

Violência urbana: um desafio para o pediatra

Urban violence: a challenge for pediatricians

Luciana Phebo¹, Anna Tereza M. S. de Moura²

Resumo

Objetivos: Apresentar os principais aspectos da abordagem da criança e do adolescente vítima de violência urbana e destacar o papel do pediatra nas ações socioeducativas para o seu enfrentamento.

Fontes dos dados: Busca bibliográfica em base de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, no período de 1993 a 2005, utilizando as palavras-chave "violência urbana em crianças e adolescentes". Políticas e relatórios institucionais sobre violência urbana também foram utilizados.

Síntese de dados: Apresenta-se uma discussão sobre a relação causal da violência, partindo de um enfoque pessoal até chegar a uma visão macroestrutural. A literatura sugere que a violência urbana seja um produto da ação de determinantes pertencentes à várias instâncias e também de comportamento de risco específico. Trata-se de um fenômeno complexo, preocupante, que apresenta elevados índices de morbimortalidade em crianças e adolescentes. Especial atenção foi dada aos homicídios e aos desfechos psicológicos decorrentes de atos violentos. A arma de fogo é o instrumento que mais mata os adolescentes e jovens do sexo masculino, mesmo quando comparada com todas as outras causas de óbito nessa faixa etária.

Conclusões: A violência urbana é um dos principais problemas sociais no Brasil. Sua prevenção exige ações intersetoriais e multiprofissionais, com a participação articulada do Estado e da sociedade civil. Através de uma prática assistencial ampliada, os pediatras são capazes de atuar na prevenção, detecção e tratamento das vítimas e suas famílias, ajudando-as a estabelecer relações saudáveis e dinâmicas com seu ambiente e com elas próprias.

J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S189-S196: Crianças, adolescentes, homicídios, armas de fogo.

Introdução

A violência urbana configura-se como um dos principais problemas sociais da atualidade. No Brasil, em especial nos grandes centros, a violência pode ser identificada como a maior preocupação apontada pela sociedade e vem sendo

Abstract

Objectives: To present the main aspects of an approach to urban violence among children and adolescents and to point out the social and educational role of pediatricians.

Sources of data: A literature review based on MEDLINE, LILACS and SciELO was carried out for the years 1993 to 2005, using the following keywords: *urban violence, children and adolescents*. In addition to the review, policies and institutional reports on violence were also analyzed.

Summary of the findings: The causal relationship of violence is presented in a range of different ways, from personal points of view to broader structural aspects. The literature suggests that urban violence results from varied actions, and also from specific risk behaviors. It is a worrying and complex phenomenon that results in high levels of morbidity and mortality, affecting children and adolescents. Special attention was given to homicide and to the psychological results of violent acts. Firearms are the most lethal instruments among adolescents and young males when compared to all other causes of death.

Conclusions: Urban violence is one of the main social problems in Brazil. Violence prevention requires intersectoral and multiprofessional actions with the participation of the government and of the organized civil society. Children, and above all adolescents, are the groups that are most widely exposed to the consequences of urban violence. Pediatricians can have an important role in the process of prevention, diagnosis and treatment. Through their wide-ranging abilities, pediatricians are well-positioned to help victims and their families to establish a healthy and dynamic relationship with their environment and with themselves.

J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S187-S196: Children, adolescents, homicide, firearms.

alvo de inúmeros debates no âmbito público e privado. É um tema que abarca fenômenos das esferas social, política e econômica, repercutindo diretamente na qualidade de vida da população.

As diversas formas de violência que acontecem no meio urbano têm como ponto em comum a estrutura das grandes cidades, que promove por si só um distanciamento da natureza. A massa de construções faz perder a simples perspectiva do horizonte, da natureza, inclusive da natureza humana. A isso se pode adicionar as formas de viver em geral, cada vez mais empilhadas e apertadas. A aglomeração populacional é inversamente proporcional à possibilida-

1. Mestre. Assessoria de Promoção de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência, Sec. de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, RJ.
2. Mestre. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ/HUPE), Rio de Janeiro, RJ.

Como citar este artigo: Phebo L, de Moura AT. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S189-S196.

de de contatos afetivos mais profundos. O anonimato e a sensação de “não pertencer” são duas condições constantes nas cidades grandes. O tempo é escasso tanto para os outros como para si mesmo. Há pressa e uma sensação de falta de lugar e de oportunidades para todos, imperando a competição e o imediatismo. Prevaecem angústias e vazios, os quais se busca preencher e apaziguar através de estímulos sonoros e visuais e através de um consumo desenfreado e inconseqüente. Há um ruído enorme, ambiental e nas comunicações de modo geral. É difícil escutar e escutar-se¹. Todos esses fatores contribuem para estados emocionais e comportamentais que são meios propícios à produção de várias formas de violência.

As crianças e os adolescentes são identificados como grupos etários de maior vulnerabilidade aos desfechos relacionados à violência urbana. É importante que os educadores, aí incluídos os pediatras, possam reconhecer o contexto em que vivem e trabalham e o seu papel no enfrentamento dos vários aspectos relacionados à violência nas cidades. A partir dessa visão mais ampla, têm a possibilidade de detectar e abordar adequadamente as vítimas da violência urbana, ajudando os jovens e suas famílias a estabelecer relações saudáveis e dinâmicas com seu ambiente e com eles próprios²⁻⁴.

