

Um Estudo Transversal Sobre Cinco Anos de Denúncia Sobre Violência Contra Crianças e Adolescentes em Araçatuba - São Paulo

A Cross-Sectional Study of Five Years of Reporting on Violence Against Children and Adolescents in Araçatuba - São Paulo

Cléa Adas Saliba Garbin^{a*}; Adrielle Mendes de Paula Gomes^b; Renata Colturato Joaquim Gatto^a; Artênio José Ispere Garbin^a

^aUniversidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, São Paulo, Brasil.

^bUniversidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Odontologia Preventiva e Social, São Paulo, Brasil.

*E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

Recebido em: 23/05/2016 Aceito em: 10/11/2016

Resumo

A violência contra crianças e adolescentes, por vezes, é entendida como uma forma de disciplina e não como agressão. Portanto, delinear o perfil de vítimas e agressores é importante para que se possa visualizar, conhecer e enfrentar esse problema. Este estudo objetivou verificar a ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes e suas características. Trata-se de estudo transversal, descritivo, de análise documental. Foram investigados os registros policiais (n=1506) de uma delegacia especializada, em um município de médio porte, no período de 2008 a 2012, e analisados os dados relativos ao perfil sócio-demográfico das vítimas e dos agressores, e à agressão: tipo; local; motivo; presença de álcool e drogas durante a agressão e relação vítima-agressor. Do total, a maioria das vítimas era do sexo feminino (67,9%), brancas (64,74%), com idade entre 11-15 anos (40,58%); os agressores eram homens (62,42%), brancos (46,75%), faixa etária 10-20 anos (18,20%). A violência física foi prevalente (57,0%), ocorrida na própria residência (60,03%) e as mães foram as principais agressoras (37,29%). A discussão e/ou desentendimento foram o maior motivo (39,91%) para justificar as agressões. Conclui-se que houve um aumento das ocorrências registradas contra crianças e adolescentes durante os cinco anos de estudo, prevalecendo a violência física contra meninas, sendo as mães a principal personagem desses atos.

Palavras-chave: Violência. Maus-Tratos Infantis. Defesa da Criança e do Adolescente.

Abstract

Violence against children and adolescents, sometimes is understood as a form of discipline rather than aggression. Therefore, outlining the victims and offenders' profile is important so that it is possible to see, know and experience this problem. This study aimed to verify the occurrence of maltreatment with children and adolescents and their characteristics. It is cross-sectional, descriptive and documentary analysis. Police reports were investigated (n=1506) from a specialized police station, in a medium-sized municipality, from 2008 to 2012, and analyzed the data on the socio-demographic profile of the victims and perpetrators, and aggression: type; local; reason; the presence of alcohol and drugs during the assault and victim-offender relationship. Out of the total, most of the victims were female (67.9%), white (64.74%), aged 11-15 years (40.58%); the attackers were men (62.42%), white (46.75%), aged 10-20 years (18.20%). Physical violence was prevalent (57.0%), which took place in their own residence (60.03%) and mothers were the main aggressors (37.29%). Quarreling and / or disagreement were the most prevalent reason (39.91%) to justify the aggression. It was concluded that there was an increase in incidents recorded against children during the 5 years of study, prevailing physical violence against girls, being the mothers the main character of such acts.

Keywords: Violence. Child Abuse. Child. Adolescent. Child Advocacy.

1 Introdução

A violência pode ser entendida como qualquer situação, em que o sujeito perde o reconhecimento de seu papel na sociedade e é rebaixado à condição de objeto, devido ao uso do poder, da força física ou de qualquer forma de coerção¹. Não é fenômeno simples de ser explicado, como uma visão unilinear de causa e efeito, sendo uma situação complexa, resultante de um contexto e de uma dinâmica sociocultural e política que, historicamente, pode ser explicada por relações de poder estabelecidas, como se o domínio do mais forte sobre o mais fraco fosse natural².

Nas últimas décadas, a violência tem sido vista pela sociedade brasileira como um grande problema social³, afetando profundamente a qualidade de vida das pessoas, que passam por essas situações, comprometendo tanto os

aspectos sociais desse fenômeno, quanto os aspectos de saúde quando provocam danos por lesões físicas, psíquicas e morais, já que estas situações estão presentes no cotidiano das relações sociais⁴. Diante desse contexto, a preocupação com a preservação dos direitos e com a proteção dos indivíduos têm sido constante, principalmente, em relação aos grupos vulneráveis, como idosos, mulheres, homens, crianças e adolescentes⁵.

