaduras, socos, pontapés, entre outros. A falta de consenso sobre atos e comportamentos considerados violentos se relaciona ao fato do tema estar amplamente permeado por

padrões culturais.

A sociedade americana enfrenta a questão da violência física desde o século XIX, através de política de atenção e campanhas preventivas. Nos anos 60 do presente século, a medicina "redescobre" o tema, com os doutores Kempe e Silverman, que ao trazer o problema para a saúde, batizando-o com o nome "Síndrome da Criança Espancada", diagnosticada através de evidências radiológicas. Num trabalho científico, esses autores analisam:

"a incidência maior desta Síndrome nas crianças com menos de 3 anos, a sua gravidade, o aparecimento de seqüelas pós-hematomas subdurais, num total de 749 casos. Além de definirem os elementos clínicos e radiológicos que conduzem ao diagnóstico, insistem na discordância entre as informações ministradas pelos pais e os achados clínicos" (Guerra, 1985).

Na verdade, essa Síndrome refere-se usualmente a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, entre outros tipos de lesões. Geralmente essas lesões ocorrem em épocas diversas, bem como em diferentes etapas, e sempre são inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais.

Em termos de classificação do problema na área da saúde, mais especificamente com relação ao Código Internacional de Doenças (CREMERJ, 1988), é-lhe atribuído o código E 967 que se enquadra dentro dos homicídios, sob o título SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA E OUTRAS FORMAS DE MAUS-TRATOS. Entretanto, há inúmeros casos de crianças e de adolescentes que sofrem violência física e que não se enquadram nessa Síndrome. Portanto, entender esse fenômeno apenas enquanto Síndrome da Criança Espancada seria, no mínimo, reduzir a dimensão alcançada pela problemática. Isso quer dizer que já é hora de se detalhar a codificação existente para que ela se torne mais abrangente e adequada à realidade.

Um tipo específico de violência física que tem sido relatado recentemente é a Síndrome de Münchhausen. Segundo Santoro e Guerra (1991):

"em 1977, o Dr. Roy Meadow atribuiu o nome de Síndrome de Münchhausen by proxy (por procuração) aos casos em que havia a fabricação de uma história clínica ou de sintomas para uma criança, feita pelos pais, com o objetivo de conseguirem avaliações médicas desnecessárias, bem como procedimentos clínicos e hospitalizações. Várias maneiras são utilizadas pelos pais para produzirem tal Síndrome, as quais variam desde histórias falsas e

casos em que estes produziram ativamente sintomas nos filhos".

b - Violência sexual

Para Azevedo e Guerra (1988), esta violência configura-se como:

"todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa".

Segundo essas autoras, nessas ocorrências - em que há sempre o prazer direto ou indireto do adulto, conseguido pela coerção ou sedução - a criança é sempre VÍTIMA e não poderá ser transformada em RÉ.

O diagnóstico deve ser realizado através de uma história clínica minuciosa. O exame clínico da genitália deve ser cuidadoso, podendo evidenciar anormalidades anais e dilatação himenal. Algumas situações são fortemente suspeitas de violência sexual, mesmo com a negação por parte da criança/adolescente, como corrimentos, dor abdominal, encoprese, anel himenal alargado ou muito suspeito de seqüela e dilatação himenal reflexa permanente (Santos, 1991).

c - Violência psicológica

Apresenta-se sob variadas formas. Também designada como "tortura psicológica", evidencia-se como a interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo. Costuma se apresentar associada a outros tipos de violência. São seis as formas mais constantemente estudadas (CLAVES, 1992; Garbarino e cols., 1988; Ruiz, 1990):

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

Esse é o tipo de violência da qual menos se fala, embora seja um dos modos mais comuns de dominação dos pais sobre os filhos. Por

isso mesmo, raramente é registrado nas instituições que atendem à população infanto-juvenil. Provavelmente, é necessário que a conscientização da cidadania esteja bastante desenvolvida para que se possa reconhecer essas práticas como violentas.

d - Negligência

Compreende-se por negligência o fato da família se omitir em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se no comportamento dos pais ou responsáveis quando falham em alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicar, educar e evitar acidentes. Tais falhas só podem ser consideradas como abusivas quando não são devidas à carência de recursos sócio-econômicos (Azevedo e Guerra, 1989; CLAVES, 1992; Ruiz, 1990). A negligência pode se apresentar como moderada ou severa. O abandono parcial ou temporário promovido pelos adultos é uma das formas de negligência.

