

Violência na infância e juventude: atendimentos hospitalares e mortalidade em município da Região Sul do Brasil

Christine Baccarat de Godoy Martins^{1*} e Selma Maffei de Andrade²

¹Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Av. Robert Koch 60, 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. ²Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. *Autor para correspondência. e-mail: leocris2001@terra.com.br

RESUMO. O estudo analisou as características da violência em menores de 15 anos, residentes em Londrina, Estado do Paraná, atendidos em hospitais ou que morreram em 2001, por meio de consulta a prontuários hospitalares e dados de mortalidade. Dos 67 casos estudados, 79,1% corresponderam às agressões (53 casos) e 20,9% (14 casos) às lesões autoprovocadas intencionalmente. Entre os casos de agressão, a maioria ocorreu no sexo masculino, na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo os meios mais freqüentes a força corporal (54,7%) e a arma de fogo (15,1%). As internações por agressão (7,5%) foram todas decorrentes de arma de fogo, também responsável por um óbito (1,9%). Entre as lesões autoprovocadas, a ingestão de medicamento predominou (71,4%), o sexo feminino foi maioria (10 casos) e a idade mais freqüente foi 14 anos. As internações corresponderam a 35,7% e não houve óbitos. Os resultados podem contribuir para o planejamento de ações de prevenção desses agravos.

Palavras-chave: violência, infância, juventude, mortalidade.

ABSTRACT. Violence in childhood and youth: hospital attendances and mortality in a city of southern Brazil. The study analyzed the characteristics of violence among youngsters under the age 15 who lived in Londrina, State of Paraná, Brazil, who were attended in hospitals or died in 2001. The study was conducted by means of reviewing hospital records and mortality data. Among 67 cases, 79.1% were due to assaults (53 cases) and 20.9% (14 cases) due to intentional self-harm. The majority of assaults occurred among boys, in the 10-14 years of age group. Assaults by bodily force (54.7%) and by firearm discharge (15.1%) were the main types. All hospital admissions (7.5%) and one death (1.9%) occurred due to firearm discharge. Among cases of intentional self-harm, intake of medicaments prevailed (71.4%) and the majority were females aged 14. Hospital admissions corresponded to 35.7% of the intentional self-harm cases, but there was no death. The results may contribute to the planning of preventive actions in order to reduce these events.

Key words: violence, childhood, youth, mortality.

Introdução

A violência contra a criança e o jovem, seja ela física, sexual, por negligência ou seja por abandono e/ou psicológica vem alarmando a sociedade brasileira pelos seus crescentes índices e pelas lesões e traumas decorrentes, constituindo-se a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos no Brasil (Minayo, 2002).

Segundo dados da Unicef (2003), quase 3.500 crianças menores de 15 anos morrem todo ano por maus tratos (físico ou negligência) em todo o mundo. Para cada morte por maus tratos em menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico. No mundo todo, calcula-se um coeficiente de

mortalidade por maus tratos de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino, sendo estes perpetrados pelo pai biológico (em 41,3% dos casos), pela mãe biológica (em 38,9%), pelo padrasto (11,1%), pela madrasta (3,4%), por outros parentes (4,9%) e por famílias e parentes adotivos (0,4%) (Unicef, 2003).

Minayo (2002), atribui a violência a fenômenos sociais e culturais que acompanham o homem desde os primórdios como um instrumento de educação, socialização e punição. A violência se expressa dentro das diferentes culturas, produzindo praticamente o mesmo dano psicológico, freqüentemente fazendo das vítimas futuros agressores e promovendo

traumas físicos e emocionais de grande magnitude que afetam não só o indivíduo, mas as famílias, grupos e toda a sociedade (Minayo e Souza, 1999; Minayo *et al.*, 1999; Minayo, 2002; Salomon, 2002).

