



ARTIGO ESPECIAL

Saúde e violência na infância e na adolescência

Health and violence in infancy and adolescence

Maria Cecília de S. Minayo¹ e Simone G. Assis²

Resumo

Este trabalho trata da conceituação e da problematização dos dados sobre violência contra a infância e na adolescência no Brasil, enfocando desde dados de mortalidade até as formas mais sutis e recônditas da violência doméstica. Propõe-se a apropriação dessas informações pelo sistema de saúde e seus profissionais, visando a adequação dos serviços e das políticas do setor.

J. pediatr. (Rio J.). 1994; 70(5):263-266: violência familiar; serviços de saúde, crianças, adolescentes.

A questão da violência se coloca como importante problema para a saúde pública do país no final da década de 80. Até então, o tema referenciava à área da polícia, da justiça e da filosofia, esta última buscando as razões de tal fenômeno nas sociedades humanas. Na década de 80 há um fato contundente no setor saúde: a consolidação de um novo perfil epidemiológico no país, onde as chamadas “causas externas” (denominação através da qual o sistema de saúde trata os homicídios, suicídios e acidentes em geral) passam a ocupar o 3º lugar no quadro geral de mortalidade, sendo responsável por mais de 12% de todos os óbitos, estando abaixo apenas das doenças cardiovasculares e neoplasias.

A constatação da gravidade do tema é ainda maior, quando, olhando-se as estatísticas da década, nas faixas etárias de 5- 49 anos, as “causas externas” constituem-se na primeira causa de morte. Nos grupos de 5 - 14 anos elas atingem 46,5% das mortes infantis e nos de 15-39 anos respondem por 64,4% dos óbitos, segundo estudos de Szwarcwald¹. Enquanto nas crianças menores (5 -14 anos) as

Abstract

This paper deals with the conceptualization and problematization of data on violence against infancy and adolescence in Brazil, varying from mortality data to the most subtle and concealed forms of domestic violence. It suggests the appropriation of such information by the health system and its professionals, aiming at the adequacy of their services and policies.

J. pediatr. (Rio J.). 1994; 70(5):263-266: family violence, health services, children, adolescents.

causas de morte são primordialmente os acidentes de trânsito, nos grupos a partir de 15 anos, o que mais ceifa vidas são os homicídios.

Segundo Mello Jorge², no município de São Paulo, no ano de 1985, os homicídios cresceram entre crianças de 0 - 15 anos, no conjunto das causas. Do total de homicídios, 19% eram de recém-nascidos; 8% de bebês de 1 (um) ano; 13% de crianças de 1 a 4 anos; 6% na faixa de 5 a 9 anos e 55% de crianças entre 10 e 14 anos. Do ponto de vista da agressão sofrida, 11% dos menores morreram por maus-tratos; 14% por estrangulamento; 10% por agressão por objetos contundentes e 43% por arma de fogo.

No estudo relacionado à mortalidade por causas externas em adolescentes, Lólio³, constatou que as taxas por homicídios, em jovens de 15 - 19 anos no município de São Paulo, cresceram de 17,8/100.000 em 1977 para 59,4/100.000 em 1980 e 182/100.000 em 1985. Esse dado parece-nos impressionante. No mesmo estudo a autora constata que entre 1977, 1980 e 1985, houve um crescimento da mortalidade por causas externas nas faixas de 15 - 19 anos em todas as unidades da federação, ressaltando-se os casos de Recife, Rio de Janeiro e São Paulo. Da mesma forma que os homicídios, os acidentes fatais no trânsito também cresceram, mas em menor proporção.

1. Professora Adjunta da ENSP/FIOCRUZ e coordenadora do Centro Latino Americano de Estudos em Violência e Saúde (CLAVES).

2. Pesquisadora Assistente do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e do CLAVES/ENSP/FIOCRUZ.

Milito e cols.⁴, estudando os homicídios dolosos praticados contra menores do Rio de Janeiro entre 1991 e julho de 1993, indicam que os alvos preferenciais são meninos entre 16 e 17 anos, habitante de bairros pobres e mortos próximos às suas residências, o que faz supor que estejam direta ou indiretamente ligados ao tráfico de drogas.