Finalizando, é preciso entender que o fenômeno da violência intra-familiar ultrapassa um domínio exclusivo de uma área do conhecimento. Para analisá-lo, e nele intervir, é necessária a colaboração de diferentes profissionais, assim como de diferentes disciplinas. É preciso perceber, com clareza, tanto as características gerais do fenômeno, quanto as peculiaridades de que ele se reveste em cada realidade em que ocorre, ou seja, é preciso se atentar para as múltiplas determinações do singular e do coletivo. Por outro lado, todos os que trabalham com esta problemática têm que ter um compromisso de resgatar a sua dimensão histórica e desvendar as possibilidades de mudança da realidade.

A Magnitude da Violência Doméstica

Antes de se apresentar a magnitude do problema, tanto na realidade brasileira como em outros países, algumas considerações metodológicas se fazem necessárias.

Valladares (1988) analisa o problema da infância pobre no país e faz importantes considerações metodológicas sobre a qualidade dos registros nacionais. Segundo essa autora, compatibilizar os dados das distintas fontes é, muitas vezes, impossível, na medida em que os indicadores são utilizados sem a precisão de sua origem, de seus referenciais conceituais e de suas metodologias adotadas. Além disso, há uma desarticulação entre os órgãos produtores de estatísticas oficiais e aqueles encarregados da elaboração e execução de políticas sociais. Apesar desses problemas e da precariedade dos dados, ainda

consegue-se pressupor que seja elevado o número de crianças e adolescentes de alto risco.

Problema semelhante ocorre com os dados sobre violência doméstica. Conclui-se, portanto, que para se trabalhar com este tipo de informação há que se ter, evidentemente, alguns cuidados ao interpretá-lo, uma vez que provém de estudos realizados com objetivos e metodologias diversos.

a - Estatísticas internacionais

Essas estatísticas mostram-se bem mais elaboradas que as existentes no Brasil. Mesmo tomando-se em conta as ressalvas de ordem metodológica, pode-se perceber a elevada freqüência de violência doméstica, difundida por diversos países:

- estudo realizado nos Estados Unidos em 1986 (US Department of Health and Human Services, 1988) indica que 4,9 em cada 1000 crianças/adolescentes foram abusadas fisicamente, 2,1 em 1000 sofreram violência sexual e 8,1 em 1000 sofreram negligência física;
- na Alemanha estimou-se em 18.000 o número de casos de violência doméstica no ano de 1984; no mesmo ano na França, os números são ainda mais elevados, 30.000 crianças e adolescentes são vítimas desta forma de violência.

As dificuldades surgem ao se tentar comparar esses resultados, visto que os estudos apresentam metodologias diferenciadas, variando inclusive em termos das faixas etárias abrangidas (às vezes vão de 0 a 16 anos, às vezes de 0 a 18 anos, conforme o que determina a legislação de cada país no tocante à idade-chave para a maioridade).

A despeito das dificuldades mencionadas, as estatísticas coincidem em alguns pontos importantes:

- os agressores são basicamente os pais biológicos;
- os tipos de violências mais quantificáveis são representados pela violência física, a sexual e a negligência. A de caráter psicológico é de extrema dificuldade quanto à mensuração. Por outro lado, há extensas variações no conceito de negligência adotado entre diferentes países;
- a violência traz como uma de suas conseqüências a morte da vítima: os estudos americanos mostram que, dentre os casos notificados, em 1986 houve o relato de 1100 mortes e, em 1990, 1253 casos, havendo um aumento de 12%. Na Nova Zelândia, num estudo que analisou a morbi-mortalidade decorrente da imposição de violência a crianças e adolescentes de 0 a 16 anos,

no período de 1978-87 (Kotch e cols., 1993), verificaram-se 92 óbitos, dos quais 56 foram perpetrados pelos próprios pais. As mortes se deveram à violência física e à sexual;

