



Faculdade de Odontologia de Araçatuba-
FOA/UNESP
Departamento de Odontologia Preventiva e Social



Estudo do perfil epidemiológico da violência contra crianças, adolescentes e idosos em registros policiais

Renata Colturato Joaquim



Araçatuba

2012

Renata Colturato Joaquim

*Estudo do perfil epidemiológico da
violência contra crianças,
adolescentes e idosos em registros
políciais*

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba

2012

Catálogo na publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

J62p

Joaquim, Renata Colturato.

Estudo do perfil Epidemiológico da violência contra crianças,
adolescentes e idosos em registros policiais / Renata
Colturato Joaquim. - Araçatuba : [s.n.], 2012
96 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Orientadora: Profa. Dra. Cléa Adas Saliba Garbin

1. Violência doméstica 2. Epidemiologia 3. Maus-tratos
Infantis 4. Idoso 5. Saúde pública 6. Maus-tratos ao idoso

Black D5
CDD 617.601

Dados Curriculares

Nascimento 29/04/1985 – Botucatu /SP

Filiação José Renato Colturato Joaquim
Cláudia Antonia Frederico Joaquim

2004/2009 Curso de Graduação em Odontologia
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

2010/2012 Curso de Pós Graduação em Odontologia Preventiva e Social
Nível de Mestrado
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

*“Bom mesmo é ir à luta com determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com
classe e vencer com ousadia, porque o
mundo pertence a quem se atreve e a vida é
muito para ser insignificante”.*

Charles Chaplin

Dedicatoria

*“A mais importante de todas as obras
é o exemplo da própria vida”
Helena Blavatsky*



Dedicatória

Dedico esse trabalho:

Àqueles que nunca mediram esforços para realizarem meus sonhos e sempre estiveram ao meu lado.

A **Deus** porque sei que em todos os dias da minha caminhada está ao meu lado, me ajudando a seguir em frente, iluminando meus caminhos e, incansavelmente, trabalhando por mim. Só Ele tornou tudo isso possível...

“Que teu coração deposite toda a sua confiança no Senhor! Não te firmes na tua própria sabedoria! Sejam quais forem os teus caminhos, pensa Nele, e Ele aplainará tuas sendas.”

Provérbios - 3:5-6

Aos meus pais, **Renato e Cláudia**, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la da melhor forma possível, que me deram liberdade e fundamentos para poder desfrutá-la. Obrigada por sempre acreditarem em mim e pelos sonhos que deixaram de viver para que os meus pudessem ser realizados. Obrigada por todos os ensinamentos passados, principalmente pelo caráter e honestidade. Devo tudo a vocês, me orgulho da nossa história e tudo que conquistamos juntos; sem o apoio e incentivo de vocês nada disso seria possível, essa conquista é nossa!!!

“Os teus braços estão sempre abertos quando preciso de um abraço. O teu coração sabe compreender quando preciso de um amigo. Os teus olhos sensíveis endurecem-se quando preciso uma lição. A tua força e teu amor dirigiram-me pela vida, dando-me as asas que precisava para voar.”

(Autor Desconhecido)

Ao meu querido avô **Darci** que, embora tenha nos deixado, sempre foi muito presente em minha vida, sempre me incentivou nos estudos e sempre se orgulhou das minhas conquistas. Obrigada por tantos momentos de felicidade que me proporcionou, por todos os passeios inusitados que marcaram minha infância e me renderam lembranças eternas. Obrigada pelo exemplo de vida e felicidade acima de tudo!!! Sempre vou me lembrar do senhor com muito carinho e respeito e principalmente do sorriso estampado em sua face. Obrigada “Vô Dal, cara de pau”... saudades sempre!!!

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.”

Charles Chaplin

Agradecimentos Especiais

“Somos todos anjos de uma asa só e somente

abraçados podemos voar”

Luciano de Crescenzo



Agradecimentos Especiais

À **Professora Cléa Adas Saliba Garbin**, minha orientadora, docente e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Não há palavras para descrever minha gratidão. Obrigada por ser tão humana e disposta a ajudar quem precisa, aprendi muito com você, não só por ser uma brilhante orientadora, um exemplo de pesquisadora e professora, mas sobretudo, por fazer isso de um jeito carinhoso e amigo. A força que tem é infinita. Obrigada por acreditar que sou capaz, pela disposição em ensinar, pela dedicação e pelas oportunidades oferecidas. Serei eternamente grata!

à **Professora Nemre Adas Saliba**, pelo pioneirismo e luta ao constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, obrigada pela oportunidade. Foi uma honra ter sido aceita no programa. Obrigada por me proporcionar uma formação privilegiada e pelo exemplo de determinação em tudo que faz

Ao **Professor Orlando Saliba**, pela incansável dedicação, paciência e constante disposição em ajudar os alunos com suas análises estatísticas e seus ensinamentos de vida. Sua presença neste Programa de Pós-Graduação foi fundamental para o meu aprendizado.

À **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz**, pela imensa contribuição para minha formação profissional e pessoal. Obrigada pela exigência em tudo o que faço, pois isso só veio a acrescentar em minha formação. Tenho certeza que seguindo seu exemplo e seus conselhos conseguirei chegar onde quiser.

À **Professora Tânia Adas Saliba Rovida**, por amenizar os dias difíceis, pela voz serena que nos acalma, pelos ensinamentos e rigor profissional. Obrigada “Nega”!

Ao **Professor Artênio José Ispër Garbin**, pelo aprendizado com seu talento como pesquisador e visão de mercado, pelas idéias inovadoras, práticas e objetivas.

Ao **Professor Renato Moreira Arcieri**, pela sua paciência e calma. Agradeço a contribuição para minha formação profissional e pessoal. Obrigada por sua dedicação e exemplo de vida!

À **Professora Maria Lucia Marçal Mazza Sundefeld**, pela eterna gentileza e bom humor. Obrigada pelas considerações feitas no meu EGQ que, com certeza, contribuíram muito para a melhora do meu projeto!

À **Professora Ana Paula Dossi Guimarães e Queiroz**, exemplo de dedicação a tudo que faz e força de vontade pra chegar onde está. Muito obrigada pela sua amizade.

Ao **Professor Ronald Junior Martins**, obrigada pelos ensinamentos e pela agradável convivência na Creche Santa Clara.

À **Professora Doris Hissako Sumida e Ana Cláudia Okamoto**, pela dedicação como pesquisadoras e pelos ensinamentos passados. Obrigada pelo carinho!

À **Dona Neusa**, obrigada pelos momentos de amizade, pela companhia nos almoços, pela ajuda e preocupação que sempre teve comigo. Embora muitas vezes demonstre ser excessivamente enérgica, por traz desse rosto tão “bravo” tem um enorme coração e pude contar com sua ajuda sempre que precisei. Sua presença foi fundamental para tornar minha caminhada mais agradável.

Ao **Nilton** que nos alegrou milhões de vezes nos corredores da faculdade, por permitir que usássemos seu computador mesmo quando estava ocupado, por todo material clínico minuciosamente organizado, pela paciência e bom humor, por tornar o mestrado divertido com sua espontaneidade e alegria de viver. Muito obrigada!

À **Valderez**, pela amizade compartilhada e pela convivência gratificante em todo esse percurso, por dividir muitas vezes sua pequena sala conosco, pela companhia divertida, pelos lanchinhos nos momentos de descanso, por todo serviço prestado e por toda atenção dispensada. Obrigada por tudo!

À **Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP**, nas pessoas da Diretora **Professora Ana Maria Pires Soubhia** e Vice-Diretor **Professor Wilson Roberto Poi** pelo acolhimento e por terem proporcionado condições para o desenvolvimento do meu trabalho.

Aos funcionários da **Seção de Pós-Graduação** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, e **Sessão Técnica Acadêmica: Valéria, Inácio, Marina, Diogo e Adélia**, que tiveram muita paciência e dedicação para ensinar os detalhes burocráticos de tanta documentação.

À **Izamar da Silva Freitas**, bibliotecária chefe e aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP: **Ana Claudia Grieger Manzatti, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Maria Cláudia de Castro Benez, Luzia Anderlini, Ana Paula Rimoli de Oliveira, Luis Cláudio Sedlacek e Cláudio Hideo Matsumoto**, pelas orientações e disposição em me ajudar sempre!

Aos estagiários do departamento, principalmente, **Michele e Adrielle**, que colaboraram na coleta dos dados desta pesquisa, e aos estagiários **Luiz Fernando e Karimy**, pela dedicação ao projeto “Sempre Sorrindo.” Meus agradecimentos pela amizade e carinho!

À delegada de polícia da **Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, Dra. Luciana Pistore Frascino**, que permitiu a realização da pesquisa na referida unidade e aos funcionários que não mediram esforços para me ajudar na coleta dos dados mesmo em meio à correria que o trabalho na delegacia exige, meu muito obrigado! Sem vocês essa pesquisa seria inviável.

À **Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)** que me concedeu bolsa durante a realização deste Mestrado, contribuindo, assim, para a viabilização deste trabalho. Deixo aqui meu profundo agradecimento.

“A satisfação está no esforço feito para alcançar o objetivo, e não em tê-lo alcançado”

Mahatma Ghandi

Agradecimentos

“Quanto mais se conhece, mais se aprecia”

Leonardo da Vinci



Agradecimentos

Aos meus irmãos **Priscila** e **João Paulo**, anjos na minha vida. Só agora dou o merecido valor aos tempos de infância. Dizem que irmãos a gente não escolhe, mas agradeço a Deus por ter escolhido vocês! Aprendi muito com vocês, cada um com suas características: a Pri, que sempre me ensinou, com sua força e garra, que nunca devemos desistir dos nossos sonhos - você é uma das mulheres mais fortes que conheço - e o João, parceiro e confidente, que me ensina a leveza da vida e torna as coisas mais fáceis com seu jeito carinhoso. Amo vocês!

“Eu agora sei bem que os melhores brinquedos são os irmãos. Brinquedos vivos, que dão e recebem, que nos fazem crescer e crescem também pelas nossas mãos. Que se transformam depois em grandes amigos para toda a vida, em companhia sempre presente de uma maneira ou de outra, em refúgio e estímulo. Em algo que fica quando se perde tudo aquilo a que nos conduziu a nossa loucura, quando se perde o que o tempo nos vai levando.”

(Paulo Geraldo)

Aos meus sobrinhos **Leonardo** e **Felipe**, o meu amor eterno. Obrigada por encherem de alegria a nossa casa. Quando tudo parece perdido, são vocês, mesmo sem saber, que me dão força. Não tem explicação o poder do sorriso inocente de uma criança que faz todos os problemas parecerem pequenos.

Um sorriso não custa nada e rende muito. Cria felicidade no lar. É sustento no trabalho.

Sinal visível de uma amizade profunda.

Um sorriso representa repouso no cansaço, coragem no desânimo, consolo na tristeza e alívio na angústia. É um bem que não se pode comprar, nem emprestar, nem roubar porque só tem valor no instante que se dá.

(Autor Desconhecido)

Aos meus familiares, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Obrigada ao **meu avô Adir** e minha **avó Amélia**, aos meus tios e tias em especial minha madrinha **Liliane**, segunda

mãe de coração, meus primos e primas! Vocês são muito importantes para mim, pois com a família unida e estruturada tenho suporte para sempre seguir em frente.

“Abençoa, Senhor, as famílias! Amém!

Abençoa, Senhor, a minha também”

Padre Zezinho

Ao meu namorado **André**, por todos os momentos que vivemos até agora e por tudo que ainda vamos viver. Juntos somos mais fortes e aprendemos a superar nossas dificuldades. Obrigada pelo seu apoio incondicional, por me ajudar nos momentos que mais precisei, estando sempre ao meu lado, me incentivando a nunca desistir, mesmo quando isso parecia impossível. Acredito no nosso amor! Obrigada por me fazer feliz todos os dias. Amo você!

“São as pequenas coisas que valem mais. É tão bom estarmos juntos

Tão simples: um dia perfeito”

Renato Russo

À minha sogrinha querida **Patrícia**, exemplo de mulher que diante das maiores dificuldades nunca desistiu da vida. Obrigada pelo carinho e acolhimento. Aos meus cunhados **Breno** e **Paulo**, que me receberam como irmã. Obrigada pelos momentos de alegria que passamos juntos. A união entre vocês me faz ver que o amor transcende qualquer barreira.

A toda **família De Luca**, pelo carinho e acolhimento, em especial ao **Gustavo** e a **Priscila**, por me mostrarem a grandeza do amor e de como as pessoas conseguem viver melhor quando se dispõem a ajudar quem precisa. Meus sinceros agradecimentos!

"Não são os da consanguinidade os verdadeiros laços de família e sim os da simpatia e da comunhão de ideias, os quais prendem os espíritos antes, durante e depois de suas encarnações."

Allan Kardec

Aos meus amigos da turma do Curso de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social, **Heloisa Carvalho Borges**, sempre serena e tranquila, a calma diante da tempestade; **João**

Guilherme Rodrigues Nayme, querido amigo, quase um irmão, companheiro de todas as horas, obrigada pelos momentos de descontração e risadas quando tudo parecia impossível; **Lenise Patrocínio Pires Cecílio**, determinada e muito competente, obrigada pelos ensinamentos passados, pela grande lição de vida e por nos ajudar a ver que é possível conciliar muitas coisas quando nos dispomos a isso; **Lidia Regina da Costa Hidalgo**, amizade que começou na graduação e espero que se estenda para o resto da vida, guerreira e batalhadora, exemplo de determinação; e **Paula Caetano Araújo**, amizade à primeira vista, mineirinha que conquistou a todos com seu jeito simpático e cativante. Obrigada a todos pelo carinho e grande amizade que construímos nesses anos. Nosso convívio foi maravilhoso! Obrigada pelo trabalho em equipe e companheirismo, sem vocês essa conquista não teria a mesma graça!

Aos **colegas do Programa de Pós Graduação** em Odontologia Preventiva e Social das turmas de **Doutorado** e **Mestrado**, meus sinceros agradecimentos por tornarem minha rotina mais agradável, pela contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional e, principalmente, pela amizade que levarei para a vida inteira. Meu muito obrigado, principalmente, para **Renata Reis dos Santos**, que não mediu esforços para me ajudar sempre que precisei, mesmo estando ocupada com seus afazeres, e **Marco Aurélio Borella Rodrigues**, que sempre me atendeu quando precisei de ajuda com as estatísticas, sempre atento e prestativo. Muito obrigada a todos pelo incentivo e bons momentos compartilhados.

As minhas queridas amigas: **Carmelita, Fabiana, Leticia** e **Mariana**, por participarem de todos os momentos da minha vida, sem vocês eu não seria o que sou hoje. Nossa amizade não será abalada nunca, somente fortalecida pelo tempo. Obrigada por tudo!

Aos meus colegas de faculdade, em especial às amigas **Bruna, Camila, Raquel** e **Renata**, pelas alegrias e dificuldades compartilhadas nesses anos de convivência. Espero que essa amizade seja eterna apesar da distância que nos separa.

E aos que de alguma forma contribuíram e me auxiliaram na realização dessa dissertação.

“Amigos são a família que nos permitiram escolher.”