Diante da complexidade do tema, optou-se por uma abordagem direcionada ao impacto da violência urbana na saúde da criança e do adolescente. Questões referentes à identificação dos fatores de risco e de proteção e os principais desfechos serão discutidos ao longo do texto. Atenção especial é dada ao envolvimento da arma de fogo, instrumento que mais mata os jovens brasileiros. Esta revisão bibliográfica visa, ainda, orientar o pediatra sobre as principais conseqüências da violência urbana e aponta alguns caminhos para sua prevenção.

Fatores de risco e proteção

A ocorrência de atos violentos na família ou na sociedade possui raízes que têm origem em vários contextos. É um fenômeno multicausal, não existindo um fator de risco que, isoladamente, possa determinar o seu aparecimento. Essa pluralidade acaba por tornar difícil a abordagem da violência, sendo necessária uma visão ampla do assunto. Fatores relacionados ao indivíduo, às relações que ele desenvolve, à comunidade onde vive e à sociedade em geral atuam de forma conjunta no aparecimento de situações de violência⁵⁻⁷. A Figura 1 mostra de forma esquemática como esses diferentes níveis estão relacionados, ajudando a compreender a natureza complexa da violência. Esse modelo “ecológico” proposto na literatura pode ser aplicado adequadamente aos vários tipos de violência, incluindo os maus-tratos contra a criança, contra o idoso, a violência íntima entre o casal e a violência urbana.

No nível individual, alguns fatores podem influenciar na relação que o indivíduo desenvolve com os atos violentos que ocorrem em sua comunidade. Aspectos biológicos, comportamentais e da história de vida do indivíduo podem agir aumentando o risco ou a proteção.

Por exemplo, o fato de ser homem e jovem coloca o indivíduo em maior risco de envolvimento em cenários violentos. Os adolescentes, principalmente os do sexo masculino, estão mais expostos do que as crianças aos conflitos ocorridos fora do ambiente familiar⁸⁻¹⁰. Enquanto as crianças freqüentemente assistem à violência urbana, os adolescentes podem exercer o papel de testemunhas, vítimas e até mesmo de perpetradores¹⁰⁻¹².

Existem características próprias da criança e do adolescente que podem mediar não só a sua exposição à violência urbana, como também o aparecimento de desfechos negativos. Algumas habilidades são citadas, como a capacidade de regular suas próprias emoções, de resolver problemas, sentir-se aceito dentro de sua família e da comunidade onde vive e a qualidade da sua relação com seu cuidador¹³. Orgulho, satisfação própria e inclusão em grupos sociais ajudam o jovem a desenvolver aptidões que, elevando a sua auto-estima, podem protegê-lo do envolvimento com atos de violência urbana^{14,15}.

A família e os vínculos que se desenvolvem em seu núcleo podem exercer um papel fundamental como protetores para o jovem vítima da violência urbana, quer direta ou indiretamente^{16,17}. A qualidade do convívio existente entre os pais e os jovens pode ser determinante, tanto no envolvimento quanto no aparecimento dos desfechos decorrentes da violência urbana. Apesar de possuir uma ação limitada, as relações positivas observadas entre pais e filhos que residem em comunidades de risco podem diminuir o impacto da violência urbana¹⁸. O suporte que os pais oferecem aos seus filhos parece exercer uma ação protetora, mas nem sempre é suficiente para minimizar por completo os efeitos decorrentes da violência^{10,13}. Reforçando essa constatação, estudos mostram que a prática familiar de castigos corporais intensos, maior tolerância dos pais a desvios de conduta e o uso de ameaças psicológicas estão relacionados ao desenvolvimento de problemas comportamentais entre jovens expostos a conflitos urbanos^{10,19}.

A visão do adolescente diante do seu futuro e a existência de uma perspectiva positiva para a sua vida parecem funcionar como fatores de proteção para o desenvolvimento posterior de comportamentos de risco^{14,20}. A sensação de pertencer a um grupo com identidade própria, participar de

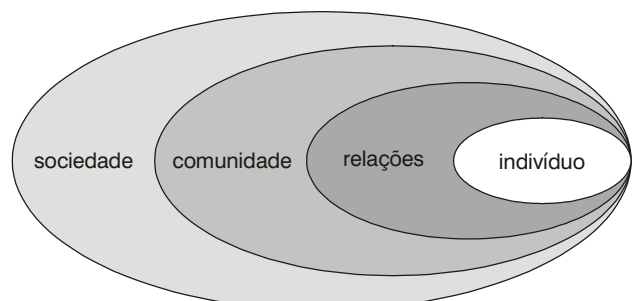


Figura 1 - Modelo ecológico da violência, proposto pela Organização Mundial da Saúde

encontros sociais e desenvolver trabalhos comunitários podem tornar o jovem menos suscetível ao desenvolvimento de distúrbios de comportamento decorrentes da exposição ou vitimização da violência urbana¹³. Em contrapartida, o estado emocional instável prévio do jovem, bem como a sua resposta individual e a de sua família ao trauma sofrido podem auxiliar no envolvimento futuro com atos violentos²¹. Através de uma atitude positiva, com reforço para a criança e o adolescente, a família pode funcionar como mediadora no aparecimento de desfechos futuros negativos decorrentes da violência²².

