

A VIOLÊNCIA CONTRA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADMITIDOS NO HOSPITAL JOÃO XIII: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS ADMITTED TO HOSPITAL JOÃO XXIII (emergency care): A QUANTITATIVE ANALYSIS

Fernanda Flaviana de Souza Martins¹, Roberta Carvalho Romagnoli²

RESUMO

Este artigo trata da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XXIII, de Belo Horizonte. Utilizou-se o prontuário do paciente internado para analisar quantitativamente o perfil da criança, do adolescente e das famílias. Foram analisados 1.152 prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do primeiro semestre de 2012. Belo Horizonte é a cidade que mais acessa o Hospital. As maiores ocorrências são quedas (20,5%), acidentes (14,3%), queimados (12,2%), agressão (10,2%) e corpo estranho (7,6%). Crianças pequenas passam pelo atendimento, sendo 36,7% na faixa de 0 a 6 anos. O sexo masculino representa 70,9% das situações. Muitas situações que chegam ao hospital como acidente apresentam, de fato, indicadores de violência, embora nem sempre notificados. O estudo permitiu concluir que a violência intrafamiliar configura-se como uma questão de saúde pública e que merece atenção da sociedade e do poder público.

Palavras-chave: Família; Violência Contra Crianças e Adolescentes; Negligência; Notificação.

ABSTRACT

This study deals about the quantitative on domestic violence against children and adolescents admitted to Hospital João XXIII (emergency care) in the city of Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. We used the charts or patients in hospital care to establish a profile of children, adolescents and families, and analyzed 1,152 medical records from the Medical and Statistical Archive Service encompassing the first six months of 2012. Belo Horizonte is the city that demands most of the Hospital. The most common causes are falls (20.5%), accidents (14.3%), burning by fire (12.2%), assaults (10.2%) and foreign bodies (7.6%). Young children go through treatment, and 36.7% of them are 0-6 years old. 70.9% are males. It is noticed that many cases that arrive at the hospital reportedly as accidents, do have, in fact, indicators of violence, though police is not always notified. Finally, this study allowed us to conclude that domestic violence is indeed a public health issue and should receive special attention from society and government.

Keywords: Family; Violence Against Children and Adolescents; Negligence; Notification.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; fernandasocial@gmail.com

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; robertaroma1@gmail.com

Este texto apresenta a análise quantitativa da pesquisa “O impacto da violência intrafamiliar na infância e na juventude: uma questão de saúde pública”, desenvolvida em tese de doutorado³. O objetivo geral deste estudo foi investigar a violência intrafamiliar em crianças e adolescentes atendidos no Hospital João XXIII, de Belo Horizonte, Minas Gerais. No que se refere à investigação quantitativa, tem também por objetivos específicos descrever o perfil das famílias e das crianças e adolescentes atendidos; assim como tipificar os atos violentos sofridos por crianças e adolescentes atendidos; e, por fim, identificar fatores associados à ocorrência de violência nesse âmbito.

A violência intrafamiliar é uma questão de grande amplitude e complexidade, cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação e a efetiva mobilização de diversos setores do Estado e da sociedade civil. Segundo o Ministério da Saúde, a violência intrafamiliar expressa ainda dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação-dominância (Brasil, 2002). Nessas relações, as pessoas ficam em posições antagônicas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar. Em relação à violência intrafamiliar, Moreira (2012) aponta como aspectos relevantes o fato de ser cometida por familiares ou pessoas que desempenham função parental de cuidado e de socialização e que pode ser cometida pelos pais e/ou responsáveis em espaços públicos de diversos modos, não só no espaço doméstico. De acordo com De Antonia, Barone & Koller (2007) esse tipo de violência se manifesta por meio de abusos físicos, sexuais e emocionais, além da negligência, sendo que, muitas das vezes, esses elementos aparecem nas famílias de forma sobreposta. As referidas autoras mapearam fatores de risco nessas relações familiares, tais como papéis familiares (gravidez na adolescência, não reconhecimento da paternidade, interferência da sogra, sobrecarga de papéis e a adolescência dos filhos), patologias (familiares usuários de álcool e drogas ilícitas, depressão/descontrole emocional, portadores de necessidades especiais e de HIV), práticas educativas (imposição

de limites, cumprimento de regras e submissão dos filhos aos desejos dos parentes) e comportamentos agressivos. Esses indicadores denunciam a fragilidade das relações familiares e favorecem a emergência da violência intrafamiliar.

Em relação à violência intrafamiliar, Moreira (2012) aponta dois aspectos relevantes:

O primeiro é que se trata de uma violência cometida, no caso das crianças e adolescentes, por familiares ou pessoas que desempenham função parental de cuidado e de socialização. Nesse sentido, a vivência da violência intrafamiliar revela uma teia complexa de relações familiares, uma vez que agressores e vítimas estão ligados por laços afetivos e simbólicos, que a violência fragiliza (...). O segundo aspecto é que se trata de uma violência cuja prática não se restringe ao espaço doméstico. Embora a casa seja o local em que aconteça o maior número de casos de violência contra crianças e adolescentes, a violência intrafamiliar é também por vezes cometida pelos pais e/ou responsáveis em espaços públicos por diversos modos: abandono; exposição a situações de perigo e risco; ameaça; exposição a situações vexatórias; agressão física, sexual, entre outros exemplos. (Moreira, 2012, p. 148).