William Shakespeare

Minha sincera gratidão, hoje e sempre!

Epígrafe

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”

Eleanor Roosevelt



Epígrafe

“Que eu jamais me esqueça que Deus me ama infinitamente! Que um pequeno grão de alegria e esperança dentro de cada um é capaz de mudar e transformar qualquer coisa, pois a vida é construída de sonhos e concretizada no amor”

Chico Xavier

Resumo Geral

*A educação é aquilo que permanece depois que
tudo o que aprendemos foi esquecido*

Burrhus Frederic Skinner



Resumo Geral

Joaquim RC. Estudo do perfil epidemiológico da violência contra crianças, adolescentes e idosos em registros policiais [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2012.

A violência tornou-se um problema de saúde pública, pois suas consequências alteram o estado de saúde individual ou coletivo, provocando enfermidades e podendo ainda ocasionar a morte. Deve ser entendida como um fenômeno articulado a uma questão estrutural e social. É ainda reconhecida e considerada como um problema de saúde pública dada às altas taxas de morbimortalidade que ocasiona. Embora alcance todos os grupos etários e classes sociais, podendo causar morte, lesões, traumas físicos e emocionais, existem grupos mais vulneráveis como: mulheres, crianças, adolescentes e idosos. É importante conhecer o perfil das ocorrências de violência na população, para o planejamento de estratégias de enfrentamento do problema dentro do setor da saúde e pelos profissionais que nele atuam. O objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência contra crianças, adolescentes e contra idosos, com a finalidade de determinar as relações de parentesco, descrever o perfil de agressores e vítimas e analisar as características envolvidas nas agressões. Trata-se de um estudo transversal descritivo, de análise documental, onde foram analisados todos os registros policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, nos anos de 2008 e 2009, quanto à agressão: local; motivo; relação vítima-agressor; presença de drogas durante a agressão; características sociodemográficas de agressores e vítimas; procura das vítimas por serviço de saúde e o laudo médico. Foram analisados 2.514 Boletins de Ocorrência e 474 Termos Circunstanciados, destes 512 fizeram parte da pesquisa, sendo 311 contra crianças e adolescentes e 201 contra idosos. Foi realizada a análise estatística descritiva utilizando o programa estatístico Epi-info versão 3.5.1 e testes de Fisher e Qui-quadrado com nível de significância $p < 0,05$ utilizando o software estatístico Bioestat, para avaliar a associação entre os dados coletados. Dentre as denúncias feitas, a maioria dos agressores e vítimas tinham pele branca, o agressor pertencia ao sexo masculino e as vítimas ao feminino na maior parte dos casos. As vítimas não procuraram ajuda médica na maior parte dos casos. Em relação as crianças e adolescentes, houve maior prevalência de maus-tratos físicos (22,6%), sendo a residência o local de maior frequência de agressões (59,8%). O agressor, na maioria casos, tratava-se da própria mãe das vítimas (11,9%) e em segundo lugar

o pai (10,61%), sendo o motivo mais frequente não relatado (49,6%), no entanto em 35,9% das ocorrências houve discussão ou desentendimento entre os envolvidos. No caso de agressões contra idosos, houve maior prevalência de violência psicológica (51,7%), sendo também a residência o local mais frequente de agressões (81,6%). O agressor, na maioria das vezes, tratava-se dos próprios filhos (21,4%), e o motivo foi relacionado à discussão (62,2%) na maior parte dos casos. Pode-se concluir que a violência nos grupos estudados ocorreu dentro dos lares, lugar que supostamente deveria oferecer proteção, sendo praticada principalmente por familiares próximos e provocadas por discussões. Espera-se com os resultados do presente estudo contribuir para maior conhecimento e enfrentamento do problema, principalmente pelos profissionais da saúde.

Palavras-chave: Saúde pública. Maus-tratos infantis. Adolescentes. Maus-tratos ao idoso. Violência doméstica. Epidemiologia

General Abstract

*“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás;
mas só pode ser vivida olhando-se para a frente.”*

Soren Kierkegaard



General Abstract

Joaquim RC. Study of epidemiological profile of violence against children, adolescents and elderly in police records [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2012.

The violence became a public health problem due its consequences that change the health condition of subject or population, promoting infirmities and can cause death. It must be understood as a phenomenon linked to structural and social question. It is recognized and considered as a public health problem because it causes high rates of morbidity and mortality. Although this violence involves all age groups and social classes, and can cause deaths, lesions, physical and emotional traumas, there are more vulnerable groups: women, children, adolescents and the elderly. It's important to know the profile of violence occurrences in population, allowing to planning coping strategies of problem into health session and by professionals that works there. The aim of this study was to verify the occurrence of physical, psychological and sexual abuse and negligence against children, adolescents and the elderly, aiming to determine relationship, to describe the profile of aggressor and victims and to analyze the characteristics involved on cases. Dealing with transversal descriptive study where it were analyzed all police records of Defense of Women Police from Araçatuba City, São Paulo State, in 2008 and 2009, about aggression: local, causes, relation victim:aggressor, presence of drugs during aggression, social and demographic characteristics of aggressors and victims, the search for health services and medical report by victims. It were analyzed 2.514 Accident Reports and 474 Detailed Terms, among them, 512 made part of research and 311 were against children and adolescent and 201 against the elderly. It was performed a descriptive statistical analysis using the program Epi-Info version 3.5.1 and Fisher's Test and Chi-squared Test with p set at <0.05 using the software Bioestat to evaluate the association among collected data. Among complaints, the majority of aggressors and victims had white skin, the aggressor was male and the victim was female on the majority of cases. Victims didn't search medical help in majority of cases. With regard to children and adolescents, there was higher prevalence of physical abuses (22.6%) and "home" was the most frequent local of crimes (59.8%). The aggressor, in majority of cases, were mothers of children (11.9%) and secondly, the fathers (10.61%) and the most frequent cause was "no relate" (49.6%), however in 35.9% of occurrences there was discussion or disagreement among involved people. About elder abuse, there was higher prevalence of psychological violence (51.7%), and "home" was

the most frequent local of aggressions (81.6%). The aggressor in majority of time, were the sons (21.4%) and the cause was related to discussion (62.2%) in large part of cases. It was possible to conclude that the violence in studied groups occurred into homes, which place must offer protection, and the violence was practiced mainly by relatives and caused by discussions. It hopes with these results to contribute to larger knowledge and to face up to the problem mainly by health professionals.

Keywords: Public health. Child abuse. Adolescent. Elder abuse. Domestic violence. Epidemiology.

Lista de Figuras

Capítulo 1

- Figura 1** Distribuição percentual do tipo de ocorrência de violência contra crianças e adolescentes por meio da coleta de dados a partir de registros policiais da DDM de Araçatuba - 2008. **Página 43**
- Figura 2** Distribuição percentual do local de ocorrência de violência contra crianças e adolescentes por meio da coleta de dados a partir de registros policiais da DDM de Araçatuba - 2008. **Página 44**
- Figura 3** Distribuição percentual do motivo de agressão observado por meio da coleta de dados a partir de registros policiais da DDM de Araçatuba - 2008. **Página 46**

Lista de Tabelas

Capítulo 1

- Tabela 1** Perfil epidemiológico dos agressores de violência registradas na DDM de Araçatuba – SP, no ano de 2008. **Página 45**
- Tabela 2** Perfil epidemiológico das vítimas de violência registradas na DDM de Araçatuba – SP, no ano de 2008. **Página 47**

Capítulo 2

- Tabela 1** Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das vítimas e agressores de violência registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009. **Página 63**
- Tabela 2** Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das ocorrências policiais dos casos de violência contra idosos registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009. **Página 64**
- Tabela 3** Distribuição absoluta e percentual das lesões sofridas por idosos, segundo gravidade e região, registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009. **Página 65**
- Tabela 4** Distribuição absoluta e percentual do tipo violência contra idosos e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009. **Página 66**
- Tabela 5** Distribuição absoluta e percentual do tipo de agressor contra idosos e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009. **Página 67**

Lista de abreviaturas

DDM- Delegacia de Defesa da Mulher

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

EI- Estatuto do Idoso

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

SIH- Sistema de Informação Hospitalar

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

VIVA- Vigilância e prevenção de violências e promoção da cultura da paz

WHO- World Health Organization

Lista de Anexos

Anexo A	Comitê de ética e pesquisa	Página 80
Anexo B	Referência da Introdução Geral	Página 81
Anexo C	Ciência & Saúde Coletiva - Instruções aos autores	Página 82
Anexo D	Artigo Publicado na Revista Brasileira de Enfermagem	Página 88

Sumário

1	Introdução Geral	30
2	Proposição Geral	34
3	Capítulo 1 – Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial.	
	3.1 Resumo	36
	3.2 Abstract	37
	3.3 Resumen	38
	3.4 Introdução	39
	3.5 Materiais e Métodos	41
	3.6 Resultado	43
	3.7 Discussão	48
	3.8 Conclusão	51
	3.9 Referências	52
4	Capítulo 2 - Estudo sobre registros policiais de ocorrências de violência contra idosos.	
	3.1 Resumo	55
	3.2 Abstract	56
	3.3 Introdução	57
	3.4 Metodologia	59
	3.5 Resultado	61
	3.6 Discussão	68
	3.7 Conclusão	73
	3.8 Referências	74
5	Conclusão	78

Introdução geral

*“Sabedoria é vencer a si mesmo;
ignorância é ser vencido por si mesmo”*

Sócrates



1 - Introdução Geral*

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a humanidade desde a sua origem. Nem sempre foi considerada um problema de saúde pública, mas torna-se um problema para a área quando passa a afetar a saúde, seja ela individual ou coletiva, exigindo a partir daí, para sua prevenção e tratamento, a criação de políticas específicas e organização de serviços peculiares deste setor (BRASIL, 2005).

Essa afirmação pode ser constatada em documento da Organização Pan-Americana de Saúde: *“a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...) o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social”* (Organizacion Panamericana De La Salud, 1993).

A abordagem da saúde pública enfatiza a ação coletiva, demonstrando que ações cooperativas de vários setores como saúde, educação, serviços sociais, justiça e política, são necessárias para solucionar o que normalmente poderia ser visto como problemas puramente "médicos". Diante da problemática da violência, cada setor tem um papel importante a desempenhar, bem como, coletivamente, as ações adotadas por cada um têm potencial para produzir importantes reduções no combate à violência (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Segundo o relatório mundial sobre violência e saúde (Organização Mundial de Saúde, 2002): *A abordagem da saúde pública em relação à violência baseia-se nas rigorosas exigências do método científico. Ao passar do problema para solução, tal abordagem apresenta quatro etapas principais:*

- *Revelar o máximo possível de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência - através da coleta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as conseqüências da violência nos níveis: local, nacional e internacional.*

*Lista de referências no anexo B.

- *Investigar por que a violência ocorre, ou seja, realizar pesquisas para determinar:*
 - *as causas e os fatores relacionados à violência;*
 - *os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência;*
 - *os fatores que podem ser modificados por meio de intervenções.*
- *Explorar formas de evitar a violência, utilizando as informações obtidas, elaborando, implementando, monitorando e avaliando intervenções.*
- *Implementar, em diversos cenários, intervenções que pareçam promissoras, divulgando amplamente as informações e determinando a relação custo/efetividade dos programas.*

Com isso, o relatório demonstra que o comportamento violento e suas consequências podem ser evitados, pois a saúde pública é caracterizada justamente pela ênfase na prevenção ao invés de simplesmente aceitar ou reagir à violência (Organização Mundial de Saúde, 2002).

“Violência” não é um termo fácil para se definir. Ainda há muita divergência entre os estudiosos do tema em relação à amplitude do termo e suas consequências. Ainda no relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é definida como *“o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”* (Organização Mundial de Saúde, 2002).

No Brasil, quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde já havia publicado oficialmente (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001) o documento denominado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” trazendo um conceito mais ou menos semelhante ao da OMS: *“consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros”* (BRASIL, 2001).

Quanto à tipologia da violência, esta pode ser classificada em três grandes categorias, de acordo com as características de quem a comete: violência dirigida a si mesmo (auto-infligida)- subdividida em comportamento suicida e auto-abuso; violência interpessoal- que pode ser **violência da família e de parceiro(a) íntimo(a)** -ou seja, violência que ocorre, em grande parte, entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa e **violência comunitária** – que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consangüíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não

(estranhos), geralmente fora de casa; e *violência coletiva*- subdividida em violência social, política e econômica. Diferentemente das outras duas categorias, as subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados (Organização Mundial de Saúde, 2002).

O propósito do presente estudo enquadra-se na categoria violência interpessoal na subdivisão “violência da família”, incluindo a análise de formas de violência, como abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo e abuso contra os idosos.

Embora qualquer cidadão esteja sujeito a sofrer algum tipo de violência, existem grupos mais vulneráveis, como os citados acima. Muito já foi discutido sobre violência contra mulheres, crianças e adolescentes, entretanto, o grupo dos idosos recentemente foi incluído nesse meio. Esse fato se deve ao fenômeno de envelhecimento populacional, no qual problemas inerentes a este processo ganham destaque no cenário científico.

A vulnerabilidade de crianças, adolescentes e idosos consiste, principalmente, na dependência que esses grupos têm em relação aos seus cuidadores, podendo dessa forma gerar violências, muitas vezes veladas, dentro dos próprios lares, tornando a questão da violência familiar praticamente invisível.

Desta forma é de fundamental importância que o tema seja cada vez mais discutido e pesquisado para que se formulem novas políticas geradoras de estratégias de combate e enfrentamento do problema, principalmente no que diz respeito a capacitação de profissionais de saúde, pois estes devem saber identificar e notificar os casos suspeitos.

O estudo foi dividido em dois capítulos, sendo:

Cap. 1 - Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial.

Cap. 2 - Estudo sobre registros policiais de ocorrências de violência contra idosos.

Proposição Geral

*A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás;
mas só pode ser vivida, olhando-se para frente.*

(Soren Kierkegaard)



2- Proposição Geral

O presente estudo teve como objetivo verificar a ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos e/ou sexuais e negligência contra crianças, adolescentes e idosos, de ambos os gêneros registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no período de 2008 a 2009. E desse modo determinar as relações de parentesco entre agressores e vítimas; analisar as agressões quanto ao dia, horário e local de maior ocorrência e descrever o perfil de agressores e vítimas.

Capítulo 1

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."
Bertolt Brecht.*



3- CAPÍTULO 1- VIOLÊNCIA DENUNCIADA: OCORRÊNCIAS DE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES REGISTRADAS EM UMA UNIDADE POLICIAL^{1,2}

OCCURRENCES OF MALTREATMENT AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS REGISTERED IN A POLICE UNIT

VIOLENCIA DENUNCIADA: OCURRENCIAS DE MALOS TRATOS CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES REGISTRADAS EN UNA UNIDAD POLICIAL

3.1 Resumo

Esse estudo objetiva verificar o perfil da ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Foram analisados os dados registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008, relativos à agressão; relação vítima-agressor; características sociodemográficas de agressores e vítimas e procura das vítimas por serviço de saúde. Dentre as denúncias feitas, houve uma maior prevalência de maus tratos físicos, sendo a residência o local de maior incidência de agressões. O agressor na maioria das vezes tratava-se da mãe da criança sendo o motivo não relatado na maior parte dos casos. Desse modo podemos delinear o perfil das ocorrências violentas contra criança, contribuindo para a visualização, conhecimento e enfrentamento do problema.