Ainda na perspectiva das relações que se desenvolvem no contexto comunitário do jovem, a exposição à violência presente na mídia merece algum destaque¹⁹. Os adolescentes são influenciáveis por terceiros, e exemplos negativos podem ser facilmente absorvidos. A família pode atuar novamente como mediadora, participando das escolhas dos programas mais apropriados à faixa etária do adolescente. Não se trata apenas de proibir o acesso aos meios de comunicação atuais, mas trazer para dentro da família uma discussão positiva da realidade e de seus riscos. Não são apenas os fatos que podem causar traumas, mas também a maneira como os mesmos são encarados pelas vítimas e seus familiares. O estabelecimento de relações na família que permitam a livre expressão de sentimentos e pensamentos ajudam a criança e o adolescente a entender a realidade e a posicionar-se de uma maneira mais positiva¹⁷.

A escola pode ser um ambiente de proteção ou de risco para o jovem. Aquelas que não valorizam as diferenças e não promovem o diálogo podem ensinar aos alunos a resolver seus conflitos com violência²³. Um ambiente escolar que valorize as habilidades individuais e promova relações saudáveis entre seus alunos acaba atuando como fator de proteção. É considerada escola promotora de saúde aquela que coloca em prática a pedagogia da mediação, que aborda a resolução de conflitos através de práticas não-violentas²⁴.

Comportamentos de risco entre os jovens, como o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas ou a associação a grupos marginalizados, estão intimamente relacionados ao envolvimento com atos violentos nesse grupo etário¹⁹. O uso abusivo de álcool e drogas pode provocar alterações no humor do adolescente, aumentando a sua excitabilidade e alterando seus processos cognitivos, expondo o jovem à ocorrência de desfechos deletérios à sua saúde. O comprometimento cada vez maior dos adolescentes com o tráfico e o uso de drogas é uma realidade nas grandes cidades brasileiras, e a resolução de conflitos através do uso da violência passa a ser uma opção freqüente nesses cenários. Mais do que o uso ou o efeito causado pelas drogas e pelo álcool, um aspecto relevante é o ambiente que os adolescentes passam a freqüentar para aquisição ou venda da mercadoria, já que não existem formas legais para a resolução de possíveis conflitos entre usuários e traficantes ou entre traficantes²⁵.

Os fatores socioeconômicos têm um papel de destaque no entendimento da gênese dos conflitos urbanos. Pertencem ao último nível do modelo "ecológico", o qual abarca

características gerais da sociedade capazes de criar um ambiente que incentive ou iniba os atos violentos. A distribuição desigual de renda, o acesso diferenciado de grupos populacionais aos recursos sociais disponíveis e o isolamento social de famílias residentes em ambientes marginalizados são características que podem determinar a intensidade de violência em cada localidade²⁶. Os conflitos urbanos são menos comuns em comunidades que apresentam uma economia mais estável e uma sociedade mais organizada, quando comparados com locais onde a competição é maior e os recursos sociais escassos. A presença de famílias nucleares, o nível de escolaridade e a inserção no mercado de trabalho dos pais, bem como características da moradia também influenciam no envolvimento dos jovens com a violência urbana^{27,28}. Questões relacionadas ao porte e uso de armas de fogo merecem destaque especial e serão abordadas em separado. Vale ressaltar que o baixo nível socioeconômico não é um determinante direto da violência nas cidades, existindo múltiplos fatores que interagem e favorecem o seu aparecimento.

Homicídio e armas de fogo: impacto na saúde do jovem

O homicídio no Brasil é considerado como o grande vilão da saúde pública²⁹. No ano de 2000, 45.343 pessoas morreram por homicídio no território brasileiro, correspondendo a 124 pessoas assassinadas por dia³⁰. A taxa de homicídio é alta e vem crescendo com o passar do tempo. Entre 1977 e 1994, houve um aumento de 160% na taxa de homicídio no Brasil, que passou de 7,9 para 21,2/100.000 habitantes³¹. Dados mais recentes apontam que, em 2002, a média das taxas de homicídio nas capitais brasileiras foi de 44,7/100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, verificou-se que 63,9% dos homicídios ocorridos no país foram cometidos por arma de fogo³². A arma de fogo, mesmo não sendo a causa da violência, é um instrumento importante na violência urbana no Brasil. A facilidade de acesso e a disponibilidade das armas no país vêm favorecendo o aumento observado nas taxas de homicídio.

No Brasil, o perfil das vítimas preferenciais é bem delineado: jovem, do sexo masculino, da raça negra ou parda²⁹.

As taxas de homicídio entre os homens foram cerca de 10 vezes superiores as das mulheres, e 80% das vítimas de homicídio possuíam apenas o primeiro grau³³. Já na década de 1980, os jovens de 15 a 24 anos foram os responsáveis pelo maior incremento das taxas de homicídio do Brasil^{29,34}. Em 2000, os jovens continuaram sendo os principais alvos: os homicídios foram responsáveis por 39% das mortes da população de 15 a 24 anos e por 4,7% dos óbitos quando considerada a população total do país³⁵. A magnitude e crescimento dos homicídios entre os jovens têm um grande impacto no capital humano do país. Como constata Reichenheim & Werneck, a morte, quando ocorre na etapa de vida de alta energia criativa e produtiva, não só penaliza o próprio indivíduo e o grupo que lhe é próximo, como também priva toda coletividade de seu potencial econômico e intelectual. O indicador anos potenciais de vida perdidos

(APVP) visa qualificar essas mortes, quantificando o total de anos de vida perdidos precocemente³⁶. Em 1997, os homicídios representaram a primeira causa de APVP no Brasil³⁷.

