



---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

## ***Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro***

*Morbidity due to violence against children and adolescents in Rio de Janeiro*

Simone G. Assis e Edinilsa R. Souza\*

### **Resumo**

Efetuiu-se o levantamento de todas as ocorrências policiais não fatais que envolveram crianças e adolescentes do Município do Rio de Janeiro, no ano de 1990. As 38 delegacias policiais existentes foram investigadas, perfazendo 8000 registros. Esses eventos mórbidos foram classificados como acidentes de trânsito e transporte, agressão física, roubo/furto, tentativa de roubo/furto, abuso sexual, extorsão/seqüestro, ameaça, negligência/abandono, uso/tráfico de drogas, tentativa de homicídio e suicídio, queimaduras e quedas. A análise foi realizada segundo as oito Áreas Programáticas (AP) do município, tendo como objetivo identificar que tipos de violência acometem crianças e adolescentes e como eles se distribuem nestes diferentes espaços sócio-econômicos. Foram calculadas taxas de morbidade por AP, estimando-se os denominadores a partir da população dos Censos de 1980 e 1991. Os resultados mostraram que os acidentes de trânsito, as agressões e os roubos/furtos são as principais violências cometidas contra crianças e adolescentes, dentre as registradas nas delegacias. Observou-se ainda que a faixa etária dos 10-19 anos é a mais atingida, o mesmo podendo ser dito para o sexo masculino. A AP 1 e 3.3 apresentam as maiores taxas de morbidade por violência. Discutem-se os limites e as possibilidades da atuação do profissional de saúde no atendimento à criança, ao adolescente e à família vítimas de violência.

*J. pediatr. (Rio J.). 1995; 71(6):303-312: violência, morbidade, crianças, adolescentes.*

### **Introdução**

O tema da violência entrou para a agenda da Saúde Pública na década de 80<sup>1</sup>, em função do crescimento detectado nos indicadores epidemiológicos de morbi-mortalidade. Na dinâmica da composição das principais causas de morte, as violentas passaram a ocupar o segundo lugar, desde 1989,

---

Pesquisa desenvolvida pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde - "Jorge Careli" - CLAVES, financiada pelo Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ, com participação de bolsistas do CNPq.

\* Doutorandas e Pesquisadoras Assistentes do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e do CLAVES da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ.

### **Abstract**

An Analysis of police records was carried out in the Programatic Areas (Aps) of the city of Rio de Janeiro in 1990. 8000 non-fatal records were investigated, covering children and adolescents from 0 to 19 years old. These violent events were categorized as traffic accidents, physical abuse, robbery/theft and attempt of robbery/theft, sexual abuse, extortion/sequestration, threat, neglect-abandon, drugs use/traffic, and attempt of suicide/homicide. The aim of this paper is to identify the most frequent type of violence in the different Aps. According to the findings, traffic accidents, physical abuse and robbery/theft are the most common violent events affecting, especially boys in 10-19 age group. The APs 1 and 3.3 show the highest rates. The article concludes with difficulties and possibilities of dealing with violence in the health field, especially in the professional training.

*J. pediatr. (Rio J.). 1995; 71(6):303-312: violence, morbidity, children, adolescents.*

no obituario geral do Brasil, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório<sup>2</sup>.

O atual conhecimento acerca do tema foi construído a partir dos dados de mortalidade, ou seja, da violência fatal. Porém, as mortes por violência são apenas a ponta do "iceberg". Sabe-se que as formas não fatais de violência (a morbidade - agravos e danos físicos e psíquicos à saúde), são muito mais amplas. Barancik e cols.<sup>3</sup> referem uma frequência 100 vezes maior dos eventos mórbidos de violência em relação aos mortais. Wheatley, citado por Yunes<sup>4</sup>, afirma que, para cada acidente não fatal, ocorrem cerca de 200 casos de lesões não mortais, com seqüelas e incapacidades prematuras.

O entendimento da mortalidade por violência tem avançado, apesar das dificuldades e limitações que ainda precisam ser superadas. Entretanto, para a morbidade o conhecimento ainda é bastante precário e necessita ser sistematizado. Não existem dados de prevalência ou de incidência nacionais. O pouco que se sabe sobre morbidade por causas violentas provém de raros estudos pontuais e locais, fruto do esforço de alguns pesquisadores<sup>5,6,7,8,9,10</sup>.

De modo geral, a violência que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada nos principais tipos a seguir<sup>11</sup>:

- **Abuso físico:** ação de agredir uma criança/adolescente, provocando dano físico. O agente agressor é alguém mais velho, mais forte ou poderoso que a vítima.
- **Abuso sexual:** ato ou jogo sexual que envolve relação hetero ou homossexual, em que o agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança/adolescente. O agressor pode se impor pela força, ameaça ou indução da vontade da vítima. O abuso pode variar desde a ausência de contato sexual (voyeurismo) até atos sem ou com penetração.
- **Abuso psicológico:** caracteriza-se por isolar, ignorar, ameaçar, aterrorizar, rejeitar, depreciar ou mesmo criar expectativas irreais para a criança/adolescente, de forma tal que cause danos na sua estruturação psíquica.
- **Negligência e abandono:** a negligência refere-se à omissão de cuidados básicos como alimentos, roupas, etc. Já o abandono (parcial ou total) refere-se à ausência física do responsável pela criança/adolescente.
- **Outros tipos:** exploração através do trabalho e da mendicância; acidentes, especialmente os ocorridos no trânsito e os suicídios. Além desses, existem os tipos mais identificados pelo senso comum como violência, que são os roubos/furtos, extorsão, seqüestro e o uso/tráfico de drogas.

Essas formas de violência ocorrem em todas as esferas de convívio da criança. Na família, as agressões físicas, psicológicas e sexuais são especialmente cometidas pelos pais e irmãos. Na rua e na comunidade, as agressões físicas, roubos e furtos são as mais corriqueiras, sendo muito fácil sua constatação. Na escola e serviços médicos, quase não há reconhecimento da ocorrência de violência, embora estes locais também propiciem a sua manifestação.