Palavras-chave: Violência doméstica. Epidemiologia. Maus-tratos infantis.

1 Normalização segundo a Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN

2 Artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN – Anexo D

3.2 Abstract

This study had the aim to verify the profile of occurrence of abuse against children and adolescents. They were analysed the datas registered in police occurrences at Woman's Defence Police Station of Araçatuba-SP, at the year of 2008, related to aggression, victim-offender relationship; sociodemographic characteristics of aggressors and victims and pursuit of the victims for health services. Among the allegations made, there was a higher prevalence of physical abuse, being the residence, the place of the highest incidence of aggressions. The aggressor, most of the time, was the mother of the child being the purpose not reported in most cases. Thus we can define the profile of violent occurrences against children, contributing to the visualization, understanding and confronting the problem.

Key words: Domestic violence. Epidemiology. Child abuse.

3.3 Resumen

Ese estudio objetiva verificar el perfil de la ocurrencia de malos tratos contra niños y adolescentes. Se analizaron los datos registrados en las ocurrencias policíacas de la Comisaría de Defensa de la Mujer de Araçatuba-SP, en el año de 2008, relativos a la agresión; la relación víctima-agresor; las características sociodemográficas de agresores y víctimas y la búsqueda de las víctimas por el servicio de salud. De entre las denuncias hechas, hubo una mayor prevalencia de malos tratos físicos, siendo la residencia el local de mayor incidencia de agresiones. El agresor, en la mayoría de las veces, era la madre del niño, siendo el motivo no relatado en la mayor parte de los casos. De esa manera, se puede delinear el perfil de las ocurrencias violentas contra niños, contribuyendo para la visualización, el conocimiento y el afrontamiento del problema.

Palabras-clave: Violencia doméstica. Epidemiología. Maltrato a los niños.

3.4 INTRODUÇÃO

As crianças e adolescentes são apontadas como as vítimas mais vulneráveis à violência, devido às suas fragilidades físicas e de personalidade. Infelizmente, trata-se de um problema que ocorre independentemente de raça, classe, religião ou cultura. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾, em 2002, 53 mil crianças foram assassinadas no mundo inteiro.

No entanto, somente nas últimas três décadas a discussão sobre violência sexual contra crianças e adolescentes obteve uma maior visibilidade por parte de órgãos governamentais, entidades civis e organizações não governamentais no País e no mundo. Porém, no que diz respeito ao atendimento especializado às crianças e adolescentes vitimizados ainda se encontra em fase de construção no Brasil, necessitando de um maior comprometimento das instituições envolvidas neste processo⁽²⁾, tendo em vista que as estimativas do País demonstram que 18 mil crianças são agredidas por dia, 750 por hora e 12 por minuto⁽³⁾. Dessa forma, destaca-se que as principais causas de óbitos na faixa etária entre 5 e 19 anos são a violência e os acidentes, matando mais que doenças parasitárias e inflamatórias⁽⁴⁾.

A agressão de uma criança em sua própria casa, local onde supostamente estaria protegida da violência, cria uma situação de profundo desamparo para a vítima. A obrigação de conviver com seu agressor e enfrentar o pacto do silêncio que costuma envolver as pessoas mais próximas nesse tipo de situação, são fatores que podem gerar efeitos desastrosos na formação da personalidade desses sujeitos que ainda não chegaram à fase adulta⁽⁵⁾. Nesse sentido diferencia-se violência doméstica de violência intrafamiliar, a primeira trata-se de pessoas que habitam a mesma casa, como por exemplo, os empregados, já violência intrafamiliar é aquela cometida por um membro da família, não necessariamente cometida dentro do espaço físico do lar⁽⁶⁾.

Neste contexto classificam-se as diferentes formas de violência sendo elas: Física- qualquer ação que cause dor física a uma criança; Psicológica- quando há depreciação da criança pelo adulto o que pode bloquear seus esforços para sua auto-aceitação, gerando grande sofrimento mental; Sexual- qualquer ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre pais, parentes ou responsáveis e uma criança que tenha por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual; Negligência- omissão das necessidades físicas e emocionais da criança e do adolescente e pode ser identificada quando os pais ou responsáveis deixam de atender necessidades de alimentação, vestimenta, moradia, higiene, desde que isso não seja resultado de condições de vida que

extrapolem seu controle. E por fim a violência fatal, que ocorre como resultado das outras formas levando o indivíduo à morte⁽⁷⁾.

Desta forma, a violência contra a criança deve ser entendida como um fenômeno articulado a um problema estrutural e social ao qual a sociedade está exposta⁽⁸⁾ e ainda reconhecida e considerada como um problema de saúde pública dada às altas taxas de morbimortalidade que ocasiona.

Para tentar minimizar as consequências acarretadas pela violência faz-se necessário um maior investimento em estratégias de prevenção na primeira infância. As iniciativas de cooperação entre setores tão diversos como os da saúde, educação, serviços sociais, a justiça e a política são indispensáveis para resolver essa questão⁽⁹⁾.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência intrafamiliar, além de determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, permitindo o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família⁽¹⁰⁾.

A denúncia pode ser iniciativa de qualquer pessoa que se sinta prejudicada individualmente ou coletivamente e objetiva provocar a punição do criminoso ou infrator. Esta constitui um fator crucial para o enfrentamento das situações de abuso contra crianças e adolescentes, uma vez que a proteção desses indivíduos depende do conhecimento da violência pelos órgãos competentes.

A implantação de políticas para enfrentar essa situação no âmbito familiar, tem sido uma preocupação do Estado brasileiro. Contudo a formulação e o correto planejamento de ações necessitam embasamento epidemiológico. Esses dados podem ser originados pelas denúncias feitas às inúmeras Instituições responsáveis: o Conselho Tutelar, Ministério Público, Judiciário e a Delegacia de Polícia.

Dada à escassez e precariedade de informações, pode-se afirmar que as Delegacias de Polícia constituem fontes importantíssimas de dados que devem ser aproveitados para a formulação das políticas públicas, uma vez que as pessoas da comunidade geralmente buscam essas instituições, dada a grande vinculação existente entre “polícia e violência”.

Neste contexto o objetivo do trabalho foi verificar a ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos e/ou sexuais e negligência contra crianças e adolescentes, de ambos os gêneros, registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008. E desse modo determinar as relações de parentesco entre agressores e vítimas; analisar as agressões quanto ao dia, horário e local de maior ocorrência e descrever o perfil de agressores e vítimas.

3.5 MATERIAIS E MÉTODOS

Local do estudo, população e seleção da amostra

O estudo foi conduzido na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba-SP. O município não conta com uma delegacia específica para o atendimento de crianças e adolescentes, desta forma, os crimes praticados contra esse grupo são apurados pela DDM, independentemente do gênero da vítima.

A população do estudo compõe-se de todas as ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008. Os dados referentes a 2008 somente foram disponibilizados para estudo após o encerramento do ano, dessa forma a coleta de dados referentes a 2008 foi realizada no ano de 2009. Dentre as ocorrências registradas, foram selecionadas para compor a amostra apenas as que se referiram à violência física, psicológica, sexual e negligência, praticadas contra crianças e adolescentes de qualquer gênero. Considera-se criança o indivíduo com idade entre 0 e 11 anos, e adolescente aquele que possui entre 12 e 18 anos⁽¹¹⁾.

Fontes de dados e características analisadas

A coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes registros policiais: Boletim de Ocorrência e Termo Circunstanciado.

O Boletim de Ocorrência é o registro inicial do delito, apresentando os dados básicos do fato e das partes envolvidas. Em alguns casos, no entanto, se faz o Termo Circunstanciado, usado apenas para crimes considerados de menor potencial ofensivo como lesões corporais leves, ameaças, entre outros.

Nesses documentos todos, foram analisadas as seguintes informações:

Agressão: horário; dia da semana; local da ocorrência; relação vítima-agressor. O parentesco vítima-agressor foi classificado em três grupos, sendo o primeiro (Grupo A), composto por relações entre casais (cônjuges, companheiros, namorados, etc), o segundo (Grupo B) entre responsáveis (pais/responsáveis, padrastos, madrastas) e o terceiro (Grupo C) entre os demais familiares (irmãos, primos, tios etc).

Características dos agressores e vítimas quanto ao gênero e idade.

Procura da vítima por serviço de saúde.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP para apreciação, respeitando-se os ditames éticos da Resolução 196/96.

A fim de preservar a identidade das vítimas e agressores, os documentos foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los.

Forma de análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info, versão 3.5.1. Foi realizada a análise estatística descritiva.

3.6 RESULTADOS

Em 2008 foram registrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba, 1.281 Boletins de Ocorrência e 242 Termos Circunstanciados, destes 311 correspondiam a ocorrências contra crianças e adolescentes.

Ocorrência, horário e local das agressões

Após a coleta de dados, em relação ao tipo de ocorrência 37,7% dos casos correspondiam a categoria “Outro”. Esta categoria inclui: abandono de incapaz, corrupção de menores, tortura e lesão corporal culposa (quando não há intenção de lesionar a vítima), porém nenhum desses resultados isolados foi maior que a prevalência de Lesão Corporal, correspondendo a 22,6% das ocorrências (Figura 1).

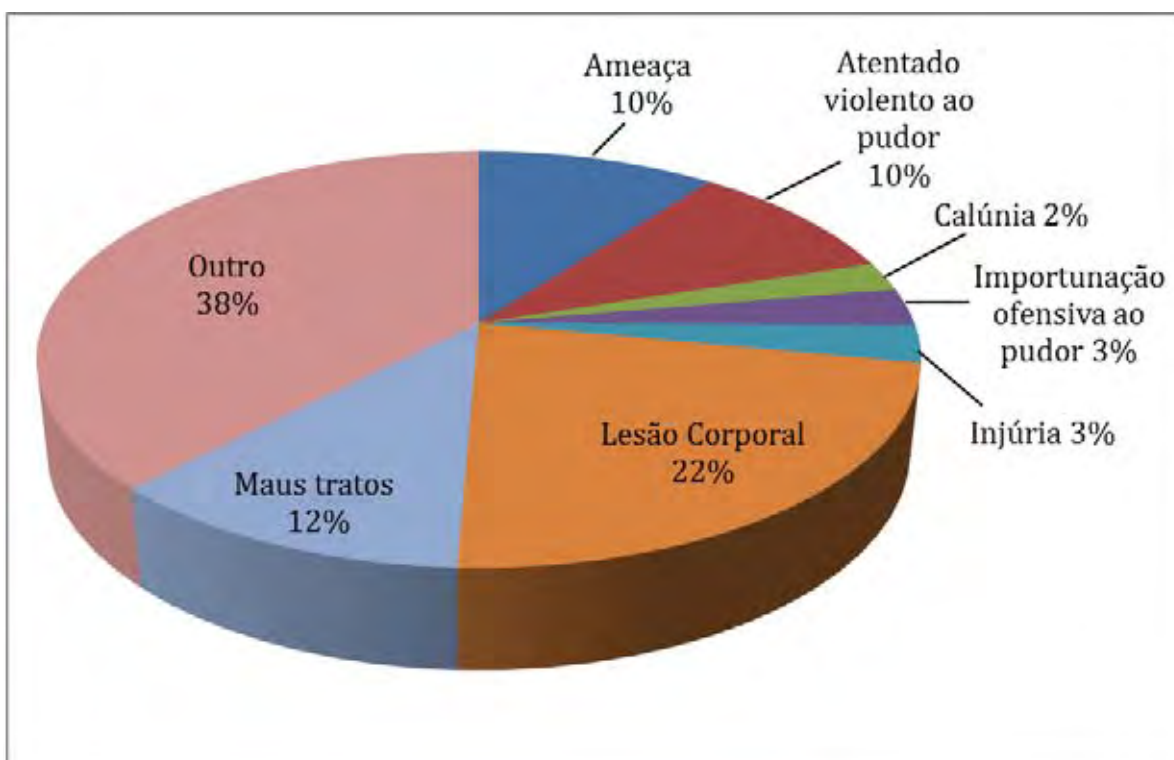


Figura 1 – Distribuição percentual do tipo de ocorrência de violência contra crianças e adolescentes por meio da coleta de dados a partir de registros policiais da DDM de Araçatuba - 2008.

Os horários de maior ocorrência de violência estão entre 18 horas e 1 minuto – 24 horas, correspondendo a 33,4% dos dados, incluindo também o sábado (16,4%) como sendo o

dia da semana de maior registro de ocorrências policiais. A própria residência é o local onde ocorreu a maior parte das ocorrências, totalizando 59,8% dos casos (Figura 2).

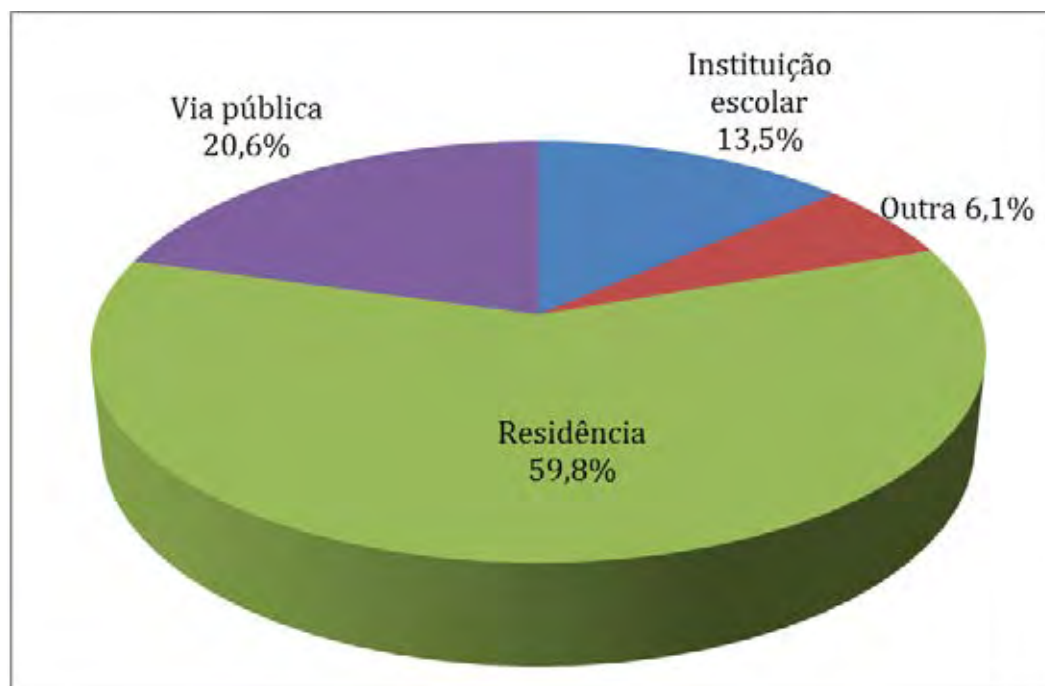


Figura 2 - Distribuição percentual do local de ocorrência de violência contra crianças e adolescentes por meio da coleta de dados a partir de registros policiais da DDM de Araçatuba - 2008.