A violência intrafamiliar ocorre em todas as camadas da população, embora alcance especial visibilidade nas famílias economicamente desfavorecidas, devido ao fato de elas serem mais atendidas pelos diversos equipamentos públicos. Contudo, acreditar que esse tipo de violência ocorre somente em famílias provenientes das camadas baixas nos conduz à explicação equivocada de que este fenômeno só existe nesse estrato social. Efetuar essa leitura simplista pode nos levar a um dos efeitos da permanência, ao longo de nossa história da interdependência de desigualdade e pobreza: a estigmatização da pobreza. Moreira (2012) ressalta que as condições precárias de existência podem, em algumas situações, fortalecer os laços familiares, despertando sentimento de solidariedade para resolução de conflitos e situações adversas, assim como, também, em outros momentos, enfraque-

³ Esta pesquisa foi financiada pela Capes.

cer os vínculos em virtude da baixa autoestima dos pais e dos filhos. Martins (2006) lembra que, mesmo não sendo determinante da violência, a pobreza pode aumentar a vulnerabilidade social das famílias, potencializando outros fatores de risco, ao fazer com que crianças mais pobres tenham mais chances de ver incluídos em sua trajetória de vida episódios principalmente de negligência ou outro tipo de violência familiar.

Apesar de os números da violência se mostrarem expressivos, segundo a Secretaria Especial de Direitos Humanos (2014) e o Mapa da Violência elaborado por Waiselfisz (2012), há subnotificações, pois ainda existem medo, acomodação e uma cultura enraizada da naturalização da violência em nossa sociedade. Nos anos de 2011 e 2012, segundo a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (2014), no estado de Minas Gerais houve aumento de 67,74% de denúncias. Em 2014, do começo do ano, o Disque 100 recebeu mais de 37 mil denúncias de violência contra crianças e adolescentes. O aumento é de, aproximadamente, 28%, se comparado ao mesmo período do ano anterior. Sem dúvida, esses números são expressivos e os números que aparecerem nas notificações não correspondem à realidade, como vimos. Nesse contexto, faz-se necessário conhecer mais sobre esse tipo de violência, ainda bastante presente em nossa sociedade.

Apontamentos metodológicos

Estudar a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes atendidos no Hospital João XXIII, de Belo Horizonte, um hospital público geral estadual de pronto-socorro, trouxe à tona uma realidade processual e multideterminada. Esse hospital foi fundado em 1973, para atender à grande demanda da capital, na época. O pronto-socorro conta com 286 leitos e atua como centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco de morte. Dentro do hospital, a pesquisa realizou-se também no Centro Geral de Pediatria, criado em 1982, e tem por objetivo assistir com qualidade as crianças das macrorregiões do Estado de Minas Gerais e dos municípios que

compõem a microrregião e a Região Metropolitana de Belo Horizonte, como centro de referência em atendimento ambulatorial e de internação e para os programas especiais do governo em relação à pediatria.

Diante da complexidade dessa realidade, torna-se cada vez mais comum a utilização de procedimentos de pesquisa quantitativos em análises qualitativas e vice-versa, sendo que cada uma dessas modalidades possui suas vantagens e desvantagens, como atesta Gunther (2006). A combinação de procedimentos técnicos diversos, no estudo de um mesmo fenômeno, tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, na explicação e na compreensão do objeto de estudo. Assim, a linha de pesquisa escolhida no presente estudo foi a pesquisa quantiqualitativa, utilizando nos procedimentos metodológicos componentes de ordem quantitativa e qualitativa, embora apresentemos, neste artigo, apenas o viés quantitativo. Para Santos (2009), a combinação de diversas técnicas de pesquisa possibilita o desenvolvimento de pesquisas sociais mais precisas e contributivas. Rodrigues (2007) salienta que a articulação de técnicas quantitativas e qualitativas numa mesma pesquisa reflete uma tendência atual da pesquisa social.

Nesse contexto, os procedimentos quantitativos deste estudo realizaram-se a partir da utilização de prontuários do paciente internado no hospital para identificar, detalhar e coletar as especificidades sobre as crianças e adolescentes atendidos no Hospital João XXIII, visando à sua análise estatística descritiva, a partir da demanda da instituição para melhor compreender o fenômeno. Essa vertente do estudo, por meio do material coletado, possibilitou gerar indicadores sociais importantes, tais como os tipos de agressão, seus índices e recorrências, os diferentes modelos familiares em que ocorrem, entre outros dados. Em nossa inserção no campo, e a partir de nossa experiência de trabalho com a violência intrafamiliar, acreditamos que essa demanda vem também da própria dificuldade dos profissionais do hospital em lidar com a temática. A dificuldade principal talvez consista na identificação dos casos de violência e no desafio de eleger a situação como violência intrafamiliar, uma vez que isso assusta, pois

as agressões são realizadas no lar, em um entorno que deveria assegurar segurança e cuidado. Quando identificada, a dificuldade surge em como abordar a família em uma situação que, ao mesmo tempo, é privada e pública. Brino e Sousa (2016), ao estudar as concepções de violência intrafamiliar entre profissionais e estudantes da área educacional, destacam essa mesma dificuldade, atestando que o fato de a criança conviver em um lar com esse tipo de violência pode não indicar que ela seja vítima direta, o que indica a necessidade de que os profissionais, não só da educação, mas também da saúde, consigam identificar e reconhecer os sinais do abuso. Esses pontos foram devidamente analisados na parte qualitativa deste estudo.