O processo educativo de crianças e adolescentes sempre foi vinculado como forma de justificar a violência contra as mesmas, constituindo-se um problema histórico-cultural que perdura por muitas décadas até o século atual⁶. A susceptibilidade e a vulnerabilidade a essa situação, em nível mundial, podem ser explicadas devido à posição desigual de poder perante o adulto⁶.

O desenvolvimento adaptativo de uma criança está seriamente ameaçado, quando esta é exposta à violência doméstica⁷. Dessa forma, no âmbito da saúde pública, houve necessidade da incorporação desse tema como objeto de estudo, a fim de prevenir, de examinar e de delinear planos para intervir nas diversas situações de violência⁴.

Um instrumento jurídico de grande importância para essa população é o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA⁸ que, em seu artigo 5º, assegura que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de violência. Além disso, em seu 4º parágrafo, garante os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, entre outros, uma vez que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, efetivar estes direitos.

A violência, por vezes, é justificada como forma de disciplinar crianças e adolescentes, não sendo vista como agressão, apesar de existir vários dispositivos legais que visam proteger as mesmas⁹. Por isso, faz-se importante a realização de inquéritos epidemiológicos, como forma de possibilitar a compreensão de um determinado evento que se manifesta na população estudada¹⁰.

Face ao exposto, o presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes e suas características, durante cinco anos, a partir dos registros policiais a Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, São Paulo, Brasil.

2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, de análise documental, conduzido na Delegacia de Defesa da Mulher - DDM, de um município de médio porte, Araçatuba, São Paulo, entre os anos de 2008 a 2012. Todas as ocorrências de crimes contra crianças e adolescentes, independente de gênero, são registradas na DDM, pois o município não conta com uma delegacia específica para esse grupo.

A população do estudo foi composta por todas as ocorrências policiais, registrados em Boletim de Ocorrência, que é o registro inicial do delito, apresentando os dados básicos do fato e das partes envolvidas, ou Termo Circunstanciado, usado para crimes considerados de menor potencial ofensivo, que são praticados contra crianças, de zero a doze anos de idade incompletos, e adolescente, de 12 a 18 anos de idade, de ambos os gêneros⁸. Neste estudo, ao se referir às crianças e aos adolescentes, devido às dificuldades para desagregar informações disponíveis desses cortes etários¹¹, foram utilizados intervalos etários quinquenais: 0 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; e 15 a 19 anos de idade, este último incompleto.

Dentre as ocorrências registradas, foram analisadas as seguintes informações: características dos agressores e das vítimas quanto à idade, ao gênero, à raça; ao tipo de violência;

ao local, ao horário e dia da semana da agressão de maior ocorrência; relação de parentesco entre vítima e agressor; motivo da agressão; e o envolvimento de bebida alcoólica e drogas ilícitas durante o ato. Foram excluídos da amostra os crimes auto infligidos, ou seja, aqueles praticados pelas próprias vítimas.

Para facilitar a compreensão dos resultados, o tipo de violência foi classificado em física, psicológica, sexual, negligência e fatal, sendo esta última como consequência dos outros tipos de violência¹². A relação vítima-agressor foi subdividida em cinco grupos: Grupo A (relação entre casais): cônjuges, companheiros, namorados etc; Grupo B (responsáveis): pais, padrastos, madrastas; Grupo C (demais familiares): irmãos, primos, tios, avós etc; Grupo D: desconhecidos; Grupo E: colegas de escola.

A coleta de dados teve início em fevereiro de 2009 para a coleta dos registros de 2008 e finalizando em março de 2013 para a coleta de 2012.

Para análise de dados foram utilizados os métodos quantitativo-descritivos. Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info, versão 7.1.5.