- há uma presença marcante de profissionais (principalmente das áreas da educação, do bem-estar social, da saúde) incumbidos de procederem à notificação dos casos de que tomam conhecimento. Cumpre ressaltar que em muitos países os profissionais já estão bem conscientes da sua responsabilidade no tocante a esse fenômeno e lutam pela defesa dos direitos da criança e do adolescente. Dados de 1990 nos EUA apontam que 58% das fontes de notificação dos casos são representadas por profissionais (The National Center on Child Abuse and Neglect, 1990).

b - Estatísticas nacionais:

O Brasil revela uma pobreza muito grande de dados, especialmente no que tange ao fenômeno aqui tratado. Existe uma importante cifra negra, já que a realidade estudada é subestimada pela "Lei do Silêncio" que impera no seio familiar, e também porque os dados institucionais apenas revelam uma pequena dimensão dos casos existentes. Por isso, vale-se, para a discussão desse item, de estatísticas localizadas, oriundas de instituições governamentais e não governamentais.

Estatísticas que medem a incidência e prevalência de violência na população em geral são raras no país. Um estudo que objetiva conhecer a prevalência de violência física em 1328 adolescentes-escolares do município de Duque de Caxias é o de Assis (1992). E na investigação encontrou que o pai comete práticas violentas em 41,9% das escolas públicas e 37,9% entre os das particulares. Em relação à violência materna, observou 49,4% na pública e 43,7% na particular. As práticas violentas mais constatadas foram tapas, bofetadas, empurrões e tentar bater ou bater com objetos. No total, 52,8% dos entrevistados sofrem violência de um ou de ambos os pais. A partir desses resultados pode-se estimar que 10.995 jovens, que ainda freqüentam a escola, sofrem violência doméstica no município investigado, não se podendo afirmar nada sobre aqueles que já a abandonaram.

Outro estudo (Marques, 1986), realizado com um grupo de mães de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, constatou a aceitação generalizada da punição física dos filhos. Dessas mães, 41,9% declaram ter maltratado seus filhos. Esse dado aponta para o fato de que as punições físicas são utilizadas freqüentemente como práticas educativas.

Estudos brasileiros têm indicado que a violência física é a mais

comumente praticada. Uma investigação em Campinas, referente aos atendimentos de um centro de atenção à violência doméstica, no período de 1988-92, comprova que a violência física ocorreu em 43,1% dos casos atendidos. O abandono/negligência foi responsável por 23,5% dos casos confirmados, a violência psicológica por 16,4% e a sexual por 7,7% (Deslandes, 1993).

A baixa notificação dos casos de violência por parte dos profissionais das áreas de saúde, educação e bem-estar social indica o pouco conhecimento e envolvimento desses com o problema e com as instituições especializadas no atendimento de crianças vítimas de violências. Dados de notificação por instituições especializadas são obtidos em São Paulo. No período de junho de 1987 a junho de 1990, no SOS CRIANÇA - Secretaria do Menor de São Paulo, 4.203 casos foram registrados, dos quais apenas 17,7% foram notificados por profissionais ligados a instituições sociais. Os vizinhos o fazem em 34,4% dos casos e telefonemas anônimos em 30,7%. Para Campinas, entre março de 1988 a março de 1992, foram encontrados 1220 casos confirmados de violência doméstica no Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos à Infância e Adolescência - CRAMI. Os resultados confirmam a relevância da participação comunitária com 17,1% de vizinhos notificando, 25,2% de telefonemas anônimos, além da menor participação de profissionais, 15,3% do setor saúde e 4% do educacional (Deslandes, 1993). Ainda em São Paulo, no período de fevereiro de 1988 a março de 1990 foram denunciados, ao Serviço de Advocacia da Criança, 1072 casos de violência física e 203 de sexual. Profissionais e familiares demonstraram ser os mais freqüentes notificadores.

