



---

**EDITORIAL**

---

## *Saúde e violência na infância e na adolescência*

*Health and violence in infancy and adolescence*

Mário Santoro Jr. \*

Haggerty<sup>1</sup> denominou “Nova Morbidez Pediátrica” a um conjunto de situações relacionadas à quebra de vínculos familiares e/ou sociais, tais como os maus tratos infantis, abuso de drogas, crianças de e na rua, abuso sexual.

Tais fenômenos representam uma distorção das ligações da criança com o seu meio social e físico, o que levou alguns a defini-la como alteração de ecologia pediátrica.

Nos países desenvolvidos, a violência representa um importante desafio dentro do campo de saúde pública. Wolfgang<sup>2</sup> relata que os E.U.A. apresentam os mais altos índices de homicídios do mundo industrializado, sendo dez vezes maiores do que os da Inglaterra e vinte e cinco vezes maiores do que os da Espanha. Além disto, os índices de homicídios vêm aumentando nas últimas décadas, tornando-se a segunda principal causa da morte na faixa etária de 15 a 24 anos, nos Estados Unidos.<sup>3</sup>

É necessário, entretanto, destacar-se que as lesões fatais decorrentes da violência representam uma pequena fração do problema. As lesões intencionais, não fatais, também conseqüência de atos violentos, ocorrem em uma freqüência até 100 vezes maior.<sup>4</sup>

A experiência acumulada<sup>4</sup> demonstra serem as instituições de saúde locais privilegiadas de identificação primária de problemas relacionados com a violência.

Diversas circunstâncias fizeram com que o tema “violência” fosse incorporado ao discurso sanitário. Entre aquelas destacam-se o mencionado incremento da incidência deste quadro, a reforma constitucional de 1988<sup>5</sup> e a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>6</sup>, resgatando a cidadania da Criança e do Adolescente e criando obrigações legais ao pessoal das áreas da saúde na defesa e na proteção integral deles, as exigências corporativas para cumprimento de normas morais e éticas<sup>7</sup>, e, ainda, uma mobilização social favorável ao desenvolvimento de condi-

ções para valorização do ser em fase de desenvolvimento. O reflexo desses fatos é visível na produção acadêmica e na sua discussão em jornadas científicas, fato pouco comum na área das ciências da saúde até há alguns anos atrás, em que pese a história da humanidade ter sido testemunha da violência contra a criança e o adolescente<sup>8</sup> desde a mais remota antigüidade.

O tema em discussão - violência contra a criança e o adolescente - tem seu referencial teórico embasado em profundos conhecimentos científicos, os quais transcendem a área médica e consultam interesses interdisciplinares, tais como a sociologia, a antropologia, o direito, a filosofia, as ciências sociais, a deontologia, a bioética. A apropriação desse saber, contudo, não é, por vezes, completa, tomando muitos modelos teóricos inacabados, suscitando questionamentos, muitos dos quais objetos de novas investigações. São exemplos disso as dúvidas relacionadas à conceituação, às teorias explicativas, à epidemiologia, aos aspectos legais e éticos, entre outros. Muito do não saber teórico reflete-se na prática da abordagem desses casos ou na sua prevenção.

Interessante discussão dá-se quanto à classificação do fenômeno. Azevedo e Guerra<sup>9</sup> propõem os conceitos de vitimização e vitimação, a primeira decorrente da violência doméstica, conseqüente a uma relação assimétrica de poder, quase sempre adulta e falocêntrica, e a segunda decorrente de um processo de marginalização social, conseqüente a profundas desigualdades na distribuição da riqueza social. Delgado<sup>8</sup>, modificando a classificação de Paris, propõe as seguintes formas:

- **Violência intra-familiar**

Agressões físicas  
Agressões químicas  
Agressões emocionais  
Agressões sexuais  
Negligências

- **Violência extra-familiar**

**Na escola:**

Física  
Psicológica  
Excesso de trabalho

---

*Veja artigo relacionado  
na página 263*

---

---

\* Coordenador do Programa da Criança e do Adolescente da Secretaria da Saúde do Município de SP.

Pós graduado (nível doutorado) de Medicina da Faculdade de Medicina da USP.

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria.