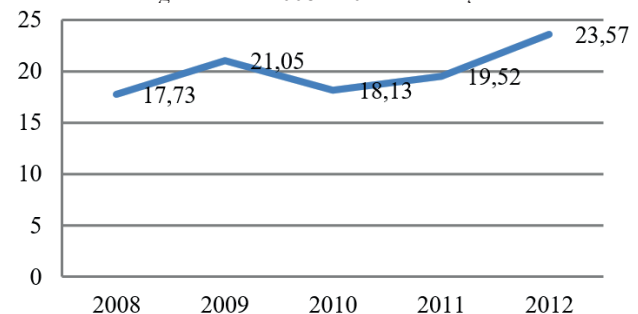
Os parâmetros éticos para investigações envolvendo seres humanos foram respeitados, e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP (Processo nº 2007/01343). As ocorrências policiais foram analisadas de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações, que pudessem identificar tanto vítimas quanto agressores.

3 Resultados e Discussão

A infância e a adolescência são uma fase em que as emoções ainda estão se desenvolvendo, e situações de violência podem causar um grande impacto na vida das mesmas, destacando-se a depressão e outros comportamentos danosos, como a ansiedade e o comportamento disruptivo¹³.

Neste estudo, dentre os Boletins de Ocorrências e Termos Circunstanciados registrados nos anos de 2008 a 2012, 12% (n=1506) correspondiam às ocorrências contra crianças e adolescentes. A Figura 1 representa o crescimento da taxa de violência registrada na DDM ao longo dos anos.

Figura 1: Taxa de crescimento da violência contra crianças e adolescentes registrada de 2008 a 2012 em Araçatuba-SP



Fonte: Dados da pesquisa.

Foi possível verificar o predomínio do sexo feminino entre as vítimas. (67,9%), da raça branca (64,74%) (Quadro 1). As relações de gênero impostas transculturalmente² e a ideologia de uma suposta fragilidade feminina¹² podem justificar esta frequência. No mundo, o coeficiente estimado de mortalidade por maus-tratos é de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino¹⁴.

Quadro 1: Perfil epidemiológico das crianças e adolescentes vitimadas, registradas na delegacia no período de cinco anos

Atributo	Classe	n	%
Sexo	Feminino	1023	67,9%
	Masculino	476	31,6%
	Sem informação	7	0,46%
Raça	Branca	975	64,74%
	Negra	59	3,92%
	Parda	424	28,15%
	Sem informação	48	3,19%
Faixa etária	0 -- 5	169	11,22%
	5 -- 10	231	15,34%
	10 -- 15	611	40,58%
	15 -- 19	488	32,40%
	Sem informação	7	0,46%

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à faixa etária, também explanado no Quadro 1, a maioria das vítimas estava na faixa entre 10 a 15 anos incompletos (40,58%), sendo a menor concentração em crianças na faixa de 0 a 5 anos incompletos. A violência tende a ser agravada com o crescimento da criança, quando chega à adolescência e, principalmente, quando entra na maturidade¹¹.

Quanto ao perfil do agressor, pode-se observar uma maior prevalência do sexo masculino (62,42%), além de a maioria dos agressores ser conhecida das vítimas (82,67%), corroborando com outros estudos¹⁵⁻¹⁷. Segundo Maia e Barreto¹⁸, o uso do poder e da força por parte do homem podem ser explicadas por valores culturais. Ainda, ressalva que o relacionamento de proximidade existente entre agressor e vítima permite circunstanciar a violência.

Quadro 2: Perfil epidemiológico dos agressores contra crianças e adolescentes registradas na delegacia no período de cinco anos

Atributo	Classe	n	%
Sexo	Masculino	940	62,42
	Feminino	456	30,28
	Sem informação	110	7,30
Raça	Branca	704	46,75
	Negra	95	6,31
	Parda	391	25,96
	Sem Informação	316	20,98
Faixa etária	10 -- 20	273	18,20
	21 -- 30	196	13,00
	31 -- 40	179	11,88
	41 -- 50	104	6,89
	51 -- 60	48	3,18
	> 60	15	0,98
	Sem informação	691	45,87

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao tipo de violência observada neste estudo, a física foi mais prevalente (40,97%), seguida pela violência psicológica (25,90%). A violência física caracteriza-se pelo uso intencional da força física, não acidental, com o objetivo de machucar, ferir, causar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no corpo¹⁹. Segundo o Mapa da Violência¹¹, esse tipo de violência representa 40,5% do total de atendimentos de crianças e adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