Em cada situação concreta de violência, é possível perceber que existe uma rede intrincada de fatores que envolvem desde aspectos macrossociais e vão até aos subjetivismos dos atores sociais envolvidos. Nas suas variadas formas denomina-se a violência como estrutural (constituída pelas injustiças e desigualdades sociais); cultural (expressa na opressão e discriminação de grupos sociais devido a atributos que lhes são inerentes como gênero, raça/etnia, idade, credo e outros); resistência (formas organizadas das classes e grupos sociais oprimidos de resgatarem o que julgam ter-lhes sido expropriado) e

delinqüência (delitos reconhecidos pela sociedade nos códigos de comportamento e relações humanas).

O profissional de saúde, em sua prática diária nos serviços e ambulatórios, muitas vezes deixa de diagnosticar os casos de violência contra crianças e adolescentes, em parte porque não foi treinado, não estando conscientizado nem atento para a ocorrência desses eventos. Isso faz com que as estatísticas fiquem subestimadas e se desconheça a magnitude real das experiências de violência por que passam nossas crianças e adolescentes. Por outro lado, acontece de o médico perceber que, por detrás da queixa apresentada, existe uma história de violência velada, mas que ele acredita que não deve intervir, sob a alegação de não se tratar de um problema de saúde. Esta postura equivocada torna-se uma aliada da reincidência dos maus-tratos e conivente com o sofrimento aos quais se submetem essas vítimas.

A clínica médica, mesmo atenta a essas questões, precisa ser informada sobre a distribuição dos eventos violentos fatais e não fatais na população em geral. No entanto, para que a epidemiologia desempenhe bem este que é o seu papel, é preciso que, anteriormente, a clínica detecte os casos. Para isso é imprescindível entender que a abordagem teórico-metodológica e a atuação sobre as questões da violência não podem, nem devem ser, simplistas e isoladas. A violência é um fenômeno, por natureza, complexo e multicausal, que se realiza nas relações interpessoais e que se constitui em uma rede de fatores micro e macrossociais, que se articulam dinamicamente. Desse modo, a aproximação mais adequada a esse objeto do conhecimento deve ser feita através da interdisciplinaridade. Nesse sentido, a integração entre a clínica médica e a epidemiologia é de fundamental importância.

O presente estudo parte da constatação de que a escassez de estudos sobre morbidade por violência, por parte do setor da saúde, deve-se à inexistência de informação dessas questões nos registros e prontuários médico/hospitalares. Esta é a razão pela qual o conhecimento aqui sistematizado acerca da morbidade por violência contra crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro, provém dos dados da Secretaria Estadual de Polícia Civil. Seus principais objetivos são fornecer aos profissionais de saúde, que lidam com essa clientela, uma gama de informações relacionadas à distribuição desses eventos em diferentes espaços socioeconômicos daquela cidade. Pretende-se, desta forma, contribuir para o avanço do conhecimento e, principalmente, para a integração entre esses dois campos do saber em saúde.

### Material e Método

Realizou-se um estudo da morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. Os dados referem-se aos registros de ocorrência (RO) policial da Secretaria Estadual de Polícia Civil. Foram coletados todos os registros referentes às ocorrências de eventos violentos que vitimaram pessoas de 0 a 19 anos de idade, no ano de 1990.

O instrumento utilizado foi construído para a investigação e nele foram incluídas as variáveis de interesse. Procurou-se transcrever para o formulário da pesquisa as informações constantes nas RO da forma mais fiel àquela preenchida pelos agentes policiais.

A análise distribuiu as informações segundo áreas programáticas (AP) do município. O Rio de Janeiro, em termos administrativos do setor saúde, subdivide-se em regiões administrativas (RA) que correspondem aos bairros da cidade. Um conjunto de RA (bairros circunvizinhos) constitui uma AP. Para o Rio existe a AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3; AP 4 e; finalmente, a AP 5. Para os objetivos deste trabalho agruparam-se as 38 Delegacias de Polícia (DP) de acordo com esta divisão. Assim, na AP 1 foram incluídas as DP 1-Praça Mauá, 2-Saúde, 3-Castelo, 4-Praça da República, 5-Mem de Sá, 6-Cidade Nova, 7-Santa Tereza e 17-São Cristóvão; na AP 2.1 incluíram-se as DP 9-Flamengo, 10-Botafogo, 12-Copacabana, 13-Ipanema, 14-Leblon e 15-Gávea; na AP 2.2 as DP 18-Praça da Bandeira, 19-Tijuca e 20-Vila Isabel; na AP 3.1 as DP 21-Bonsucesso, 22-Penha e 37-Ilha do Governador; na AP 3.2 as DP 23-Méier, 24-Piedade, 25-Engenho Novo e 26-Todos os Santos; na AP 3.3 as DP 27-Vicente de Carvalho, 29-Madureira, 30-Marechal Hermes, 31-Ricardo de Albuquerque, 38-Brás de Pina, 39-Pavuna e 40-Honório Gurgel; na AP 4 as DP 16-Barra da Tijuca, 28-Campinho e 32-Jacarepaguá e, finalmente, na AP 5 as DP 33-Realengo, 34-Bangu, 35-Campo Grande e 36-Santa Cruz.

A diversidade dos eventos violentos ensejou a necessidade de agrupá-los segundo critérios da pesquisa, cujo objetivo era investigar as principais formas de violência que acometem crianças e adolescentes. Dessa forma, considerou-se um determinado evento cada vez que ele apareceu isolado ou associado a outro tipo de violência. Assim, as ocorrências com várias formas de violência, como tentativa de homicídio associada com agressão e estupro, foram contadas na análise do homicídio, da agressão e do estupro. Esta opção por estudar um tipo de violência cada vez em que ele se apresentou, levou a que o número total de eventos não correspondesse ao número de ocorrências registradas.