A pesquisa quantitativa realizou-se dentro do Hospital João XXIII, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), no período de 14/03/2013 a 05/08/2013. A pesquisa iniciou-se com um convite da direção do hospital, que tinha a necessidade de conhecer mais sobre a violência intrafamiliar contra as crianças e adolescentes desse hospital, inclusive para pensar medidas de prevenção e de ação com as equipes. Foram feitas leituras de todos os prontuários referentes ao período de janeiro a junho do ano de 2012. Esses prontuários foram escolhidos por já se encontrarem organizados e arquivados em condições de serem pesquisados. Optamos por coletar os dados brutos, ou seja, os dados iniciais, obtidos a partir de um levantamento de estatística, o que possibilitou sua classificação, apresentada a seguir.

Foram consultados 1.152 prontuários selecionados pelo Grupo de Pesquisa em Acidentes e Violência do Hospital João XXIII, referentes ao primeiro semestre de 2012. Em seguida, realizamos a leitura dos dados para mensuração dos tipos de atendimento, tipos de lesões e reincidências e o cruzamento de variáveis. Além da análise descritiva, em que se mensurou o percentual de cada variável contida no formulário, idade, formação familiar, responsável pela internação, tipo de violência, motivo da internação, tempo de internação, foi evidenciada também a relação entre variáveis relevantes, tais como: motivo da violência e faixa etária, tipo de violência e formação familiar, entre outros. As informações sociodemográficas

sobre os participantes não foram estabelecidas *a priori*, mas emergiram dos prontuários, instrumento mediador do conhecimento do campo, e o que encontramos nesses instrumentos é discutido no próximo item.

Embora a análise estatística dos prontuários tenha sido demandada pela instituição para o conhecimento da violência intrafamiliar, é preciso destacar que tivemos certa dificuldade na coleta de dados nesse instrumento. Esses documentos, com frequência, eram preenchidos de maneira incompleta, o que não nos impediu de retirar trechos que incluíssem os registros de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Esse documento contém ainda a Ficha Social, com informações sobre a família, que nem sempre foi encontrada, apesar de terem sido realizadas buscas nos prontuários, uma vez que a formação familiar era uma das variáveis. Quando tivemos acesso, ela nem sempre trazia todas as informações, muitas vezes complementadas com as falas dos profissionais. Este estudo foi possível ainda devido à sua aprovação no Comitê de Ética da PUC Minas, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), N°. 0302.0.213.287-11 e também no CEP da FHEMIG, parecer número 0142012.. Os resultados são apresentados a seguir

Análise e discussão dos resultados

Apresentamos aqui a análise dos dados da pesquisa quantitativa que traz informações referentes ao perfil das crianças e os adolescentes e suas famílias atendidos no Hospital João XXIII, sobre a internação e suas causas e desdobramentos. Essas categorias são analisadas a seguir.

O perfil das crianças, dos adolescentes e de suas famílias atendidos no Hospital

Percebe-se que um grande percentual de crianças pequenas passa pelo atendimento no Hospital, sendo 36,7% com faixa etária de 0 a 6 anos. Muitas vezes, elas não são identificadas como vítimas de violência, mas são atendidas em diversas situações. Lembramos que as crianças pequenas, muitas vezes, não têm como relatar o ocorrido, sendo os casos de violência sofrida muito difíceis de ser identificados. Esses dados confir-

mam os dados nacionais. O sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, alusivo a estudos com referências nos anos de 2006-2007, aponta que: “(...) as crianças, por serem mais dependentes e terem menor possibilidade de autodefesa, são as mais vulneráveis à violência perpetrada pelos adultos” (Moreira; Sousa & Alves, 2013, p. 48), o que nos permite atestar a dificuldade de desvelar, por meio da família, esse tipo de violência.

Observamos também, na Tabela 01, um percentual significativo (28,6%) de adolescentes de 15 a 18 anos. Esse público vê-se relacionado, sobretudo, à agressão por Perfuração por Arma de Fogo (PAF). Embora não seja objetivo deste estudo, nota-se grande participação dos jovens em eventos relacionados à violência urbana e ao uso de drogas. O número de jovens é grande, tanto os ligados à violência familiar quanto os ligados à violência urbana, porém vale destacar que episódios que levam ao seu falecimento não chegam ao Hospital, pois esses casos são encaminhados para o Instituto Médico Legal (IML).

Tabela 1 - Idade das crianças e dos adolescentes internados no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	ABS	%
De 0 a 3 anos	277	24,0
De 4 a 6 anos	146	12,7
De 7 a 10 anos	197	17,1
De 11 a 14 anos	199	17,3
De 15 a 18 anos	330	28,6
Sem informação	3	,3
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

As crianças e adolescentes do sexo masculino são os que mais utilizam o Hospital, representam 70,9% dos casos, ficando as meninas com 29%. Segundo Moreira, Sousa e Alves (2013), “As crianças do sexo masculino, representadas pelos estereótipos dos papéis de gênero como menos dóceis do que as do sexo feminino são as mais sujeitas à agressão física” (Moreira; Sousa & Alves, 2013, p. 48). Essa mesma realidade foi estudada por Braga & Dell’Aglío (2012) ao investigarem a exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar

de adolescentes com idades entre 12 e 19 anos. As autoras evidenciaram que as meninas são as vítimas mais frequentes nesses dois contextos.

