



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR
CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**FORTALEZA
2009**

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR
CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Dissertação submetida à coordenação do
Curso de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro
Leite

Co-orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria
Machado Tavares

FORTALEZA
2009

B866p Brilhante, Ana Paula Cavalcante Ramalho

Prevalência e fatores associados à violência intrafamiliar contra criança em uma área atendida pela estratégia saúde da família/ Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante. – Fortaleza, 2010.

227 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Medicina. Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, CE.

1. Criança 2. Família 3. Violência Doméstica 4. Saúde da Família I. Leite, Álvaro Jorge Madeiro (orient.) II. Título.

CDD: 362.76

Este projeto de pesquisa faz parte do “Estudo Mundial de Violência Doméstica” (WORLDSAFE) realizado em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Ceará, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e conta com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, Edital PPSUS 2006, processo Nº 044/07.

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR
CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Dissertação submetida à coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula (1ª examinadora)
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profa. Dra. Ângela de Alencar Araripe Pinheiro (2ª examinadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado (Suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Ao esposo, companheiro e amigo Newton, que se tornou também, de fato, meu co-orientador, contribuindo com discussões, críticas, leituras incansáveis, revisor, enfim... Esteve presente em todas as etapas deste trabalho. Pelo incentivo permanente, por não me deixar esmorecer nos momentos de cansaço e que, pacientemente, compreendeu, me amou e me apoiou com todas as alegrias e sofrimentos vivenciados nesses últimos anos. Esse período demonstrou ainda mais o grande companheiro que é, soube entender não somente minha ausência, como também esteve ausente em muitas coisas importantes de nossas vidas, para estar ao meu lado nessa caminhada, divido, principalmente, com você, mais esta nossa vitória, para esse título, você foi imprescindível. Obrigada, eu te amo.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa o fruto de longas caminhadas, encontros, interlocuções e aprendizados de minha trajetória de vida. Muitos foram os mestres, companheiros e familiares que tornaram essa jornada possível, necessária e, acima de tudo, valer à pena. Cada um trouxe a sua contribuição incomparável e insubstituível. Embora em sua capa apareça apenas o meu nome (autora principal), tenho plena consciência e humildade em reconhecer e registrar que essa dissertação só se concretizou graças a:

Ao Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite, pela acolhida e tempo dedicado à orientação desta pesquisa, que além de me ensinar, compartilhar seus conhecimentos, concedeu o privilégio de sua amizade e confiança. Sua tranquilidade foi fundamental nos momentos de maiores angústias, muito obrigada;

À Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado, pela interlocução sempre presente e crítica, por não me deixar esmorecer nos momentos difíceis, com suas palavras carinhosas e animadoras, tornando-se também minha orientadora e amiga;

À Profa. Dra. Ângela de Alencar Araripe Pinheiro, por todo apoio recebido desde o início desta pesquisa. Suas contribuições, orientações, conhecimentos e carinho, me proporcionaram grandes aproximações e reflexões com essa temática, muito obrigada; você foi maravilhosa;

Ao Prof. Dr. Prof. João Amaral pelas contribuições, leitura e discussões críticas dadas no exame de qualificação; que muito contribuíram no desenvolvimento desse trabalho;

À Profa. Dra. Nádia Almeida Girão, por todo o apoio, contribuições e colaboração no momento final desse estudo;

Ao Prof. Dr. Paulo César Almeida, pelas contribuições nas análises estatísticas.

À Profa. Dra. Isabel Bordin e a Prof. Dra. Cristiane Silvestre de Paula, que incentivaram a ampliação desse projeto e com muita presteza nos acolheram em São Paulo e contribuíram na realização do estudo;

À Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula, por aceitar o convite de participar da banca, pelas contribuições e orientações necessárias para a concretização da pesquisa;

Ao Professor Dr. Ricardo Pontes, grande idealizador desse mestrado, grande mestre e que se fez presente nessa trajetória da minha vida;

A todos os professores do mestrado, por todas as contribuições na formação recebida;

À Dominik, Zenaide, Sr. Luis, e demais funcionários do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC), pela atenção e carinho que sempre nos dispensaram;

A todos os colegas do mestrado, pela amizade e bons momentos que estivemos juntos, os quais compartilharam as angústias e alegrias de cursar a pós-graduação;

Às “amarelinhas”: Vilma Neves, Vera Borges, Sidineuma Ventura, Lindélia Coriolano, Lúcia Alencar e Ivoneida Aragão que tornaram ao longo desse período grandes amigas e companheiras. Por todo aprendizado compartilhado nos nossos grupos de estudo que foram fundamentais para o meu aprendizado e desenvolvimento, com certeza momentos inesquecíveis serão sempre lembrados por todas nós;

Ao grande colega Geziel dos Santos, que em todos os momentos dessa caminhada esteve presente na partilha do conhecimento e da solidariedade, especialmente na contribuição técnica do banco de dados, minha eterna gratidão;

Aos meus grandes parceiros de trabalho, do mestrado e companheiros de ideais: Reginaldo Chagas, Neuza Goya, Carmem Leitão, Osmar Nascimento, Tatiane Fiúza e Marco Túlio, também compartilho com vocês esse momento;

Ao Sistema Municipal de Saúde Escola por meio da Ex-Coordenadora Profa. Ms. Maria Rocineide Ferreira da Silva, grande amiga e minha mestra, incentivadora e apoiadora dessa pesquisa, sua sensibilidade contribui para um mundo melhor; foi muito bom ter te conhecido;

Aos colaboradores da pesquisa: à Fundação da Criança e Família Cidadã por meio de sua presidência, Profa. Dra. Glória Diógenes, por todo apoio, credibilidade e incentivo à pesquisa;

À Empresa Biggyn, por meio do empresário Sr. Alberto, pelo incentivo e apoio;

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio financeiro ao projeto;

Aos amigos e familiares que estiveram presentes nessa caminhada também como patrocinadores, meu muito obrigado: Rocineide Ferreira, Vilma Neves, Renata Mota, Íris, Andréia, Angélica Lucas, Ednéia, Terezinha Muniz, Isabel Ramalho, Amanda Frota, Rosilânia Magalhães Chaves, Flávia Ramalho, Paulo Ramalho, Raquel Ramalho;

Ao Professor Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ex-Secretário Municipal de Saúde, grande mestre, pelo apoio e incentivo;

À coordenadora da Célula da Atenção Básica, Lídia Dias Costa, pelo apoio;

Às secretárias da Célula da Atenção Básica, Socorrinha e Ivonete, por todo carinho, apoio e atenção;

À chefia do Distrito de Saúde da SER II, grande amiga e colaboradora dessa pesquisa, Profa Ms Amanda Cavalcante Frota, por todo incentivo e solidariedade. Seu apoio foi fundamental para a concretização desse estudo;