Esse complexo contexto da violência tem mobilizado estudiosos no sentido de definir seus fatores e visualizar caminhos para reduzir essa importante causa da morbi-mortalidade infanto-juvenil. No entanto, grande parte dos estudos enfoca predominantemente a mortalidade, embora o conhecimento da morbidade também se faça necessário para que se tenha conhecimento de um panorama mais próximo da realidade na sociedade. O conhecimento dos diferentes tipos de violência pode orientar medidas preventivas diferentes para cada circunstância.

Neste sentido, a presente investigação teve o objetivo de estudar a ocorrência e as características da violência entre menores de 15 anos, residentes em Londrina, Estado do Paraná, que foram atendidos em serviços de emergência ou internação ou que morreram devido a essas causas em 2001.

Metodologia

A pesquisa se constituiu em um estudo transversal e descritivo acerca da morbidade hospitalar e da mortalidade por violência entre menores de 15 anos residentes em Londrina, cidade localizada no norte do Estado do Paraná, com uma população projetada, em 2001, de 454.870 habitantes, sendo 118.297 (26%) com menos de 15 anos (Datusus, 2002).

A população do estudo foi composta por menores de 15 anos de idade, residentes no município de Londrina, Estado do Paraná, com diagnóstico de agressão ou violência auto-infligida em prontuários hospitalares (emergência ou internação) e em declarações de óbito no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2001.

Os dados sobre atendimentos de emergência ou de internação foram obtidos mediante levantamento manual em prontuários dos serviços hospitalares gerais de Londrina que prestam atendimento a crianças e jovens, feito por alunos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Estado do Paraná, devidamente treinados e supervisionados. Os dados sobre óbitos foram levantados no Núcleo de Informação em Mortalidade (NIM) da Prefeitura de Londrina, Estado do Paraná, considerando que o óbito poderia ter ocorrido sem que o atendimento houvesse sido prestado por serviços de saúde. No caso de óbitos,

foi observado um prazo de até um ano após o ato violento para verificar se o evento não teria ocorrido em 2001, conforme recomendações da Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial da Saúde, 2000). Para a coleta de dados nos prontuários selecionados foi utilizado um formulário previamente testado.

O tipo de violência foi classificado conforme o capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (Organização Mundial da Saúde, 2000), sendo utilizadas as rubricas de X85 a Y09 (agressões) e de X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente).

Os dados de morbidade foram processados eletronicamente pelo programa Epi Info – versão 6.04.d. (Dean *et al.*, 1995) e, posteriormente, comparados com os dados de mortalidade. Os óbitos que ocorreram sem assistência foram incluídos com vistas a formar um único banco de dados de morbi-mortalidade.

Foi realizada uma criteriosa verificação dos casos que tinham fichas duplicadas de atendimento referentes à mesma violência, excluindo-se os registros repetidos a fim de evitar a duplicação de dados. Foi realizada também exaustiva verificação de inconsistências através do cruzamento e verificação de dados.

O projeto original do presente texto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, Estado do Paraná, sendo aprovado.

Resultados

No período de estudo, foram registrados 67 casos de violência em menores de 15 anos em Londrina, Estado do Paraná, dos quais 79,1% correspondem às agressões (53 casos) e 20,9% (14 casos) às lesões autoprovocadas intencionalmente, representando, respectivamente, coeficientes de incidência de 44,8 e 11,8 por 100.000 menores de 15 anos.

No conjunto dos casos, houve predomínio do sexo masculino (52,2%) em relação ao feminino (47,8%).

Calculando-se o coeficiente de incidência para cada tipo de violência e faixa etária, observaram-se maiores taxas de agressão e de lesão autoprovocada na faixa dos 10 aos 14 anos (Figura 1). Enquanto a agressão ocorreu em todas as faixas de idade, a auto-agressão pôde ser observada somente a partir da faixa dos 7 a 9 anos, sendo a idade mínima de 7 anos.

Em decorrência de algumas diferenças epidemiológicas, os resultados são apresentados

separadamente para as lesões autoprovocadas intencionalmente e para as agressões.