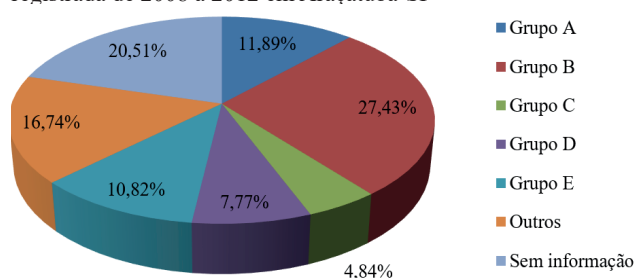
Apesar de a violência psicológica apresentar uma prevalência menor que a física neste estudo, esta merece destaque pelo fato de ser de difícil identificação e percepção, tanto por parte da vítima que, por vezes, não percebe que está sofrendo este tipo de agressão, quanto de pessoas que estão ao seu redor e que poderiam ajudá-la a denunciar. Esse tipo de violência é caracterizado por agressões verbais, humilhações e tratamentos degradantes²⁰. Fernandes *et al.*⁴, ao estudar a percepção da população masculina em relação aos tipos de violência, mostraram que, apesar dos mesmos identificarem tais atos como não aceitáveis e de prejuízo comum, os mesmos não conseguiram atribuir a mesma importância dada à violência física.

A violência sexual é definida como todo ato ou jogo sexual, visando satisfação sexual de adultos ou de pessoas em desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a vítima²¹, e neste estudo 17,20% das vítimas sofreram esse tipo de violência. Ainda, 5,91% das crianças e/ou adolescentes sofreram negligência, caracterizada pela falta de cuidados e abandono da criança²⁰; e 0,40% foram vítimas fatais.

Outros tipos de violência, como dano material, difamação ou perturbação da tranquilidade representaram 9,63% dos casos.

Com relação ao grau de parentesco entre vítimas e agressores, a maioria pertencia ao Grupo B (Figura 2). Dentro desse grupo, as mães (37,29%) e os pais (37,05%) das vítimas representam a maioria dos agressores, seguidos do padrasto (22,76%) e da madrasta (2,91%). O tema autoridade dos adultos sobre as crianças gera controvérsias quanto à construção de bases para defender ou rechaçar o uso de castigos físicos para educar crianças, ou seja, a “falta de limites” das novas gerações ou “dar voz” às crianças gera confusão sobre como as mesmas devam ser tratadas^{22,23}.

Figura 2: Distribuição percentual da relação vítima-agressor registrada de 2008 a 2012 em Araçatuba-SP



Fonte: Dados da pesquisa.

A discussão ou desentendimento representam a maioria dos motivos que levaram os agressores a vitimar as crianças ou os adolescentes (39,91%). O motivo não relatado ficou em segundo lugar com 34,85% das ocorrências. O baixo nível de tolerância, a ausência de diálogo na resolução dos problemas, a desvalorização da vida e o elevado nível de estresse nas relações elevam o nível de violência e convertem a agressividade em agressão¹².

Os dias da semana, de segunda a sexta-feira (72,38%), e o período da tarde, do meio dia às dezoito horas (32,55%) são os períodos em que mais ocorrem as situações de violências contra crianças e adolescentes. Tal fato pode ser justificado pela maior permanência das crianças em suas casas durante esse turno, período em que estão fora do ambiente escolar.

Os dados deste estudo evidenciaram a residência como local privilegiado para a ocorrência de violência contra as crianças e adolescentes (60,03%), contrariando a ideia de que o lar é um local seguro e que confere proteção¹². Outro local que se destacou neste estudo foi a instituição escolar, com 12,42% dos registros, que por vezes é considerada como a segunda casa do aluno. Porém, nos dias atuais, passou por um processo de transformação, perdendo o caráter educativo, e o desejo de aprendizagem deu lugar à insegurança e ao temor da violência²³.