À coordenação da Atenção Básica da SER II, Raquel Araújo Fernandes e da Saúde Mental Ozanira Aquino, por toda atenção e colaboração;

À coordenação do CSF Aida Santos, Maria Rosilânia Magalhães Chaves, por todo o acolhimento, apoio, e colaboração dispensada durante o período da pesquisa, muito obrigada, você fez uma grande diferença;

Aos Agentes Comunitários de Saúde, por todo compromisso, responsabilidade e dedicação ao trabalho de campo, minha eterna gratidão;

A todos os trabalhadores e trabalhadoras do CSF Aida Santos, pelo apoio, carinho e contribuições, em especial à Fernanda, Fafá, Sr. Arimathéia e Sr. Eivaldo;

A representante do Conselho local do Centro de Saúde da Família Aida Santos (Sra. Marilene) e Regional (Sr. Walter), por toda colaboração e apoio recebido durante o período da pesquisa;

Às entrevistadoras: Arisa Nara, Janilce Rodrigues, por todo compromisso, envolvimento, companheirismo e seriedade no desenvolvimento da pesquisa;

À Evangelista pelo apoio no acolhimento as famílias entrevistadas;

Aos digitadores, Nilo Maciel, Ticiane Girão, Evanio, Daniel e Liduina, pela colaboração;

A todos (as) companheiras (os) de trabalho, em especial Ana Vicente, Sandra Alves pelo apoio e compreensão da minha ausência no primeiro ano do mestrado;

Aos colegas conselheiros do COMDICA, em especial a Márcia Cristine Pereira, Fátima da Silva, Verônica Pedrosa e Tiago Holanda, por todo aprendizado e solidariedade;

À companheira, amiga, Profa. Dra. Vera Dantas por todos os ensinamentos e aprendizado ao longo desses anos e toda equipe das Cirandas da Vida;

À Diva Fernandes, Coordenação Técnica da Criança da SESA, Ana Lúcia Almeida da Coordenação da Comissão de Maus Tratos do Hospital Albert Sabin, Veranísia do Centro de Referência de Assistência Social, Rosângela Sales, Kilma Wanderley e Andréa Pereira, amigas e militantes na área da criança, obrigada pelo carinho e apoio;

À Geisy Lane Muniz e Guaraciara Matos, pelas contribuições.

As companheiras de todas as Regionais de Saúde que muito tem contribuído na defesa dos direitos da criança e do adolescente: Beatriz Carvalho, Danielle Ribeiro, Isabel Falcão, Williane Resende, Ândria Lima, Aldemiza;

Às Profas. Dra. Amira Filgueiras, Suely Fernandes, Mercês Sovano, por todo o incentivo, amizade e contribuições na minha militância na área da criança;

À Profa Mestre Jane Neves, grande paraense, mulher negra, lutadora dos Direitos Humanos, de quem partiu a provocação e a primeira palavra de estímulo para a decisão de iniciar esta empreitada, por todo apoio e incentivo;

As famílias que integraram essa pesquisa, pela participação e disposição em estabelecer com toda a equipe do estudo uma relação de confiança, relatando suas

histórias de vida, alegrias, as dificuldades e sofrimento existente no seu cotidiano, contribuindo não somente para a produção de conhecimentos, mas para o meu crescimento pessoal;

Às crianças que vivem em situação de violência, cuja vivência, ao mesmo tempo em que deu visibilidade à sua condição, permitiu a construção deste conhecimento, que contribuirá para meu maior exercício de cidadania, defendendo sempre os seus direitos;

Ao meu pai (Deodato Ramalho), meu irmão (Domingos Ramalho) e minha avó (Ivani Ramalho), que se estivessem conosco nesse momento, estariam felizes por mais um sonho realizado;

A minha mãe Maria Zélia Ramalho, minha grande amiga, que me ensinou que, com fé e honestidade, conseguimos realizar nossos sonhos. Obrigada por seu carinho, por ter compreendido que foi por esse momento que estive tão ausente nesses últimos dois anos, eu te amo;

Aos meus irmãos e cunhados: Deodato, Isabel, José Carlos, Paulo, Lilian, Flávia, Raquel e Giovanna, que sempre me apoiaram, por toda retaguarda que me proporcionaram, compreendendo a minha ausência;

Ao meu cunhado Marco Furtado, por toda alegria, mesmo diante de problemas de saúde, nos aponta o dom da vida;

À Lina, pela dedicação e amor a minha família, assumindo minha casa e permitindo-me a ser profissional e estudante, muito obrigada;

Aos meus amados filhos, Igo, Hugo e Izabelle, pela compreensão das horas de ausência dedicadas a esse trabalho, pelo incentivo, carinho e por todo amor que nos une. Amo vocês;

Ao meu companheiro, esposo, amigo, Newton Brilhante, por todo seu apoio, orientação e amor, dedico este trabalho a você;

E finalmente a Deus *“Você se fez presente em todos os momentos, firmes e trêmulos. E, passo a passo, pude sentir a sua mão na minha, transmitindo-me a segurança necessária para enfrentar meu caminho a seguir... A Sua presença é qualquer coisa como a luz e a vida, e sinto que, em meu gesto, existe o Seu gesto e, em minha voz, a Sua voz.”*

(Vinícius de Moraes)

“O sofrimento que surge na infância deixa sequelas profundas e, limita o adulto que podemos chegar a ser. Uma criança maltratada é uma criança solitária, isolada que espera ajuda, espera que alguém intervenha para por fim aos seus sofrimentos.”

Maria Inês Bringiotti (1999).