**No hospital:**

Iatrogenismo  
 Psicológica  
 Abuso sexual

**- Crianças abandonadas****- Crianças exploradas**

Trabalho "profissional"  
 Mendicância  
 Prostituição

**- Político policial - terrorismo****- Síndrome de Munchausen por delegação**

As crianças vitimadas, fruto da violência estrutural, são as que mais comumente estão sujeitas a terem desrespeitada sua condição de cidadania, negando-se-lhe os mais elementares direitos, tais como o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, ao convívio familiar, entre outros. Muitas dessas crianças vitimadas pelas sociedades, ou pelas instituições que deveriam protegê-las, refugiam-se na rua, nas drogas, na prostituição, na pornografia, no suicídio e no homicídio, este a negação no limite do direito à vida. A análise da violência requer o conhecimento prévio do seu tipo e dos fatores circunstanciais, aí incluídas as condições sócio-econômicas, a idade, os fatores sociais, as pressões associadas à adolescência, a história de vida e a perspectiva histórica da sociedade na qual o sujeito-vítima se insere. Ainda assim, a análise requer cuidados especiais na interpretação de certos fatos, que muitas vezes só aparentemente se relacionam. O fator racial é um dado exemplar para tanto. Os negros, quase sempre, estão significativamente representados nas estatísticas de violência, tendo o Center for Disease Control reportado uma frequência de 44%, valor significativamente mais elevado que a proporção de negros na população<sup>10</sup>. Contudo, a análise epidemiológica mostrou que 80% dos homicídios ocorriam entre membros da mesma raça<sup>11</sup>, o que afasta assim o fenômeno das questões de ódio racial. Com relação ao nível sócio-econômico, o que se vê com maior frequência nos dados disponíveis é uma frequência aumentada de violência, aí incluindo os homicídios, ocorrendo em populações com baixo nível sócio-econômico, alta densidade populacional, deficiência de habitação e elevada taxa de desemprego.<sup>10</sup> A violência com grande frequência associa-se aos grupos etários correspondentes à adolescência, em função de que a necessária evolução para atingir a identificação social e sexual faz com que esses grupos assumam comportamentos de risco.<sup>12</sup>

A vitimização - fenômeno de violência interpessoal - tem uma representação epidemiológica totalmente diversa. A pobreza, enquanto fator isolado, não é fator causal do quadro, embora possa ser um desencadeante. O agressor e a vítima tem características diversas também, sendo aquele geralmente um dos pais biológicos ou um adulto cuidador, o fenômeno é recidivante, crônico e quase sempre envolvido por um manto de silêncio. Não há restrições raciais ou de sexo, embora no abuso sexual haja uma predominância da

vítima mulher.<sup>13</sup>

A morte por acidente - colisão de veículos motorizados, queimaduras, intoxicações, quedas de janela ou de bicicletas - ceifa inúmeras vidas de crianças entre 1 e 14 anos. A maioria destas mortes são preveníveis, o que levou Wilson<sup>14</sup> a denominar estes acidentes de "Abuso infantil culturalmente tolerado".

A intervenção preventiva e curativa não só dependerá do tipo considerado de violência, como obrigatoriamente necessita de uma rede interdisciplinar de atenção, com uma ampla base de profissionais e de organizações comunitárias. Certamente, os pediatras, pelo estreito convívio com o paciente e seus familiares, ocupam posição privilegiada na implementação de medidas preventivas, todas elas basicamente relacionadas ao reforço dos vínculos afetivos. São exemplo dessas atuações os Programas de Alojamento Conjunto, Pais Participantes, Incentivo ao Aleitamento Materno, Educação em Saúde, Ensino das Fases de Crescimento e Desenvolvimento Infantil aos Pais e Familiares, Atenção às Necessidades Emocionais dos Pais e Educação Sexual.