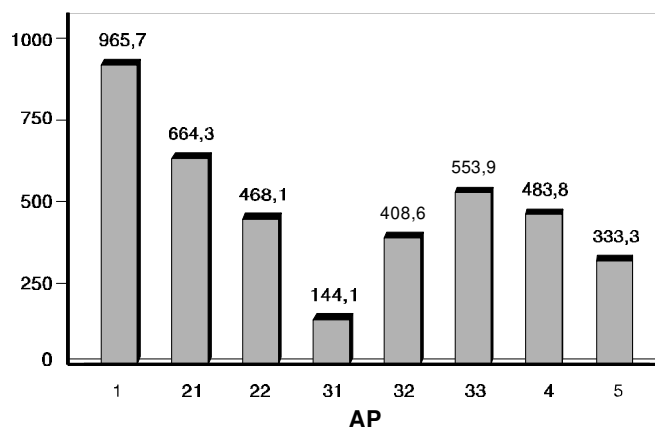
Para a análise foram consideradas apenas as variáveis com bom ou razoável preenchimento, excluindo-se aquelas com elevada proporção sem informação. Portanto, todos os resultados apresentados excluem os itens com informação ignorada.

Foram calculadas taxas de morbidade por violência, segundo tipos de eventos e grupos de sexo e idade. As populações usadas para cálculo dos denominadores foram estimadas a partir dos censos demográficos de 1980 e 1991.

## Resultados

Foram observados 8000 eventos mórbidos por violência, envolvendo crianças e adolescentes do município do

Rio de Janeiro, no ano de 1990. Destes, 11% ocorreram na AP 1; 13% na AP 2.1; 6% na AP 2.2; 5% na AP 3.1; 10% na AP 3.2; 23% na AP 3.3; 11% na AP 4, e 21% na AP 5. As AP 3.3 e 5 aparecem com as maiores proporções de eventos violentos, pelo fato de serem as áreas mais populosas do município. Entretanto, quando se observam as taxas (gráfico 1), as AP 1, 2.1 e 3.3 apresentam os maiores riscos por estas causas.



\* Taxas por 100.000 habitantes  
Fonte: SEPC

**Gráfico 1** -Taxas\* de morbidade por violência, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0-19 anos, 1990

Apesar de, proporcionalmente, os registros dessas ocorrências não diferirem significativamente entre as diversas delegacias de polícia, destacam-se aqui algumas delas, como mais importantes: a DP 12-Copacabana (AP 2.1) com 3% das ocorrências registradas no município; a DP 24-Piedade (AP 3.2) com 4%; as DP 31-Ricardo de Albuquerque (6%), 38-Brás de Pina (3%) e 40-Honório Gurgel (3%), todas da AP 3.3; as DP 16-Barra da Tijuca (3%) e 32-Jacarepaguá (5%) da AP 4; e, finalmente, as DP 33-Realengo (4%), 34-Bangu (5%), 35-Campo Grande (7%) e 36-Santa Cruz (5%), da AP 5.

A maioria das vítimas era do sexo masculino (60%), de cor branca (63%). Cerca de 90% era natural do próprio estado do Rio de Janeiro. Em termos de faixas etárias, o grupo de 15 a 19 anos de idade foi o mais vitimizado (58%), seguido pelo de 10 a 14 anos (22%); 5 a 9 anos (13%) e 1 a 4 anos (5%). Os menores de 1 anos representaram apenas 1% das ocorrências.

Após o agrupamento das ocorrências detectadas nos registros policiais, nota-se que os acidentes de trânsito e de transporte (37%), as agressões físicas (28%), os roubos, furtos e suas tentativas (16%), foram os principais tipos de eventos violentos. Os desaparecimentos perfizeram 6% e

os abusos sexuais, 4%. Os valores referentes à segunda coluna e as proporções aqui apresentadas referem-se aos tipos de violência da forma como foram classificados nas delegacias de polícia (tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos eventos mórbidos contra crianças e adolescentes, segundo tipos, Município do Rio de Janeiro, 1990

Tipos de Eventos Mórbidos	n	%	n
Acid.Trânsito/ Transporte	2943	37	2945
Agressão Física	2244	28	2396
Roubo/ Furto/ Tentativa	1291	16	1371
Desaparecimento	459	6	462
Abuso Sexual	340	4	398
Extorsão/Sequestro	78	1	92
Ameaça	69	1	126
Negligência/ Abandono	41	1	70
Uso/Tráfico de Drogas	41	1	44
Tentativa de Homicídio	37	1	39
Queimadura	24	0,3	24
Tentativa de Suicídio	16	0,2	16
Queda	13	0,2	13
Outros	4	-	-
<b>Total</b>	<b>8000</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Fonte: SEPC

Entretanto, como já se percebe na coluna quatro da tabela acima, muitas vezes um tipo de evento ocorreu juntamente com outros e isso fez com que seu número aumentasse porque ele foi considerado, tanto isolado como

associado com outros tipos de ocorrência. Assim, o total apresentado nos dados a seguir, em relação a cada evento, corresponde à coluna quatro da tabela 2 e ultrapassa 100%.

A distribuição das taxas de morbidade dos principais eventos, para o total do município e por AP encontra-se na tabela 2.

A fim de melhor detalhar os principais eventos mórbidos considerados neste estudo, construiu-se um perfil com as seguintes características.

#### *Acidentes de trânsito e de transporte*

Os acidentes de trânsito e de transporte não fatais foram os eventos que mais vitimaram crianças e adolescentes do Rio de Janeiro, no ano de 1990, com a taxa de 160,0 por 100.000 habitantes entre 0 e 19 anos de idade. Os de trânsito perfizeram 97% deles, entre os quais 62% foram atropelamentos, 22% colisões e 16% outros tipos de acidentes de trânsito. A hora de maior frequência desses eventos foi entre as 12 e 18h (34%) e o horário seguinte, das 18 às 24h (27%). Os dias da semana em que mais ocorreram foram o sábado (18%) e o domingo (17%). Esses acidentes tiveram testemunha em 39% dos casos e foram comunicados por um policial em 92% das vezes. Os responsáveis pelo acidente foram, em 86%, do sexo masculino. As vítimas tiveram ferimentos nos membros, em 45%; na cabeça, em 39%; em todo o corpo, em 22% e no tronco, em 12%.