Em estudo sobre raça e homicídios, mostrou-se que os negros (incluídos os pretos e os pardos, por classificação do IBGE) têm taxas de homicídio 87% superior às dos brancos. A análise revelou também que a raça tem efeito altamente interativo, potencializando os riscos de grupos populacionais que já se encontram em maior vulnerabilidade, ou seja, os homens jovens. Observou-se, portanto, um aumento maior na probabilidade de vitimização entre adolescentes e jovens adultos do que entre menores de 10 anos, e entre homens do que entre mulheres^{38,39}.

Além da distribuição desigual dos homicídios segundo critérios demográficos, alguns estudos mostraram diferenças em sua distribuição geográfica por indicadores de desenvolvimento sociais^{25,40-43}. Os autores concluem que há uma forte correlação negativa entre os indicadores de desenvolvimento sociais estudados e as taxas de homicídio. Entretanto, a relação entre mortes por homicídio e condições socioeconômicas não é simples. Não se pode afirmar que haja uma relação direta entre pobreza e criminalidade, e nem tampouco apoiar a adoção de interpretações extremas nas quais o meio socioeconômico determina fatalmente o comportamento individual⁴⁴. A pobreza em si não explica o excesso de risco de homicídio em grupos mais vulneráveis. Mais importantes que a renda são a desigualdade social, a injustiça e a exclusão, problemas relacionados ao tamanho e distribuição populacional⁴⁵. O tráfico de drogas e armas, assim como a ausência de um Estado que promova relações saudáveis entre as pessoas e que possibilite avanços sociais, são considerados responsáveis pelo aumento dos homicídios no Brasil⁴⁶. O risco de homicídio é, portanto, o produto da ação de determinantes macroestruturais e comportamento de risco específico⁴⁷.

A violência armada apresenta o mesmo perfil delineado pelos homicídios, já que a maioria dessas mortes violentas são cometidas por arma de fogo. É preciso registrar um

ponto que chama a atenção: a arma de fogo mata mais adolescentes do sexo masculino que qualquer doença ou outra causa externa. Não existe bactéria, vírus ou veículo a motor que mate mais os adolescentes no Brasil do que o projétil da arma de fogo. Dentre os adolescentes de 15 a 19 anos que morreram em 2002, 39% foram vítimas de arma (Tabela 1). Em nove capitais brasileiras, essa proporção chega a ultrapassar a metade dos óbitos. Nessas cidades, o adolescente do sexo masculino morreu mais devido a lesões de arma de fogo do que por quaisquer outras causas somadas, sejam elas causas externas ou naturais. Em Vitória, por exemplo, 70% das mortes ocorridas entre esses meninos foram devido ao uso da arma³².

A falta de perspectivas de realização pessoal, profissional e social, traduzida como a impossibilidade de ter sonhos e poder realizá-los, gera uma sensação de impotência e baixa auto-estima. Essa impotência afeta principalmente os homens jovens, os quais terminam por usar a violência armada como forma de expressão³⁵. Características inerentes aos jovens, como a impulsividade, a necessidade de experimentação e a sensação de invulnerabilidade, os tornam ainda mais suscetíveis. Se houvesse uma possibilidade de medir o fator "valorização da vida", no Brasil estaria, sem dúvida, inversamente relacionado com as taxas de morte por arma de fogo. Conclui-se que a esperança de vida dos jovens vem diminuindo paralelamente à esperança na vida³².

A disponibilidade da arma de fogo, aliada ao seu uso indiscriminado como possível alternativa para a impotência, levam a esse quadro extremamente grave e preocupante. A nova legislação brasileira, através do Estatuto do Desarmamento, trata de diminuir e restringir a circulação das armas. A campanha do desarmamento pode ser entendida como uma proposta não apenas de entrega de armas, mas também com um sentido "educacional", de chamada de atenção para o desarmamento das relações individualistas e preconceituosas⁴⁸. Torna-se, assim, uma proposta de mudança no olhar da sociedade, objetivando a promoção da

Tabela 1 - Mortalidade proporcional de adolescentes (15 a 19 anos) do sexo masculino, em capitais selecionadas e no Brasil, no ano de 2002

	Arma de fogo (%)	Acidente de trânsito (%)	Outras causas externas (%)	Causas naturais (%)	Número total de óbitos
Brasil	39	15	26	20	15.764
João Pessoa	51	18	18	13	76
Florianópolis	53	10	20	17	30
Cuiabá	53	14	20	13	83
Maceió	54	10	21	15	118
Rio de Janeiro	58	8	20	14	886
Salvador	58	3	20	19	289
Belo Horizonte	58	16	15	11	246
Recife	63	10	15	12	261
Vitória	70	11	17	2	47

paz. Observa-se a inclusão de vários setores sociais nessa campanha que tenta neutralizar a força atual da violência armada. O pediatra, exercendo seu papel de promotor de saúde, deve se engajar nas campanhas e movimentos voltados para o desarmamento da sociedade.

Conseqüências da violência urbana na saúde de crianças e adolescentes

A violência urbana é considerada como uma modalidade de conflito entre indivíduos que não possuem laços de intimidade, geralmente fora do ambiente domiciliar⁷. Assim como outros tipos de violência interpessoal, caracteriza-se por atos de natureza física, sexual, psicológica, ou envolvendo a negligência ou privação. As conseqüências decorrentes desses atos podem resultar de eventos bastante distintos, incluindo o estupro, assaltos, agressões e homicídios. Esses atos criminosos atingem uma parcela expressiva da população, levando a efeitos desastrosos na dinâmica social e econômica. As conseqüências da violência urbana também vão se expressar no âmbito da saúde individual, e os profissionais da área devem estar atentos à sua adequada identificação.