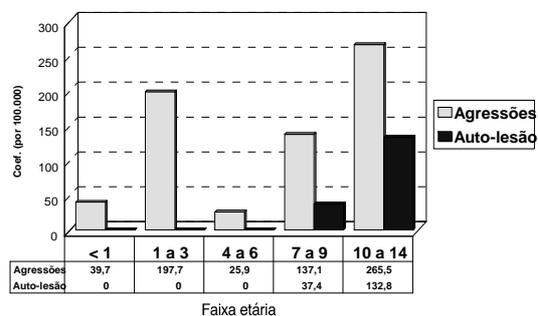


Figura 1. Coeficientes de incidência de agressão e de lesões autoprovocadas em menores de 15 anos segundo a faixa etária, Londrina, Estado do Paraná, 2001.

As lesões autoprovocadas intencionalmente

Quando se analisam as lesões autoprovocadas, observa-se que a frequência desses eventos no sexo feminino (10 casos) foi maior do que no sexo masculino (quatro casos). A idade predominante foi a de 14 anos (seis casos). No sexo masculino, as lesões autoprovocadas ocorreram nas idades de 7, 8, 10 e 13 anos (com um caso em cada idade). Já no sexo feminino, as lesões se distribuíram entre as idades de oito, dez, onze e treze anos (um caso em cada idade) e 14 anos (6 casos).

Considerando-se os subgrupos de causas da CID-10, observou-se que a auto-intoxicação por medicamento (10 casos) respondeu por 71,4% de todas as lesões autoprovocadas, seguida pelas lesões autoprovocadas por outros produtos químicos e por objeto cortante (ambas com 2 casos).

Ao distribuir as lesões autoprovocadas segundo o nível de atendimento, observou-se que nove casos (64,3%) foram atendidos no pronto-socorro e cinco (35,7%) demandaram internação hospitalar. Para cada internação, aproximadamente dois casos foram atendidos no pronto-socorro. Não houve óbitos.

As lesões produzidas consistiram em trauma de punho e mão (dois casos), corrosão de órgãos internos devido à ingestão de produto químico (um caso) e intoxicação por medicamento (dez casos). Em apenas um caso não foi possível determinar o tipo de lesão produzida e nem a região corpórea afetada.

As agressões

O sexo masculino predominou entre as vítimas de agressão, com 58,5% de frequência contra 41,5% do sexo feminino. Conforme mostra a Figura 1, foram observadas maiores taxas de incidência na faixa etária dos 10 a 14 anos e na de 1 a 3 anos. No

sexo masculino, as agressões tiveram maior frequência na idade de 10 a 14 anos (51,6%), seguida pela faixa etária de 7 a 9 anos (22,6%), de 1 a 3 anos (19,4%), de 4 a 6 anos (3,2%) e de menores de um ano (3,2%). No sexo feminino, predominou a faixa etária de um a três anos (40,9%), seguida pela de 10 a 14 (27,3%), de 7 a 9 anos (18,2%), menores de 1 ano (9,1%) e de 4 a 6 anos (4,5%).

A agressão por força corporal foi mais freqüente (54,7%), seguida pela agressão por arma de fogo (15,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos menores de 15 anos vítimas de agressões segundo o tipo de agressão, Londrina, Estado do Paraná, 2001.

Tipo de Agressão	Nº	%
Força corporal	29	54,7
Arma de fogo	8	15,1
Objeto cortante	4	7,5
Sexual	3	5,7
Droga ou substância química	2	3,8
Meio não especificado	7	13,2
Total	53	100,0

Ao distribuir as agressões de acordo com o nível de atendimento e evolução, observou-se que 90,6% das crianças vítimas de agressões (quarenta e oito casos) foram atendidas no pronto-socorro. Os únicos casos que demandaram internação (quatro casos) foram resultantes de agressão por arma de fogo, resultando em uma taxa de internação 7,5%. A arma de fogo também foi responsável por um óbito, resultando em uma taxa de letalidade igual a 1,9%. Esse óbito ocorreu ainda no pronto-socorro, em um adolescente de 13 anos, por traumatismo intracraniano.