RESUMO

O fenômeno violência tem grande importância para a Saúde Pública em razão da sua magnitude, gravidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva em todo o mundo. A violência praticada contra crianças tem raízes históricas, econômicas e culturais e provoca sequelas físicas e/ou mentais que permanecerão gravadas por toda a vida, prejudicando o seu desenvolvimento. **Objetivos:** (1) determinar a prevalência da violência intrafamiliar contra criança em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza; (2) descrever os tipos de violência que acometem as crianças; (3) identificar os tipos de violência física utilizados pelos pais/responsáveis; (4) conhecer a prevalência da violência intrafamiliar conjugal que ocorre com as mães; (5) estimar os fatores de risco para violência física contra as crianças. **Método:** estudo transversal realizado com amostra populacional de 402 crianças (<12 anos) e suas mães (15-49 anos) residentes num bairro de baixa renda do Município de Fortaleza- CE, coberto pela Estratégia Saúde da Família. Os instrumentos padronizados foram aplicados por entrevistadoras treinadas: CORE *questionnaire* (WorldSAFE), para avaliar violência intrafamiliar e fatores associados; Questionário de Rastreamento para Problemas de Saúde Mental em Adultos da comunidade (SRQ), e o Questionário de Classificação Econômica Familiar (ANEP), para determinação de classes econômicas, segundo o poder de consumo da família. O desfecho clínico principal foi a existência de algum tipo de violência física contra crianças cometida por pais/responsáveis. Foram avaliados três grupos de potenciais fatores associados: relacionados à criança, à mãe/responsável e à família. Esta pesquisa faz parte do Estudo Mundial de Violência Doméstica (WorldSAFE). **Resultado:** as altas taxas de prevalência de violência física contra a criança foram: violência não grave (81,6%) e violência grave (23,6%) sendo a mãe a principal agressora (79,4%). O sexo masculino apresentou risco 1,19 vez maior de a criança ser “vitimizada” (RP: 1,19 IC: 1,09-1,29) e os maiores de dois anos com risco 1,36 vez maior (RP: 1,36 IC: 1,03-1,79). O estudo revelou prevalência de violência conjugal nos últimos doze meses de 21%, problemas de saúde mental da mãe ($p<0,04$), violência física na infância ($p<0,02$), violência conjugal física nos últimos 12 meses ($p<0,00$), tentativa de suicídio, presença de humor depressivo, uso de álcool/outras drogas e embriaguez pelo seu marido/companheiro apresentaram resultados estatisticamente significativo. As famílias com nível socioeconômico menos favorecido apresentaram maior frequência de violência conjugal. **Conclusão:** a prevalência de violência física contra criança foi considerada alta. Os fatores associados às práticas de violência foram: idade (maior de dois anos) e sexo da criança (masculino), relacionados à mãe/responsável: problema de saúde mental, violência física sofrida na infância, violência conjugal física nos últimos doze meses, presença de humor depressivo, tentativa de suicídio, nível socioeconômico baixo, uso de álcool e/ou outras drogas e embriaguez do marido/companheiro. Recomenda-se maior investimento em política de saúde mental na atenção básica e maior envolvimento dos profissionais da Saúde da Família na prevenção da violência intrafamiliar.

Palavras-chave: Infância. Família. Violência intrafamiliar. Violência física contra criança. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The phenomenon of violence is of great importance for public health because their magnitude, severity and social impact on the individual and collective health throughout the world. Violence against children has roots in historical, economic and cultural causes physical disability and / or mental health record that will remain for life, affecting their development. **Objectives:** (1) determine the prevalence of domestic violence against children in an area covered by the Family Health Program in Fortaleza, (2) describe the types of violence that affect children, (3) identify the physical violence types used by parents / guardians, (4) Know the prevalence of domestic violence that occurs with married mothers, (5) estimate the risk factors for physical violence against children. **Method:** cross-sectional study using a sample of 402 children (<12 years) and their mothers (15-49 years) living in low-income neighborhood in the city of Fortaleza - CE, covered by the Family Health Strategy. The standardized instruments were administered by trained interviewers: CORE questionnaire (WorldSAFE), to assess domestic violence and associated factors, Questionnaire for Screening Mental Health Problems in Adults in the community (SRQ) and the Economic Classification Questionnaire Family (ANEP), for determination of economic classes, according to the power consumption of the family. The primary endpoint was the existence of some kind of physical violence against children committed by parents / guardians. Were evaluated three groups of potential associated factors related to the child, the parent / guardian and family. This research is part of the Global Study of Domestic Violence (WorldSAFE). **Result:** The high prevalence of physical violence against children was: not severe violence (81.6%) and severe violence (23.6%) being the mother the primary aggressor (79.4%). The male presented with a 1.19 and more children being "victimized" (PR: 1.19 IC: 1,09-1,29) and over two years with a risk 1.36 times more likely (PR: 1 , 36 IC: 1,03-1,79). The study found a prevalence of domestic violence in the last twelve months 21%, mental health problems of mothers ($p < 0.04$), physical violence in childhood ($p < 0.02$), marital violence in the past 12 months ($p < 0.00$), suicide attempts, presence of depressed mood, alcohol / drug abuse and drunkenness by her husband / partner results were statistically significant. The families with the lowest socioeconomic level had a greater frequency of domestic violence. **Conclusion:** The prevalence of physical violence against children was considered high. The factors associated with the violence practice were age (greater than two years) and child gender (male) related to the mother / guardian: mental health problems, physical violence in childhood, marital violence in the last twelve months, presence depressive mood, suicide attempt, low socioeconomic level, alcohol and other drugs and drunkenness of the husband / partner. It is recommended greater investment in mental health policy in primary care and greater involvement of Family Health professionals in the prevention of domestic violence.

Keywords: Childhood. Family. Violence between families. Physical violence against children. Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro - 1	Bairros mais violentos de Fortaleza e números de homicídios. Fortaleza, 2008.	103
Quadro - 2	Tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência p com intervalo de confiança de 95% e precisão relativa e*.	106
Quadro - 3	Violência física de natureza grave e/ou não grave contra criança no ambiente doméstico nos últimos 12 meses.	111
Quadro - 4	Fatores de risco para violência física de natureza grave e não grave contra a criança no ambiente doméstico nos últimos 12 meses e ao longo da vida.	113
Quadro - 5	Estrutura fatorial do SRQ-20.	115

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1	Síntese da Violência Domiciliar notificada no Brasil, no período de 1996 a 2007.	26
Tabela - 2	Principais tipos de violência contra criança e adolescente atendidos no Núcleo Estadual de Violência no período de 2001 a 2008.	27
Tabela - 3	Síntese de alguns dados encontrados nos estudos epidemiológicos internacionais quanto à prevalência da violência física contra a criança.	89
Tabela - 4	Síntese dos dados encontrados nos estudos epidemiológicos nacionais quanto à prevalência da violência física contra a criança.	90
Tabela - 5	Amostra final segundo sexo e faixa etária das crianças (N=402).	107
Tabela - 6A	Distribuição do número de crianças segundo métodos educativos utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar, caracterizando violência física grave contra a criança nos últimos 12 meses (N= 402).	122
Tabela - 6B	Distribuição do número de crianças segundo métodos educativos utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar, caracterizando violência física não grave contra a criança nos últimos 12 meses.	123
Tabela - 6C	Distribuição do número de crianças segundo Outros métodos educativos utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar nos últimos 12 meses.	124
Tabela - 7	Características sócio-demográficas da amostra de crianças (N= 402).	125
Tabela - 8	Condições gerais de saúde da amostra de criança (N=402).	126
Tabela - 9	Freqüência das variáveis sócio-demográficas relacionadas às mães/responsáveis (N=402).	127
Tabela - 10	Saúde física e mental atual da mãe/responsável (N=402).	128
Tabela - 11	Mãe/responsável que vivenciou violência física entre seus pais no período de sua infância (N=402).	129
Tabela - 12	Prevalência de violência conjugal física vivenciada pela mãe/responsável nos últimos 12 meses (N=333).	131
Tabela - 13	Uso de álcool e drogas ilícitas pela mãe/responsável nos últimos doze meses (N=402).	132