Ladeira (2012) ressalta:

Em um estudo realizado em 63 unidades de emergência no Brasil em setembro de 2006 (GAWRYSZEWSKI *et al.* 2008), um total de 47554 vítimas de causas externas foi registrado. Cerca de 10% deste total era de vítimas de violência. As agressões foram responsáveis por 91,4% dos casos e lesões autoinfligidas por 8,6%. Houve um predomínio de vítimas do sexo masculino (72,8%). (Ladeira, 2012, p. 87)

Se, por um lado, os meninos são as maiores vítimas dos maus-tratos, dos espancamentos, do abandono e da negligência reiterada, por outro, as meninas constituem as maiores vítimas do abuso e exploração sexual, segundo Fonseca (2012), ao associar as variáveis sexo e violência.

No que se refere ao município de origem, percebe-se que o que mais acessa o hospital é a capital, Belo Horizonte, com 43% das situações e, em seguida, a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), representando 32,6% dos casos. Os municípios da RMBH que mais utilizam o Hospital são Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Contagem e Betim, entre outros. A distribuição da violência por regiões é relevante na medida em que possibilita o mapeamento da violência na cidade e permite a troca do Hospital com outras instituições, na direção da prevenção do fenômeno (tabela 02):

Tabela 2 - Síntese municípios de origem das crianças e dos adolescentes internados no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	ABS	%
Belo Horizonte	495	43
RMBH (excluindo bhte)	375	32,6
Outros municípios	249	21,6
Sem informação	33	2,9
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Vejamos no Mapa de Minas Gerais os demais municípios no Estado atendidos pelo Hospital João XXIII:

Percebe-se a predominância do acesso à urgência, em Belo Horizonte, de crianças e adolescentes advindas de regiões vulneráveis, o que pode passar a impressão da inexistência ou de incidência menor da violência nas demais regiões, muitas delas habitadas por camadas sociais mais altas. Associar essa predominância à ocorrência da violência, que estudamos como algo dominante no estrato social mais baixo, constitui um equívoco e pode conduzir inclusive à estigmatização da pobreza, como nos lembram Romagnoli, Abreu & Fagundes (2013).

Na verdade, as camadas economicamente favorecidas usualmente efetuam o acobertamento das ocorrências de violência intrafamiliar e há também a utilização de serviços privados pelas famílias, o que não gera estatística, pois os profissionais não fazem a notificação para preservar os seus clientes, devido à sua origem e ao pertencimento de classe social. A violência contra crianças e adolescentes não representa um fenômeno circunscrito a uma camada social e, infelizmente, ocorre em toda a sociedade; somente se vê mais difundida nas camadas baixas, uma vez que os outros estratos possuem outros recursos para lidar com ela, dentre eles a não denúncia. Muitas vezes, a violência é escondida pela presença de condições econômicas favoráveis, o que não ocorre nas camadas baixas. Vale assinalar que tivemos dificuldades com o item procedência da renda, que impressionou pela ausência de informação. A maioria dos formulários não o trazia. Percebe-se a dificuldade das pessoas em relatar suas rendas. Outra hipótese levantada é a dificuldade dos profissionais para perguntar sobre isso. Assim, no prontuário a renda aparece como um tabu.

No que se refere à composição familiar, apenas 30% dos casos registrados apresentam este dado, pois em muitos prontuários não havia o registro. Essa falta de informação trouxe um pouco de incômodo e questionamento por parte da pesquisadora. Afinal, que lugar ocupa o social no hospital? Ou será que a urgência do caso impossibilita que isso seja feito? Mesmo assim, achamos que o dado representa uma amostra significativa do universo pesquisado. Tem-se a presença de dois modelos familiares: a família nuclear, composta pelos cônjuges unidos em matrimônio e os filhos

decorrentes dessa união, com 14,6%; e a família monoparental feminina, composta pela mãe e os filhos, com 12,9%.

Tabela 4 - Modelo familiar das crianças e dos adolescentes internados no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	Abs	%
Nuclear	168	14,6
Monoparental Feminina	149	12,9
Monoparental Masculina	8	0,7
Família Reconstituída	2	0,2
Outra	11	1
Sem Informação	814	70,7
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

No item “número de pessoas por domicílio” ocorre a mesma coisa. Temos apenas 16,2% de representatividade, pelos mesmos motivos apresentados anteriormente. Percebe-se que a maioria é de famílias compostas por até quatro pessoas.

Tabela 5 - Número de pessoas residentes nos domicílios das crianças e dos adolescentes internados no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	ABS	%
De 2 a 4 pessoas	118	10,2
De 5 a 9 pessoas	65	5,6
Acima de 10 pessoas	4	,3
Sem Informação	965	83,8
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Como mencionamos, sobre o item “renda” não havia muita informação nos prontuários, o que dificultou a coleta de dados dessa variável. Essa dificuldade somente reiterou nossa observação sobre as dificuldades de relato das situações relacionadas à violência intrafamiliar, uma vez que mesmo a informação sobre a renda familiar encontra barreiras e certo desconforto. Nessa direção, Serpa (2010) relata sobre o conhecimento de que o aspecto socioeconômico da família, embora não determinante, deve ser considerado fator relevante para o estudo da violência.