Quanto à região corpórea atingida no exercício do ato violento, predominou a cabeça e pescoço (28,3%), seguida pelo ombro e membros superiores (17,0%) e pela região do tórax/abdômen/dorso/coluna/pelve (15,1%). O quadril e membros inferiores responderam por 9,4% das regiões afetadas pela violência, assim como o trauma de múltiplas regiões (9,4%). Em onze casos (20,7%) não foi possível determinar a região afetada.

Quanto ao tipo de lesão decorrente das agressões, os traumatismos superficiais responderam por 28,3% dos casos (15), seguidos pelos ferimentos (26,4%) e luxações (9,4%). As fraturas (5,7%) e os traumatismos de vasos (5,7%) ocuparam a terceira colocação, seguidos pelo traumatismo de nervos (1,9%) e por um caso de traumatismo intracraniano (1,9%) responsável pelo óbito ocorrido nesta população de estudo. Não foi possível especificar o tipo de lesão produzida em onze casos (20,7%).

Discussão

Uma limitação importante do presente estudo é a de abranger apenas as crianças e jovens atendidos em pronto-socorro ou que foram internadas ou que morreram, o que torna a taxa de incidência calculada apenas uma parte da real incidência desses eventos na população sob risco, pois se exclui a parcela que sofre violência e que não busca atenção nos serviços de saúde mais complexos, como os hospitais. Outra limitação que não pode ser desconsiderada é a qualidade da informação disponível nos registros médicos dos hospitais, o que faz com que essas causas violentas sejam subestimadas por omissão da informação sobre violência, tanto por parte dos responsáveis pela criança ou jovem, quanto dos próprios profissionais que a atendem.

Dessa forma, muitos casos de agressão ou de lesão autoprovocada acabam sendo classificados como “evento de intenção indeterminada” (Mello Jorge *et al.*, 2003). Dados do mesmo levantamento, do qual o presente trabalho foi extraído, revelam que 31,8% dos atendimentos de emergência por causas externas em unidades hospitalares de Londrina foram classificados como “eventos de intenção indeterminada”, embora essa proporção seja bem menor entre os que foram internados (5,5%) e entre os que morreram (5,5%) (Martins e Andrade, 2005). Esses casos, indubitavelmente, ocultam situações de maus-tratos. Portanto, os dados aqui apresentados e discutidos devem ser analisados sob a ótica dessas limitações.

No entanto, os resultados permitem concluir a importância da incidência da violência na população infantil. Estudos como o de Gomes (1998), Scherer e Scherer (2000), Ferreira e Schramm (2000) Gonçalves e Ferreira (2002) chamam a atenção para a problemática da criança pobre, abandonada, negligenciada, drogada, prostituída, sem escola, sem lar, sem comida, vítima de maus tratos físicos e/ou de abuso sexual, havendo necessidade de melhorar os dados de morbidade em relação à violência infantil. Os autores ainda destacam a importância da intervenção o mais precoce possível, desde a prevenção até a punição de atos abusivos, tornando realidade o Estatuto da Criança e do Adolescente por meio da identificação e notificação dos casos.

Resultado similar ao presente estudo foi encontrado por Pascolat *et al.* (2001) que, ao estudarem as crianças vítimas de violência atendidas pelo SOS Criança de Curitiba, verificaram o predomínio do sexo masculino (50,2%) em relação ao feminino (49,8%). Os resultados encontrados, entretanto, não revelam diferença expressiva em relação aos sexos. Diante disto, pode-se concluir que

a violência atinge indiscriminadamente as crianças e jovens independentemente do sexo. Todavia, a violência parece se diferenciar em cada sexo segundo a idade, uma vez que os coeficientes encontrados se comportam diferentemente em cada sexo.

Em relação à idade, resultados diferentes foram encontrados por Pascolat *et al.* (2001), que verificaram maior ocorrência da violência na faixa etária de 5 a 11 anos de idade, diferenças estas decorrentes, talvez, de características da população estudada.

O fato de a violência ter sido maior na faixa etária dos 10 aos 14 anos leva a acreditar que, nessa fase, esse evento se deva às brigas entre grupos e colegas, além de conflitos sociais, exposição à rua, entre outros fatores.