Algumas conclusões podem ser tiradas destes trabalhos e também do realizado por Souza⁵, no município de Duque de Caxias - RJ: que na infância e na adolescência se encontram as faixas etárias (5 - 14 anos - idade escolar) para maior risco de violência fatal no trânsito; que o maior risco para homicídio é entre 15 - 19 anos; que os meninos são mais vulneráveis que as meninas à morte por violência, numa proporção de 10 para 1 ou 2; que os homicídios e acidentes de trânsito concorrem entre si como motivos para mortes de crianças e adolescentes e curiosamente, os suicídios - que não têm grande significância estatística, mas socialmente são altamente mobilizadores - também ocorrem com maior frequência no grupo de 10 - 14 anos.

As pesquisas têm revelado ainda outras especificidades da situação brasileira. Em países considerados “desenvolvidos”, as estatísticas revelam ser os “suicídios” e as mortes do trânsito por colisão de veículo, os dois componentes mais significativos nos óbitos por causas externas. No Brasil as taxas de homicídios, além de ser as mais relevantes no conjunto das causas externas, estão em franca ascensão, e nos acidentes de trânsito, o que mais provoca morte são os atropelamentos.

O Brasil acompanha a tendência mundial de ter as “causas externas” como um dos mais importantes componentes da mortalidade geral e de ter como grupo privilegiado, nesse tipo de óbito, a população jovem, em idade produtiva. Outro aspecto importante dessa tendência é que este tipo de mortalidade é, por excelência, um fenômeno urbano.

Algumas perguntas, porém, os dados epidemiológicos descritivos não conseguem responder, sobretudo quanto aos homicídios que ocorrem principalmente nas faixas de 10 - 19 anos no país: quem está morrendo? porque estão morrendo as crianças? quem as está matando?

Recorrendo, porém, a estudos já realizados^{6,7}, pode-se chegar a alguma aproximação: de 1397 casos de homicídios de crianças e adolescentes levantados de registros de Institutos Médicos Legais de 17 estados brasileiros, referentes aos anos de 1984 a 1989, 87% eram jovens do sexo masculino, 74% com idade de 15 - 18 anos, 12% de brancos, 56% declaradamente negros e 36% sem menção de cor ou raça.

Em relação aos motivos dos assassinatos, foram assinalados brigas de gangues, roubos, uso de tóxico, “queima de arquivo” ou simples suspeita, ou seja, exterminar hoje o possível delinqüente de amanhã.

Os exterminadores foram detectados como justiceiros, participantes de grupos de extermínio, esquadrão da morte a serviço de negociantes que se sentem ameaçados, mandantes do tráfico de drogas ou simplesmente membros de “polícias mineiras”. Em todos os grupos foram encontrados

participantes da polícia ou egressos dela.

O mais triste de tal situação é que se conclui que os “justiceiros” e similares nada mais fazem que cumprir a sentença pronunciada pela sociedade no trato com estas crianças. O Relatório da Comissão Internacional dos Direitos Humanos⁸ observa que não há mobilização da opinião pública com relação ao extermínio de crianças e adolescentes; os inquéritos policiais, quando abertos, são absolutamente incompletos e omissos. E daqueles que são abertos, 71% não são encaminhados, levando a lugar nenhum. Milito e cols.⁴ informam que no ano de 1991, no Estado do Rio de Janeiro, dos 306 homicídios dolosos registrados, apenas 117 reuniam informações mínimas sobre a condição da morte.

É claro que não se pode igualar violência contra menores com extermínio de crianças e adolescentes. É importante, porém, ressaltar hoje este movimento mórbido da sociedade brasileira, como expressão da proliferação desesperada de uma situação onde o fosso da desigualdade brutal e cruel, da miséria e da injustiça tende a enterrar não os pobres, mas a própria identidade nacional.

Um país onde os últimos dados do Censo⁹ revelam que há 32 milhões de famintos, onde mais de 50% de crianças e adolescentes vivem no seio destas famílias miseráveis, a violência maior é a violência estrutural reproduzida nos níveis sócio-econômicos, políticos e nos padrões culturais de dominação.

Num trabalho sobre Psicologia da Violência, Vethencourt¹⁰ analisa como a cronificação da miséria, a reprodução da falta de expectativa social e econômica vão gerando um tipo de “sociedade humana” onde os valores considerados nobres nem conseguem ser vislumbrados. Daí, a delinqüência não pode ser considerada, como querem alguns, como determinação da natureza humana e fatalidade genética de determinados grupos sociais. É uma das construções sociais cuja raiz está na própria violência social, que se reproduz sobretudo nos grandes centros urbanos onde os contrastes são mais gritantes.