O uso de drogas ou álcool pelo agressor, quando relatado pelas vítimas, durante o ato da agressão representa 3,05% e 6,24% respectivamente. Além dos motivos anteriormente citados, os indivíduos alcóolatras ou usuários de drogas são propensos a desencadear atos de violência¹. Segundo os relatos das vítimas, a maioria dos agressores não estava sob efeito de álcool e/ou drogas no momento da agressão. Porém, pode ter ocorrido uma possível perda de informação durante o relato, uma vez que a vítima pode não ter associado, nesse momento de estresse, o ato de violência ao uso de álcool ou drogas por parte do agressor.

A violência contra crianças e adolescentes é uma triste realidade, e deve ser entendida dentro de sua integralidade. Por isso, se faz necessário o direcionamento de tempo, conhecimento e, principalmente, empenho na elucidação dos casos²⁴.

4 Conclusão

Diante o exposto, pode-se verificar que houve aumento das ocorrências registradas contra crianças e adolescentes durante os cinco anos de estudo, prevalecendo a violência física contra meninas, sendo as mães a principal personagem desses atos. Este estudo permitiu delinear o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes e suas características, em um município de médio porte, fornecendo uma base para traçar estratégias e ações que envolvam todas as áreas da saúde e o sistema legal, criando-se uma rede de vigilância à saúde de crianças e adolescentes. Espera-se que, com este estudo, novos trabalhos com objetivos similares sejam desenvolvidos, com o intuito de se obter uma complexa discussão sobre o

tema no cenário nacional, para que haja, assim, mudanças neste quadro.

Referências

1. Minayo MCS. Violência e educação: impactos e tendências. *Rev Pedag* 2013;15(31):249-64.
2. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(3):655-65.
3. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(6):1879-90.
4. Fernandes CB, Martins VS, Santos J, Silva NM, Bortoleto JC, Pirolo SM. Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(31):133-41.
5. Martins CBG, Jorge MHPM. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paul Enferm* 2010;23(3):423-8.
6. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(10):4267-76.
7. Gonçalves MJ, Sani A. A participação da criança na justiça: estudo com crianças expostas à violência doméstica. *Ver Psicol Criança Adolesc* 2015;6(1):157-69.
8. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
9. Pereira LS, Costa RS, Carrijo LF, Silva GQ, Silva MB. A violência domiciliar contra crianças e adolescentes e a responsabilidade dos profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. *RESU* 2015;2(1):127-39.
10. d'Avila S, Campos AC, Cavalcante GMS, Silva CJP, Nóbrega LM, Ferreira EF. Caracterização de vítimas de agressão e de acidentes de transporte atendidas no Instituto de Medicina e Odontologia Forense – Campina Grande, Paraíba, Brasil – 2010. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(3):887-94.
11. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: Cebela; 2012.
12. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev Bras Enferm* 2011;64(4):665-70.
13. 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.
14. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2010;63(4):660-5.
15. Mascarenhas MSM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública* 2010;26(2):347-357.
16. Pinto Junior AA, Cassepp-Borges V, Santos JG. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Coletiva* 2015;23(2):124-31.

17. Barreto CSLA, Araújo RPC, Martins Júnior DF. A violência praticada contra a criança no Estado da Bahia: autoria e meios de agressão. *Rev Ciênc Méd Biol* 2016;15(1):82-7.
18. Maia AC, Barreto M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. *Psicol Estud* 2012;17(2):195-204.
19. Gonçalves TKC, Lemos A, Tocantins FR. Women, violence, and nursing: bibliometric study. *J Nurs UFPE* 2014;8(8):2864-71.
20. Garbin CAS, Queiroz APDG, Roviada TAS, Saliba O. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicol Rev* 2012;18(1):107-18.
21. Deslandes S, Cavalcanti LF, Vieira LJES, Silva RM. Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015;31(2):431-435.
22. Ribeiro JM. O uso do castigo físico em crianças e adolescentes como prática educativa: algumas perspectivas da Sociologia, Filosofia e Psicologia. *Pesq Práticas Psicossoc* 2014;9(2):213-21.
23. Ribeiro FB. Governo dos adultos, governo das crianças. Agentes, práticas e discursos a partir da “lei da palmada”. *Civitas* 2013;13(2):292-308.
24. Schottz ES, Silva JCM. Histórico da agressividade e violência nas escolas públicas e particulares no Brasil. *Interfaces Cient* 2014;2(2):121-36.