O excelente artigo de Minayo e Assis que o *Jornal de Pediatria* publica neste número discute, em profundidade, as diversas formas de violência, com interessantes dados nacionais. O artigo em questão discute um dos aspectos mais delicados do fenômeno violência: a conceituação e a problemática dos dados sobre a violência contra a infância e adolescência no Brasil. Os autores rejeitam a superficialidade no trato da questão e discutem em profundidade questões relativas ao agressor, à vítima, identificando sua faixa etária, seu sexo, sua inserção social e o fator racial. E ainda, demonstrando grande inquietação científica, não só descrevem os dados, mas buscam explicações sociológicas para os mesmos, que levam à definição da violência estrutural como "fenômeno que no seu processo de reprodução tem gerado um nível de conflito social exacerbado...". Em consonância com o conhecimento científico internacional, os autores também denunciam o manto de silêncio a encobrir o complô de violência doméstica. Excepcional contribuição do artigo é a sua profissão de fé de que muita coisa em nível de prevenção poderá ser feita pelos profissionais de saúde, desde que ao conhecimento seja aliada uma predisposição para abraçar a doutrina de proteção integral da criança e do adolescente. Finalmente, creio, que a leitura de *Saúde e Violência na Infância e na Adolescência* serve a dois propósitos. O primeiro refere-se ao leitor pouco familiarizado com o assunto e que nele encontrará informações que lhe permitirão incorporar novos padrões à sua prática diária. O segundo refere-se ao leitor especializado no tema e que no artigo encontrará motivos para novas reflexões e busca de novas respostas.

**Referências bibliográficas**

1. Richmond, J.: In: Green M, Haggerty RJ et al. *Pediatria Ambulatorial* 4ª ed., Porto Alegre, 1992:1-2.

2. Wolfgang M. Homicide in other industrialized countries. Bull N.Y. Acad Med 1986; 62:400.
3. Centers for disease control: Violent death among persons 15-24 years of age - United States, 1970 - 1979 MMWR 1982; 32:453-457.
4. Barancik J, Chatterjee B, Green Y et al. Northeastern Ohio trauma study. I Magnitude of the problem Am J Public Health 1983; 73:746-751.
5. Constituição Federal do Brasil, 1988.
6. Lei 8069/90 - 30/07/1990.
7. Código de Ética Médica: Resolução CFM, 146/88, publicada no D.O.U. em 26/01/1988.
8. Delgado A, Silber T, Aristegui J et al. Pediatría clínica. La pediatría através de la historia clínica, Bilbao, Espanha, Imprensa Boan S/A, 1992; v.3: 89-107.
9. Azevedo MA, Guerra VNA. Vitimação e vitimização: Questões conceituais. In: Azevedo MA et Guerra, VNA, org. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder, 1ª ed. São Paulo: Iglu Editora, 1989: 43-47.
10. Centers of disease control: Homicides among young black males - United States, 1978 - 82, MMWR, 1985, 34:629-633.
11. Centers of disease control - Homicide United States MMWR 1982; 31:599-602.
12. Santoro MJ - Vitimização e negligência. In: Coates V, Franço L, Beznos GW. Medicina do adolescente. São Paulo, Sarvier, 1993: 476-483.
13. Farinatti F, Biazus DB, Leite MB et al. Pediatría social - A criança maltratada. 1ª ed. Porto Alegre, Medsi, 1993: 89-124.
14. Wilson MH. Childhood injury control. Pediatrician 1983; 85:12-20.

## ***Baixa estatura: um mal da sociedade brasileira***

*Short stature: a Brazilian social disease*

**Elsa R. J. Giugliani\***

A estatura final de um indivíduo depende da interação entre seu potencial genético e o ambiente. São os fatores ambientais os principais responsáveis pelas variações de estatura entre diferentes populações<sup>1</sup>. A estatura, na realidade, reflete as condições sócio-econômico-culturais de uma comunidade, sendo o retardo de crescimento linear um dos mais sensíveis indicadores da desigualdade de uma população.