Além da violência estrutural, que no seu processo de reprodução tem gerado um nível de conflito social exacerbado e se expressa em mudança de padrões culturais e em altas taxas de morbi-mortalidade, há outra forma menos letal, mas também altamente prejudicial à infância e à adolescência. Trata-se da violência doméstica, componente relevante da violência cultural interpessoal.

O estudo da PNAD/IBGE¹¹ levanta que 20% das pessoas que relataram terem sofrido agressão física, eram crianças e adolescentes, sendo que 80% das pessoas que agrediram eram seus parentes e conhecidos. Numa pesquisa com 1328 adolescentes-escolares em Duque de Caxias - RJ, Assis¹² constatou que 52,8% sofriam violência de um ou ambos os pais. Quanto às agressões severas, que incluem murros, pontapés, ameaçar ou usar armas, notou-se que 12,8% dos entrevistados responderam afirmativamente. Estima-se que cerca de 11 mil jovens, que ainda freqüentam a escola, sofrem violência doméstica no município investigado, não se podendo afirmar nada sobre aqueles que já a abandonaram.

Diversas pesquisas têm demonstrado que são várias as violências cometidas dentro dos lares. Deslandes¹³, estudando 7 instituições - CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância) espalhadas pelo estado de São Paulo, verificou que o abuso físico ocorreu em 37,6% dos casos; o abandono e a negligência em 22%; o abuso psicológico em 8,5%; o abuso sexual em 5,7% e outras formas em 26,2%. Do ponto de vista etário, o grupo sobre o qual se verificou incidir mais violência foi, em 1º lugar, o de 5 - 9 anos e a seguir 10 - 14 anos.

Um dos grandes problemas em relação à violência doméstica é que as vítimas, quase sempre, silenciam, têm medo e são amedrontadas. O pátrio poder, um dos mais pesados padrões culturais de nossa sociedade, torna os pais donos da vida e da morte das crianças.

Esse mesmo estudo de Deslandes mostra que a esperança está na conscientização da sociedade, das instituições de saúde, de justiça e de educação. Mas trata-se ainda de um ideal. Os profissionais que atuam nesses níveis dificilmente encaminham os casos e se mobilizam por temas desse teor. Entretanto, é uma forma de violência passível de prevenção em todos os níveis. Ao preveni-la, atua-se também sobre outras formas de violência, às quais está comprovadamente associada, quebrando-se o ciclo que a reproduz.

Prevenindo e Atuando

Estas e outras formas de violência que acometem cotidianamente crianças e adolescentes no Rio de Janeiro foram diagnosticadas pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde - CLAVES¹⁴, a pedido do Ministério Público da União. Constatou-se que as condições de atendimento oferecidas pelas instituições governamentais e não governamentais são esparsas e precárias, no que se refere à justiça, saúde, educação e condições dignas de vida. A solicitação desse diagnóstico veio a reboque da exigência que a sociedade tem demonstrado em agir frente ao problema da violência, de forma a prevenir novos casos e atuar eficientemente frente aos existentes.

Buscar prevenir e atuar num tema tão complexo como o da violência suscita imediatamente um sentimento de perplexidade nos profissionais envolvidos diretamente no atendimento de crianças e adolescentes vitimizados. O setor de saúde é um dos que vem tentando responder ao problema, embora a sensação de impotência e imobilismo sejam as parceiras mais frequentes dos profissionais que atuam na rede.

O Ministério da Saúde, em conjunção com outras instituições interessadas no tema, empreendeu um primeiro esforço para enfrentar a problemática no Brasil, realizando dois seminários sobre o tema, e publicando uma primeira proposta, ainda preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica¹⁵. Neste documento, enfatiza-se a necessidade de o setor saúde sistematizar o conhecimento específico a cada tipo de violência e propor medidas particulares. Aponta, entretanto, para a premência de que os profissionais tomem para si o tema, discutindo conceitos,

práticas e encaminhamentos apropriados a cada realidade local.

Sem dúvida, muita coisa pode ser feita pelos trabalhadores em saúde. Atender de forma minuciosa a criança e sua família, observando a relação existente, orientando educativamente e encaminhando casos suspeitos (de maus-tratos, exploração econômica, prostituição infantil, entre outros) são atitudes que comprovadamente reduzem e previnem a violência. Noutros tipos de eventos, como nos acidentes e homicídios, o atendimento médico-cirúrgico é prioritário, cabendo aos profissionais manter como prioridade em suas lutas a busca de condições dignas de atendimento, bem como a adequação das unidades sanitárias nos locais em que realmente são necessários.