O predomínio das lesões autoprovocadas aos 14 anos, com casos exclusivamente femininos, pode ser explicado pela intensa fase de conflito pela qual o jovem passa. A sua constante busca por identidade, os amores não correspondidos, os conflitos familiares decorrentes de sua mudança de comportamento, a inquietude e medo diante da vida que se descortina e a intensa instabilidade emocional acabam por induzir o jovem à auto-agressão, muitas vezes somente para chamar a atenção da família (Maakaroun, 1991). Apoio psicológico e familiar, nessa fase, é essencial para que o jovem descubra suas aptidões e oportunidades. Atravessar essa fase da vida de maneira saudável no mundo atual torna-se um desafio, mas possível diante dos inúmeros recursos que a sociedade globalizada oferece. Tratamentos específicos devem ser considerados para aqueles que experimentam a depressão nessa fase do crescimento. A escola, a comunidade e a família devem estar atentas neste sentido.

A utilização do medicamento nas lesões autoprovocadas intencionalmente explica-se pelo fato de o medicamento estar à disposição em casa, pois muitas vezes são medicamentos utilizados pela própria família. O mesmo ocorre com os produtos de limpeza e objetos perfuro-cortantes que se encontram à disposição no ambiente doméstico. Em relatório da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2000), as tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos representaram 3,7% de todas as intoxicações em menores de 15 anos. Além do medicamento, Schwartsman e Schwartsman (1999) também alertam para as tentativas de suicídio entre os adolescentes por meio de produtos químicos, também encontrados no presente estudo.

Apesar de não ter ocorrido óbito por lesão autoprovocada neste estudo, Bortoletto e Bochner (1999) observaram três óbitos na faixa etária de 10 a

14 anos decorrentes da ingestão intencional de medicamentos, representando 2% de todos os óbitos do país referentes a esse grupo de causa.

Considerando a taxa de internação entre as lesões autoprovocadas (35,7%) e considerando, ainda, a independência de atitudes do jovem, torna-se fundamental a prevenção e conscientização das famílias, escolas e comunidades que, muitas vezes por questões culturais, ignoram os sinais de depressão no adolescente. Disponibilizar nos serviços de saúde programas de atendimento ao jovem, com equipe multiprofissional, pode contribuir para ações que visem atendê-lo integralmente em suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e emocionais.

Quanto às agressões, o fato de a violência exercida por terceiros ter sido maior na faixa etária de 1 a 3 anos entre as meninas provavelmente esteja relacionado com a agressão exercida pelos pais ou pessoas próximas, diferentemente dos meninos, cujo predomínio da violência se deu na faixa etária de 10 a 14 anos.

Concordando com os resultados encontrados, Gomes (1998) adverte para a agressão por força corporal como a mais comum em crianças, destacando também as agressões por armas brancas, objetos cortantes e projétil de arma de fogo. Um estudo realizado no Conselho Tutelar de Niterói, de 1993 a 1995, revela que o abuso físico estava presente em 61% dos casos, a negligência em 34,4%, o abuso psicológico em 26,6% e o abuso sexual em 11% dos casos (Cavalcanti, 1999).

A agressão por força corporal é entendida como resultado da necessidade de estabelecer forças, característica própria do jovem e que são estimuladas pelos desenhos, filmes e videogames agressivos. Talvez se houvesse uma melhor seleção por parte dos pais do que a criança deva assistir e com o que brincar, as lutas e brigas corporais tivessem menor incidência entre as crianças. Aliada a isto, a estrutura familiar desempenha papel importante na questão da violência. Crianças que convivem diariamente com cenas agressivas dentro de casa podem reproduzir a violência (Assis, 1994), alimentando um círculo vicioso de difícil controle. Inverter as estatísticas da agressão é uma tarefa extremamente difícil, mas pode ser possível por meio de ações preventivas nas escolas e comunidades.