Mesmo com todas as diversas dificuldades, principalmente de origem metodológica, pode-se tecer algumas considerações genéricas sobre esses e outros estudos nacionais existentes:

- os três tipos mais conhecidos de violência doméstica estão presentes (física, sexual e negligência). A Síndrome de Münchhausen by proxy sequer é mencionada, e a violência psicológica é bem mais difícil de ser quantificada;
- os pais biológicos aparecem em primeiro lugar como agressores, confirmando as estatísticas internacionais.
- a violência intra-familiar não aparece como uma preocupação constante: as estatísticas são feitas em períodos descontínuos, impossibilitando a oportunidade de uma análise mais consistente sobre ela;
- as informações sobre violência doméstica muitas vezes estão

encobertas sob a rubrica de "acidentes, homicídios, suicídios ou lesões em que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidas". Santos e colaboradores (1986) informam que no Instituto Médico Legal de Campinas, "entre janeiro de 1982 a 1985, dos 1251 casos de violência doméstica atendidos, registraram-se 104 óbitos. No entanto, os autores mostram que numa publicação intitulada *Estatísticas de Saúde - Brasil - 1982*, estão incluídos apenas dois óbitos como relativos à Síndrome da Criança Espancada, quando nesse mesmo período, só na cidade de Campinas foram encontrados 28 óbitos devidos a esta causa". Esses mesmos autores ponderam que pode existir uma codificação inadequada da causa de morte, bem como omissão do médico quanto à caracterização do diagnóstico da violência doméstica;

- a participação dos profissionais em termos de notificação ainda é excessivamente tímida, o que leva a pensar que "há uma LEI DO SILÊNCIO, em torno da violência doméstica dirigida à criança e ao adolescente, inclusive por parte dos profissionais que, ao se defrontarem com a questão, abstêm-se de discuti-la cientificamente e até mesmo de recorrer às chamadas instâncias de proteção à infância para a notificação de casos, conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente" (Guerra, 1992).

O triste estado das informações nacionais revela que há uma luta de poucos profissionais da área em termos de "garimpar" os dados existentes na tentativa de provar que o fenômeno é real e grave. Já é tempo de diagnosticar, atender e notificar os casos de violência doméstica como um compromisso da área da saúde, em prol da transformação desta realidade.

IV - OBJETIVOS DA PROPOSTA

(A) - Divulgar e assegurar o cumprimento das normas propostas pelo *Estatuto da Criança e do Adolescente* (Brasil, 1991) no que tange à violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde. São eles: o 13º, o 47º e o 245º, que estabelecer a obrigatoriedade do médico em comunicar casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tu-

telar, cabendo ao setor saúde a prevenção e o atendimento médico e psicossocial.

(B) - Propor linhas de ação nas Áreas de ensino, pesquisa, assistência e extensão de serviços à comunidade que propiciem a prevenção e a atuação na área da violência doméstica contra a criança e o adolescente.

V - LINHAS DE AÇÃO

A partir das considerações de ordem teórico-conceituais e dos dados apresentados, estabelecem-se linhas de ação que possam propiciar a criação de políticas de saúde para se enfrentar o problema. Trata-se essencialmente de uma proposta de formação a ser implementada nas equipes multiprofissionais de saúde, abrangendo as áreas de ensino, pesquisa, assistência e extensão de serviços à comunidade.

São previstas as seguintes linhas de ação:

a - Ensino

Considera-se que é estratégico o papel das escolas de 1º e 2º grau na prevenção e identificação dos casos, e que é obrigatória a notificação por parte dos profissionais de educação, nos casos envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos (ECA, art. 245). Dessa forma, aponta-se a necessidade de se incluir, como conteúdo programático nos cursos de formação e reciclagem de professores, o tema da violência contra crianças e adolescentes, possibilitando enfrentar adequadamente o problema.

Ressalta-se a importância da inclusão do tema nos currículos escolares, viabilizando aos alunos a conscientização dos seus direitos, a prevenção e a identificação de situações de violência.

Em face do novo ordenamento jurídico da questão da infância e juventude (ECA) e das atribuições legais dos profissionais de saúde, recomenda-se a inclusão da questão em nível dos cursos técnicos, de graduação, pós-graduação e especialização.