Perfil do Agressor

Em relação ao agressor (Tabela 1), há predominância do sexo masculino (49,52%); em relação à cor da pele, a prevalência foi branca (39,87%). Analisando a idade, foi possível verificar que a maioria dos agressores pertence à faixa etária 21 – 30 anos. Quanto ao parentesco com a vítima em 11,90% dos casos tratava-se da própria mãe e em segundo lugar o pai, com 10,61%.

Tabela 1- Perfil epidemiológico dos agressores de violência registrados na DDM de Araçatuba – SP, no ano de 2008.

	n	%
Sexo		
Masculino	154	49,52
Feminino	103	33,12
Sem Informação	54	17,36
Tipo de Pele		
Branca	124	39,87
Negra	15	4,82
Parda	58	18,65
Sem Informação	114	36,65
Faixa Etária		
10 -- 20	32	10,30
21 -- 30	37	11,90
31 -- 40	24	7,72
41 -- 50	16	5,14
51 -- 60	15	4,82
>60	1	0,32
Sem Informação	186	59,81
Relação Agressor –Vítima		
Grupo A		
Ex-namorado(a)	5	1,61
Namorado(a)	15	4,82
Grupo B		
Padrasto	18	5,79
Pai	33	10,61
Madrasta	4	1,29
Mãe	37	11,90
Grupo C		
Tio(a)	9	2,89
Irmão(a)	3	0,96
Outros		
Desconhecido	16	5,14
Vizinho(a)	18	5,79
Colega escola	23	7,39
Sem informação	130	41,80

Fonte: Dados coletados nos registros policiais da DDM de Araçatuba-SP, no ano de 2008.

Motivo

Em 49,6% dos casos o motivo que ocasionou a violência não foi relatado, e em 35,9% dos casos houve discussão ou desentendimento entre os envolvidos (Figura 3).

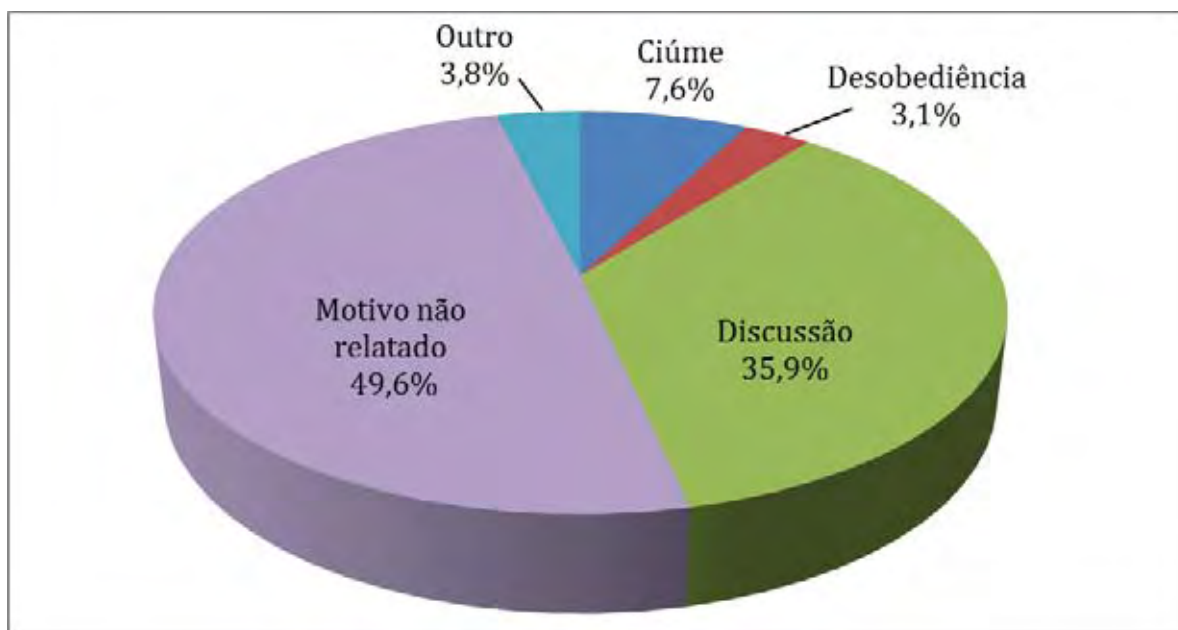


Figura 3 – Distribuição percentual do motivo de agressão observado por meio da coleta de dados a partir de registros policiais da DDM de Araçatuba - 2008.

Característica das vítimas

Em 67,84% dos casos de violência registrados, as vítimas são do sexo feminino e a maioria (64,95%) apresenta pele branca, sendo a faixa etária de maior prevalência dos 11 aos 15 anos. A maior parte das vítimas estava presente no momento do registro da ocorrência, acompanhadas pela mãe no Plantão Policial (45,98%). Desses, apenas 7,39% passaram pelo serviço de saúde (Tabela 2).

Tabela 2- Perfil epidemiológico das vítimas de violência registradas na DDM de Araçatuba – SP, no ano de 2008.

	n	%
Sexo		
Masculino	100	32,15
Feminino	211	67,84
Tipo de Pele		
Branca	202	64,95
Negra	10	3,21
Parda	91	29,26
Sem Informação	8	2,57
Faixa Etária		
00 -- 5	50	16,08
06 -- 10	52	16,72
11 -- 15	129	41,48
16 -- 18	80	25,72
Acompanhante da vítima no momento do registro da ocorrência		
Mãe	143	45,98
Pai	34	10,93
Outros	132	42,44
Sem informação	02	0,64
Procura da vítima por serviço de saúde		
Sim	23	7,39
Não	161	51,77
Sem Informação	127	40,84

Fonte: Dados coletados nos registros policiais da DDM de Araçatuba-SP, no ano de 2008.

3.7 DISCUSSÃO

As crianças e os adolescentes figuram como as principais vítimas de todos os tipos de violência intrafamiliar, o que contraria a idéia de que o lar é um local seguro e confere proteção à criança.

Dentre as formas de violência sofridas, destacam-se a violência física, o abuso sexual e as negligências, tanto de ordem material, quanto afetiva⁽¹²⁾.

Os dados deste estudo evidenciaram vários tipos de crimes praticados contra as crianças e adolescentes, dentre eles, lesão corporal (violência física), maus tratos (agressão e/ou negligência) e ameaça (violência psicológica). Abandono de incapaz, estupro, corrupção de menores, entre outros, também se destacaram entre as denúncias analisadas, o que confirma a diversidade das formas de agressão.

Estudos enfatizam que a violência física é a mais notificada, seguida pela negligência e violência psicológica⁽¹³⁾. O lar aparece como local privilegiado para os episódios desse tipo de violência, pois tanto as vítimas quanto os agressores, muitas vezes, costumam permanecer a maior parte do dia em seu domicílio⁽¹⁴⁾. Isso porque o agressor supostamente conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família ou ainda, por não assumir a criança mantendo uma postura de não comprometimento com o agredido. No presente estudo pudemos confirmar esse fato. Porém, esse tipo de violência também apareceu, com uma menor frequência, em outros locais como as instituições escolares e vias públicas.

A agressão física é, sem dúvida, de mais fácil reconhecimento, todavia não é só essa forma de violência que pode desenvolver-se no interior das famílias. A violência psicológica tem-se mostrado muito frequente e exige atenção redobrada do profissional de saúde, já que sua manifestação, às vezes sutil, pode passar despercebida. Destaca-se dessa forma a grande importância desses profissionais em detectar e denunciar os casos comprovados ou mesmo suspeitos aos órgãos competentes.

Quanto às características das agressões, de forma geral, o fato de ocorrerem com mais frequência aos sábados, no horário noturno, pode ser atribuído também pela maior permanência dos membros da família em suas casas aos finais de semana e durante a noite.

Os motivos alegados para justificar a agressão praticada contra crianças e adolescentes são os mais variados, mas na maioria dos casos não há motivos concretos. Os fatos corriqueiros e banais podem ser os responsáveis pela conversão de agressividade em agressão.

Estudos revelam que o elevado nível de violência perpassa as relações entre os seres humanos, como o baixo nível de tolerância ao outro, a ausência de diálogo na resolução dos problemas, a desvalorização da vida e o elevado nível de estresse nas relações interpessoais⁽¹⁵⁾. Os conflitos conjugais geram insegurança emocional nas crianças que presenciam estes eventos, refletindo em perturbações na qualidade e na duração do sono desses indivíduos. Isto traz um efeito negativo em relação ao desempenho acadêmico, comportamental e emocional⁽¹⁶⁾.

Quando se analisa quem seria, com maior frequência, o agressor, observa-se a situação da mãe na família, pois é ela quem está mais próxima fisicamente da criança, seja responsabilizando-se pelo cuidado afetivo e educacional dos filhos, seja garantindo sua sobrevivência, já que, na maioria das vezes, quando o casal está separado, é com ela que a criança permanece. Essa proximidade parece favorecer a ocorrência de situações de violência⁽¹³⁾. Este destaque da mãe enquanto agressor é referendado em vários trabalhos^(6,13,14), confirmando os dados obtidos neste estudo. Seguindo da mãe, pudemos verificar outras relações entre vítima e agressor, como o próprio pai, colegas de escola, funcionários das instituições escolares e outros adolescentes e adultos em geral.

Quanto ao gênero das vítimas pudemos conferir que as crianças e adolescentes do gênero feminino são submetidas a situações de violência com mais frequência que as do sexo masculino. Isto pode ser explicado pelo fato de o sexo feminino estar mais vulnerável às agressões e pela ideologia de uma suposta fragilidade feminina.

Quanto a baixa procura pelo Serviço de Saúde, outros estudos demonstraram que, ao investigar os locais de escolha por vítimas de violência doméstica, encontrou as delegacias de polícia como primeiro lugar (36,8%), enquanto que os serviços de saúde só foram buscados em 5,3% dos casos⁽¹⁷⁾. Isso pode significar que as lesões não representaram um problema grave para as vítimas ou que as mesmas não consideram o setor de saúde como competente para lidar com a violência⁽¹⁸⁾. Ou ainda, o motivo da não procura de ajuda pode ser porque como são os responsáveis que cometem na maioria das vezes a agressão, não tem consciência do dano causado a criança ou não querem ser condenados, por isso evitam buscar o pronto atendimento. Cabe, no entanto, aos profissionais de saúde ficar atentos para casos suspeitos de violência e a notificação dos mesmos, visto que estão sujeitos a penalidades sob forma de multa e no caso de reincidência uma multa com o valor maior ainda.

Além disso, a contribuição desses profissionais é de fundamental importância uma vez que estão em contato direto com possíveis vítimas, principalmente aquelas que são agredidas pelos seus responsáveis e desta forma podem não ter acesso à procura por ajuda.

A criança que se desenvolve num ambiente violento pode apresentar sinais como dificuldade para expressar-se, baixa autoestima, e ainda a percepção de ter poucos amigos. Para aquelas que já apresentam características emocionais instáveis, como por exemplo, a depressão, o fato de crescer num ambiente violento pode prejudicá-las ainda mais, tornando-se uma atmosfera favorável para novas vitimizações⁽¹⁹⁾.

Em face da complexidade da violência contra menores, há necessidade de realizar ações conjuntas entre setores da saúde, setores públicos e da sociedade civil, a fim de prevenir e enfrentar essas situações⁽²⁰⁾.

Torna-se, portanto, imprescindível o traçado epidemiológico da agressão contra a criança e o adolescente no mundo e no Brasil a fim de conhecê-la, e desse modo mapear sua morbidade que ainda é pouco conhecida, formando assim um diagnóstico que possa subsidiar o direcionamento de medidas de controle, prevenção e efetivas ações de atendimento⁽²⁰⁾.

3.8 CONCLUSÃO

Conclui-se que, dentre as denúncias feitas, houve uma maior prevalência de maus tratos físicos, onde o agressor na maioria das vezes trata-se da própria mãe da vítima, desse modo podemos delinear o perfil das ocorrências violentas contra criança, contribuindo para a visualização, o conhecimento e o enfrentamento do problema.

Espera-se com os resultados contribuir para o reconhecimento da questão pelo poder público com o intuito de criar mecanismos para coibir esse problema de saúde pública.

AGRADECIMENTOS

À delegada de polícia da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, Dra. Luciana Pistore Frascino, por permitir a realização da pesquisa na referida unidade.

3.9 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. [citado em 2006 Out 6]. Disponível em: http://www.who.in/violence_injury_prevention
2. Paixão ACW, Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saúde Soc* 2010; 19(1): 114-26.
3. Centro e Combate à Violência Infantil. Dados científicos: violência física: estatísticas: dados estatísticos, principais características, perfil da vítima, perfil do agressor, etc. [citado em 2009 Set 22]. Disponível em: <http://www.cecovi.org.br>
4. Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(4): 530-7.
5. Fundação Abrinq. O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq: Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientia; 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Azevedo MA, Guerra UNA. Infância e violência doméstica: módulo 2. São Paulo: Laboratório de Estudo da Criança; 2002.
8. Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(3): 342-8.
9. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intra-familiar: agressões denunciadas em um município do estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saúde Publica* 2008; 24(8): 1939-52.
10. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 315-9.
11. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990 Jul 16.
12. Dossi AP. Violência contra a criança: formação, conhecimento, percepção e atitude de profissionais de saúde e educação [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2009.

13. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-9.
14. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1129-41.
15. Hirsch CS, Rushforth NB, Ford AB, Adelson L. Homicide and suicide in a metropolitan county. I. Long-term trends. *JAMA* 1973; 223(8): 900-5.
16. El-Sheikh M, Buckhalt JA, Mark Cummings E, Keller P. Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48 (1): 88-96.
17. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(2): 256-64.
18. Dossi AP. Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2006.
19. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(2): 383-94.
20. Martins CBG, Jorge MHPM. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: perfil das vítimas e suas famílias em município do sul do Brasil. *Pediatria* 2009; 31(1): 9-19.

Capítulo 2

*“Procurando o bem para o nossos semelhantes
encontramos o nosso.”*

Platão



4- CAPÍTULO 2 - ESTUDO SOBRE REGISTROS POLICIAIS DE OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS.*

STUDY ABOUT POLICE RECORDS OF OCCURRENCES OF ELDER ABUSE.

4.1 Resumo

Objetivou-se nesse estudo verificar o perfil da ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência contra idosos. Foram analisadas as ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município paulista, no período de dois anos, relativos à agressão: local; motivo; relação vítima-agressor; presença de drogas durante a agressão; características sociodemográficas de agressores e vítimas; procura das vítimas por serviço de saúde e o laudo médico. Foram utilizados teste de Fisher e Qui-quadrado com nível de significância $p < 0,05$, para a análise dos 201 casos. Dentre as denúncias feitas, a maior parte dos agressores eram homens (66,2%) com pele branca (54,7%) e as vítimas mulheres (95,5%), brancas (70,6%). Houve maior prevalência de violência psicológica (51,7%) sendo a residência (81,6%) o local de maior frequência de agressões. Na maior parte dos casos o agressor era algum familiar da vítima (36,7%) e o motivo relacionado à discussões (62,2%). Houve baixa frequência do uso drogas (8,5%) e álcool (15,4%) durante os atos violentos. A maioria das vítimas não procurou por ajuda médica (67,2%). Dentre as lesões sofridas prevaleceu a de natureza leve (89,3%) na região de membros superiores (38,5%) seguida de cabeça e pescoço (30,8%). Conclui-se que a maioria das agressões ocorreu nos lares por parentes próximos, relacionadas à violência psicológica.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Idoso, Saúde Pública, Maus-Tratos ao Idoso.