As agressões por arma de fogo, principalmente entre jovens, declaram por si só as condições de vida pelas quais as crianças e jovens encontram-se reféns. As balas perdidas, os conflitos entre quadrilhas e grupos do tráfico, a falta de segurança nas favelas, a precária condição da polícia no combate à violência, o

tráfico de armas e as condições sócioeconômicas cada vez piores são alguns dos fatores que têm contribuído para aumentar as estatísticas da violência.

A agressão sexual, por sua vez, constitui-se um agravo merecedor de estudos que possam determinar seus mecanismos e fatores.

Drezett *et al.* (2001), ao estudarem o abuso sexual entre crianças e adolescentes de 0 a 20 anos do sexo feminino, observaram que 84,5% das crianças (0 a 10 anos) foram abusadas sexualmente por agressores conhecidos do núcleo familiar, sendo que 42,3% ocorreram na própria residência e 28,2% na residência do agressor. As adolescentes (11 a 20 anos), contudo, foram violentadas por desconhecidos em 72,3% dos casos durante atividades cotidianas (34,8%) e no percurso do trabalho ou escola (28,4%).

A agressão sexual, apesar da alta incidência e da indignação que causa na sociedade, ainda é considerada como uma das agressões de maior subnotificação e sub-registro. Presente em todas as classes sociais, etnias e culturas, a violência sexual ainda conta com um número muito pequeno de denúncias. Os danos e seqüelas resultantes desse tipo de agressão constituem um importante agravo em todas as sociedades e países, porém vários fatores colaboram para o pouco conhecimento epidemiológico sobre as mesmas. Questões culturais e sociais, como vergonha, constrangimento, falta de testemunhas e a pouca resolutividade potencializam ainda mais a continuação da violência sexual contra crianças e adolescentes. Drezett *et al.* (2001) estimam que as denúncias espontâneas de abuso sexual em crianças e adolescentes representam somente 10,7% da população agredida. Gomes *et al.* (1999), ao estudarem as denúncias de agressão contra crianças e adolescentes no Centro Latino-Americano e Estudos sobre Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES), verificaram que apenas 23,8% das denúncias registradas foram transformadas em inquérito para se apurar a responsabilidade dos atos violentos cometidos contra a criança.

Portanto, a criação e melhora dos serviços voltados para a atenção das crianças e jovens vítimas de agressão sexual, com atendimento multiprofissional, torna-se questão premente. Para encorajar a denúncia, as campanhas de conscientização e atuação dos profissionais de saúde junto aos serviços públicos e privados podem contribuir. Medidas mais eficazes do poder público nas questões policiais e jurídicas no sentido de interromper a prevalência desses eventos também são tão, ou mais, importantes. Desta forma, com a conscientização da comunidade civil, jurídica e

profissional, o Estatuto da Criança e do Adolescente poderá cumprir seu papel na defesa e proteção ao menor. Estudos que focalizem as questões envolvidas nesse tipo de agressão podem contribuir para a visualização da prevenção.

Apesar de a grande maioria das vítimas de agressão ter sido atendida somente em pronto-socorro, a presença de internação em relação às agressões por arma de fogo, inclusive com presença de óbito por essa causa, aponta para a necessidade de envolvimento do poder público para uma legislação e intervenção mais eficazes.

Ao estudar os traumatismos crânio-encefálicos em crianças menores de 10 anos, Koizumi *et al.* (2001) observaram que as agressões foram responsáveis por 1,8% de todos os traumatismos crânio-encefálicos da população de estudo.

A frequência maior de lesão na cabeça deve-se ao fato das brigas envolverem chutes, pontapés e socos que normalmente atingem boca, olho, nariz, orelhas e couro cabeludo, gerando traumatismos superficiais e ferimentos. Os membros superiores são atingidos por serem utilizados na tentativa de proteção dos golpes no rosto, justificando os resultados encontrados.

Conclusão e considerações finais

A violência entre crianças e jovens, apontada neste estudo como causa de atendimento hospitalar, internação e óbito, sugere a necessidade de ações intersetoriais entre o setor saúde, educação, comunidade e poder público, com ações de educação, humanização e conscientização desse grande mal da sociedade atual. Além disto, é preciso ampliar e implantar serviços especializados no atendimento à criança e jovem vitimizados, especialmente no que se refere à agressão sexual, com encorajamento às denúncias por meio de campanhas e maior resolutividade dos casos.