Tabela - 14	Características sócio-demográficas referentes ao marido/companheiro atual da mãe/ substituta (N=333).	133
Tabela - 15	Uso de álcool e drogas ilícitas pelo marido/companheiro atual da mãe/ substituta (N=333).	134
Tabela - 16	Variáveis sócio-demográficas relacionadas à família (N=402).	135
Tabela - 17	Membros da família que exerce atualmente trabalho remunerado (N=402).	137
Tabela - 18	Fatores relacionados à criança associados a algum tipo de violência física contra a criança, por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=402).	138
Tabela - 19	Fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física contra a criança por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=334).	139
Tabela - 20	Fatores relacionados ao marido/companheiro atual da mãe, associados a algum tipo de violência física contra a criança, segundo a razão de prevalência (N=114).	140
Tabela - 21	Fatores relacionados à família associados a algum tipo de violência física contra a criança, por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=402).	141
Tabela - 22	Fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física conjugal por parte do marido/companheiro, segundo a razão de prevalência (N=333).	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABBEM** - Associação Batista Beneficente e Missionária
- ABRAPIA** - Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AIDPI** - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- CFP** - Conselho Federal de Psicologia
- COMDICA** - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- CSF** - Centro de Saúde da Família
- ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente.
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FUNCAP** - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- FUNCI** - Fundação da Criança Família Cidadã
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MNMMR** – Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPAS** - Organização Pan Americana de Saúde
- PAIR** - Programa de Ações Articuladas e Referenciais de Enfrentamento à Exploração Sexual Comercial Infante-Juvenil
- SBP** - Sociedade Brasileira de Pediatria
- SEPLA** - Secretaria de Planejamento e orçamento
- SER** - Secretaria Executiva Regional
- SF** - Saúde da Família
- SIPANI** - Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância
- SME** - Secretaria Municipal de Educação
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SVS** - Serviço de Vigilância à Saúde
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	34
2.1	Objetivo Geral	34
2.2	Objetivos Específicos	34
3	HIPÓTESE	35
4	REVISÃO DE LITERATURA	36
4.1	A violência como problema de Saúde Pública	36
4.2	A Família e a criança: velhos modelos e novos arranjos	39
4.3	Violência contra criança: um pouco da história mundial	50
4.4	Violência intrafamiliar contra criança	57
4.5	Magnitude da violência contra a criança	60
4.5.1	Negligência e abandono	70
4.5.2	Violência física	71
4.5.3	Síndrome do Bebê Sacudido e Síndrome da Criança Espancada.....	76
4.5.4	Síndrome de Munchausem por Procuração	77
4.5.5	Violência psicológica.....	78
4.5.6	Violência sexual	80
4.6	Síntese de estudos nacionais e internacionais	85
4.7	Fatores de riscos para violência contra criança	90
5	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	94
5.1	Enfrentamento da violência intrafamifliar contra a criança	94
6	METODOLOGIA	100
6.1	Delinhamento do estudo	100
6.2	Área estudada	100
6.3	Caracterização da área estudada	100
6.4	População do estudo	104
6.4.1	Tamanho e composição da amostra	105

6.4.2	Treinamento das entrevistadoras	107
6.4.3	Coleta de dados	108
6.5	Critérios de diagnósticos e de exposição	111
6.5.1	Variável dependente	111
6.5.2	Variáveis independentes	111
6.6	Instrumentos	113
6.6.1	Questionário específico do WorldSAFE (CORE).....	113
6.6.2	Questionário de Rastreamento para Problemas de Saúde Mental em Adultos (SRQ)	114
6.6.3	Questionário de Classificação Econômica Familiar (ABEP)	115
6.7	Controle de qualidade	116
6.8	Facilidades e dificuldades encontradas	116
6.8.1	Facilidades	117
6.8.2	Dificuldades	117
6.9	Digitação dos dados	118
6.9.1	Análise estatística	118
7	ASPECTOS ÉTICOS	120
8	RESULTADOS	121
8.1	Prevalência da violência física intrafamiliar contra a criança	121
8.2	Análise descritiva	124
8.2.1	Perfil das crianças	124
8.2.1.1	Sociodemográfico	124
8.2.1.2	Condições gerais de saúde da criança	126
8.2.2	Mãe/responsável	127
8.2.2.1	Perfil sociodemográfico	127
8.2.2.2	Saúde física e mental atual da mãe/responsável (N=402).....	128
8.2.2.3	Antecedentes de violência física na infância, relatados pela mãe/responsável (N=402)	129
8.2.2.4	Violência conjugal física sofrida pela mãe/responsável nos últimos 12 meses e ao longo da vida (N=333)	130

8.2.2.5	Uso de álcool e outras drogas nos doze últimos meses pelas mães/responsáveis	132
8.2.3	Marido ou companheiro atual da mãe/responsável (N=333)	133
8.2.3.1	Perfil sóciodemográfico	133
8.2.3.2	Uso de álcool e outras drogas pelo marido/companheiro atual da mãe/ responsável nos doze últimos meses (N= 333)	133
8.2.4	Família	134
8.2.4.1	Perfil sociodemográfico	134
8.3	Fatores de risco para algum tipo de violência física contra criança	137
8.3.1	Fatores de risco relacionados aos pais/responsáveis associados a algum tipo de violência física contra a criança	138
8.4	Fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física conjugal.....	141
9	DISCUSSÃO	144
10	CONCLUSÃO.....	158
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICES	184
	ANEXOS	208

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência tem grande importância para a Saúde Pública em razão da sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva em todo o mundo.

Desde tempos muito recuados, existe uma preocupação do ser humano com o entendimento da essência do fenômeno violência, sua natureza, origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, sendo que seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade (MINAYO, 1994).

Embora a violência ocorra desde a Antiguidade, ainda faz parte das manchetes dos jornais, noticiários e outros meios de comunicação e de informações sobre homicídios, suicídios, violações e violências institucionais no trabalho, envolvendo inclusive crianças e adolescentes.

A Organização Mundial de Saúde define a violência como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em dano psicológico, sofrimento, morte, prejuízo ao desenvolvimento ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Verifica-se a abrangência dessa definição, em que se associa a intencionalidade do ato, independentemente do que vier a ocorrer, e resulta de uma relação de poder desigual, como, por exemplo, o uso de ameaças, humilhação, constrangimento e intimidação, entre outros.

Para Faleiros e Faleiros (2006), todo poder implica a existência de uma relação, sem necessariamente está associado à violência. O poder só é violento quando ocorre uma relação de força de alguém que a exerce, visando a alcançar objetivo e a obter vantagens (dominação, prazer sexual e lucro) previamente definidas.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1993) afirma que a violência adquiriu caráter endêmico e converteu-se num problema de saúde pública em vários países, em razão do número de vítimas e da magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz. O setor saúde constitui a área para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. Nesse sentido, qualquer que seja a origem do caso de violência, possivelmente será atendida no serviço de saúde.