Quando verificamos o responsável pela internação, percebemos que a mãe é a principal

responsável por acompanhar a criança ou o adolescente no hospital, com 31,3% dos casos; em seguida ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que traz 13,8%; e aos hospitais municipais, com 13,7%. Isso é compreensível pelo fato de o hospital atender todo o estado de Minas Gerais. Sobre a mulher responsável pela internação, o fato mostra a presença dela como responsável pela família. Em dez anos, de 2000 a 2010, o Censo destaca que os domicílios nos quais a mulher é a única responsável, família monoparental feminina, subiu de 22,2% para 37,3% (IBGE, 2012). Em relação a internações anteriores, percebemos que 18,6% já apresentaram uma passagem pelo Hospital, conforme representado a seguir e pela Tabela 06.

Tabela 6 – Crianças e adolescentes atendidos no Hospital João XXIII com internação anterior

Distribuição	Frequência	
	ABS	%
Não	938	81,4
Sim	214	18,6
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

A internação e suas causas

Em relação ao motivo do atendimento, as maiores ocorrências encontram-se entre os acidentes, quedas, queimados e agressões. Para o Ministério da Saúde, os acidentes e a violência no Brasil configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população (Brasil, 2000). O órgão indica ainda que os acidentes e a violência resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Sobre o acidente, diz que “[...] é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais. Assume-se que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis” (Brasil, 2000, p. 427). O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que abrange não somente as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais. “Ao se analisar o problema dos acidentes e da violência sob o prisma dos segmentos populacionais

observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências quanto às suas características e circunstâncias” (Brasil, 2000, p. 427).

Nota-se que a maior dificuldade tem sido a negação do fenômeno da violência. Nosso país, conforme Oliveira e Flores (1999), já na década de 1990, apresentava graves deficiências em matéria de dados epidemiológicos e falta de políticas públicas, no que diz respeito à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Embora passados alguns anos desse estudo, percebe-se que hoje não é tão diferente. No Brasil, ainda não existem estatísticas nacionais fidedignas sobre a violência contra crianças e adolescentes, o que dificulta o real enfrentamento do fenômeno. O que se tem são apenas registros de serviços isolados ou de pesquisadores. Weber et al (2002) estima que apenas 20% dos casos de violência sejam denunciados. “A notificação dos casos a órgãos competentes é uma prática pouco exercida pela comunidade e o pacto do silêncio paira, trazendo danos à criança e sua família” (Weber et al, 2002, p. 164). Danosso & Ricas (2009) lembram os avanços em relação à temática dos maus-tratos à infância, sobretudo nas ciências, e o reconhecimento dos profissionais em relação aos castigos físicos como violência. Para os autores, a tendência a desaproveitar a punição física, deslocando-a, independentemente de sua forma e intensidade, para a categoria de violência tem seu fundamento em estudos e observações que mostram os riscos e consequências dessa prática para a criança. Por outro lado, tais castigos podem não ser percebidos como violência por quem os pratica, devido à difusão e à aceitação social deles.

Os autores lembram que os limites tolerados de intensidade, frequência e formas do castigo físico educativo, culturalmente aceitos, variam muito entre grupos sociais e famílias. Advertem que uma simples palmada ou um espancamento podem ser justificados como uma necessidade educativa. Essa necessidade educativa considerada pelos pais pode, muitas vezes, encobrir outras situações e intenções que podem ser conscientes ou não, motivadas por sentimentos como ódio, frustração, raiva e outros, nas palavras dos autores: “[...] do adulto contra a criança ou canalizado para ela” (Danosso & Ricas, 2009, p. 79).

No contexto desta pesquisa, mesmo não sendo nomeado como violência intrafamiliar, as

crianças e adolescentes chegam ao hospital por diversos motivos e situações. A seguir, encontram-se os motivos de atendimento entre as crianças e adolescentes no Hospital João XXIII.

Os motivos e seus desdobramentos

Os quadros referentes ao mecanismo, à lesão e à localização foram sugeridos pelo Grupo de Pesquisa em Acidentes e Violências do Hospital João XXIII. Tais quadros simbolizam o desmembramento do diagnóstico inicial, para facilitar a leitura dos dados, pois constituíam termos muito técnicos da medicina. O mecanismo significa o que causou a internação da criança e do adolescente. No que se refere aos mecanismos que levaram as crianças e os adolescentes ao hospital, temos:

Tabela 7 – Mecanismo referentes ao diagnóstico inicial das crianças e dos adolescentes atendidos no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	Abs	%
Acidente	341	29,6
Queda	240	20,8
Agressão	116	10,1
Queimadura	112	9,7
Intoxicação	46	4
Autoextermínio	17	1,5
Mordida	5	0,4
Outros	275	23,9
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Registram-se 29,6% de acidentes e, em seguida, a queda, com 20,8%. No que se refere à agressão, temos um número significativo, 10,1%. Em tais agressões temos Perfuração por Arma de Fogo (PAF), perfuração por arma branca, agressão, entre outras.