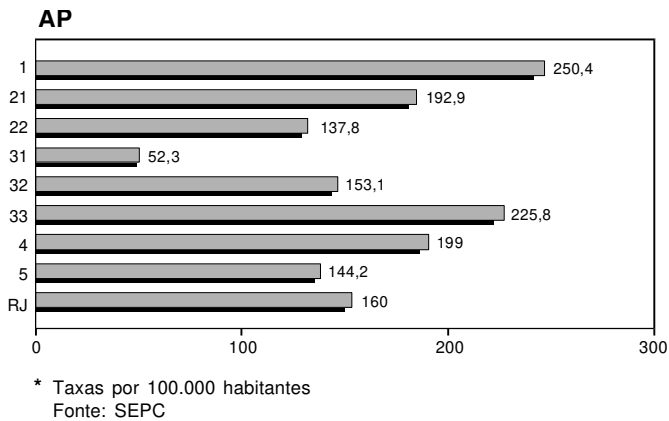
No gráfico 2 estão as taxas de acidentes de trânsito e de transporte não fatais, segundo AP. Nele observa-se que as AP 1 e 3.3 são áreas onde o risco de ocorrência deste evento é maior.

**Tabela 2** - Taxas\* de morbidade por tipos de violência, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0 - 19 anos, 1990

Tipos de Eventos	Município	AP 1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4	AP 5
Acid.Trânsito/ Transporte	160,0	250,4	192,9	137,8	52,3	153,1	225,8	199,0	144,2
Agressão Física	130,1	267,3	161,8	134,1	49,1	132,0	175,8	130,6	108,8
Roubo/ Furto/ Tentativa	74,5	262,0	209,4	136,0	25,8	66,5	68,4	61,2	22,1
Desaparecimento	25,1	62,3	84,1	27,4	7,9	27,0	30,0	29,0	19,7
Abuso Sexual	21,6	49,7	25,4	12,8	5,4	15,5	25,0	30,6	23,1
Negligência/ Abandono	3,8	5,3	5,1	6,4	1,8	2,0	5,1	4,4	3,4
Uso/ Tráfico de Drogas	2,4	4,2	1,3	-	-	-	4,1	6,6	2,6
Tentativa de Homicídio	2,1	9,5	5,1	0,9	0,7	-	2,5	3,3	1,0
Queimadura	1,3	7,4	0,6	-	-	1,0	1,6	1,6	1,2
Tentativa de Suicídio	0,9	-	-	-	0,7	2,5	1,3	1,0	0,6
Queda	0,7	1,0	1,3	1,8	-	0,5	0,6	0,5	0,8

\* Taxas por 100.000 habitantes  
Fonte: SEPC





**Gráfico 2** -Taxas\* de morbidade por acidentes de trânsito e de transporte, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0-19 anos, 1990

### Agressões físicas

A maioria das agressões foram praticadas entre 0 e 6h (34%), seguido do horário das 18 e 24h (32%). O domingo e o sábado foram os dias da semana de maior frequência (18% e 17%, respectivamente). O principal exame de corpo de delito foi solicitado em 35%, mas 64% das ocorrências não requereram exame. O principal comunicante deste evento foi o policial (53%), seguido de parentes (26%) e da própria vítima (16%). Para 37% houve testemunha da agressão. O espancamento foi o tipo de agressão mais observado (53%). As agressões feriram os membros (42%), a cabeça (36%), o tronco (26%) e todo o corpo (8%). O agente agressor era do sexo masculino em 78%; em 41% era vizinho ou conhecido, em 28% era um parente (pai, mãe, irmãos, tios, avós e outros), em 14% eram parentes e vizinhos, conjuntamente, e em 11% eram desconhecidos. As agressões envolveram apenas um agressor em 78%, seguidas de 17% de dois a quatro agressores e 5% de cinco e mais agressores.

No gráfico 3 mostram-se as taxas de agressões, segundo AP.

Conforme se percebe no gráfico 3, a taxa de agressão para o total do município foi de 130.1 por 100.000 habitantes de 0 a 19 anos. As principais áreas onde estes eventos ocorreram foram, mais uma vez, as AP 1 e 3.3. As agressões aconteceram, principalmente, em via pública, embora também tenham ocorrido no domicílio e em instituições. Ressalvam-se as AP 4 e 5 em que o domicílio aparece como o principal local de ocorrência das agressões.

### Roubos, furtos e tentativas

Para o conjunto dos roubos, furtos e suas tentativas, observaram-se as seguintes características: o dia de maior ocorrência foi a sexta-feira (17%) e o horário mais frequente foi o de 12 às 18h (34%), bem como o período seguinte, das 18 às 24h (30%). Este tipo de violência foi a única em que a ocupação da vítima estava melhor preen-

chida (52%). A maioria era de estudantes (22%), técnicos (10%), comerciários (6%) e 5% pertenciam a órgãos da defesa nacional e segurança pública. Houve testemunha em apenas 19% dos casos. As vítimas foram comunicantes do fato em 70%, um policial em 19% e um parente em 7%. Em 27% dos roubos nenhum instrumento foi utilizado, porém em 51% usou-se arma de fogo e em 11%, força física. Estes eventos, contudo, não produziram ferimento em 95% das ocorrências. Os principais tipos de roubos e furtos cometidos foram de objetos pessoais das vítimas, como relógios, carteiras e bolsas.