* Normalização segundo a Revista Ciência & Saúde Coletiva - Anexo C

4.2 Abstract

The aim of this study was to verify the profile of occurrence of physical, psychological and sexual abuses and negligence against the elderly. It were analyzed the police occurrences of Defense of Woman Police from a city of São Paulo State during two years, about aggression: local, cause, relation victim:aggressor, presence of drug during aggression, social and demographic characteristics of aggressors and victims, the search of health services and medical reports by victims. It were used Fisher's Test and Chi-squared Test with p set at <0.05 , to analyze the 201 cases. Among performed complaints, the major part of aggressors were men (66.2%) with white skin (54.7%) and the victims were women (95.5%), white (70.6%). There was higher prevalence of psychological abuse (51.7%) and the home (81.6%) was the most frequent local for aggressions. In larger part of cases, the aggressor was some relatives of victim (36.7%) and the cause was related to discussions (62.2%). There was low frequency of drug use (8.5%) and alcohol (15.4%) during violence. The majority of victims didn't search of medical help (67.2%). Among suffered lesions, it was more prevalent those that had mild level (89.3%) in area of upper limbs (38.5%) followed by head and neck (30.8%). It was concluded that the majority of abuses occurred at home by closed relatives, related to psychological violence.

Keywords: Domestic violence, Aged, Public Health, Elder abuse.

4.3 INTRODUÇÃO

Embora a violência alcance todos os grupos etários e classes sociais, causando morte, lesões, traumas físicos e emocionais¹, existem grupos mais vulneráveis como mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

A população idosa apresenta maior risco de sofrer violência devido à fragilidade e dependência, atribuídas pelas limitações físicas, cognitivas e sociais. No ambiente doméstico as questões culturais também podem contribuir para que haja violência, uma vez que, frequentemente, o idoso passa a ser desvalorizado, considerado um peso, visto como uma pessoa inútil e relegado à marginalização². Muitas vezes, os idosos em condição de dependência, requerem cuidados da parte dos familiares, necessitando de adaptações na organização da família e, conseqüentemente, alterando o estilo das mesmas, o que pode gerar conflitos. A falta de recursos financeiros somada à necessidade de cuidados com o idoso por parte de familiares dentro do ambiente doméstico podem gerar dependências multifacetadas de difícil administração².

Para a *Action on Elder Abuse*, instituição especializada do Reino Unido, a violência ao idoso é definida como: “realizar ato único ou repetido, ou deixar de tomar determinadas providências necessárias, provocando dano ou angústia a uma pessoa de idade avançada”³. Em geral, classificam-se as formas de violência sofrida de acordo com as seguintes categorias⁴: Maus tratos físicos: causar dor ou lesões, exercer coerção física ou restringir a liberdade de movimentos mediante a força ou o uso de drogas; Maus tratos emocionais: infligir sofrimento psíquico; Abuso econômico ou material: explorar o idoso ou fazer usos de seus rendimentos ou recursos materiais de forma ilícita ou indevida; Abuso sexual: manter contato sexual não consentido de qualquer tipo com uma pessoa idosa; Negligência: não cumprir com a obrigação de atender ao idoso, nas suas necessidades básicas, como higiene, alimentação, afeto, cuidados com a saúde, entre outros.

As conseqüências ocasionadas pela violência nas pessoas idosas ainda não estão muito bem esclarecidas⁴, no entanto, o que se sabe é que podem ser especialmente graves pela condição fragilizada do indivíduo. Sentimentos como impotência, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negação, desordem pós-traumática e experiências de depressão podem ser relacionados ao idoso violentado, além de aumentar o risco de morte⁵⁻⁷.

Uma das grandes dificuldades em relação ao diagnóstico da violência familiar diz respeito ao segredo ou conluio familiar, pois este faz com que os idosos violentados não denunciem os seus agressores. Isso se deve, sobretudo, a vinculação à honra, à cumplicidade,

à confiança estabelecidas no âmbito familiar, pelo medo da vítima em quebrar estes vínculos, além do autoritarismo e pressão psicológica exercidos pelo agressor⁸.

Deste modo, os idosos não se dispõem a relatar facilmente os episódios de vitimização que vivenciam por medo de represálias e de um abandono ainda maior, já que, muitas vezes, a violência é cometida por pessoas das quais dependem física e emocionalmente, responsáveis por seu cuidado⁹.

Além disso, outro fator que deve ser considerado é a falta de informação por parte do idoso violentado, que muitas vezes desconhece os serviços de assistência e proteção. Deste modo, sem receber ajuda na busca pelo socorro, eles hesitam em denunciar seus agressores¹⁰.

A questão da violência doméstica contra idosos tem se ampliado, nos dias atuais, em consequência do fenômeno de envelhecimento populacional e da grande divulgação pela mídia de casos violentos, gerando, dessa forma, a necessidade de um maior campo de investigação na área, dado o risco suposto ao qual a população mais idosa está submetida¹¹.

A escassez de pesquisas na área restringe ainda mais a visualização e enfrentamento do problema. Além disso, é de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as ocorrências de violência contra idosos e suas consequências e dessa forma consigam identificar os casos que possam aparecer na prática diária dos serviços de saúde, atuando junto à equipe de saúde no controle e prevenção do problema. A maior parte das lesões físicas quando presentes aparecem na face e membros superiores, local de fácil visualização e, portanto fácil de levantar suspeitas de casos violentos, necessitando para tanto que o profissional de saúde esteja capacitado para isso.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de maus tratos físicos, psicológicos e/ou sexuais e negligência contra idosos, de ambos os gêneros, registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município brasileiro, nos anos de 2008 e 2009, e determinar as relações de parentesco entre agressores e vítimas.

4.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise documental, conduzido na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba-SP. A população do estudo foi composta pelas ocorrências registradas na instituição policial, no período de dois anos.

Os dados somente foram disponibilizados após o encerramento dos anos estudados. A coleta foi realizada a partir dos seguintes registros policiais: Boletim de Ocorrência e Termo Circunstanciado, disponibilizados na delegacia no momento da coleta. O Boletim de Ocorrência é o registro inicial do delito, apresentando os dados básicos do fato e das partes envolvidas. Em alguns casos, no entanto, se faz o Termo Circunstanciado, usado apenas para crimes considerados de menor potencial ofensivo como lesões corporais leves, ameaças, entre outros. Além desses, também foi analisado, quando havia, o laudo médico-legal que é o relato escrito proveniente de um exame pericial. Sempre que o crime resultar vestígios, como as lesões corporais, por exemplo, a autoridade policial é obrigada a solicitar o exame de “corpo de delito”, descrevendo o fato, local e data. De posse da requisição, a vítima ou indiciado são encaminhados ao Instituto Médico Legal, onde se realiza a perícia. Após o exame, o médico legista emite um laudo que deve ser enviado à unidade policial solicitante.

Foram analisados todos os boletins de ocorrência e termos circunstanciados dos anos de 2008 e 2009 e incluídos na pesquisa os que se referiam à violência física, psicológica, sexual e negligência, praticadas contra idosos de qualquer gênero. Considerou-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade¹².

Nesses documentos, foram analisadas as seguintes variáveis:

Agressão: local da ocorrência; motivo; relação vítima-agressor e presença de drogas durante o ato. Quando bebida alcoólica ou drogas são mencionadas nas denúncias, significa que agressor estava sob efeito de álcool ou drogas ilícitas no momento da agressão.

Características sociodemográficas de agressores e vítimas: gênero e idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

Laudo médico: descrição do local e classificação legal das lesões; procura por pronto-socorro.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info, versão 3.5.1. Após o processamento dos dados, procedeu-se à análise estatística descritiva e analítica. Para verificar a associação entre os dados coletados foram utilizados teste de Fisher e Qui-quadrado com nível de significância $p < 0,05$ utilizando o software estatístico Bioestat¹³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Brasil seguindo os preceitos da declaração de Helsinque e Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde¹⁴. A fim de preservar a identidade das vítimas e agressores, os documentos foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los. O estudo teve início após autorização da responsável pela Delegacia de Defesa da Mulher.

4.5 RESULTADOS

Durante os dois anos foram registrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba, 2.514 Boletins de Ocorrência e 474 Termos Circunstanciados, destes 201 correspondiam a ocorrências contra idosos.

O perfil da vítima (**Tabela 1**) mostra que do total, 95,5% pertenciam ao sexo feminino, com idade entre 70 e 79 anos em 63,7% dos casos; e do agressor, sendo 66,2% do sexo masculino, com idade não relatada na maior parte dos casos (48,3%). Porém, em relação à faixa etária do agressor informada nos dados coletados 15,5% pertenciam ao intervalo dos 41 aos 50 anos;

Quanto ao perfil da ocorrência (**Tabela 2**), em 81,6% dos casos a residência foi o principal local de maior prevalência, sendo o motivo da agressão relacionado à discussão/desentendimento em 62,2% dos casos. O principal tipo de ocorrência foi a violência psicológica (51,7%), representada pelas ocorrências de ameaça, calúnia e injúria, por entender que todas elas podem infligir transtornos psíquicos. A violência física foi a segunda mais acometida, sendo ela representada pelas ocorrências de lesão corporal e vias de fato (33,3%).

Em 90% das ocorrências, o agressor era conhecido da vítima, sendo que 21,4% das agressões eram praticadas pelos próprios filhos. No que diz respeito à ingestão de álcool no momento da agressão, foi possível observar que esteve presente em 15,4% dos casos e em 8,5% o agressor havia consumido algum tipo de droga.

Em relação às vítimas que sofreram algum tipo de violência física observou-se que 32,8% destas passaram pelo serviço de saúde e em 89,3% dos casos, o Laudo Médico caracterizou lesão corporal de natureza leve sendo a região de membros superiores foi o local mais atingido (40%) seguida da região de cabeça e pescoço com 24%. (**Tabela 3**)

Houve associação entre o agressor e o tipo de violência sofrida (**Tabela 4**). Quando o agressor era da família, o principal tipo de violência foi a psicológica em 42,5% ($p=0,0017$) dos casos. Nos casos em que o agressor era parceiro da vítima a principal violência sofrida foi a física.

Também houve associação quanto ao motivo da agressão e o tipo de violência (**Tabela 4**). Quando se tratava de dinheiro/bens em 72,7% ($p=0,0029$) dos casos a violência psicológica prevaleceu. Do mesmo modo quando o motivo relatado era discussão/desentendimento a violência psicológica foi a mais cometida, 52,8% ($p=0,0029$) dos casos. Não houve associação entre as demais variáveis e o tipo de violência sofrida.

Na **Tabela 5**, observou-se a associação quanto à idade da vítima e a relação de parentesco com o agressor. Dessa forma observa-se que no intervalo de 60 a 69 anos o percentual de agressores familiares é superior em relação a outros tipos 30,3% ($p=0,0002$), no entanto o fato que chama atenção é o aumento desse percentual para 70% ($p=0,0002$) quando a idade era superior a 80 anos. Para o intervalo de idade de 70 a 79 anos, prevaleceu em 50,9% ($p=0,0002$) dos casos outro tipo de agressor, não pertencendo a família ou sendo parceiro da vítima.

Quando se trata do local e parentesco do agressor com a vítima (**Tabela 5**), houve associação entre residência e família (46,3%, $p=0,0003$) Quando a agressão sofrida ocorreu em via pública, outro tipo de agressor prevaleceu em 85,4% dos casos ($p=0,0003$). Enquadra-se nessa categoria inquilino(a) da vítima, vizinho(a), amigo(a) entre outros.

Houve associação também quanto a ingestão de bebidas alcoólicas e a relação de parentesco, sendo 69% ($p<0,0001$) dos agressores que ingeriram álcool da família e quanto ao consumo de drogas durante os atos violentos em 94,1% ($p<0,0001$) dos casos o agressor também pertencia a família (**Tabela 5**).

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das vítimas e agressores de violência contra idosos registradas na DDM de Araçatuba – SP nos anos de 2008 e 2009.

	Vítima		Agressor	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	9	4,5	133	66,2
Feminino	192	95,5	58	28,8
Sem informação	-	-	10	5,0
Tipo de Pele				
Branca	142	70,6	110	54,7
Negra	6	3,1	7	3,5
Parada	28	13,9	39	19,4
Sem Informação	25	12,4	45	22,40
Faixa Etária				
60 -- 69	60	29,8	-	-
70 --79	128	63,7	-	-
> 80	13	6,5	-	-
Faixa Etária				
10 -- 20	-	-	04	2,0
21 -- 30	-	-	18	9,0
31 -- 40	-	-	19	9,4
41 -- 50	-	-	31	15,5
51 -- 60	-	-	13	6,4
61 -- 70	-	-	16	8,0
71 --80	-	-	03	1,4
Sem Informação	-	-	97	48,3
Estado Civil				
Casado	67	33,3	39	19,4
Separado	40	19,9	14	7,0
Solteiro	19	9,4	53	26,4
Viúvo	60	29,9	01	0,5
Sem Informação	15	7,5	94	46,7
Escolaridade				
Analfabeto	19	9,5	01	0,5
Fundamental Completo	52	25,9	21	10,4
Fundamental Incompleto	12	6,0	10	5,0
Médio Completo	15	7,5	10	5,0
Médio Incompleto	01	0,5	01	0,5
Superior Completo	13	6,4	05	2,5
Superior Incompleto	01	0,5	-	-
Sem Informação	88	43,7	153	76,1
Profissão				
Aposentado(a)	61	30,4	10	5,0
Desempregado	-	-	12	6,0
Do lar	70	34,9	05	2,4
Outras	39	19,4	64	32,0
Sem Informação	31	15,3	110	54,6

Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das ocorrências policiais dos casos de violência contra idosos registradas na DDM de Araçatuba – SP nos anos de 2008 e 2009.

	n	%
Ocorrência		
Violência psicológica (ameaça/injúria/calúnia)	104	51,7
Violência Física (lesão corporal/vias de fato)	67	33,3
Outros	30	15,0
Dia da Semana		
Dia de Semana (segunda-sexta)	149	74,1
Final de Semana (sábado e domingo)	51	25,4
Sem Informação	01	0,5
Horário		
00:01 – 06:00	13	6,5
06:01 – 12:00	61	30,3
12:01 – 18:00	79	39,3
18:01 – 24:00	47	23,4
Sem Informação	01	0,5
Motivo		
Dinheiro/Bens	22	10,9
Discussão/Desentendimento	125	62,2
Motivo não relatado	53	26,4
Outros	1	0,5
Local		
Residência	164	81,6
Via pública	23	11,4
Outro	14	7,0
Relação Vítima-Agressor		
Família	73	36,3
Parceiro	36	17,9
Outro	65	32,4
Sem Informação	27	13,4

Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual das lesões sofridas por idosos, segundo gravidade e região, registradas na DDM de Araçatuba- SP nos anos de 2008 e 2009.

	n	%
Gravidade		
Ausência de Lesões	3	10,7
Natureza Leve	25	89,3
Total	28	100,0
Região		
Cabeça e Pescoço	8	32,0
Tronco	1	4,0
Membros Superiores	10	40,0
Membros Inferiores	6	24,0
Total	25	100,0

Tabela 4- Distribuição absoluta e percentual do tipo violência contra o idoso e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba-SP nos anos de 2008 e 2009.