Estimula-se que os profissionais de saúde, diretamente envolvidos no atendimento, participem de cursos de treinamento e reciclagem para a identificação, tratamento e prevenção dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Considerando-se a abrangência do tema e a sua interface com outras áreas, sugere-se a sua inclusão nos cursos ligados à saúde da mulher e do adolescente.

b - Pesquisa

Tendo em vista que o ensino e a pesquisa estão indissociavelmente ligados e que os estudos na área da violência são ainda pouco realizados, caberá à Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde:

- a) garantir como linha prioritária de investigação o tema da violência;
- b) possibilitar a formalização de um grupo de consultores na área;
- c) facilitar a formação de um centro de documentação que constitua um acervo de publicações, pesquisas e outros trabalhos sobre o tema.

As universidades e centros de investigações encontram-se em posição privilegiada para a execução de pesquisas e formação de pessoal especializado na problemática. A integração dessas instituições com as temáticas geradas a partir dos serviços e na formulação de políticas estratégicas e de atendimento é fundamental.

c - Assistência

A atuação em casos de violência contra crianças e adolescentes envolve um trabalho multiprofissional dos níveis superior, médio e elementar (médico, enfermeira, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, agente de saúde, entre outros) e inter-setorial devido à complexidade das situações.

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde têm como dever diagnosticar, notificar e atender os casos de crianças e adolescentes vítimas de violências, além de encaminhá-los e acompanhá-los objetivando um atendimento integrado. Entende-se que a atuação da equipe deva envolver não apenas a vítima como também sua família. O atendimento familiar deve pautar-se, em primeira instância, na forma educativa, orientando acerca de estratégias alternativas para a solução das dificuldades de relacionamento entre seus membros. A humanização do atendimento é fundamental para a realização dessas ações.

É necessário orientar à prevenção à violência desde etapas anteriores ao nascimento da criança. Os atendimentos de pré-natal, perinatal e puericultura, assim como os ambulatórios de pediatria, são espaços prioritários na prevenção e identificação dos casos de violência. Como exemplo de ação desses atendimentos, pode-se citar o estímulo ao desenvolvimento de vínculos de maternidade e paternidade, no aten-

dimento de puericultura.

d - Extensão dos Serviços à Comunidade

Reconhecendo-se como prioridade a mobilização social em torno da defesa dos direitos da criança e do adolescente, em especial no que se refere à violência, recomenda-se:

- a divulgação do problema nos meios de comunicação de massa;
- realização de seminários sobre o tema junto aos vários setores da sociedade;
- promoção de campanhas sistemáticas e seqüenciais sob orientação de especialistas no tema;
- incentivos a lideranças comunitárias para a notificação e o acompanhamento dos casos identificados.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sua prática cotidiana, os profissionais de saúde demandam respostas concretas diante do quadro de violência doméstica. O que fazer diante dos casos suspeitos ou já identificados?

Alguns procedimentos são considerados essenciais pelos profissionais já engajados nessas ações: (a) encorajar os pais a fornecerem as informações do fato, procurando mostrar que o interesse é de ajudar a criança e a família como um todo (Santoro Jr, 1989); (b) tomar a família como alvo da atenção, considerando que tanto a criança vitimizada como seu agressor devem ser beneficiados nas condutas terapêuticas e de assistência (Santos, 1986); (c) considerar que a criança só deve ser afastada de seu lar em quadros muito severos ou risco de vida. As tentativas de substituição da família por outras instituições, na maioria das vezes, constituem mais uma violência para a criança. Essa questão aponta para conseqüências negativas de se tomar como conduta principal a culpabilização da família. Há que se considerar que a família envolvida merece uma chance de ser ajudada antes de ser considerada inapta a cuidar de seus filhos (Santos, 1986; Deslandes, 1993); (d) notificar obrigatoriamente os casos ao Conselho Tutelar ou, quando esse inexistir na localidade, à Vara da Infância e Juventude ou ao Ministério Público (Brasil, 1991); (e) nas localidades em que existam serviços especializados na assistência, estes devem ser imediatamente contactados; (f) envolver na assistência à família que pratica violência doméstica toda a equipe de saúde. Os profissionais de

serviço social e psicologia podem desempenhar papéis estratégicos nessa atuação, orientando e articulando os recursos disponíveis para o atendimento; (g) mobilizar recursos existentes na vizinhança da família atendida (creches, escolas, postos de saúde) a fim de se promover uma rede de vigilância, apoio e prevenção de reincidências.