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição<sup>2</sup> mostrou que 1/5 da população adulta jovem brasileira pode ser considerada "nanica" quando comparada com o padrão NCHS (National Center for Health Statistics), recomendado pela Organização Mundial da Saúde. As crianças com baixa estatura se concentraram nas famílias com renda mensal inferior a 2 salários mínimos. Por outro lado, a curva da altura de crianças de 0 a 10 anos cuja renda familiar mensal era maior que 5 salários mínimos foi praticamente superponível à curva-padrão NCHS. Esse achado vem corroborar a afirmação de Habicht et al<sup>1</sup> de que as diferenças em altura encontradas entre diferentes populações de crianças se devem basicamente a fatores de ordem social, e não a fatores étnicos. Avaliando a altura de crianças de vários países com diferentes graus de desenvolvimento, os autores concluíram que a altura de crianças bem nutridas, porém etnicamente diferentes, apresentava pouca variação, em torno de 3%. Já as crianças de baixo nível sócio-econômico, quando compa-

radas com as de melhor nível, apresentavam uma diferença em altura da ordem de 12%, apesar de serem semelhantes sob o ponto de vista étnico. Portanto, podemos considerar os "nanicos" produtos da fome crônica, da desigualdade social, enfim, da miséria brasileira.

Importante estudo epidemiológico do estado nutricional da população de crianças abaixo de 5 anos foi desenvolvido no município de Porto Alegre<sup>3</sup>. Nesse estudo, que envolveu aproximadamente 3400 crianças, o índice antropométrico mais afetado pela baixa renda foi a altura por idade, sendo o baixo poder aquisitivo o responsável por 50% dos casos de retardo de crescimento. Esse achado veio reforçar a idéia de que a desnutrição nas crianças brasileiras é de caráter mais crônico que agudo, ou seja, as crianças têm baixa estatura para a idade e, na maioria das vezes, peso adequado para a estatura. Esse tipo de desnutrição, já citada como desnutrição invisível, pode facilmente passar despercebida, especialmente em populações de "nanicos". Estudo realizado numa vila periférica de Porto Alegre revelou que apenas 27,5% das mães de crianças com baixa estatura tinham percepção do problema<sup>4</sup>. Este não-reconhecimento da baixa estatura faz sentido numa sociedade onde freqüentemente as crianças com retardo de crescimento são filhos de pais com baixa estatura, que, por sua vez, também tiveram pais pequenos, sendo esse fenômeno interpretado como um "mal de família". A população, em geral, desconhece a relação entre pobreza, fome crônica, alimentação inadequada, má qualidade de vida e baixa estatura.

***Veja artigo relacionado  
na página 267***

\* Professora Adjunta de Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Os artigos de Mondini e colaboradores, publicados neste volume, alertam para a importância da coleta sistemática da altura de crianças como parte de um Sistema de Vigilância Nutricional. Através de um estudo piloto em dois municípios do Estado de São Paulo, os autores evidenciaram que a coleta da altura em todos os alunos ingressantes em escolas de primeiro grau é viável e de baixo custo, com margem de erro que não chega a comprometer a capacidade de hierarquizar escolas segundo a prevalência de retardo do crescimento. Desta maneira seria possível a identificação de áreas prioritárias para ações de saúde, passo importante na tentativa de reverter o ciclo criança pequena < adulto pequeno < limitação no desempenho físico < menor produtividade < menor renda < filho pequeno<sup>5</sup>.

É de fundamental importância que os cidadãos, e os pediatras em especial, estejam conscientes de que a altura das crianças serve de espelho de uma sociedade, refletindo a qualidade de vida de seus membros. Gerações de “baixinhos” devem ser identificadas, denunciadas, priorizadas e, acima de tudo, prevenidas. A baixa estatura como um todo não deve mais ser vista como um “mal de família”, e sim como um “mal da sociedade”, cabendo a cada um nós contribuir para a sua “cura”.

### Referências bibliográficas

1. Habicht JP, Martorell R, Yarbrough C, Malina RM, Klein RE. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential? *Lancet* 1974; April 6: 611-15.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, 1990.
3. Aerts DRGC. Estudo do estado nutricional das crianças de Porto Alegre: uma contribuição ao entendimento do processo da desnutrição (dissertação). Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1992.
4. Giugliani ERJ, Rotta AT, Ribeiro AM, et al. Percepção materna sobre adequação do peso e da altura de crianças menores de 5 anos em uma vila periférica de Porto Alegre. *Rev HCPA* 1990; 10:70-3.
5. Spurr GB. Tamaño corporal, capacidad de realizar trabajos físicos y productividad en el trabajo intenso: es mejor más grande? In: *Retraso del crecimiento lineal en los países en vías de desarrollo*. New York: Ravem Press, 1987: 25-9.