		Violência Física	Violência Psicológica	Outros	p valor
Sexo	Masculino	4 (44,4%)	5 (55,6%)	-	p=0,5161
	Feminino	63 (32,8%)	99 (51,6%)	30 (15,6%)	
Idade	60 a 69	42 (32,8%)	67 (52,4%)	19 (14,8%)	p=0,9095
	70 a 79	21 (35,0%)	31 (51,7%)	8 (13,3%)	
	> 80	4 (30,8%)	6 (46,1%)	3 (23,1%)	
Pele	Branca	52 (36,6%)	72 (50,7%)	18 (12,7%)	p=0,5311
	Parda e Negra	9 (26,5%)	20 (58,8%)	5 (14,7%)	
Agressor	Família	29 (39,7%)	31 (42,5%)	13 (17,8%)	p=0,0017*
	Parceiro	16 (44,4%)	19 (52,8%)	1 (2,8%)	
	Outro	11 (16,9%)	44 (67,7%)	10 (15,4%)	
Motivo	Dinheiro/Bens	1 (4,6%)	16 (72,7%)	5 (22,7%)	p=0,0029*
	Discussão/ Desentendimento	46 (36,8%)	66 (52,8%)	13 (10,4%)	
	Motivo não relatado	19 (35,9%)	22 (41,5%)	12 (22,6%)	
Local	Residência	54 (32,9%)	87 (53,1%)	23 (14,0%)	p=0,1378
	Via pública	6 (26,1%)	14 (60,9%)	3 (13,9%)	
	Outros	7 (50,0%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	
Dia da Semana	Semana	43 (28,8%)	84 (56,4%)	22 (14,8%)	p=0,0739
	Fim de semana	23 (45,1%)	20 (39,2%)	8 (15,7%)	
Agressor e álcool	Sim	15 (48,4%)	12 (38,7%)	4 (12,9%)	p=0,0784
	Não	37 (27,6%)	77 (57,5%)	20 (14,9%)	
Agressor e Drogas	Sim	9 (52,9%)	5 (29,4%)	3 (17,7%)	p=0,0886
	Não	43 (30,5%)	78 (55,3%)	20 (14,2%)	

Tabela 5- Distribuição absoluta e percentual do tipo de agressor de violência contra o idoso e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba- SP nos anos de 2008 e 2009.

		Família	Parceiro	Outro	
Sexo	Masculino	4 (57,1%)	-	3 (42,9%)	p=0,5316
	Feminino	69 (41,3%)	36 (21,6%)	62 (37,1%)	
Idade	60 a 69	42 (38,5%)	33 (30,3%)	34 (31,2%)	p=0,0002*
	70 a 79	24 (43,6%)	3 (5,5%)	28 (50,9%)	
	> 80	7 (70,0%)	-	3 (30,0%)	
Pele	Branca	44 (36,7%)	28 (23,3%)	48 (40,0%)	p=0,2157
	Parda e Negra	16 (53,3%)	4 (13,4%)	10 (33,3%)	
Motivo	Dinheiro/Bens	6 (31,6%)	2 (10,5%)	11 (57,9%)	p=0,3043
	Discussão/Desentendimento	49 (43,4%)	27 (23,9%)	37 (32,7%)	
	Motivo não relatado	18 (42,8%)	7 (16,7%)	17 (40,5%)	
Local	Residência	69 (46,3%)	32 (21,5%)	48 (32,2%)	p=0,0003*
	Via pública	1 (6,3%)	1 (6,3%)	14 (85,4%)	
	Outros	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	
Dia da Semana	Semana	55 (43,0%)	23 (18,0%)	50 (39,0%)	p=0,2990
	Fim de semana	17 (37,8%)	13 (28,9%)	15 (33,3%)	
Agressor e álcool	Sim	20 (69,0%)	8 (27,6%)	1 (3,4%)	p<0,0001*
	Não	42 (36,5%)	21 (18,3%)	52 (45,2%)	
Agressor e Drogas	Sim	16 (94,1%)	1 (5,9%)	-	p<0,0001*
	Não	41 (34,2%)	27 (22,5%)	52 (43,3%)	

4.6 DISCUSSÃO

A violência contra o idoso vem sendo amplamente discutida nos dias atuais, isso porque com o envelhecimento populacional, temas antes pouco debatidos agora ganham destaque no cenário científico nacional e internacional. Fatores como as dificuldades socioeconômicas por grande parte da população, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, favorecem a disseminação da violência, tornando o problema bastante frequente, e de grande relevância para o país¹⁵. No entanto trata-se de uma problemática complexa por não ter um fator uni causal e principalmente pela dificuldade em diagnosticar os casos, visto que a maioria dos episódios notificados de violência contra o idoso ocorre no ambiente doméstico¹⁶. A aparente proteção conferida aos idosos pela residência torna esse tipo de abuso praticamente invisível, o que reforça a necessidade de estudos que demonstrem suas características, de modo a facilitar seu enfrentamento.

Neste contexto, sabendo-se da dificuldade do idoso em denunciar os abusos sofridos por eles, optou-se por investigar o perfil da violência denunciada pelos próprios idosos que registraram suas ocorrências na delegacia. Todos os casos de crimes praticados contra crianças, mulheres e idosos são apurados pela DDM.

Tendo em vista o grande número de registros policiais nos anos de 2008 e 2009, na delegacia estudada, foi possível observar que uma pequena parcela tratava de ocorrências contra pessoas acima de 60 anos. Esse fato pode ser explicado exatamente pela relação de dependência da pessoa idosa com seu agressor, o que leva a muitos casos de subnotificação, pois o idoso por medo de represálias e de um abandono ainda maior dificilmente se dispõe a relatar os episódios de vitimização⁸.

Segundo estudo realizado recentemente por Souza et al.¹⁶, no qual os autores fizeram um levantamento dos artigos relacionados ao tema, foi possível identificar o perfil da vítima da violência contra pessoas idosas: trata-se de mulheres, com idade superior a 75 anos, viúvas, podendo ser físico ou emocionalmente dependentes, portadoras de doenças crônicas e normalmente residentes junto aos familiares. Outros fatores apontados pelos autores são: o histórico de violência familiar, alcoolismo e distúrbios psiquiátricos. Da mesma forma, nessa pesquisa, o gênero feminino prevaleceu, com idade entre 70 e 79 anos e casadas.

Outro estudo realizado em 1997, na cidade de Ribeirão Preto –SP, demonstra que a faixa etária das vítimas apresentou maior frequência entre os 69 e os 74 anos, tanto para os homens quanto para as mulheres, no entanto na faixa etária de 60 a 64 anos, as mulheres predominam sendo as mais vitimizadas¹⁷.

Quanto aos agressores, o presente estudo apontou os filhos como os mais frequentes. Corroborando com esse achado, Nelson et al.¹⁸ afirmam que em 90% dos casos, o agressor é um membro da família, na maioria das vezes um filho adulto ou cônjuge. Esse fato pode ser explicado pelo choque de gerações, problemas com o espaço físico, dificuldades financeiras e mesmo a ideia de decadência associada à velhice, que geralmente desencadeiam situações conflituosas¹⁹⁻²¹. Da mesma forma Ruiz et al.²² identificaram os agressores na maioria dos casos sendo filhos e filhas (57%); genros e noras (23%); um dos cônjuges (8%). Não há dúvidas da importância do núcleo familiar como principal responsável pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o proteja de todo tipo de abuso²³.

No presente estudo, corroborando com achados na literatura, os crimes mais cometidos foram o de violência psicológica e física. Apratto Junior¹⁵ em seu estudo, aponta que 43,2% das ocorrências foram de violência psicológica e 6,1% violência física grave. Porto e Koller²⁴ demonstraram que idosos, entrevistados em uma instituição de longa permanência para idosos de Porto Alegre, relataram sofrer agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros e de formas menos incidentes, agressões físicas.

Observa-se que a agressão psicológica foi a de maior prevalência quando o agressor era familiar e o motivo para esse tipo de violência era a discussão ou desentendimento. Isso reforça a questão da problemática do convívio familiar, muitas vezes imposto pela situação de dependência física ou financeira do idoso. Essa situação altera a dinâmica familiar podendo levar os cuidadores familiares a situações de estresse e negligência no atendimento às suas necessidades, podendo acarretar em situações de abuso e maus-tratos²⁵. Dessa forma, muitas vezes, os familiares, sem paciência, agredem o idoso na forma de violência psicológica, e as ameaças feitas por esses, trazem transtornos emocionais irreparáveis para o idoso, que já se encontra numa condição fragilizada.

Os idosos procuram a delegacia para notificar casos de agressões e ameaças por temerem pela própria vida, na tentativa de buscar ajuda das autoridades competentes. No que diz respeito à baixa taxa de denúncias sobre negligência, o fato pode ser explicado por muitas vezes o idoso não ter consciência de que se trata de um crime o fato do familiar não cuidar corretamente do seu estado de saúde, garantindo dessa forma bem estar e qualidade de vida.

Nos casos de agressão física a vítima é encaminhada para exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal para averiguação dos danos sofridos. No entanto, dentre os idosos que procuraram a delegacia para denunciar esses casos observou-se que um número muito

pequeno procurou pelo serviço de saúde ou realizou o exame acima citado, fato esse que corrobora com pesquisas semelhantes encontradas na literatura^{26,27}. Dentre os casos registrados com o exame do IML, as lesões sofridas foram consideradas de natureza leve na maioria dos casos, dados esses que estão de acordo com a literatura como no estudo realizado por Dossi et al²⁸.

Muitas vezes pelo fato do agressor ser o filho da vítima ou algum outro parente próximo, o idoso pode não realizar o exame com medo de levar adiante o processo policial, ainda mais nos casos onde o idoso convive sob o mesmo teto do seu agressor.

Na presente pesquisa observou-se que a residência foi o local onde ocorreu a maioria das ocorrências, havendo associação com o agressor familiar, como era de se esperar. Dados semelhantes são facilmente encontrados na literatura como no estudo realizado por Santos et al.¹⁰, que relata que a convivência dos idosos com pessoas mais jovens e a dependência de cuidados podem gerar conflitos de relacionamento, em sua residência. A violência contra idosos no âmbito familiar é considerada como a mais frequente forma de agressão. Kleinschmidt¹⁷ demonstrou que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra as pessoas acima de sessenta anos ocorrem nas residências.

Outra associação encontrada nos resultados analisados foi entre a idade da vítima e o agressor familiar. Para as vítimas com idade superior a 80 anos o agressor em 70% dos casos, se tratava de algum membro da família. Essa relação enquadra-se no conceito do ambiente familiar desfavorável e à condição de dependência e fragilidade do idoso, tendo em vista que quanto mais velho o idoso, maior sua dependência do familiar que convive no mesmo ambiente, o que favorece o aparecimento das diversas formas de violência.

Assim, outros fatores de risco inerentes à violência e maus tratos ao idoso podem ser destacados: o ciclo de violência inter geracional – crianças que foram violentadas quando adultos podem propiciar maus tratos aos pais e/ou avós; dependência – alto grau de dependência em todos os sentidos (psicológico, físico, econômico); estresse do cuidador pela dependência do idoso e pela falta de uma rede de suporte familiar mais ampla e o isolamento social – pessoas idosas que vivem sozinhas são menos propensas a serem violentadas, no entanto, podem ser negligenciadas ou auto-negligenciadas²⁹.

Desse modo, quando investigado o motivo da agressão, os casos de desentendimento e discussão foram os mais prevalentes. Alguns fatores podem influenciar diretamente nessas discussões, tais como, a apropriação indevida da aposentadoria e a omissão nos cuidados, entre outros³⁰. Referindo-se ao problema econômico, Louzá et al.³¹ afirmam que o agressor

frequentemente ameaça e agride a vítima com a finalidade da doação de um bem, da antecipação de uma herança ou para evitar gastos desnecessários ou inúteis feitos pelos idosos. Além dos conflitos gerados pelo convívio entre vítima e agressor, muitas vezes existe o agravante do agressor ser usuário de álcool e drogas, prejudicando ainda mais a relação fragilizada da família. Este dado foi obtido por informação dos próprios idosos quando notificaram a agressão à polícia.

Quanto à associação ao consumo de drogas e bebidas alcoólicas quando o agressor era familiar, pode ser explicado pelo fato do familiar que faz uso dessas substâncias ser obrigado a conviver com o idoso na sua residência e, dessa forma, acabar descontando seus problemas e frustrações nesse indivíduo fragilizado, devido a proximidade e convivência.

Conforme salienta Santos et al.¹⁰ há que se avançar na compreensão do fenômeno violência, que desafia a ciência, produz estresse, fobias e traumas que ferem silenciosamente. Além do mais, os Conselhos do Idoso e Ministério Público devem estar atentos, principalmente à violência velada, de modo a supervisionar as instituições de idosos, para que tais entidades e os profissionais que delas fazem parte possam ser responsabilizados, quando assim o couber. De fato, nos últimos anos tem-se observado no território brasileiro uma tendência ao crescimento da legislação de proteção ao idoso em diversas dimensões da vida do mesmo, fato que pode contribuir para uma prática mais responsável de cuidado por parte de familiares e cuidadores³².

Recentemente, avaliando as limitações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) que descrevem apenas as características dos casos violentos que tenham como desfecho o óbito ou a internação, respectivamente, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de obter dados e divulgar informações sobre violências e acidentes, possibilitando dessa forma conhecer a dimensão desses graves problemas de saúde pública³³. Neste contexto observa-se o esforço dos órgãos públicos, o empenho do Estado na prevenção e controle da violência, por meio de programas e estabelecimento de campanhas³⁴. Mas ainda assim, são necessárias mais ações, principalmente no que diz respeito à capacitação dos profissionais da área da saúde, pois, de acordo com o artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941³⁵, admite-se como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho³⁴. No entanto nem sempre os mesmos estão preparados para identificar estes casos, sendo fundamental sua capacitação. Além disso, como

o problema ocorre na maioria das vezes dentro das residências, os agentes comunitários de saúde (ACS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), também devem ser capacitados para identificar os casos suspeitos e notificar aos órgãos competentes. Entretanto, não basta apenas identificar os casos violentos, há necessidade também de dar suporte para as famílias que se encontram nessa situação conflituosa e amparo às vítimas, garantindo-lhes melhores condições de vida³⁶.