A questão específica dos maus-tratos infantis sugere a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e notificação da violência contra a criança, pois a falta de notificação, e conseqüente impunidade, também é apontada por alguns autores como uma mola propulsora da violência, porque contribui para que a violência continue sendo reproduzida. Neste sentido, Deslandes (1999) atrela a falta de registro e notificação pelos serviços de saúde a questões culturais do próprio profissional, tais como medo de ser perseguido pelos familiares, de ser submetido a inúmeros depoimentos, temor de notificar uma suspeita infundada, receio de que a criança seja encaminhada a qualquer instituição pública,

concepção de que se trata de um problema exclusivamente da família, descrença quanto às reais possibilidades de intervenção e visão de que seu papel se restringe ao cuidado das lesões. A notificação, além de trazer benefícios para a qualidade de vida das crianças, também é um importante instrumento de controle epidemiológico da violência contra a criança. Identificar e investigar as circunstâncias da agressão física em crianças, especialmente as menores, pode ajudar a esclarecer melhor os resultados encontrados, bem como contribuir para a criação de serviços especializados que ofereçam tratamento multiprofissional para a criança e a família.

A atenção aos jovens, com a implantação de programas específicos e de atenção multiprofissional, se torna urgente diante da problemática das lesões autoprovocadas por essa faixa etária.

Diante da complexidade das causas e conseqüências da violência, sugerem-se novos estudos que possam preencher as lacunas de conhecimento desse fenômeno, no sentido de melhor a compreender em cada localidade, não a reduzindo ao plano individual, mas adotando medidas interdisciplinares e específicas na sua prevenção.

Referências

- ASSIS, S.G. Crianças e adolescentes vitimizados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 126-134, 1994.
- BORTOLETTO, M.E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 859-869, 1999.
- CAVALCANTI, M.L.T. Estudo descritivo dos registros de violência doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 99-123, 1999.
- DATASUS. *População residente*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 15 out. 2002.
- DEAN, A.G. *et al.* EPI INFO version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on IBM-compatible microcomputers. Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1995.
- DESLANDES, S.F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Cienc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.
- DREZETT, J. *et al.* Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J. Ped.*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 413-419, 2001.
- FERREIRA, A.L.; SCHRAMM, F. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pub.*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000.
- GOMES R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a

- morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, 1998.
- GOMES, R. *et al.* Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Cienc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 171-181, 1999.
- GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.
- KOIZUMI, M.S. *et al.* Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico no Brasil, 1998: causas e prevenção. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 93-101, 2001.
- MAAKAROUN, M.F. *Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.
- MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos de pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.
- MELLO JORGE, M.H.P. *et al.* *Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade da informação*. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português/ Faculdade de Saúde Pública da USP, 2003.
- MINAYO, M.C.S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. *In: WESTPHAL, M.F. (Org.). Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 95-114.
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.S. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Cienc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* Editorial. *Cienc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 4, 1999.
- OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8. ed. 10ª revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (Edusp), 2000.
- PASCOLAT, G. *et al.* Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J. Ped.*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001.
- SALOMON, Z. Situação da Criança e do Adolescente em Israel: crescendo em ambientes violentos – vulnerabilidade e resistência. *In: WESTPHAL, M.F. (Org.). Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 73-90.
- SCHERER, E.A.; SHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev. Lat. Am. Enf.*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, 2000.
- SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas agudas. *J. Ped.*, Rio de Janeiro, v. 75, supl. 2, p. 244-250, 1999.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Departamento Técnico de Informática. *Acidentes toxicológicos 2000*. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 08 out. 2003.
- UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. *Innocenti Report Card; N° 5*, 2003. Disponível em: <www.unicef-icdc.org>. Acesso em: 25 set. 2003.

Received on December 13, 2005.

Accepted on June 28, 2006.