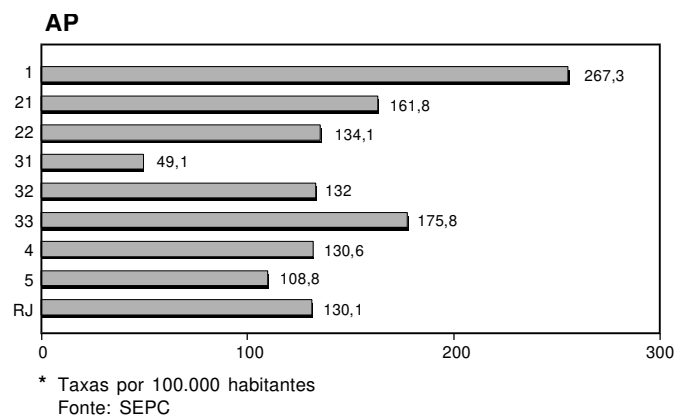
O agressor (o ladrão, assaltante) em 94% era desconhecido. Em 95% dos roubos o agressor era do sexo masculino. A maioria dos roubos (60%) foram praticados por grupo de duas a quatro pessoas. A participação de um só ladrão/assaltante contabilizou 33% e grupo de cinco e mais agressores somou 7% dos casos.

No gráfico 4 encontram-se as taxas de roubo/furto/tentativas por AP.

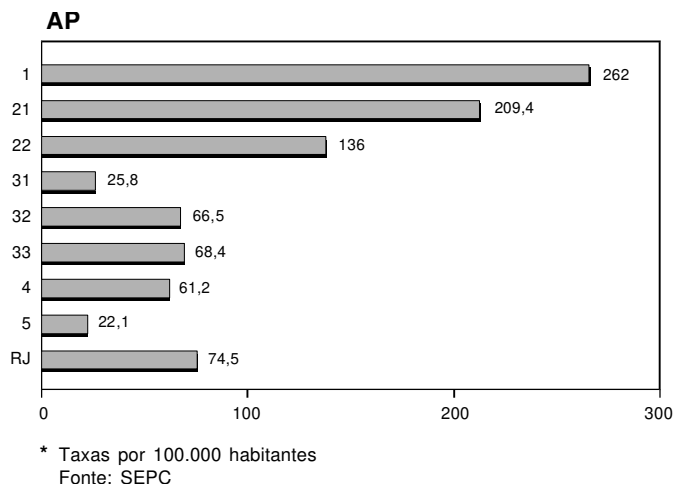
No gráfico 4 nota-se que, a taxa do município para roubo/furto/tentativa foi de 74,5 em 100.000 habitantes de 0 a 19 anos. As AP 1 e 2.1 e 2.2 foram as áreas onde essas ocorrências tiveram maior probabilidade de acontecer. A via pública mostrou ser o local preferencial para tais investidas em todas as áreas programáticas, seguida dos ônibus e trens.

### Desaparecimentos

Os desaparecimentos também foram frequentes entre crianças e adolescentes do Rio de Janeiro. As características deste fato mostram que ele costuma acontecer mais corriqueiramente às segundas-feiras (17%), entre 0 e 6h (31%) assim como no período das 12 às 18h (30%). Para cerca de 91% deles não houve testemunha. A maioria (86%) foi comunicada por parente e 6% por conhecido.



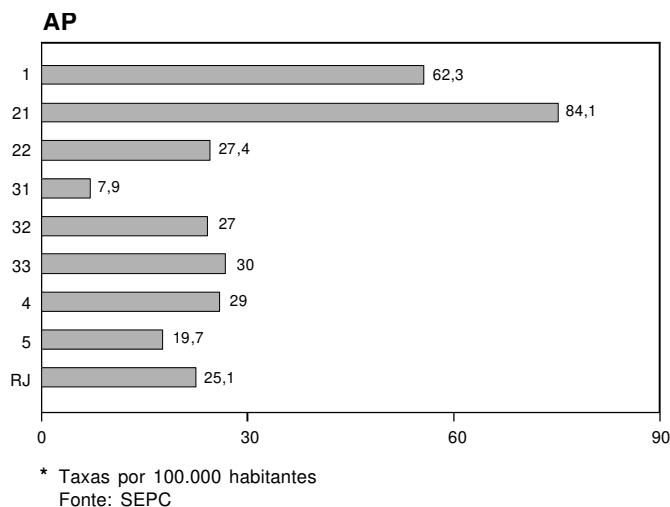
**Gráfico 3** -Taxas\* de morbidade por agressão física, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0-19 anos, 1990



**Gráfico 4** -Taxas\* de roubo/ furto/ tentativas, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0-19 anos, 1990

No gráfico 5 podem ser vistas as taxas de desaparecimentos por local de ocorrência, segundo AP.

No ano de 1990, desapareceram 25,1 crianças/adolescentes entre 0 a 19 anos em 100.000 habitantes desta faixa etária. Na AP 2.1 observou-se a maior probabilidade de ocorrência deste fato, seguida da AP 1 (gráfico 5). O domicílio foi o local de onde eles desapareceram, na maioria das vezes. Proporções variadas de desaparecimento em locais como via pública e instituição foram observadas entre as AP. Entretanto, ressaltam-se as AP 2.1 (15%), 2.2 (11%) e 3.2 (11%) como aquelas que apresentaram elevadas proporções de desaparecimentos em instituições.



**Gráfico 5** -Taxas\* de desaparecimento por agressão física, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0-19 anos, 1990

### Abusos sexuais

Os abusos sexuais, que acometeram principalmente o sexo feminino, apareceram como importante evento mórbido que vitima crianças e adolescentes do Rio de Janeiro.