Para Dahlber e Krug (2007), vários fatores são responsáveis pelas reações violentas, onde se associam problemas da Política, da Economia, da Moral, da Psicologia, das relações humanas e institucionais e do plano individual.

Krug e outros colaboradores relatam que várias características podem moldar os padrões e variações nas taxas de violência, mesmo que não necessariamente definam quem se tornará perpetrador ou vítima. Citam as idades, o estado civil, os hábitos de vida, como também o abuso de álcool e o uso de drogas ilícitas; a inserção social da família, envolvendo baixa renda, a pouca escolaridade e o desemprego; ou, ainda, o papel de gênero nas relações familiares – estejam presentes ou historicamente constituídas nas famílias de origem (KRUG *et al*, 2002).

Para Reichenheim e Werneck (1994), na década de 1990, os estudos buscavam caracterizar a magnitude e importância das causas de morte por violência em relação às demais, discutindo taxas de anos perdidos, estratificados por grupos de causas, sexo e idade.

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser verificado em todo o mundo e de várias formas.

Quando se fala de violência, as mortes representam a ponta do *iceberg* em todas as partes do mundo. Ataques físicos e sexuais ocorrem a cada dia, embora nem todas as agressões provoquem ferimentos, que, por sua seriedade, necessitem de assistência médica, e mesmo as que têm consequências graves nem sempre são registradas (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Estudo realizado por Dahlber e Krug (2007) revela que a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, no mundo, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais, resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva, de cujas ocorrências muitas vezes não se têm nem conhecimento. Revelam também que, anualmente, mais de 1,6 milhões de pessoas morrem como consequência da violência, individual ou coletiva, em que se estima

que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos, em todo o mundo.

Para Souza e Mello Jorge (2006), a violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, especialmente e de forma continuada, crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. As autoras referem que as violências e os acidentes, juntos, representam a segunda causa de óbitos na mortalidade geral no Brasil, sendo a principal causa de óbito nas idades entre cinco e 19 anos.

A alta magnitude das violências é analisada nas estatísticas apresentadas de mortalidade por causas externas (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999). Esta forma de abordagem das violências não cobre os casos não fatais que, a cada dia, assumem lugar de destaque nos quadros de morbidade de mulheres, crianças, adolescentes e adultos jovens. Pesquisadores da área da saúde sugerem que a violência interpessoal e as negligências que ocorrem no ambiente familiar sejam responsáveis por grande parte desses atos violentos (MINAYO, 1994).

A violência praticada contra crianças e adolescentes têm raízes históricas, econômicas e culturais. Segundo Faleiros (1998), a violência não é entendida como ato isolado, “psicologizado” pelo descontrole, pela doença, pela patologia, mas como um desencadeador de relações que envolvem a cultura, o imaginário, as normas, a educação e o processo civilizatório de um povo.

Para De Mause (1975), em uma visão pessimista, a violência contra crianças e adolescentes esteve presente na história da humanidade desde os mais antigos registros, sendo a história da infância um pesadelo do qual só se começou a despertar recentemente. Quanto mais se regressa na História, vê-se que reduzido é o nível de cuidados com as crianças e maior a probabilidade de que tivessem sido assassinadas, aterrorizadas e abusadas sexualmente.

Partindo da constatação de que a violência contra criança é uma realidade com gravíssimas consequências na vida e no desenvolvimento das crianças em todo mundo, porém, com pouca visibilidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou o primeiro estudo mundial em profundidade, envolvendo 130 países, sobre todas as formas de violência contra a criança e adolescente. Foram realizadas consultas em todas as regiões do mundo, com a participação do Estado, de ONGs, especialistas, crianças, adolescentes, ONU e da Organização Mundial de Saúde – OMS (ONU, 2006).

Esse estudo foi coordenado pelo professor Paulo Sérgio Pinheiro, do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da USP (atualmente *expert* Independente do Secretário - Geral da ONU para o estudo sobre violência contra a criança) e lançado em 4/12/07, durante a VII Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, em Brasília.

O relatório do estudo apresenta uma visão global da violência contra a criança e propõe recomendações para lidar e prevenir o problema. De acordo com a pesquisa, este tipo de violência está presente em todas as culturas, classes sociais, raízes étnicas, religiões, níveis de escolaridade e de renda. Ocorre em casa, na escola, na rua ou em outros ambientes, podendo ter consequências devastadoras, inclusive resultar em mortes precoces, sendo necessária uma mudança de mentalidade das sociedades, além da melhoria das deficientes condições econômicas e sociais que facilitam essa violência (PINHEIRO, 2007a).

O estudo refere ainda que, todos os anos, cerca de 275 milhões de crianças no mundo presenciam atos de violência doméstica, com negativas consequências para o seu desenvolvimento e que, para muitas crianças, o lar representa uma fonte de violência. Demonstra que “nenhuma violência contra a criança é justificável e nenhuma é inevitável.” (ONU, 2006).

O relatório chama a atenção para o fato de que a violência contra a criança é camuflada, subnotificada e conseqüentemente não relatada. Os motivos para isso são vários: o medo que as crianças têm de denunciar seus pais, assim como os pais que se calam quando a agressão foi cometida por alguém da família, preferindo silenciar-se, além de não haver mecanismos seguros ou confiáveis para denunciar a violência, como, por exemplo, a pouca confiança na polícia existente em alguns países.

O estudo reconhece que a família oferece o melhor ambiente para lutar contra a violência e insiste na necessidade de os pais, professores, enfim, todos os que lidam com crianças, optarem por estratégias isentas de violência para educar. Observa ainda que os acordos e compromissos internacionais assumidos pelos países, no plano global, para proteger as crianças de todas as formas de violência, geralmente não se traduzem em medidas concretas no contexto. Com base nestas conclusões, o estudo avança com várias recomendações.

Entre as recomendações sugeridas no relatório, estão: o fortalecimento de medidas nacionais e locais sobre o tema, a prioridade à prevenção do problema,

a conscientização da população e a proibição de qualquer tipo de violência, entre outras (PINHEIRO, 2007a).

Atualmente a violência intrafamiliar representa grande preocupação, uma vez que tem causado mortes, incapacidades e infinitas implicações sobre o incremento da violência (FLITCRAFT, 1993; ASSIS, 1991; MINAYO; ASSIS, 1993; MINAYO, 1994). Ocorrem também outras consequências, seja da ordem emocional, social ou cultural. Apresentam maior risco e vulnerabilidade as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos, nessa ordem.

A violência provoca danos à saúde da criança em geral, entre eles: atrasos no desenvolvimento cognitivo, déficit intelectual e fracasso escolar, além de violência e criminalidade na adolescência e na vida adulta (LANSFORD *et al*, 2002; WHO, 2002).