Esses procedimentos devem ser utilizados respeitando-se as diferentes realidades locais.

Esta proposta preliminar de prevenção e assistência à violência na infância e adolescência deve ser considerada apenas como um primeiro passo para gerar uma mobilização em torno do problema. A etapa seguinte, formulando normas e procedimentos adequados à atenção a cada tipo específico, apenas poderá ser construída com a colaboração dos profissionais que atuam nas realidades locais. Esse é o desafio proposto por este documento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, S. G. Crianças, violências e comportamento: um estudo em grupos sociais distintos. (Relatório Final de Pesquisa). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992 (mimeo).
- AZEVEDO, M. A.; A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de São Paulo. (Projeto de Pesquisa). São Paulo: 1990 (mimeo).
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. São Paulo: Roca, 1988.
- _____. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- CLAVES - Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde. Protocolo de investigação sobre maus tratos na infância e adolescência. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ/OPAS, 1992 (mimeo).
- CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. CID - Código Internacional de Doenças. Rio de Janeiro: CREMERJ, 1988.
- COSTA LEITE, L. M. A magia dos invencíveis: os meninos de rua na Escola Tia Ciata. Petrópolis: Vozes, 1991.
- DESLANDES, S. F. Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação CRAMI-CAMPINAS. Tese de Mestrado (Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993 (mimeo).
- GARBARINO, J.; GUITTANN, E.; SEELEY, J. W. The psychologically battered child. London (Inglaterra): Josey-Bass, 1988.
- GUERRA, V. N. A violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas. São Paulo: Cortez, 1985.
- _____. A "lei do silêncio" na área da violência física doméstica contra crianças e adolescentes: uma questão intocada. São Paulo: 1992 (artigo no prelo).
- IBGE Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. V. 4. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.
- KOTCH, J. B. et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. In: Child abuse and neglect. V. 17. New York (EUA): Pergamon Press, 1993. p. 233-247.

- MARQUES, M. A. B. An exploratory study on violence against children in a favela in Rio de Janeiro. Tese de Doutorado (Serviço Social). Columbia (EUA): Columbia University, 1986.
- MELLO, M. C. P. F. Segregação sócio-espacial na cidade de São Paulo e marginalização da criança e do jovem. In: Cadernos de Pesquisa. São Paulo (78) ago. 1991, p. 5-15.
- MELLO JORGE, M. H. Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violência na infância. Tese de Livre Docência. (Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1988 (mimeo).
- MINAYO, M. C. S.; GOMES, R.; CRUZ NETO, O. et al. Perfil Nacional de meninos e meninas de rua. Relatório Final de Investigação. Rio de Janeiro: CLAVES - ENSP - FIOCRUZ, 1992 (mimeo).
- MINAYO, M. C. S. e ASSIS, S. G. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. Rio de Janeiro, mai. 1993 (artigo a ser publicado pela revista Cebes).
- OLIVEIRA, W. F. Street kids in Brazil: an exploratory study of medical status, health knowledge and the self. Minnesota (EUA): University of Minnesota, 1989 (mimeo).
- RUIZ, Z. A. Características de las distintas modalidades de menor en la Republica Dominicana. Republica Dominicana: Onaplan, UNICEF, Intec., 1990.
- SANTORO JR. M. Vitimização física: a conduta médica. In: M. A. Azevedo, V. N. de A. Guerra. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989, p. 115-122.
- SANTORO JR. M. e GUERRA, V. N. A. Münchausen syndrom by proxy: Uma doença fabricada. Revisão de Literatura. São Paulo: 1991 (artigo no prelo).
- SANTOS, H. O. et al. "Maus-tratos na infância - uma proposta de atuação multidisciplinar a nível regional". In: Pediatria Moderna, 21 (1): fevereiro de 1986.
- SANTOS, H. O. Crianças violadas. Brasília: CBIA-CRAMI, 1991.
- THE NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. National child abuse and neglect data system. U.S.A.: 1990.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1991. Family violence: an overview. Washington: (mimeo).
- VALLADARES, L. P. (org) A infância pobre no Brasil. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1988 (mimeo).