As principais características deste tipo de violência são as seguintes: os dias de maior incidência foram o domingo e a segunda-feira (16% cada) e mais da metade das ocorrências aconteceram entre 0 e 6h (53%). O segundo horário mais freqüente foi o das 18 às 24h (25%). A realização de exame pericial ocorreu em 58% (corpo de delito) e em 7% foram efetuados outros exames. Estranhamente, 35% das vítimas de abuso não foram submetidas a qualquer exame. A comunicação do abuso, em 55%, foi feita por um parente da vítima, 27% por policial e em apenas 8% a própria vítima comunicou o fato. Sobre o abuso observou-se que em 49% houve o uso de força física e em 15% utilizou-se arma de fogo para conter a vítima. Esses abusos também provocaram lesões na cabeça (8%), no tronco (29%), nos membros (4%) e em todo o corpo (3%). O agente agressor foi um vizinho ou conhecido em 41% das vezes; um parente, em 18% e um parente juntamente com um vizinho, em 12%. Pessoas desconhecidas foram responsáveis por 28% dos abusos. Na quase totalidade o agressor era do sexo masculino (98%). Em 91% o abuso envolveu apenas um agressor, em 8% envolveu grupo de duas a quatro pessoas e 1%, cinco e mais agressores.

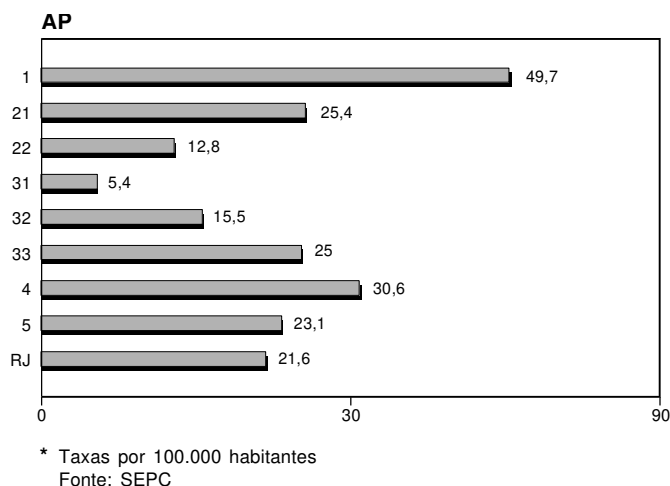
No gráfico 6 encontram-se as taxas de ocorrência do abuso sexual, segundo AP do município.

De acordo com o gráfico 6, no município do Rio de Janeiro, no ano de 1990, 21,6 em cada 100.000 crianças e adolescentes na faixa de 0 a 19 anos foram abusadas sexualmente. As AP onde este evento alcançou maiores taxas foram a AP 1 e a AP 4.

Na maioria das AP, o local onde esta violência ocorre mais freqüentemente é o domicílio, exceto nas AP 1 e AP 2,1 onde a via pública aparece como principal local. É importante ressaltar que, no domicílio, 49% dos abusos foram praticados por vizinhos e conhecidos, 31% por parentes (sendo o pai, tio, cunhado, padrasto e sobrinho os principais agentes agressores). Apenas 9% dessa violência sexual foi devida a pessoas desconhecidas. Entre os abusos sexuais que ocorrem em via pública, 69% são praticados por desconhecidos. Entretanto vizinhos/conhecidos apareceram em 24%. Dos que ocorrem em instituição, em 62% dos casos o agressor era conhecido e em 38%, não era conhecido.

As taxas de morbidade por tipo de evento violento, segundo sexo, faixa etária e AP, podem ser vistas nas tabelas 3 e 4. Nessas tabelas foram selecionados os tipos de violência mais importantes em cada faixa etária.

Em relação ao sexo masculino, observa-se na tabela 3 que, na faixa de 0 a 14 anos de idade, o principal tipo de violência são os acidentes de trânsito e de transporte. O mesmo não ocorre na faixa dos 15 aos 19 anos, na qual as agressões físicas e os roubos/furtos e suas tentativas são os eventos de maior freqüência.



**Gráfico 6** -Taxas\* de morbidade por abuso sexual, segundo áreas programáticas, Município do Rio de Janeiro, 0-19 anos, 1990

Em termos de faixa etária vê-se que, para os eventos em geral, a idade de 0 a 4 anos possui menores taxas, dos 5 aos 14 anos as taxas se assemelham, enquanto no grupo de 15 a 19 anos elas são mais elevadas.

Com relação às AP, nota-se que a AP 3.3 apresentou elevados riscos de acidente de trânsito, na faixa de 0 a 9 anos, de agressão física nas idades de 10 a 19 anos e de desaparecimento na faixa dos 15 a 19 anos. Na AP 1, os riscos de agressão física na faixa de 5 a 19 anos, de desaparecimento daqueles entre 5 e 14 anos e de roubos e acidentes de trânsito no grupo de 15 a 19 anos, são grandes. Finalmente, deseja-se salientar que a AP 2.1 é especialmente o local em que adolescentes de 15 a 19 anos costumam ser vitimados por acidentes de trânsito, agressão física e roubos.

Na tabela 4 encontram-se as taxas de morbidade por violência, para as meninas de 0 a 19 anos.

Como se percebe na tabela 4, tal como em relação aos meninos, o principal tipo de violência, entre as garotas de 0 a 14 anos de idade, foi o acidente de trânsito e de transporte, seguido da agressão física. Esta última é a mais importante forma de violência contra as adolescentes de 15 a 19 anos.

A AP 3.3 e a AP 4 mostraram-se com grandes riscos para acidentes de trânsito em todas as faixas etárias. A AP 3.3 também apareceu como importante local no que se refere às agressões físicas, em todas as faixas de idade. Na AP 1 observaram-se as maiores taxas de abuso sexual, em todas as idades estudadas, e de desaparecimento entre aqueles com 15 a 19 anos. A AP 4 também surgiu como uma área de grande ocorrência de abuso sexual entre meninas de 5 a 9 anos e adolescentes de 15 a 19 anos de idade.