Para o Ministério da Saúde, a violência intrafamiliar pode se manifestar de várias maneiras e com diferentes graus de severidade. Essas formas não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, em que o homicídio é a manifestação mais extrema (BRASIL, 2002).

Este tipo de violência contra a criança não está desvinculada das demais questões sociais, especialmente (mas não unicamente) da violência social. As relações societárias são assentadas em bases em que entrelaçam fundamentos objetivos e subjetivos onde os sujeitos sociais se constituem. Para Berger (1985), “em sua realidade social e histórica, sendo esta anterior e exterior a história singular e condição para o desenvolvimento da subjetividade. O sujeito é, dessa forma, produto e produtor da sociedade”.

A violência, de qualquer tipo, contra crianças está relacionada com o poder na qual estão presentes e se confrontam agentes com poderes desiguais de conhecimento, força, autoridade, experiência, maturidade e de recursos, que têm em comum a ameaça de perda da vida de maneira precoce ou de sequelas físicas e/ou mentais que permanecerão gravadas por toda sua vida, prejudicando ainda o seu desenvolvimento saudável (FALEIROS, 1998).

Cavalcante (2001) refere que a violência ocorrida fora de casa é cruel, a que se manifesta no ambiente familiar não é diferente, trazendo consequências tão graves que, normalmente, afetam o grupo familiar como um todo, interferindo nas relações socioafetivas, sobretudo entre pais e filhos.

A autora relata ainda que há evidências de que, na família, também se produzem e reproduzem práticas arbitrárias contra a criança e o adolescente, tão

perigosas quanto corriqueiras de maus-tratos e negligência familiar. Estudos revelam a violência proporcionada pelos pais contra seus filhos e que, embora se reportem a um processo histórico, eram restritas à intimidade familiar.

Estudo realizado nos Estados Unidos revelou que anualmente cerca de 1,5 milhão de crianças são vítimas de violência e que 6,3% dos casais vivenciam, entre os cônjuges, alguma forma de violência grave no mesmo período (STRAUS; GELLES, 1995).

Ensaio efetivado por Krug e colaboradores revelou que as crianças mais jovens estão mais expostas à violência física (75% nas Filipinas, 47% nos Estados Unidos), conforme relatos dos pais. Para as autoras, as desigualdades sociais e questões de gênero estão fortemente implicadas na violência contra crianças e adolescentes (KRUG *et al*, 2002).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que 70% das crianças que sofrem violência têm menos de três anos de idade. No caso de violência sexual, 90% dos abusadores são adultos do sexo masculino, dos quais, 80% são de pessoas conhecidas da criança, razão que impede que a criança denuncie, uma vez que eles a controlam sob ameaças ou recompensas (UNICEF, 2007).

Segundo a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, 50% das famílias brasileiras sofrem algum tipo de violência. Refere ainda que, mesmo considerando um índice de 30%, o País teria mais de doze milhões de famílias vivendo em situação de violência (CNBB, 1999).

Para a Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (Sipani), 12% das 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de algum tipo de violência, ou seja: por ano, são 6,6 milhões de crianças agredidas, representando, assim, uma média de 18 mil crianças “vitimizadas” por dia; 750 por hora e 12 crianças agredidas por minuto, sendo que, pelo menos, 100 crianças morrem por dia no Brasil, vítimas de violência. Reporta ainda, que 300 mil crianças e adolescentes sejam vítimas de incesto (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde, nas estimativas encontradas na literatura internacional, 80% dos abusadores têm idade em torno de 40 anos. Crianças que vivem com apenas um dos pais têm cerca de 80% a mais de riscos de sofrerem violência e 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada

(BRASIL, 2002). O quadro seguinte mostra uma série histórica dos casos notificados de violência doméstica contra criança e adolescente no Brasil.

Segundo o Laboratório de estudos da Criança (Lacri) da Universidade de São Paulo (IP/ USP), os dados pesquisados abaixo se referem à incidência do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes em suas várias modalidades, portanto, não revelando a situação real das crianças e adolescentes do País em relação à violência. Percebe-se que ao longo desse período, a violência física foi a segunda forma de violência domiciliar mais notificada no Brasil, no período de 1996 a 2007. Os anos de 2001 a 2005 apresentaram aumento considerável de notificação, porém, ainda não representa a realidade brasileira e sim a ponta do *isberg* da violência doméstica no Brasil conforme tabela a seguir:

TABELA – 1 Síntese da Violência Domiciliar notificada no Brasil, no período de 1996 a 2007.

Ano	Modalidade de VDCA - Incidência Pesquisada											
	Violência Física		Violência Sexual		Violência Psicológica		Negligência		Violência Fatal		Total de casos notificados	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
1996	525	44,0%	95	8,0%	0	0,0%	572	48,0%	0	0,0%	1.192	100,0%
1997	1.240	60,0%	315	15,3%	53	2,6%	456	22,1%	0	0,0%	2.064	100,0%
1998	2.804	22,0%	578	4,6%	2.105	16,7%	7.148	56,6%	0	0,0%	12.635	100,0%
1999	2.620	39,3%	649	9,7%	893	13,4%	2.512	37,6%	0	0,0%	6.674	100,0%
2000	4.330	38,9%	978	8,8%	1.493	13,4%	4.205	37,7%	135	1,2%	11.141	100,0%
2001	6.675	32,9%	1.723	8,5%	3.893	19,2%	7.713	38,1%	257	1,3%	20.261	100,0%
2002	5.721	35,8%	1.728	10,8%	2.685	16,8%	5.798	36,3%	42	0,3%	15.974	100,0%
2003	6.497	31,3%	2.599	12,5%	2.952	14,2%	8.687	41,9%	22	0,1%	20.757	100,0%
2004	6.066	31,0%	2.573	13,2%	3.097	15,8%	7.799	39,9%	17	0,1%	19.552	100,0%
2005	5.109	26,5%	2.731	14,2%	3.633	18,9%	7.740	40,2%	32	0,2%	19.245	100,0%
2006	4.954	26,7%	2.456	13,2%	3.501	18,9%	7.617	41,1%	17	0,1%	18.545	100,0%
2007	2.940	25,1%	1.057	9,0%	2.285	19,5%	5.422	46,3%	10	0,1%	11.714	100,0%
Total	49.481	31,0%	17.482	10,9%	26.590	16,7%	65.669	41,1%	532	0,3%	159.754	100,0%

Fonte: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Laboratório de Estudos da Criança (Lacri) (2008)

De conformidade com o Núcleo Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes do Ceará, no ano de 2006, foram realizadas 3.686 notificações. Destas, 27% referem-se à violência física; 16% à negligência; 8% à violência sexual; 4% à exploração sexual; 2% à violência psicológica; e 43% a outras formas de violência, tais como: situação de risco; abandono; desvio de conduta; privacidade dos direitos paternos e maternos; fuga do lar; violência fatal; rapto;

solicitação de serviço de abrigo ou de creche; cárcere privado e tráfico de seres humanos (NÚCLEO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO CEARÁ, 2009).