Os atos violentos intencionais incluem, caracteristicamente, o uso da força ou poder, que podem resultar no aparecimento de distúrbios psicológicos, lesões físicas graves e óbito. A percepção de que esses atos exercidos por indivíduos ou grupos sociais não necessariamente induzem ao aparecimento de lesões e morte aumenta sobremaneira as possibilidades de desfechos da violência nos indivíduos e na comunidade. Essas conseqüências podem ainda ser imediatas, ou aparecerem longos intervalos de tempo após decorrido o incidente⁴⁹. É importante considerar esses aspectos para que exista a preocupação com o que não se vê, com o que ainda pode aparecer. Uma preocupação ampliada com a saúde da criança, do adolescente, da família e do ambiente onde estão inseridos torna-se fundamental, por ocasião da abordagem das vítimas de violência urbana.

A juventude nas cidades está exposta a uma freqüência de eventos violentos tão alta que algumas comunidades onde residem podem ser reconhecidas como verdadeiras "zonas de guerra"¹⁰. Como já assinalado anteriormente, os jovens são vítimas diretas da violência, são perpetradores ou podem testemunhar a violência nas cidades. A linha que separa essas formas de vitimização é tênue, existindo, muitas vezes, uma sobreposição dos papéis assumidos pelo adolescente. Todas essas modalidades de vitimização podem levar ao aparecimento de manifestações físicas, psicológicas e alterações em seu desenvolvimento. O conceito de "vítima indireta" vem sendo utilizado para definir aqueles que apenas testemunham a violência, e a intensidade da reação da criança e do adolescente está diretamente relacionada ao seu grau de intimidade com a vítima e à sua proximidade com o cenário violento^{49,50}.

Os serviços de emergência configuram-se como o espaço potencial onde o pediatra está mais freqüentemente envolvido com os desfechos decorridos da violência urbana⁵¹. Manifestam-se por lesões físicas envolvendo principalmente a cabeça, pescoço e extremidades, apresentadas

como contusões, lacerações, traumatismos crânio-encefálicos e fraturas. As lesões que resultam de agressões físicas e assaltos são mais leves e dificilmente evoluem com necessidade de internação^{11,52}. Quando os atos violentos envolvem o uso de armas de fogo, a situação se agrava, com necessidade de atuação mais especializada. Os adolescentes estão mais freqüentemente envolvidos nessas situações mais graves, com maior risco para evolução de lesões fatais na emergência, ou antes mesmo de aí chegar¹¹.

As alterações psicossociais decorrentes da violência urbana são mais difíceis de ser identificadas e documentadas e podem, ainda, ser mais graves do que as lesões físicas^{53,54}. Lembrando que os distúrbios psicológicos nem sempre têm uma relação temporal direta com o agravo violento, as queixas apresentadas por um adolescente podem estar relacionadas a experiências passadas envolvendo conflitos violentos¹⁰. Os eventos relacionados à violência urbana são, na maioria das vezes, tão assustadores que podem levar ao aparecimento de alterações no funcionamento cognitivo, emocional e comportamental das vítimas. Ao vivenciar experiências tão traumáticas, as vítimas nem sempre dispõem das ferramentas capazes de auxiliá-las a superar o trauma.

Existe uma gama de alterações na saúde mental e no desenvolvimento, as quais podem ser observadas na criança e no adolescente vítima da violência urbana. As mais comuns são: depressão, ansiedade e agressividade, posturas anti-sociais, tentativas de suicídio e o abuso de álcool e drogas^{10,53}. Todas essas alterações de comportamento podem levar ao aparecimento de baixo rendimento escolar e de baixa auto-estima no jovem. Outra associação interessante é o fato de crianças expostas à violência urbana relatarem uma menor sensação de segurança e ligação afetiva com seus pais, apresentando também maiores índices de ansiedade com relação à sensação de separação⁵⁵.

Os efeitos psicológicos decorrentes da violência urbana podem ser identificados já no primeiro atendimento na emergência, persistindo após a experiência traumática. Sintomas de estresse agudo, como o medo, terror ou desamparo, acompanhados de distúrbios mais complexos na fase inicial do trauma, aumentam a possibilidade de alterações psicológicas futuras⁵³. A detecção precoce desses sintomas não é tarefa fácil ou preocupação rotineira para o pediatra que trabalha em pronto-socorro, mas pode melhorar sensivelmente o prognóstico das vítimas de violência urbana. Isso porque a presença dessas alterações psicológicas precoces pode funcionar como marcador para o aparecimento posterior de uma situação de difícil abordagem, o transtorno de estresse pós-traumático^{53,56}. Trata-se de um distúrbio grave e que requer tratamento psiquiátrico especializado e continuado⁵⁷. Estudos mostram que a exposição à violência urbana tem uma ação determinante no aparecimento do transtorno de estresse pós-traumático, mesmo quando se controlam outras variáveis de risco, como a presença de depressão e idéias suicidas⁵⁸.