**Tabela 3** - Taxas\* de morbidade por tipos de violência, segundo faixas etárias e áreas programáticas, Sexo masculino, Município do Rio de Janeiro, 1990

Tipo de Evento	AP 1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4	AP 5
<b>De 0 a 4 Anos</b>								
Acidente de Trânsito	84,3	57,2	47,8	20,6	95,3	113,6	84,9	86,4
Agressão Física	8,4	22,9	-	-	-	2,6	8,9	6,5
<b>De 5 a 9 Anos</b>								
Acidente de Trânsito	234,2	185,5	165,4	87,3	192,7	339,7	172,6	177,5
Agressão Física	75,3	68,9	43,1	16,9	57,8	49,6	50,5	52,0
Desaparecimento	66,9	-	7,2	5,6	7,7	14,9	16,8	13,8
<b>De 10 a 14 Anos</b>								
Acidente de Trânsito	264,7	232,1	138,8	75,0	207,8	347,0	225,7	200,3
Agressão Física	230,5	123,5	145,7	41,6	100,0	179,6	142,1	96,4
Desaparecimento	68,3	24,7	20,8	16,7	46,2	34,0	29,3	30,1
Roubo/Furto/Tentativa	59,8	74,1	48,6	2,8	19,2	31,5	25,1	7,5
<b>De 15 a 19 Anos</b>								
Agressão Física	982,7	534,2	147,4	192,8	475,7	523,1	371,8	327,0
Roubo/Furto/Tentativa	1538,2	964,3	748,1	154,8	335,1	355,6	417,7	121,2
Acidente de Trânsito	709,3	453,8	286,0	105,1	302,0	412,3	417,7	278,9
Desaparecimento	51,3	47,3	51,3	23,4	57,9	59,3	50,5	36,5

\* Taxas por 100.000 habitantes  
Fonte: SEPC

**Tabela 4** - Taxas\* de morbidade por tipos de violência, segundo faixas etárias e áreas programáticas, Sexo feminino, Município do Rio de Janeiro, 1990

Tipo de Evento	AP 1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4	AP 5
<b>De 0 a 4 Anos</b>								
Acidente de Trânsito	25,8	34,9	33,1	21,1	38,3	67,6	68,6	65,7
Agressão Física	25,8	23,3	8,3	-	17,0	29,8	22,9	16,8
Abuso Sexual	25,8	5,8	16,5	-	4,3	8,1	9,1	15,2
<b>De 5 a 9 Anos</b>								
Acidente de Trânsito	85,6	125,3	74,3	34,5	91,0	140,7	117,2	89,6
Agressão Física	34,3	43,6	44,6	2,9	35,6	52,8	69,5	29,9
Abuso Sexual	60,0	21,8	7,4	5,7	4,0	17,6	21,7	15,7
Desaparecimento	8,6	27,2	7,4	-	4,0	10,1	13,0	1,6
<b>De 10 a 14 Anos</b>								
Acidente de Trânsito	205,4	125,7	137,5	44,8	129,1	169,4	217,3	95,5
Agressão Física	102,7	77,4	61,9	28,0	58,7	115,4	76,7	57,0
Abuso Sexual	102,7	38,7	55,0	11,2	43,0	56,5	51,1	57,0
Desaparecimento	102,7	58,0	55,0	5,6	35,2	39,3	72,4	30,8
<b>De 15 a 19 Anos</b>								
Agressão Física	491,6	249,7	267,0	98,7	299,5	408,9	277,5	173,7
Acidente de Trânsito	298,2	228,5	180,2	25,4	153,7	187,0	277,5	151,7
Roubo/Furto/Tentativa	451,4	427,4	233,6	45,1	161,6	139,6	61,7	42,9
Abuso Sexual	137,0	80,4	20,0	22,6	63,1	87,3	132,2	59,4
Desaparecimento	120,9	67,7	60,0	11,3	55,2	67,3	44,0	39,6

\* Taxas por 100.000 habitantes  
Fonte: SEPC

### Discussão e Considerações Finais

Dentre os achados deste estudo destacam-se os seguintes: o sexo masculino foi o mais vitimado, mas também foi o principal agente agressor nos diversos tipos de violência; as faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19 anos foram as mais afetadas; as AP 1 e 3.3 são as áreas com maior risco para eventos violentos contra crianças e adolescentes. É nelas, sem sombra de dúvida, que primeiramente as ações de prevenção e controle devem ser desenvolvidas. Entretanto, deve-se ressaltar que a AP 1 recebe importante contingente de pessoas vitimadas em outras AP, que nela são socorridas (nos hospitais públicos), sendo a ocorrência registrada pelo policial de plantão no hospital.

Acidentes de trânsito, agressão física, roubo/furto e suas tentativas, desaparecimento e abuso sexual foram as principais experiências de violência sofridas pelas crianças e adolescentes do município e que chegaram ao conhecimento da polícia.

Os atropelamentos constituíram a maioria dos acidentes de trânsito, sendo por isso que as medidas de prevenção e proteção que pretendam ter impacto na diminuição desse tipo de evento devem priorizar os pedestres e não, como sempre se tem feito, se restringirem à segurança do carro e de seus ocupantes.

A via pública foi o local preferido para os roubos/furtos e também para a agressão física. Já os desaparecimentos ocorreram predominantemente do próprio domicílio, assim como os abusos sexuais também tiveram neste local sua maior frequência.

O dia da semana e o horário das ocorrências variou em função de cada tipo de violência.

Diante destes dados, percebe-se que qualquer programa de prevenção que pretenda ter impacto deve considerar as especificidades de cada evento com as características que lhe são pertinentes. Assim, um programa que pretenda intervir no abuso sexual, necessariamente deve atentar para o fato de que esta violência acontece dentro de casa e é praticada por parentes e conhecidos. Um programa que objetive proteger a vítima na rua e contra desconhecidos, fatalmente será muito pouco eficaz e eficiente. Do mesmo modo as ações dirigidas à diminuição dos acidentes de trânsito devem focalizar os pedestres, pois estes constituem, na dinâmica do trânsito, o grupo de maior risco.