Da conta de que, no ano de 2007, o maior número de casos notificados foi também o de outras formas de violência e de violência física, com 44% e 24%, respectivamente. De acordo com os dados apresentados pela instituição, a violência fatal é tratada como “outras formas de violência”. Em virtude da gravidade que este tipo de violência representa, percebe-se a necessidade de um tratamento diferenciado das demais, pois, além de dar maior visibilidade ao problema, chamaria mais atenção das autoridades, instituições e sociedade, inclusive provocando um maior acompanhamento da sociedade acerca da investigação e conclusão dos casos.

Somente nos dois primeiros meses do ano de 2008, foram atendidos 493 casos de violência, sendo 27% de violência física, superior aos 24% apresentados em todo o ano de 2007, conforme tabela a seguir (NÚCLEO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO CEARÁ, 2009).

TABELA – 2 Principais tipos de violência contra criança e adolescente atendidos no Núcleo Estadual de Violência no período de 2001 a 2008.

Ano	Tipos de Violência												Total de casos notificados	
	Violência Física		Violência Sexual		Exploração Sexual		Negligência		Psicológica		Outros			
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
2001	1.347	47,6	119	4,2	111	3,9	1.143	40,4	112	3,9	-	-	2.720	100
2002	1.483	43,5	339	9,9	211	6,2	1.259	36,9	119	3,5	-	-	3.292	100
2003	1.173	45,3	198	7,7	143	5,5	1.000	38,6	75	2,9	-	-	2.514	100
2004	1.223	50,8	250	10,4	86	3,6	789	32,8	59	2,4	-	-	2.348	100
2005	989	36,2	258	9,5	92	3,4	634	23,2	49	1,8	707	25,9	2.680	100
2006	991	26,9	281	7,6	150	4,1	608	16,5	59	1,6	1.597	43,3	3.627	100
2007	854	24,3	272	7,7	159	4,5	596	17	102	2,9	1.531	43,6	3.412	100
2008	897	27,7	435	13,4	130	4	644	19,9	83	2,6	1.050	32,4	3.156	100
Total	8.957	36,7	2.152	8,8	1.082	4,4	6.673	27,4	658	2,7	4.885	20	24.407	100

Fonte: Núcleo Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes do Ceará (2009)

Segundo o Projeto Aquarela (antigo Projeto Sentinela) da Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), no período de fevereiro de 2003 a dezembro de 2008, foram notificados 1.532 casos de violência sexual, sendo 78,8% de abuso sexual, 21% de exploração sexual, 0,3% de abuso e exploração sexual e 0,1% de tráfico de seres humanos (FORTALEZA. Fundação da Criança e da Família Cidadã, 2009).

Consoante estudo realizado por Paulo Sérgio, cerca de seis milhões de crianças e adolescentes sofrem violência grave todos os anos na América Latina, e que cerca de 80 mil morrem anualmente como consequência das agressões cometidas por seus pais. Os meninos são as principais vítimas, em especial, as crianças mais novas, e nenhum país da região proíbe o castigo na família em sua legislação (PINHEIRO, 2007a).

Krug *et al* (2002) referem que as altas taxas de mortalidade em crianças, por violência, chamam a atenção e são desiguais pelos países e por sexo. A taxa de homicídio em crianças de zero a quatro anos (5,2 por 100 mil) é mais do que o dobro das de cinco a 14 anos (2,1 por 100mil). Em países de alta renda, esta taxa de homicídio é de 2,2, na mesma idade por 100 mil meninos, e de 1,8 por 100 mil meninas. Já em países mais pobres, essas taxas são de duas a três vezes maiores (6,1 por 100 mil).

Bonner (2003) expressa que, segundo o Serviço de Proteção à Criança dos Estados Unidos, em 2001, morreram duas mil crianças vítimas de violência, uma média de cinco a seis crianças por dia. Destas, 85% tinham idade inferior a seis anos.

Para o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará e o Movimento República de Emaús (CEDECA; EMAÚS, 2001), quando se trata de mortes provocadas por pais ou responsáveis (chamada de “violência doméstica fatal”), é o tipo de violência que dificilmente é reconhecida, que só pode ser evidenciada com base nos peritos. Sinaliza ainda que, em casos de violência fatal, há fortes indícios de mortes provocadas por ação ou omissão dos pais ou responsáveis. Exprime ainda que um sexto de todas as mortes violentas ou suspeitas pode ocorrer por violência doméstica fatal.

Nesse sentido, qualquer morte suspeita merece uma investigação rigorosa e, se for o caso, a responsabilização dos agressores. Cruz (2001), referindo-se aos dados da pesquisa de 1999, realizada em Belém pelo Cedeca, apontou um número significativo de homicídios não registrados na forma legal, para futuras apurações. Para o autor, a situação mostra uma desorganização e a omissão do aparato de segurança pública do Estado do Pará em relação à apuração e consequente responsabilização dos agressores.

Para Moura e Rosa (2001), existe, nessas situações, o descaso da polícia e da justiça, mostrando desinteresse na apuração dos fatos, ocultando, muitas vezes, casos graves de violência, diagnosticado como simples ou ocasionais, tornando-os banalizados como meros acidentes.

A situação evidencia a necessidade de uma atenção especial a esses casos, já que são seres indefesos que, com grandes probabilidades, vinham sofrendo diversas formas de violência, como a física e a psicológica, por exemplo. Nesse sentido, existe grande possibilidade de que outras crianças dessas famílias estejam também em situação parecida, podendo até mesmo já estar sendo “vitimizadas”, necessitando emergencialmente de um acompanhamento pelos órgãos de apoio e proteção à criança.

Informa o Cedeca que as violências são responsáveis por 3% dos casos de mortes registrados por essa instituição: homicídios, tentativa de homicídio, afogamentos, suicídios, tentativa de suicídios, mortes suspeitas e mortes por fogo. Expressa ainda que 15% das violências atingem crianças entre zero a dois anos, indicando que a morte violenta pode ser encontrada na própria casa da vítima, seja sob o olhar dos pais ou provocada por eles mesmos (CEDECA; EMAÚS, 2001).

O estudo revelou ainda que as quedas e os afogamentos foram as principais causas das mortes suspeitas, correspondendo a 32% e 19%, respectivamente.

Corroborando esses dados, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, por intermédio do Projeto “Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela - VIVA, ressalta que, em 2004, no Município de Fortaleza, em uma amostra de 241 óbitos de crianças e adolescentes, por causas externas, os homicídios representaram 43%, sendo 20% de afogamentos, 11% de suicídios e 8% de quedas. No Ceará e no Município de Fortaleza, no mesmo ano, os suicídios e as quedas apresentaram maior número no sexo feminino (BRASIL, 2004).