O transtorno de estresse pós-traumático caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que compreen-

dem a reexperiência do trauma vivenciado, a recusa em relembrar o ocorrido e um estado de hipervigilância⁵⁹. É um estado de ansiedade intensa, acompanhado de reexperiências dolorosas dos eventos negativos vividos pela criança ou adolescente. O jovem não é capaz de evitar a lembrança indesejada do ocorrido, passando a visualizar e reviver as sensações, de forma a perpetuar os sentimentos negativos anteriormente vivenciados. É comum observar, durante as brincadeiras infantis, atitudes e representações que lembram o evento violento passado. Além disso, as crianças e adolescentes recusam-se a abordar o assunto e evitam situações que possam relembrar o ocorrido. Lugares, pessoas, músicas ou determinados assuntos funcionam como gatilhos capazes de reavivar a memória do trauma⁶⁰. Para evitar os sentimentos negativos que acompanham essas lembranças, a criança os evita, se isola e se retrai. Dificilmente conseguem exteriorizar suas sensações, negando-se a responder ou comentar sobre o que sofreram com seus pais ou terapeutas. A dissociação pós-trauma pode funcionar como um mecanismo de defesa para a vítima de violência urbana, que passa a suprimir ou compartimentar suas emoções, adotando comportamentos diferentes quando se sente ameaçada. A criança passa a assumir diferentes papéis ou personagens, como uma tentativa para se libertar do seu próprio sofrimento. Por fim, a criança e o adolescente mostram-se hipervigilantes, atentos e reagindo de forma exacerbada a pequenas mudanças na sua rotina. Apresentam, ainda, distúrbios do sono, pesadelos frequentes e baixa concentração⁶⁰.

Esses sintomas não pertencem à rotina de atendimento pediátrico, necessitando de uma avaliação especializada para a sua adequada identificação na fase aguda do trauma. Na tentativa de minimizar esse tipo de desfecho, o pediatra deve estar atento aos pacientes de maior risco, para que medidas possam ser tomadas junto aos familiares, visando uma melhor recuperação das vítimas da violência urbana⁵³.

Prevenindo a violência: como o pediatra pode atuar?

A atuação desejada no enfrentamento da violência é a sua prevenção primária, evitando o aparecimento de suas desastrosas conseqüências^{7,29,30}. Mais do que cuidar apenas dos resultados dos atos violentos, o pediatra tem a responsabilidade e a potencialidade de atuar nas suas causas. Ao se limitar a ação da saúde ao controle dos desfechos da violência urbana, pode-se estar perdendo inúmeras possibilidades de atuação. Soma-se a isso o fato de que, com a presença freqüente da arma de fogo em conflitos urbanos, muitas vezes não há mais tempo para atuar sobre as conseqüências. Os avanços tecnológicos da saúde, com exames e intervenções de elevada complexidade, não conseguem acompanhar a tecnologia das armas, que as torna extremamente fatais. A violência armada interferiu nas possibilidades de atuação do profissional de saúde, estando a chave da redução da mortalidade baseada, portanto, na prevenção primária³⁰.

Muitas vezes, a prática do pediatra já possui aspectos direcionados à prevenção da violência, sem que se perceba essa ação. O exercício diário do pediatra, incentivando o vínculo pai-mãe-filho, promovendo o aleitamento materno, as práticas de higiene e de cuidados, pode ser considerado como uma estratégia de prevenção de violência. Segundo Winnicott, o bebê precisa não só de cuidados, mas de alguém que o ampare, sustente, antecipe e o insira nas relações com o ambiente⁶¹. O pediatra pode ser um importante elo da criança com o seu meio. Durante a consulta, sua atenção, seu interesse e seu envolvimento com a criança e o adolescente vão construindo nos jovens a percepção de que são importantes e que há pessoas preocupadas com suas vidas. A sensação "de pertencer" é um dos pilares na prevenção da violência, e o pediatra pode ser capaz de reforçar de forma positiva esses sentimentos.

Outro aspecto interessante, presente na relação desenvolvida entre o pediatra e seus pacientes, é a sua escuta diferenciada. Frequentemente, o profissional depara-se com solicitações dos pais ou familiares no manejo de conflitos entre gerações que aparecem nas famílias. A opção por métodos não-violentos de disciplina, sem o uso de punição corporal, ajuda na criação de ambientes familiares saudáveis. Encorajar a criação de um canal de comunicação aberto e respeitoso entre pais e filhos pode ser uma ação protetora para o envolvimento dos jovens em situação de conflito urbano. Especial atenção deve ser dada ao relato dos jovens durante a consulta, pois é possível existir discrepância entre eles e seus pais. Isso ocorre porque nem sempre os pais têm conhecimento do ambiente que seus filhos freqüentam, desconhecendo os riscos reais a que estão submetidos^{62,63}. Mais uma vez, o pediatra tem a oportunidade de prevenir o envolvimento do jovem em situações de violência, ao dar importância maior aos seus relatos.

Vale lembrar que, muito frequentemente, o único contato de uma vítima de violência urbana com o médico ocorre na sala de emergência. Essa também pode ser a única ocasião para abordar o assunto⁸. Dessa forma, o pediatra de plantão e os intensivistas devem estar atentos às manifestações psicológicas da violência urbana. A abordagem adequada da resposta emocional de crianças e adolescentes vítimas de violência urbana deve ser considerada, mesmo quando as lesões físicas apresentadas são leves. A emergência pode ser um local propício para a avaliação dessas respostas agudas decorrentes de lesões traumáticas, permitindo ao pediatra a identificação de grupos em risco de problemas futuros. O ambiente de atendimento na emergência também é um fator que pode potencializar ou minimizar as chances de desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático. O rápido e eficiente manejo da dor e um ambiente acolhedor, que permita inclusive a presença de familiares, são medidas que influenciam no estresse da vítima da violência⁵⁴.