A respeito dos acidentes, temos um percentual significativo, 29,6%. Muitas são as causas dos acidentes, como atropelamento de pedestre e ciclistas, ocupantes de motocicleta e automóvel, afogamentos, intoxicação, entre outros. Acidentes e violência são acontecimentos que devem ser tratados pelas políticas públicas, em virtude de seu significado e impacto social.

De Assis (1994) ressalta que muito pouco se sabe sobre a real dimensão dos acidentes não fatais, pois dados no país sobre esse setor são pouco

conhecidos. Para a autora, apesar de os acidentes de trânsito figurarem como os mais frequentes, para as crianças pequenas outros acidentes são igualmente comuns, tais como quedas, queimaduras, ferimentos com objetos cortantes e/ou perfurantes. Para a autora, o grande problema passa pela questão conceitual, devido à sua difícil definição, inclusive por acontecerem dentro de casa.

É portanto difícil de considerar certos “acidentes” domésticos e mesmo alguns de trânsito, como imprevistos ou inesperados, já que o próprio ambiente (responsabilidade da família, da comunidade e do Estado) em que a criança vive propicia a ocorrência destes “acidentes” (De Assis, 1994, p. 129).

Sobre as quedas, para Paes e Gaspar (2005), por ser o ambiente de maior permanência da criança, a casa aparece como o principal local dessa incidência, sendo mais recorrente com crianças pequenas. Conforme os autores, “[...] a queda representa a principal causa de internação da população pediátrica, inclusive no Brasil” (Paes e Gaspar, 2005, p. 145).

As queimaduras são lesões na pele provocadas geralmente pelo calor ou pelo frio, mas também podem vir provocadas pelo contato com certos produtos químicos, por radiações e até fricção. Com relação à sua extensão, a área de Superfície Corporal Queimada (SCQ) observa a regra dos nove de Wallace. Nesta regra, cada braço tem 9% da SCQ, a cabeça, outros 9%, tórax 9%, abdômen 9%, dorso 18%, coxas 9% e pernas 9%, totalizando 99%. O 1% restante é o períneo. Para áreas pequenas, usa-se uma comparação da área queimada com a palma da mão do queimado: equivale a 1% da SCQ.

Em seu estudo, Gimenez-Paschoal et al (2007) revelam que as queimaduras aparecem entre os principais tipos de acidentes infantis, como a quarta causa de morte, depois do trânsito, afogamento e quedas, e a sétima em admissão hospitalar. Segundo o autor, dados do *National Burn Repository* revelam que, entre 1995 e 2005, ocorreram mais de 6.000 queimaduras em crianças menores de dois anos, 2.987 nas de dois a quatro anos e mais de 3.000 em crianças acima de cinco anos. A Tabela

a seguir traz o SCQ das crianças e adolescentes queimados e atendidos no pronto-socorro.

Tabela 8 – Queimados x Área de Superfície Corporal Queimada (SCQ) das crianças e dos adolescentes atendidos no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	Abs	%
Até 10%	14	12,5
De 11 a 25%	39	34,8
De 26 a 50%	10	8,9
Acima de 50%	5	4,5
Sem Especificação	43	38,4
Sem Informação	1	0,9
Total	112	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Para Martins & Andrade (2007), as lesões por queimadura constituem importante causa acidental de morbimortalidade em todo o mundo, com grande frequência entre as crianças, sendo as escaldaduras (produzidas por substâncias quentes ou fontes de calor) as mais comuns, além das queimaduras químicas, elétricas e radioativas. “A grande ocorrência de queimadura em crianças menores de cinco anos chama a atenção pelo sofrimento físico e psicológico produzido, além do elevado custo econômico e social, incluindo gastos hospitalares” (Martins & Andrade, 2007, p. 465).

Lembramos que a queimadura está entre os traumas mais graves, pois, além dos problemas físicos, pode levar o paciente à morte e acarretar outros problemas de ordem psicológica e social.

Além das queimaduras, os mecanismos que levaram as crianças e adolescentes ao Hospital são os Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE), responsáveis por 20,3%, seguidos da fratura, com 20,2%, e trauma, 19,7%. Nesse contexto,

Deve-se considerar quais as condições relacionadas à criança que se deve avaliar: a idade do paciente, o nível de consciência (sonolência, letargia, coma); a presença de sinais neurológicos focais; a ocorrência de crise convulsiva; alterações no comportamento da criança, como irritabilidade, agitação ou acentuada apatia ou indiferença no pós-trauma; cefaleia intensa. (Lohr J. 2002, p. 42).

Segundo o autor, a anamnese deve ser sucinta, porém clara e objetiva, buscando sempre elucidar as exatas condições de como sucedeu o trauma. Ressalta-se que, em situações de dúvidas do informante, deve-se levantar a suspeita de violência. Deve-se também observar as alterações verificadas na calota craniana ou no escalpe da criança, suspeita de fraturas, presença também de lesões em outras partes do corpo.

Tabela 9 – Lesão das crianças e dos adolescentes atendidos no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	ABS	%
Tce	234	20,3
Fratura	233	20,2
Trauma	227	19,7
Queimadura	112	9,7
Corte	35	3
Outras	81	7
Não se aplica	199	17,3
Sem Informação	31	2,7
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Em relação às partes do corpo mais acometidas, para este estudo o corpo foi dividido em cabeça, tronco, membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) e criamos a categoria “múltiplas regiões”, para mais de duas ou mais delas.