Embora o estudo tenha sido realizado em apenas um município, a relevância e justificativa do trabalho contribui para a visualização do problema, devendo, portanto ser expandido para outros municípios. O alerta para a importância do profissional de saúde estar atento aos casos suspeitos, também deve ser mais discutido no meio científico, para que dessa forma, sejam construídas novas estratégias no enfrentamento da subnotificação dos casos de violência doméstica.

4.7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a de violência do tipo psicológica foi a mais prevalente contra o idoso, e o agressor, na maioria dos casos, tratava-se do próprio filho da vítima, o que pode agravar as relações familiares.

Viver sob constante ameaça por familiares tão próximos pode gerar constrangimento, humilhação, dentre tantos outros aspectos negativos para a qualidade de vida do idoso violentado podendo até mesmo levar a quadros de depressão.

Com os resultados, espera-se fornecer subsídios para implementação e fortalecimento de políticas públicas que garantam um maior controle e prevenção da problemática da violência contra os grupos mais vulneráveis.

AGRADECIMENTOS

À delegada de polícia da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, Dra. Luciana Pistore Frascino, por permitir a realização da pesquisa na referida unidade.

4.8 REFERÊNCIAS

1. Machado L, Queiroz Z. Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. p. 791-7.
2. Leite MT, Hilderbrandt LM, Santos AM. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. Rev Bras Geriatr Gerontol 2008; 11(2): 209-21.
3. What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin, 1995, 11 (May-June). Disponível em: <http://www.elderabuse.org.uk/> (accessed on 3/Ago/2011).
4. World Health Organization. Action on Elder Abuse. What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin 1995: 11. In: World Health Organization. World report on violence and health. http://www.who.in/violence_injury_prevention (accessed on 3/Ago/2011).
5. Wolf, RS. Maltrato en ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E. (Org.). Atención de los ancianos: un desafío para los noventa. Washington: OPAS, 1995. p.35-42.
6. Minayo, MCS, Coimbra Junior, CE, organizadores. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo, MCS, Coimbra Junior, CE, Organizadores. Antropologia, envelhecimento e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.11-24
7. Minayo, MCS, Souza, ER, organizadores. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo, MCS, Souza, ER, organizadores. Violência sobre o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.223-242
8. Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa; 2007.
9. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(10):2289-300.
10. Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10(1):115-27.
11. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? Saude Soc 2008; 17(3):90-100.

12. Senado Federal. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 Set 2003.
13. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat : aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 2007. Belém: MCT/CNPq;2007.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Disponível em: <http://www.wma.net>. (Accessed on 18/ Dec/ 2011).
15. Apratto Junior, PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). Ciênc. Saúde Coletiva 2010; 15(6): 2983-95.
16. Sousa DJ, White HJ, Soares LM, Nicolosi GT, Cintra FA, D'Elboux MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(2): 321-8.
17. Kleinschmidt KC. Elder abuse: a review. Ann Emerg Med 1997; 30(4):463-72.
18. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004; 140(5):387-96.
19. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 783-91.
20. Reay AM, Browne KD. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. Aging Ment Health 2001; 5(1):56-62.
21. Willianson GM, Shaffer DR. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. The family relationship in late life project. Psychol Aging 2001; 16(2):217-26.
22. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violência doméstica: prevalência de suspeita de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; 27:331-4.
23. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev Latino-Am Enfermagem 2008; 16(3):465-70.
24. Porto I, Koller SH. Violência contra idosos institucionalizados. Psic Rev Psicol Vetor Ed 2008; 9(1):1-9.
25. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(6):2815-24.

26. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(2):256-64.
27. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. da Unesp; 2005.
28. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1939-52.
29. Araujo LF, Lobo Filho JG. Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicol Reflex Crit* 2009; 22(1): 153-60.
30. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
31. Louzá JR, Louzá Neto MR, Cohen C. Os avós maltratados. *Rev Paul Med* 1987; 105(2):108-11.
32. Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lolli LF. O idoso no Brasil: aspectos legislativos de relevância para profissionais da saúde. *Rev Espaço Saúde* 2009; 10(2):61-9.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de vigilância de violência e acidentes: VIVA. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127> Acesso em: 20 nov. 2011.
34. Saliba, O.; Garbin, C.A.S.; Garbin, A.J.I.; Dossi, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41(3): 472-7.
35. Brasil. Lei nº.3.688, de 3 de outubro de 1941. lei das contravenções penais. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3688.htm>> Acesso em: 20 nov. 2011.
36. Junqueira, MFR. Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes. 2003. 106f. Dissertação (Mestrado) Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia. Goiânia, 2003.

Conclusão

*“Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina”*

(Cora Coralina)



5- Conclusão

Diante do exposto, foi possível identificar que a violência doméstica foi a principal causa de denúncias nos grupos de crianças, adolescentes e idosos. Os responsáveis e cuidadores desses indivíduos foram os principais agressores. A partir dos resultados encontrados neste trabalho, fica evidente a problemática do convívio familiar e, principalmente, a dificuldade em diagnosticar os casos violentos dentro dos lares, tornando o problema praticamente invisível. Para tentar solucionar este problema e prevenir a violência doméstica, o poder público deve não só garantir por lei os direitos fundamentais da vida, mas fazer valer essas leis. As legislações existentes como o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, abordam, dentre tantos outros aspectos, a obrigação da notificação compulsória de casos violentos. Além disso, fica evidente a responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação dos casos suspeitos e sua notificação aos órgãos competentes, visto que muitas vezes as lesões sofridas aparecem na face e membros superiores, lugar de fácil visualização.

Anexos

*“A boa educação é moeda de ouro:
em toda a parte tem valor”
(Padre Antônio Vieira)*



Anexo A - Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto "*Perfil epidemiológico das vítimas de violência a partir de ocorrências policiais*", sob a responsabilidade de CLÉA ADAS SALIBA GARBIN, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 07/5/2010, de acordo com o Processo FOA-0829/10.

Araçatuba, 07 de maio de 2010.

ALBERTO CARLOS BOTAZZO DELBEM
Coordenador do CEP

Anexo B - Referências da Introdução Geral

BRASIL. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 737/ 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Organizacion Panamericana De La Salud. Resolución XIX: violencia y salud. Washington: OPAS, 1993. (mimeo).

Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS;2002.

Anexo C - Ciência & Saúde Coletiva - Instruções

aos autores

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Sessões da Publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação dos manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação

como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de "maturidade do PSF" 11 ...
ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de et al. se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, et al. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Anexo D

Artigo publicado na REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem

Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial

Reported violence: occurrences of maltreatment against children and adolescents registered in a police unit

Violencia denunciada: ocurrencias de malos tratos contra niños y adolescentes registradas en una unidad policial

**Cléa Adas Saliba Garbin^I, Tânia Adas Saliba Roviça^{II}, Renata Colturato Joaquim^{III},
Adrielle Mendes de Paula^{IV}, Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz^{II}**

^I Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social. Araçatuba-SP, Brasil.

^{II} Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba-SP, Brasil.

^{III} Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social. (Mestranda) Araçatuba-SP, Brasil.

^{IV} Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba. (Aluna de Graduação) Araçatuba-SP, Brasil.

Submissão: 21/1/2011 **Revisões:** 16/8/2011 e 13/9/2011 **Aprovação:** 12/10/2011

RESUMO

Esse estudo objetiva verificar o perfil da ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Foram analisados os dados registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008, relativos à agressão; relação vítima-agressor; características sociodemográficas de agressores e vítimas e procura das vítimas por serviço de saúde. Dentre as denúncias feitas, houve uma maior prevalência de maus tratos físicos, sendo a residência o local de maior incidência de agressões. Na maioria das vezes, o agressor era a mãe da criança, sendo o motivo não relatado, na maior parte dos casos. Desse modo, podemos delinear o perfil das ocorrências violentas contra criança, contribuindo para a visualização, conhecimento e enfrentamento do problema.

Descritores: Violência doméstica; Epidemiologia; Maus-tratos infantis.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the profile of the occurrence of abuse against children and adolescents. We analyzed the data recorded in police reports from the Department of Women's Defense, Araçatuba-SP, in 2008, relating to assault, victim-offender relationship, sociodemographic characteristics of offenders and victims, and victims' demand for health services. Among the accusations, there was a higher prevalence of physical abuse, being the residence the place of higher incidence of aggression. In most cases, the aggressor was the mother of the child, being the subject of aggression not reported, in most cases. Thus, we can define the profile of violent incidents against children, contributing to the visualization, knowledge and to deal with the problem.

Key words: Domestic violence; Epidemiology; Child Abuse.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo investigar el perfil de la ocurrencia del abuso contra los niños y adolescentes. Se analizaron los datos registrados en los informes policiales del Departamento de Defensa de la Mujer, Araçatuba-SP, en 2008, y relacionados con el abuso, la relación víctima-agresor, las características socio-demográficas de agresores y víctimas, y la demanda de las víctimas por servicios de salud. Entre las denuncias, hubo una mayor prevalencia de abuso físico, siendo la residencia el lugar de mayor incidencia de agresión. En la mayoría de los casos, el agresor fue la madre del niño, no siendo informado el motivo de la agresión, en la mayoría de los casos. Por lo tanto, podemos definir el perfil de los incidentes violentos contra los niños, contribuyendo para la visualización, el conocimiento y para resolver el problema.

Palabras clave: Violencia doméstica; Epidemiología; Maltrato a los Niños.

AUTOR CORRESPONDENTE Renata Colturato Joaquim. renata_colturato@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As crianças e adolescentes são apontadas como as vítimas mais vulneráveis à violência, devido às suas fragilidades físicas e de personalidade. Infelizmente, trata-se de um problema que ocorre independentemente de raça, classe, religião ou cultura. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, 53 mil crianças foram assassinadas no mundo inteiro⁽¹⁾.

No entanto, somente nas últimas três décadas a discussão sobre violência sexual contra crianças e adolescentes obteve uma maior visibilidade por parte de órgãos governamentais, entidades civis e organizações não governamentais no País e no mundo. Porém, no que diz respeito ao atendimento especializado às crianças e adolescentes vitimizados ainda se encontra em fase de construção no Brasil, necessitando de um maior comprometimento das instituições envolvidas neste processo⁽²⁾, tendo em vista que as estimativas do País demonstram que 18 mil crianças são agredidas por dia, 750 por hora e 12 por minuto⁽³⁾. Dessa forma, destaca-se que as principais causas de óbitos na faixa etária entre 5 e 19 anos são a violência e os acidentes, matando mais que doenças parasitárias e inflamatórias⁽⁴⁾.

A agressão de uma criança em sua própria casa, local onde supostamente estaria protegida da violência, cria uma situação de profundo desamparo para a vítima. A obrigação de conviver com seu agressor e enfrentar o pacto do silêncio que costuma envolver as pessoas mais próximas nesse tipo de situação, são fatores que podem gerar efeitos desastrosos na formação da personalidade desses sujeitos que ainda não chegaram à fase adulta⁽⁵⁾. Nesse sentido diferencia-se violência doméstica de violência intrafamiliar, a primeira trata-se de pessoas que habitam a mesma casa, como por exemplo, os empregados, já violência intrafamiliar é aquela cometida por um membro da família, não necessariamente cometida dentro do espaço físico do lar⁽⁶⁾.

Neste contexto classificam-se as diferentes formas de violência sendo elas: Física- qualquer ação que cause dor física a uma criança; Psicológica- quando há depreciação da criança pelo adulto o que pode bloquear seus esforços para sua autoaceitação, gerando grande sofrimento mental; Sexual- qualquer ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre pais, parentes ou responsáveis e uma criança que tenha por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual; Negligência- omissão das necessidades físicas e emocionais da criança e do adolescente e pode ser identificada quando os pais ou responsáveis deixam de atender necessidades de alimentação, vestimenta, moradia, higiene, desde que isso não seja resultado de condições de vida que extrapolem seu controle. E por fim a violência fatal, que ocorre como resultado das outras formas levando o indivíduo à morte⁽⁷⁾.

Desta forma, a violência contra a criança deve ser entendida como um fenômeno articulado a um problema estrutural e social ao qual a sociedade está exposta⁽⁸⁾, e ser reconhecida e considerada como um problema de saúde pública dada às altas taxas de morbimortalidade que ocasiona.

Para tentar minimizar as conseqüências acarretadas pela violência faz-se necessário um maior investimento em estratégias de prevenção na primeira infância. As iniciativas de cooperação entre setores tão diversos como os da saúde,

educação, serviços sociais, a justiça e a política são indispensáveis para resolver essa questão⁽⁹⁾.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência intrafamiliar, além de determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, permitindo o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família⁽¹⁰⁾.

A denúncia pode ser iniciativa de qualquer pessoa que se sinta prejudicada individualmente ou coletivamente e objetiva provocar a punição do criminoso ou infrator. Esta constitui um fator crucial para o enfrentamento das situações de abuso contra crianças e adolescentes, uma vez que a proteção desses indivíduos depende do conhecimento da violência pelos órgãos competentes.

A implantação de políticas para enfrentar essa situação no âmbito familiar, tem sido uma preocupação do Estado brasileiro. Contudo a formulação e o correto planejamento de ações necessitam embasamento epidemiológico. Esses dados podem ser originados pelas denúncias feitas às inúmeras Instituições responsáveis: o Conselho Tutelar, Ministério Público, Judiciário e a Delegacia de Polícia.

Dada à escassez e precariedade de informações, pode-se afirmar que as Delegacias de Polícia constituem fontes importantíssimas de dados que devem ser aproveitados para a formulação das políticas públicas, uma vez que as pessoas da comunidade geralmente buscam essas instituições, haja vista a grande vinculação existente entre "polícia e violência".

Neste contexto o objetivo do trabalho foi verificar a ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos e/ou sexuais e negligência contra crianças e adolescentes, de ambos os gêneros, registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008. E desse modo determinar as relações de parentesco entre agressores e vítimas; analisar as agressões quanto ao dia, horário e local de maior ocorrência e descrever o perfil de agressores e vítimas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi conduzido na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba-SP. O município não conta com uma delegacia específica para o atendimento de crianças e adolescentes. Desta forma, os crimes praticados contra esse grupo são apurados pela DDM, independentemente do gênero da vítima.

A população do estudo compõe-se de todas as ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008. Os dados referentes a 2008 somente foram disponibilizados para estudo após o encerramento do ano, dessa forma a coleta de dados referentes a 2008 foi realizada no ano de 2009. Dentre as ocorrências registradas, foram selecionadas para compor a amostra apenas as que se referiram à violência física, psicológica, sexual e negligência, praticadas contra crianças e adolescentes de qualquer gênero. Considera-se criança o indivíduo com idade entre 0 e 11 anos, e adolescente aquele que possui entre 12 e 18 anos⁽¹¹⁾.

A coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes registros policiais: Boletim de Ocorrência e Termo Circunstanciado.

O Boletim de Ocorrência é o registro inicial do delito, apresentando os dados básicos do fato e das partes envolvidas. Em alguns casos, no entanto, se faz o Termo Circunstanciado, usado apenas para crimes considerados de menor potencial ofensivo como lesões corporais leves, ameaças, entre outros.