Pouco pode ser feito para a prevenção primária da violência urbana em um cenário como as salas de emergências. Nessas ocasiões, os esforços estão voltados ao acompanhamento e tratamento de desfechos graves, com a

finalidade de evitar seqüelas nas vítimas. Porém, os pediatras que atuam nessas ocasiões possuem uma visão do problema que nem sempre consegue alcançar seus pares. Através da disponibilização de alguns números, da apresentação mais comum dos casos atendidos e do relato das principais dificuldades encontradas caso a caso, o pediatra da emergência pode contribuir de forma significativa para o enfrentamento e a prevenção da violência urbana. Para tal, faz-se necessária a abertura de espaços de discussão nos fóruns que pretendem focar os principais agravos que acometem as crianças e os adolescentes atualmente⁵⁴.

A abordagem da violência exige uma articulação inter-setorial, interdisciplinar e multiprofissional, com a participação do Estado e da sociedade civil organizada^{7,64}. Se a violência é um fenômeno multicausal, as possibilidades de enfrentamento certamente provêm dos diversos setores da sociedade. A inserção do campo da saúde nessa abordagem, apesar de relativamente recente, também já pode ser considerada como um outro consenso^{7,64}. Um dos desafios atuais está em manter os profissionais atentos e com habilidades para encarar um evento tão complexo. É importante lembrar que, além do entendimento conceitual sobre o tema, os pediatras podem, para seu melhor desempenho, buscar para si mesmos recursos, ajudas e apoios que os permitam lidar com as situações de impacto emocional que o assunto “violência” carrega em seu bojo. Existem múltiplas formas de atuação, e o profissional de saúde vem percebendo cada vez mais a necessidade de se envolver em ações referentes à promoção da saúde da população, inserindo questões referentes à violência nas agendas de discussão.

A violência é um fenômeno complexo e atual. Conhecer seus determinantes e os múltiplos fatores envolvidos na sua gênese pode auxiliar o pediatra a melhor compreender o impacto da violência urbana na saúde das crianças e dos adolescentes. Não se pretende esgotar as múltiplas possibilidades de fatores envolvidos, desfechos e situações pertinentes ao enfrentamento da violência urbana, mas alertar para a importância de sua inclusão entre as preocupações do pediatra. A prática pediátrica estende-se para além do momento da consulta, reverberando nas relações de toda a família. A partir de uma abordagem mais ampla das questões referentes à saúde da criança e do adolescente, não se limitando à abordagem focal das queixas físicas, o pediatra pode assumir um papel sociopedagógico atual e importante na comunidade. A chave da prevenção dos efeitos avassaladores da violência urbana na diminuição da expectativa de vida dos jovens brasileiros pode estar nessa mudança de olhar. O caminho a ser percorrido pode não ser fácil, mas certamente resultará em melhorias na saúde e bem-estar da sociedade.

Referências

- Santos M. Metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1966.
- Maitra B. Culture and child protection. *Curr Paediatr*. 2005;15:253-9.
- Dubowitz H. Pediatrician's role in preventing child maltreatment. *Pediatr Clin North Am*. 1990;37:989-1001.
- Gomes R, Miskier R. O pediatra e a prevenção da violência. *Revista Pediatria SOPERJ*. 2001;2(Set-Dez):3-9.
- Belsky J. Etiology of maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull*. 1993;114:413-34.
- Garbarino J, Guttman E, Seeley JW. *The Psychologically Battered Child*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1986.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Sheehan K. Intentional injury and violence prevention. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2003;4:12-20.
- Becker MG, Hall JS, Ursic CM, Jain S, Calhoun D. Caught in the crossfire: the effects of a peer-based intervention program for violently injured youth. *J Adolesc Health*. 2004;34:177-83.
- Howard DE, Feigelman S, Li X, Cross S, Rachuba L. The relationship among violence victimization, witnessing violence, and youth distress. *J Adolesc Health*. 2002;31:455-62.
- Gofin R, Avitzour M, Haklai Z, Jellin N. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *J Adolesc Health*. 2000;27:434-42.
- Feigelman S, Howard DE, Li X, Cross SI. Psychosocial and environmental correlates of violence perpetration among African-American urban youth. *J Adolesc Health*. 2000;27:202-9.
- Kliwer W, Cunningham JN, Diehl R, Parrish KA, Walker JM, Atiyeh C, et al. Violence exposure and adjustment in inner-city youth: child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33:477-87.
- Edari R, McManus P. Risk and resiliency factors for violence. *Pediatric Clin North Am*. 1998;45:293-300.
- Zun LS, Downey L, Rosen J. An emergency department-based program to change attitudes of youth toward violence. *J Emerg Med*. 2004;26:247-51.
- Gracia E, Musitu G. Social isolation from communities and child maltreatment: a cross-cultural comparison. *Child Abuse Negl*. 2003;27:153-68.
- Perkins DF, Jones KR. Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse Negl*. 2004;28:547-63.
- Luthar SS, Goldstein A. Children's exposure to community violence: implications for understanding risk and resilience. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33:499-505.
- Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De La Rosa M, Montoya ID, Whiteman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1470-8.
- Assis S. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999.
- Zun LS, Rosen JM. Psychosocial needs of young persons who are victims of interpersonal violence. *Pediatr Emerg Care*. 2003;19:15-9.
- Aronowitz T, Morrison-Beedy D. Resilience to risk-taking behaviors in impoverished African American girls: the role of mother-daughter connectedness. *Res Nurs Health*. 2004;27:29-39.
- Liberal EF. Escolas, juventude e violência. *Construindo escolas promotoras de saúde*. Rio de Janeiro; 2003.
- Figueiredo K. Violência contra a criança e o papel da escola. *Revista Educação Municipal*. 2004, dezembro.
- Beato Filho CC, Assuncao RM, Silva BF, Marinho FC, Reis IA, Almeida MC. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saude Publica*. 2001;17:1163-71.
- Minayo MC, Souza ERS. Violência para todos. *Cad Saude Publica*. 1993;9:65-78.
- Spencer D. Paediatric trauma: when it is not an accident. *Accid Emerg Nurs*. 2002;10:143-8.
- Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl*. 2005;29:107-33.
- Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad Saude Publica*. 1994;10:45-60.
- Mello Jorge MHP, Gawryzewski VP, Latorre MRDO. Análise de dados de mortalidade. *Rev Saude Publica*. 1997;31:5-24.
- Fernandes RC. *Brasil: as armas e as vítimas*. Rio de Janeiro: ISER, Viva Rio, Small Arms Survey, 7 Letras; 2005.