A presente análise ficou prejudicada pela qualidade da informação, cujo preenchimento dos registros de ocorrência deixa diversas variáveis sem informação ou com informação ignorada. Este problema específico merece estudos que aprofundem as questões da informação a partir das diversas fontes envolvidas com o tema da violência. Tam-



bém merece ser melhor investigada a forma como se constroem as informações em determinadas instituições ou como elas não são construídas. No último caso situam-se os serviços de saúde que não preenchem os dados sobre violência nos prontuários médico-hospitalares e ambulatoriais, como se intimamente acreditassem que esta é uma questão policial e não de cunho médico. No caso das delegacias de polícia, observou-se não existir qualquer padronização no que se refere ao preenchimento dos registros de ocorrências, ficando o mesmo dependente da formação pessoal (nível de escolaridade e visão de mundo) do agente policial que transcreve as informações fornecidas pelo comunicante. Nesse sentido, outros estudos<sup>12,13</sup> já demonstraram como é precária a investigação das mortes violentas que envolvem crianças e adolescentes, cuja tendência, mesmo na Instituição Policial, é de classificá-las como “acidentais”.

Diante de tantas formas de violência, a que estão submetidos as crianças e os adolescentes que chegam aos consultórios médicos, fica a indagação: até que ponto o profissional de saúde precisa se envolver nestas questões? Para uma grande maioria, estes problemas não fazem parte do campo de atuação médica, pois a precariedade das atuais condições de trabalho não tem permitido sequer prestar o atendimento mais básico. Entretanto, a despeito dos obstáculos (que muitas vezes parecem intransponíveis), o pouco que cada um pode fazer, visando a um atendimento integral à saúde, deve ser reconhecido como uma conquista, já que representará mais um passo na meta maior de plena conscientização dos direitos de cada cidadão.

É importante lembrar que a relação médico-paciente-família pode desencadear programas educativos de prevenção e controle da violência e de reforço de vínculos afetivos e segurança para as crianças, adolescentes e suas famílias. Deve-se ressaltar ainda que o fato de poucos profissionais incorporarem, logo de princípio, estas “novas” questões como problema de saúde, não impedirá o movimento (de cunho internacional)<sup>14,15,16</sup> de implementação de medidas de prevenção, atenção e reabilitação para a violência como pontos cruciais para uma boa prestação de serviços médicos.

Seria um grande avanço caso se conseguisse integrar o setor saúde, nos seus vários níveis de complexidade e com sistemas de informação adequados, na atuação contra a ocorrência de violência. Neste sentido, o papel do pediatra é de fundamental importância na detecção, no tratamento, no encaminhamento e na informação dos casos. Entretanto, outros setores da sociedade precisam também se aliar nessa árdua luta, porque o tema da violência ultrapassa os limites do campo e do saber médico. Ainda mais, é preciso negar, peremptoriamente, a existência de outras formas menos visíveis e mensuráveis deste fenômeno e isto só se consegue num esforço conjunto de luta pela construção da cidadania plena e contra as imensas desigualdades sociais. Só assim se poderá acreditar numa sociedade mais democrática, justa e menos violenta.

## Agradecimento

À Secretaria de Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, pela acolhida aos pesquisadores do CLAVES.

## Referências bibliográficas

1. Minayo, MCS. (coord) *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira Sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/SDE, 1990, 168P. (Panorama ENSP; 2)
2. Souza ER e Minayo MCS. O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil. In: Minayo MCS, org. *Os Muitos Brasís: Saúde e População na Década de 80*. São Paulo: HUCITEC, 1985:87-116.
3. 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.
4. Yunes J. Mortalidad por Causas Violentas en la Región de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 1993; 114(4):302-16.
5. Assis SG. *Quando Crescer é Um Desafio Social. Estudo Sócio-Epidemiológico Sobre Violência em Adolescentes de Duque de Caxias*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. 180p. [Dissertação de Mestrado].
6. Deslandes SF. *Maus-Tratos na Infância: Um Desafio Para o Sistema Público de Saúde. Análise da Atuação CRAMI-Campinas*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993. 188p. [Dissertação de Mestrado].
7. Gomes R. *O Corpo na Rua e o Corpo da Rua: A Prostituição Infantil Feminina em Questão*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994. 235p. [Tese de Doutorado].
8. Marques MAB. *An Exploratory Study on Violence Against Children in a Favela in Rio de Janeiro*. Columbia: University of Columbia. 1986. 230p. [Tese de Doutorado].
9. Santos HO, Palhares FAB e Olivo L. Maus-tratos na Infância: Uma Proposta de Atuação a Nível Regional. *J pediatr. (Rio J.)* 1988; 64(9):384-8.
10. Monteiro MCN. *Estudo Descritivo dos Aspectos Psicossociais de Pais e Responsáveis Agressores de Crianças e Adolescentes Atendidos no CRAMI Campinas/SP*. Campinas: UNICAMP, 1992. 208 p. [Dissertação de Mestrado]
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência Contra a Criança e o Adolescente. Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde. 1993. 24p.
12. Souza ER. *O Reflexo da Violência na Mortalidade da Baixada Fluminense-Brasil*. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, 1992. 107 p. [Relatório Final de Pesquisa]
13. Mello Jorge MHP. *Investigação Sobre a Mortalidade por Acidentes e Violências na Infância*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1988. 345p. [Tese de Livre Docência].



14. Mercy JA, Rosenberg ML, Powel K et al. Public Health Policy for Preventing Violence. *Health Affairs* 1993; 12:7-29.
15. Mc Cullough I. A Challenge for Health: Making Connections Within the Family Violence Context. Ottawa: Publications Health Canada 1994; 19p.
16. Flitcraft A. Physicians and Domestic Violence: Challenges for Prevention. *Health Affairs* 1993; 12:154-160.

Endereço para correspondência:

Avenida Brasil, 4036, sala 702 - Manguinhos  
CEP 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ  
Fax: (021) 270.1793 - Tel.: (021) 290.4893.