Tabela 10 - Local no corpo da lesão das crianças e dos adolescentes atendidos no Hospital João XXIII

Distribuição	Frequência	
	Abs	%
Cabeça	373	32,4
Tronco e/ou Abdôme	193	16,8
Múltiplas Regiões	162	14,1
MMSS	133	11,5
MMII	101	8,8
Outras	16	1,4
Não se Aplica	4	,3
Sem Especificação	143	12,4
Sem Informação	27	2,3
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Percebe-se que a parte do corpo mais acometida nos casos que chegam ao hospital é a cabe-

ça, com 32,4%, e, em seguida, o tronco e/ou abdô-
me, com 16,8%. “Do ponto de vista da morbidade,
a lógica da OMS é buscar conhecer, em detalhe,
a natureza das lesões ocasionadas, a fim de poder
melhor tratá-las” (Koizumi et al,1998, p. 99).

Koizumi et al., que estudaram situações de
TCE em crianças no final da década de 1990, ressal-
tam a importância da análise para a prevenção.

(...) sua análise segundo variáveis como tempo de
permanência e tipo de saída, ao lado de conhe-
cimento dos tipos de acidentes/violências que
ocasionaram esses traumatismos e sua relação
com variáveis como sexo e idade, constituem
elemento absolutamente fundamental quando se
pensa em prevenção. (1998, p. 100).

No que se refere ao óbito no período de
um semestre, registraram-se 31 casos.

Tabela 11 – Número de óbito de crianças e adoles-
centes atendidos no Hospital João XXIII no pri-
meiro semestre de 2012

Distribuição	Frequência	
	ABS	%
Não	1121	97,3
Sim	31	2,7
Total	1152	100,0

Fonte: SAME-Hospital João XXIII

Se considerarmos o período referente
à pesquisa, houve 5,16 casos de falecimento por
mês, sendo que, dos 31 falecimentos, nove casos
de morte devido a agressão.

Para Oliveira & Jorge (2008), as causas
externas, como os acidentes e as violências, são
consideradas como os mais importantes temas na
atualidade, adquirindo caráter epidêmico e con-
vertendo-se em um dos problemas mais sérios de
Saúde Pública no mundo. No Brasil, segundo o
Ministério da Saúde (Brasil, 2005), em muitas re-
giões já representa a segunda causa de morte, ten-
dendo ao crescimento.

Uma das abordagens da Saúde Pública em rela-
ção à violência, apresentada no Relatório Mun-
dial sobre Violência e Saúde, trata da necessi-
dade de estratégias para revelação do máximo
possível de conhecimento básico a respeito de

todos os aspectos da violência - através da coleta
sistemática de dados sobre sua magnitude, seu
alcance, suas características e consequências. A
OMS (2002) refere que, na maioria dos países
do mundo, normalmente, não há dados siste-
máticos sobre resultados não fatais. (Oliveira &
Jorge, 2008, p. 421).

Os autores ainda ressaltam que, mesmo
quando há dados disponíveis, as informações po-
dem não ser de qualidade, pois, em grande parte,
as instituições mantêm registros voltados para seus
próprios objetivos, podendo ocorrer a geração de
dados incompletos ou informações que não levam
à compreensão adequada sobre a violência. “É
comum verificar que os registros médicos podem
conter informações de diagnóstico sobre a lesão e
o tratamento, mas não as circunstâncias do aciden-
te ou a violência relacionada à lesão” (Oliveira &
Jorge, 2008, p. 421).

No Brasil, o impacto da violência no se-
tor de saúde pode ser estudado por meio de vá-
rias fontes, nenhuma delas, entretanto, totalmente
completa e correta. “Uma das limitações é a não
inclusão dos muitos casos de acidentes e violências
que recebem atendimento apenas nas emergências
ou nos prontos-socorros, apesar de ser nesses ser-
viços que essas causas adquirem maior visibilida-
de” (Oliveira & Jorge, 2008, p. 421).

Os referidos autores destacam que, para
melhorar a informação, o quadro epidemiológico
relativo a cada tipo de causa externa e de vítima
precisa ser estabelecido. Melhorar a informação,
inclusive para que a violência seja prevenida, in-
dica que cada uma das fontes e variáveis pode vir
utilizada como complemento das demais (Oliveira;
Jorge, 2008). Grande parte (44,1%) dos acidentes
e violências ocorreu em residência. Esse percentu-
al variou de acordo com o tipo de causa externa:
para *lesões autoprovocadas* o percentual de ocorrência
em residência foi de 94,6%, entre os *demais aciden-
tes* foi de 58,5% e, entre as *agressões*, 29,3% (Oliveira
& Jorge, 2008, p. 421).

A redução do número de óbitos em
crianças menores de um ano ainda representa
um desafio e um dos problemas de saúde públi-
ca prioritários para o sistema de saúde brasileiro,

principalmente porque grande parte desses óbitos é considerada evitável.