É importante refletir, para um melhor atendimento, sobre o que está por detrás da criança/adolescente vitimizada. Em primeiro lugar, qualquer violência tem que ser vista em rede, que articule os níveis mais íntimos e recônditos do recesso do lar e das relações interpessoais com a violência estrutural, da delinquência e da que se perpetua nas instituições. Isso indica que deve-se ter cautela ao culpar, de forma que se considere cada caso em particular, deixando para outras instâncias a definição de culpabilidade e a punição do agressor.

Em segundo lugar, nenhuma ação em relação a esse fenômeno pode ser apenas setorial ou oficial. Ela deve, ao contrário, articular esforços, ou se articular a iniciativas que superem disciplinas, ministérios e instituições. Não é o setor saúde isoladamente que responderá de forma completa ao problema. Pelo contrário, no momento em que o agente de saúde se depara com um ato de violência é que ele mais sente falta do respaldo de outros setores como por exemplo da escola, da justiça e de entidades como creches e de apoio comunitário.

Finalmente, pode-se perceber uma fatia de responsabilidade do setor saúde, quanto à tomada de consciência da gravidade dos dados, articulação para formação de pessoal com sensibilidade e técnica para tratar o problema e adequação de todos os níveis do sistema para responder ao novo perfil de morbi-mortalidade por violência no país.

A atuação de cada profissional de saúde que cotidianamente se envolve nessa rede de violências, não só se faz necessária, como é indispensável, quando se pensa em transformar o quadro caótico em que se encontra a assistência no país. A despeito das péssimas condições de trabalho, a mobilização e o firme posicionamento dos profissionais podem melhorar a qualidade do atendimento oferecido. Ademais, ao proceder dessa forma, além de atender ao seu dever - registrado no Estatuto da Criança e do Adolescente -ECA¹⁶, o trabalhador em saúde reforça o direito à cidadania, não apenas o seu, mas o de toda a sociedade.

Referências bibliográficas

1. Szwarcwald CL. Mortalidade por causas externas nas capitais das grandes regiões metropolitanas brasileiras. 1977 - 1985. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1989:5-7. Mimeo.

2. Mello Jorge MHP. Investigação sobre mortalidade por acidentes e violências na infância. São Paulo:USP, 1988:228-56. Tese de Livre Docência.
3. Lólio CA. Investigação sobre a magnitude e tendência da mortalidade no Brasil 1977-1985. São Paulo: OPAS, 1989:7-30. Relatório Final de Pesquisa.
4. Milito C, Silva HRS, Soares LE. Homicídios dolosos contra menores, no Estado do Rio de Janeiro. (1991 a julho de 1993). Rio de Janeiro: FASE/IBASE/IDAC/ISER, 1993:1-16, Relatório de Pesquisa.
5. Souza ER. Violência velada e revelada. Estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991:79-126. Dissertação de Mestrado.
6. Revista CEAP. Extermínio de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: CEAP, 1989:26-39. (edição única).
7. Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua/MNMMR, Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas/IBASE, Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo/NEV-USP. Vidas em risco: Assassinato de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: MNMMR/IBASE/NEV-USP, 1991:41-61.
8. Bourrier A. Relatório apela contra extermínio de criança. Rio de Janeiro: *Jornal do Brasil* - 29/04/1992.
9. IBGE. Sinopse preliminar do censo de 1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1994: 5-40.
10. Vethencourt L. Psicologia da Violência. *Gaceta APCUV/IPP*, 1990: 11, n.62, set/dez, 5-10.
11. IBGE. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1989: v.4, 28-9.
12. Assis SG. Criança, violência e comportamento. Um estudo em grupos sociais distintos. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992: 113-4. Relatório Final de Pesquisa.
13. Deslandes SF. Prevenir e atuar. Uma proposta de avaliação de um serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994: 109-17. Relatório Final de Pesquisa.
14. CLAVES - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde. Estudo multidisciplinar sobre as atuais condições de atendimento a crianças e adolescentes do Rio de Janeiro em situações especialmente difíceis. Municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, 1993:67-76.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. Violência contra a criança e o adolescente. Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, 1993: 7-22.
16. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente - ECA. Brasília, 1991, 12.