Nesses documentos todos, foram analisadas as seguintes informações: Agressão - horário; dia da semana; local da ocorrência; relação vítima-agressor; parentesco vítima-agressor - classificado em três grupos, sendo o primeiro (Grupo A), composto por relações entre casais (cônjuges, companheiros, namorados, etc.), o segundo (Grupo B) entre responsáveis (pais/responsáveis, padrastos, madrastas) e o terceiro (Grupo C) entre os demais familiares (irmãos, primos, tios etc.); características dos agressores e vítimas quanto ao gênero e idade; procura da vítima por serviço de saúde.

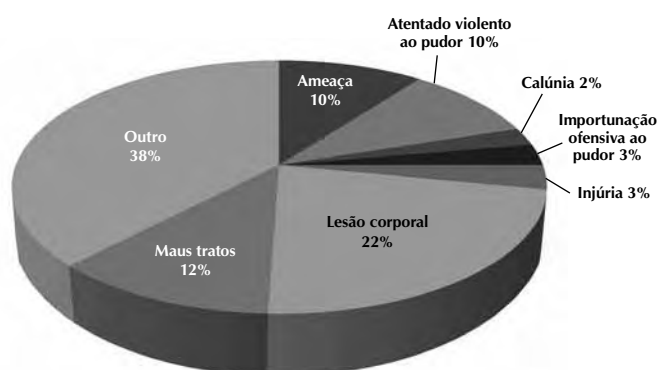
O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP para apreciação, respeitando-se os ditames éticos da Resolução 196/96. A fim de preservar a identidade das vítimas e agressores, os documentos foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info, versão 3.5.1. Foi realizada a análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Em 2008 foram registrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba, 1.281 Boletins de Ocorrência e 242 Termos Circunstanciados, dos quais 311 correspondiam a ocorrências contra crianças e adolescentes.

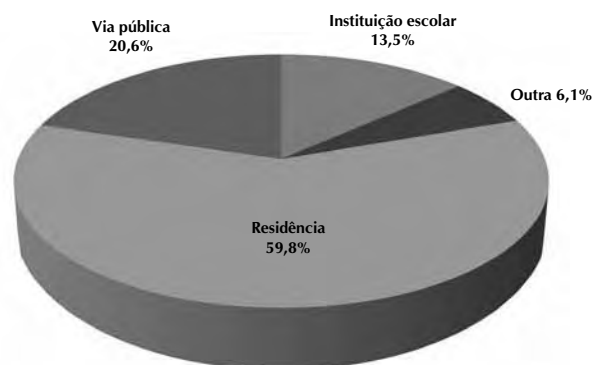
Em relação ao tipo de ocorrência, 37,7% dos casos correspondia à categoria "Outro". Esta categoria inclui: abandono de incapaz, corrupção de menores, tortura e lesão corporal culposa (quando não há intenção de lesionar a vítima), porém nenhum desses resultados isolados foi maior que a prevalência de Lesão Corporal, correspondendo a 22,6% das ocorrências (Figura 1).



Fonte: Ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher, Araçatuba-SP, 2008.

Figura 1 – Distribuição percentual do tipo de violência contra crianças e adolescentes. Araçatuba-SP, 2008.

A maior ocorrência de violência foi entre 18 e 24 horas, correspondendo a 33,4% dos dados. O sábado (16,4%) foi o dia da semana com maior registro de ocorrências policiais. A própria residência foi o local onde ocorreu a maior parte das agressões, totalizando 59,8% dos casos (Figura 2).

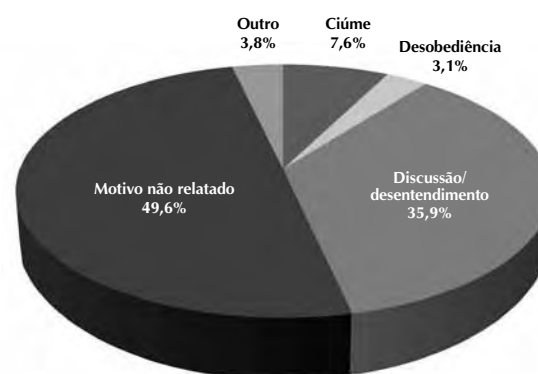


Fonte: Ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher, Araçatuba-SP, 2008.

Figura 2 - Distribuição percentual do local de ocorrência de violência contra crianças e adolescentes. Araçatuba-SP, 2008.

Em relação ao agressor (Tabela 1), houve predominância do sexo masculino (49,52%); em relação à cor da pele, a prevalência foi a branca (39,87%). Analisando a idade, foi possível verificar que a maioria dos agressores pertence à faixa etária de 21 a 30 anos. Quanto ao parentesco com a vítima, em 11,90% dos casos tratava-se da própria mãe e em segundo lugar o pai, com 10,61%.

Em 49,6% dos casos o motivo que ocasionou a violência não foi relatado, e em 35,9% dos casos houve discussão ou desentendimento entre os envolvidos (Figura 03).



Fonte: Ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher, Araçatuba-SP, 2008.

Figura 03 – Distribuição percentual do motivo de agressão contra crianças e adolescentes. Araçatuba-SP, 2008.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos agressores, em casos de violência contra crianças e adolescentes. Araçatuba-SP, 2008.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	154	49,52
Feminino	103	33,12
Sem Informação	54	17,36
Cor da Pele		
Branca	124	39,87
Negra	15	4,82
Parda	58	18,65
Sem Informação	114	36,65
Faixa Etária		
10 - 20	32	10,30
21 - 30	37	11,90
31 - 40	24	7,72
41 - 50	16	5,14
51 - 60	15	4,82
> 60	1	0,32
Sem Informação	186	59,81
Relação Agressor -Vítima		
Grupo A		
Ex-namorado(a)	5	1,61
Namorado(a)	15	4,82
Grupo B		
Padrasto	18	5,79
Pai	33	10,61
Madrasta	4	1,29
Mãe	37	11,90
Grupo C		
Tio(a)	9	2,89
Irmão(a)	3	0,96
Outros		
Desconhecido	16	5,14
Vizinho(a)	18	5,79
Colega escola	23	7,39
Sem informação	130	41,8

Fonte: Ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher, Araçatuba-SP, 2008.

Em 67,84% dos casos de violência registrados, as vítimas são do sexo feminino e a maioria (64,95%) apresenta pele branca, sendo a faixa etária de maior prevalência dos 11 aos 15 anos (41,48%). A maior parte das vítimas estava presente no momento do registro da ocorrência, acompanhadas pela mãe no Plantão Policial (45,98%); em 23 casos (7,39%) houve procura pelo serviço de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência. Araçatuba-SP, 2008.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	100	32,15
Feminino	211	67,84
Tipo de Pele		
Branca	202	64,95
Negra	10	3,21
Parda	91	29,26
Sem Informação	8	2,57
Faixa Etária		
00 - 5	50	16,08
06 - 10	52	16,72
11 - 15	129	41,48
16 - 18	80	25,72
Acompanhante da vítima no momento do registro da ocorrência		
Mãe	143	45,98
Pai	34	10,93
Outros	132	42,44
Sem informação	02	0,64
Procura da vítima por serviço de saúde		
Sim	23	7,39
Não	161	51,77
Sem Informação	127	40,84

Fonte: Ocorrências registradas na Delegacia de Defesa da Mulher, Araçatuba-SP, 2008.

DISCUSSÃO

As crianças e os adolescentes figuram como as principais vítimas de todos os tipos de violência intrafamiliar, o que contraria a idéia de que o lar é um local seguro e confere proteção à criança.

Dentre as formas de violência sofridas, destacam-se a violência física, o abuso sexual e as negligências, tanto de ordem material, quanto afetiva⁽¹²⁾.

Os dados deste estudo evidenciaram vários tipos de crimes praticados contra as crianças e adolescentes, dentre eles, lesão corporal (violência física), maus tratos (agressão e/ou negligência) e ameaça (violência psicológica). Abandono de incapaz, estupro, corrupção de menores, entre outros, também se destacaram entre as denúncias analisadas, o que confirma a diversidade das formas de agressão.

Estudos enfatizam que a violência física é a mais notificada, seguida pela negligência e violência psicológica⁽¹³⁾. O lar aparece como local privilegiado para os episódios desse tipo de violência, pois tanto as vítimas quanto os agressores, muitas vezes, costumam permanecer a maior parte do dia em seu domicílio⁽¹⁴⁾. Isso porque o agressor supostamente conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família ou ainda,

por não assumir a criança mantendo uma postura de não comprometimento com o agredido. No presente estudo pudemos confirmar esse fato. Porém, esse tipo de violência também apareceu, com uma menor frequência, em outros locais como as instituições escolares e vias públicas.

A agressão física é, sem dúvida, de mais fácil reconhecimento, todavia não é só essa forma de violência que pode desenvolver-se no interior das famílias. A violência psicológica tem-se mostrado muito freqüente e exige atenção redobrada do profissional de saúde, já que sua manifestação, às vezes sutil, pode passar despercebida. Destaca-se dessa forma a grande importância desses profissionais em detectar e denunciar os casos comprovados ou mesmo suspeitos aos órgãos competentes.

Quanto às características das agressões, de forma geral, o fato de ocorrerem com mais freqüência aos sábados, no horário noturno, pode ser atribuído também pela maior permanência dos membros da família em suas casas aos finais de semana e durante a noite.

Os motivos alegados para justificar a agressão praticada contra crianças e adolescentes são os mais variados, mas na maioria dos casos não há motivos concretos. Os fatos corriqueiros e banais podem ser os responsáveis pela conversão de agressividade em agressão. Estudos revelam que o elevado nível de violência perpassa as relações entre os seres humanos, como o baixo nível de tolerância ao outro, a ausência de diálogo na resolução dos problemas, a desvalorização da vida e o elevado nível de estresse nas relações interpessoais⁽¹⁵⁾. Os conflitos conjugais geram insegurança emocional nas crianças que presenciam estes eventos, refletindo em perturbações na qualidade e na duração do sono desses indivíduos. Isto traz um efeito negativo em relação ao desempenho acadêmico, comportamental e emocional⁽¹⁶⁾.

Quando se analisa quem seria com maior freqüência o agressor, observa-se a situação da mãe na família, pois é ela quem está mais próxima fisicamente da criança, seja responsabilizando-se pelo cuidado afetivo e educacional dos filhos, seja garantindo sua sobrevivência, já que, na maioria das vezes, quando o casal está separado, é com ela que a criança permanece. Essa proximidade parece favorecer a ocorrência de situações de violência⁽¹³⁾. Este destaque da mãe enquanto agressor é referenciado em vários trabalhos^(6,13,14), confirmando os dados obtidos neste estudo. Seguindo da mãe, pudemos verificar outras relações entre vítima e agressor, como o próprio pai, colegas de escola, funcionários das instituições escolares e outros adolescentes e adultos em geral.

Quanto ao gênero das vítimas pudemos conferir que as crianças e adolescentes do gênero feminino são submetidas a situações de violência com mais freqüência que as do sexo

masculino. Isto pode ser explicado pelo fato de o sexo feminino estar mais vulnerável às agressões e pela ideologia de uma suposta fragilidade feminina.

Quanto a baixa procura pelo Serviço de Saúde, outros estudos demonstraram que ao investigar os locais de escolha por vítimas de violência doméstica encontrou as delegacias de polícia como primeiro lugar (36,8%), enquanto que os serviços de saúde só foram buscados em 5,3% dos casos⁽¹⁷⁾. Isso pode significar que as lesões não representaram um problema grave para as vítimas ou que as mesmas não consideram o setor de saúde como competente para lidar com a violência⁽¹⁸⁾. Ou ainda o motivo da não procura de ajuda pode ser porque como são os responsáveis que cometem na maioria das vezes a agressão, não tem consciência do dano causado a criança ou não querem ser condenados, por isso evitam buscar o pronto atendimento. Cabe, no entanto, aos profissionais de saúde ficar atentos para casos suspeitos de violência e a notificação dos mesmos, visto que estão sujeitos a penalidades sob forma de multa e, no caso de reincidência, uma multa com o valor maior ainda. Além disso, a contribuição desses profissionais é de fundamental importância uma vez que estão em contato direto com possíveis vítimas, principalmente aquelas que são agredidas pelos seus responsáveis e desta forma podem não ter acesso à procura por ajuda.

A criança que se desenvolve num ambiente violento pode apresentar sinais como dificuldade para expressar-se, baixa autoestima, e ainda a percepção de ter poucos amigos. Para aquelas que já apresentam características emocionais instáveis, como por exemplo, a depressão, o fato de crescer num ambiente violento pode prejudicá-las ainda mais, tornando-se uma atmosfera favorável para novas vitimizações⁽¹⁹⁾.

Em face da complexidade da violência contra menores, há necessidade de realizar ações conjuntas entre setores da saúde, setores públicos e da sociedade civil, a fim de prevenir e enfrentar essas situações⁽²⁰⁾.

Torna-se, portanto, imprescindível o traçado epidemiológico da agressão contra a criança e o adolescente no mundo e no Brasil a fim de conhecê-la, e desse modo mapear sua morbidade que ainda é pouco conhecida, formando assim um diagnóstico que possa subsidiar o direcionamento de medidas de controle, prevenção e efetivas ações de atendimento⁽²⁰⁾.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Delegada de Polícia da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, Dra. Luciana Pistore Frascino, por permitir a realização da pesquisa na referida unidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. [citado 2006 Out 6]. Disponível em: http://www.who.in/violence_injury_prevention.
2. Paixão ACW, Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Saude soc. 2010;19(1):114-26.
3. Centro e Combate à Violência Infantil. Dados científicos: violência física: estatísticas: dados estatísticos, principais características, perfil da vítima, perfil do agressor, etc. [citado 22 set 2009]. Disponível em: <http://www.cecovi.org.br>.
4. Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município

- da região sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005;13(4):530-7.
5. Fundação Abrinq. O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq: Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientia; 2004.
 6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 7. Azevedo MA, Guerra UNA. Infância e violência doméstica: módulo 2. São Paulo: Laboratório de Estudo da Criança; 2002.
 8. Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. *Rev Bras Enferm* 2008;61(3): 342-8.
 9. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intra-familiar: agressões denunciadas em um município do estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad. Saúde Publica* 2008;24(8):1939-52.
 10. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(1): 315-9.
 11. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990 Jul 16.
 12. Dossi AP. Violência contra a criança: formação, conhecimento, percepção e atitude de profissionais de saúde e educação [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2009. Doutorado em Odontologia.
 13. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde colet.* 2005;10(1): 143-9.
 14. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. saúde colet.* 2007;12(5): 1129-41.
 15. Hirsch CS, Rushforth NB, Ford AB, Adelson L. Homicide and suicide in a metropolitan county. I. Long-term trends. *JAMA.* 1973; 223(8): 900-5.
 16. El-Sheikh M, Buckhalt JA, Mark Cummings E, Keller P. Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48 (1): 88-96.
 17. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev. Saúde Públ.* 2006;40(2):256-64.
 18. Dossi AP. Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2006. Mestrado em Odontologia.
 19. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciênc. saúde colet.* 2009;14(2): 383-94.
 20. Martini CBG, Jorge MHPM. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: perfil das vítimas e suas famílias em município do sul do Brasil. *Pediatria.* 2009;31(1): 9-19.