Considerações finais

Ao examinar os dados quantitativos da nossa pesquisa, notamos que embora inicialmente buscássemos compreender apenas a violência intrafamiliar, percebemos também como esta emerge e é tratada no âmbito hospitalar, além de como se manifesta na vida das crianças e adolescentes, cotidianamente, e de diversas formas. Enfim, não só no contexto doméstico, no intrafamiliar, mas também no urbano, devido ao grande número de situações que aparecem na pesquisa e que ocorrem na cidade, sobretudo, os fenômenos que se referem aos adolescentes. Além disso, a violência acha-se presente no contexto das intervenções dos profissionais de saúde que lidam com seus efeitos no cotidiano de trabalho.

A pesquisa quantitativa nos possibilitou traçar, minimamente, o perfil da criança e do adolescente atendidos no Hospital João XXIII, incluindo aspectos como idade, sexo, motivo da internação, composição familiar, município de origem, entre outros. Foi possível detectar também a insuficiência de informações sobre modelo familiar, número de pessoas no domicílio e renda, variáveis indispensáveis para a avaliação da relação entre as condições socioeconômicas e a violência. Tal achado sinaliza para a necessidade de melhoria da qualidade do registro dessas informações nos prontuários.

Acreditamos que os resultados apresentados podem apoiar a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência intrafamiliar. Por exemplo, os dados apresentados trazem grande incidência de ocorrências em crianças pequenas, o que sugere ações de cunho preventivo e o fortalecimento do núcleo familiar. O estudo permitiu concluir que a violência intrafamiliar apresenta-se como uma questão de saúde pública que merece atenção da sociedade e do poder público.

Referências

De Antoni, C., Barone, L. R. & Koller, S. H. (2007). Indicadores de risco e de proteção em fa-

mílias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 125-132. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000200002>>. Acesso em: 5 out. 2016.

De Assis, S. G. (1994). Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Future*, 10(1), 126-134.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2000). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev. Saúde Pública*, 34(4), 427-430.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2005). *Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2005.

Braga, L. L. & Dell'Aglio, D. D. (December, 2012) Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: família e instituições. *Estudos em psicologia*, 17(3), 413-420.

Brino, R. F. & Souza, M. A. de O. (2016). Concepções sobre violência intrafamiliar na área educacional. *Educação & Realidade*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362016005003102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2016.

Danosso, M. T. V. & Ricas, J. (2009). Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 78-84.

Fonseca, R. M. G. et al. (2012). Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta paulista de enfermagem*, 25(6), 895-901, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000600011&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 mai. 2015.

Gunther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209.

Gimeniz-Paschoal, S. R. et al. (2007). Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(4), 331-336.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: *Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Recuperado de <www.ibge.gov.br>

Koizumi, Maria S. et al. (2001). Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico no Brasil, 1998. *Informe Epidemiológico do SUS*, 10(2), 93-101.

Ladeira, R. M. (2012). Aprendendo com a ponta do iceberg: atendimento de vítimas de violência doméstica nos serviços de saúde. In: Romagnoli, R. C; Martins, F. F.S. (Org.). *Violência Doméstica - Estudos atuais e perspectivas*. Curitiba: Editora CRV.

Lohr Junior, A. (2002). Conduta frente à criança com trauma craniano. *Jornal Pediatria*. Rio de Janeiro, 78 (suppl. 1), S40-S47.

Martins, C. B.G; Andrade, S. M. (2007). Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta paulista de Enfermagem*, 20(4), 464-469.

Martins, F. F. S. (2006). *Crianças negligenciadas: a face (in) visível da violência familiar*. 127f. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Belo Horizonte, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Moreira, M. I. C. (2012) Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: reflexões à luz das teorias intergeracionais e de gênero. In: Romagnoli, R. C; Martins, F. F.S. (Org.). *Violência Doméstica: Estudos Atuais e Perspectivas*. Curitiba: CRV.

Moreira, M. I. C; Sousa, S.M.G; Silva, M.A. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes:

análise da situação e recomendações para o enfrentamento e prevenção. *Quebrando o silêncio: disque 100 - Estudo sobre a denúncia de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Goiânia: Cânone, 2013, 1, 147-187.

Oliveira, L.R.; Jorge, M. H. P. (2008). Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 11(3), 420-430.

Oliveira, M. S.; Flores, R. Z. (1999) Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre – Parte A: apenas boas intenções não bastam. In: *Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente - Amencar* (Org.) Porto Alegre: Amencar.

Paes, C. E. N.; Gaspar, V. L. (2005) As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *Jornal de Pediatria*, 81(Supl 5), s146-s154.

Rodrigues, R. M. (2007). *Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas*. São Paulo: Atlas.

Romagnoli; R. C; Abreu L; Silveira, M. F. A. (July, 2013) violência contra a mulher em Montes Claros: análise estatística. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 282-297. Recuperado de <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/296/301>>. Acesso: 1 jul. 2015.

Santos, T. S. (2009) Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. *Sociologias*, Porto Alegre, 22. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2014.

Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Crianças e Adolescentes: dados estatísticos*. From: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/dados-estatisticos>

Serpa, M. G. (2010) Perspectivas sobre papéis de gênero masculino e feminino: um relato de experi-

ência com mães de meninas vitimizadas. *Psicologia e Sociedade*, 22(10), 14-22.

Waiselfisz, J. J. (2012) *Mapa da Violência 2012*. Crianças e adolescentes do Brasil, Rio de Janeiro, Flacso. Recuperado de <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf>_

Weber, L. N. et al. (2002). Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF*, 7(2), 163-173.

Recebido em: 04/05/2015

Aceito em: 24/04/2017