33. Cerqueira D, Lobão W. Condicionantes sociais, poder de política e o setor de produção criminal. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada; 2003.
34. Yunes J, Rajs D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cad Saude Publica*. 1994;10:88-125.
35. Waiselfiz J. Os jovens do Brasil. Juventude, violência e cidadania. Brasília: UNESCO Ministério da Saúde; 2002.
36. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. *Cad Saude Publica*. 1994;10(Supl.1):188-98.
37. Azevedo-Lira M, Drummond-Jr M. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil. Brasília: FUNASA - Ministério da Saúde; 2000.
38. Batista L. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2005;10(1):71-80.
39. Soares GAD. A cor da morte. *Ciência Hoje*. 2004;35(209):26-31.
40. Barata RB, Ribeiro MC, Guedes MB, de Moraes JC. Intra-urban differentials in death rates from homicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1988-1994. *Soc Sci Med*. 1998;47:19-23.
41. Santos S, Barcellos C, Carvalho M, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1996;17:1141-51.
42. Paim JS, Costa M da C, Mascarenhas JC, da Silva LM. [Regional distribution of violence: mortality from external causes in Salvador (Bahia), Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;6:321-32.
43. de Lima ML, Ximenes R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cad Saude Publica*. 1998;14:829-40.
44. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saude Publica*. 1998;14:35-42.
45. Barata RB. Violência urbana e saúde pública. *Revista da Saude*. 2002;22-24.
46. Zaluar A, Noronha JC, Albuquerque C. Violência: Pobreza ou Fraqueza Institucional? *Cad Saude Publica*. 1994;10:213-17.
47. Peres M. Relatório Nacional de Violência por armas de fogo. São Paulo: Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde; 2004.
48. Minayo MCS. Desarmar, amar e argumentar como ética de vida. *Abrasco*. 2004;91(XXI):20-22.
49. Youngstrom E, Weist MD, Albus KE. Exploring violence exposure, stress, protective factors and behavioral problems among inner-city youth. *Am J Community Psychol*. 2003;32(1-2):115-29.
50. Purugganan OH, Stein RE, Silver EJ, Benenson BS. Exposure to violence and psychosocial adjustment among urban school-aged children. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24:424-30.
51. Mace SE, Gerardi MJ, Dietrich AM, Knazik SR, Mulligan-Smith D, Sweeney RL, et al. Injury prevention and control in children. *Ann Emerg Med*. 2001;38:405-14.
52. Sege RD, Kharasch S, Perron C, Supran S, O'Malley P, Li W, et al. Pediatric violence-related injuries in Boston: results of a city-wide emergency department surveillance program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:73-6.
53. Fein JA, Kassam-Adams N, Gavin M, Huang R, Blanchard D, Datner EM. Persistence of posttraumatic stress in violently injured youth seen in the emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:836-40.
54. Dowd D, Bull M. Emergency medicine and injury prevention: meeting at the intersection. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2003;4:83-9.
55. Lynch M, Cicchetti D. Links between community violence and the family system: evidence from children's feelings of relatedness and perceptions of parent behavior. *Fam Process*. 2002;41:519-32.
56. Mendonça A. Violência urbana aumenta casos de estresse. *O Globo*. 2005;Sect. 29.
57. Davies WH, Flannery DJ. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to violence. *Pediatr Clin North Am*. 1998;45:341-53.
58. Mazza JJ, Reynolds WM. Exposure to violence in young inner-city adolescents: relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology. *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27:203-13.
59. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson B. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.; 2004.
60. Duran-Maldonado M, Millhuff C. Child abuse and neglect: posttraumatic stress disorder. www.emedicine.com/ped/topic2650.htm. Acesso: 27/10/2005.
61. Campos J, Blank D, Pfeifer L, Waksman R. *Manual de segurança da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: Nestlé; 2003. p. 354.
62. Thomson CC, Roberts K, Curran A, Ryan L, Wright RJ. Caretaker-child concordance for child's exposure to violence in a preadolescent inner-city population. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:818-23.
63. Hill HM, Jones LP. Children's and parents' perceptions of children's exposure to violence in urban neighborhoods. *J Natl Med Assoc*. 1997;89:270-6.
64. Minayo MC. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Pública*. 1994;10:7-18.

Correspondência:

Luciana Phebo
 Rua General Glicério, 440/403, Laranjeiras
 CEP 22245-120 – Rio de Janeiro, RJ
 Tel.: (21) 2556.2553
 Fax: (21) 2556.3794