No Brasil, as legislações mais atuais, como a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que regulamentam os direitos e garantias das crianças e adolescentes, preveem na Lei, o direito à vida. Com base nos direitos internacionais, preconizam uma vida com justiça social. O artigo 227 da Constituição Cidadã de 1988 e o artigo 4º do ECA definem os direitos da população infanto-juvenil brasileira, bem como os responsáveis por garanti-los:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, p. 7).

A violação desses direitos constitui, pois, violência delituosa, definida no Código Penal, segundo o ECA, em seu artigo 5º:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 1990, p. 8).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, na sua concepção e instituição, teve grande contribuição do setor Saúde, entendendo a ampliação da consciência social em relação aos pré-requisitos do desenvolvimento físico, emocional e também moral na faixa etária protegida por este Estatuto.

Com o ECA, a notificação de violência na infância foi instituída no Brasil, quando todo caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes deverá obrigatoriamente ser notificado aos órgãos de proteção. O reconhecimento da ocorrência de violência contra crianças e adolescentes trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Essa proteção tem início, oficialmente, com a notificação da violência à autoridade competente (BRASIL, 1990).

Embora a notificação seja um instrumento de determinações legais contidas no ECA, a subnotificação da violência contra criança e adolescente ainda é uma realidade em todo o País. Estudos revelam que esse problema também ocorre em outros países, onde a legislação é mais antiga e os sistemas de atendimento mais apropriados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Em relação ao assunto, a Prefeitura Municipal de Fortaleza, por meio da Secretaria Municipal de Educação do Município (SME), em parceria com o Governo

Federal, por intermédio do Programa Escola que Protege e a Universidade Federal do Ceará, vêm investindo na capacitação dos professores da rede municipal quanto ao enfrentamento da violência contra a criança e adolescente nas escolas, encontrando-se em fase de implantação a ficha de notificação nesses estabelecimentos. Foram capacitados, por intermédio do Escola que Protege I, 180 professores, e no Escola que Protege II, mais 300 professores, totalizando 480 docentes municipais - 1ª capacitação coordenada pela Universidade Federal do Ceará e a 2ª por intermédio da Secretaria Municipal de Educação (FORTALEZA, 2007).

A história, os diversos estudos e pesquisas realizados demonstram que a violência contra crianças e adolescentes é praticada de várias maneiras e em todo o mundo. A classificação mais ordinária das formas de violência é: violência física, representada por tapas, socos, empurrões, mordidas, queimaduras e danos à integridade corporal, decorrentes de negligência; violência psicológica, que consiste em toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa; e a violência sexual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Essa violência repercute e está presente nos atendimentos dos serviços de saúde, principalmente na rede hospitalar. A Estratégia Saúde da Família tem papel fundamental, o de detectar precocemente essa situação de violência que vivenciam diariamente essas crianças que são de sua responsabilidade sanitária, onde são acompanhadas com garantia de um maior vínculo com o serviço e com os profissionais, devendo o enfrentamento à violência ser tema amplamente acordado pela humanidade, em especial pelos profissionais de saúde, não devendo, portanto, acomodar-se, aceitá-la como fenômeno inevitável da condição humana, ou banalizá-la.

Com relação ao assunto, Reicheenheim, Dias e Moraes (2006) acentuam que as unidades básicas de saúde podem servir como locais de alerta e sentinela na detecção de eventos violentos que ocorram no âmbito da comunidade, no entanto, uma considerável parte dos casos de violência ainda não é identificada.

O envolvimento da autora da pesquisa com esse fenômeno ocorreu desde que atuava como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Estado do Maranhão, e na coordenação da Saúde da Família, no

Distrito de Mosqueiro, em Belém (PA), onde vivenciou várias situações que caracterizavam violência na infância, seja ela, física, sexual ou negligência.

Em 1994, mesmo após a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente, em muitas cidades brasileiras, ainda não havia sido implantado o Conselho Tutelar. As várias situações vivenciadas eram levadas para acompanhamento da Promotoria de Justiça.

Com relação ao enfrentamento desse fenômeno na cidade de Belém, em razão da existência de poucos conselhos tutelares, que até 2004 contava com somente três colegiados, o atendimento era deficiente. Não obstante as dificuldades apresentadas, foram realizados muitos encaminhamentos e atendimentos, assim como um trabalho de sensibilização e capacitação dos profissionais da Saúde da Família, principalmente no que se refere à notificação e ao acompanhamento.

Atualmente, como assessora técnica da Célula da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, desenvolve ações também voltadas para a prevenção e o atendimento à criança que vive em situação de violência. Atua também na capacitação dos profissionais, implantação da ficha de notificação e de comissão de maus-tratos em todos os centros de Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com tais experiências e das oficinas realizadas desde o ano de 2006, surgiram várias reflexões, inquietações e os seguintes questionamentos: qual a prevalência da violência intrafamiliar contra criança em uma comunidade da periferia de Fortaleza, coberta pela Saúde da Família? Qual a prevalência da violência física entre as mães/responsáveis das crianças pesquisadas? Quais os fatores de risco para a violência física contra crianças na comunidade pesquisada? Quais os tipos de punição física utilizadas pelos pais/responsáveis para educar os filhos?

Com suporte nessas indagações, este estudo pretende obter respostas quanto aos tipos de violência que acometem as crianças, os tipos de violência física utilizados pelos pais/responsáveis para educar os filhos, a prevalência da violência física vivenciadas pela mãe/responsável, os fatores de riscos para violência física contra as crianças e subsidiar os serviços de saúde para detecção precoce de violência intrafamiliar contra criança.

A pesquisa contribuirá também para a formulação de estratégias de prevenção e tratamento para os casos a serem detectados, assim como para a implementação de políticas públicas voltadas para esse grupo, em especial, os que

vivem em áreas de maior risco e vulnerabilidades, conforme mapeamento da Defesa Civil e da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza.

Desta forma, estudar a prevalência e os fatores associados à violência intrafamiliar contra criança em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família tem uma grande relevância por suas graves consequências para o indivíduo e para a sociedade, uma vez que o município de Fortaleza apresenta uma deficiência na detecção precoce em relação à violência contra criança e notificação dos casos, prejudicando o conhecimento epidemiológico da dimensão do risco e vulnerabilidade em que vivem essas crianças e suas famílias.

A magnitude do fenômeno e a insuficiência de estudos relacionados a esse tipo de violência, principalmente neste Município, requerem maior conhecimento e análise dos problemas vivenciados por essas famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família, o que pode contribuir para melhor subsidiar decisões na implementação de políticas públicas do Município.

Esta pesquisa faz parte do "Estudo Mundial de Violência Doméstica" (WORLDSAFE), que visa a examinar a magnitude e a natureza da violência no ambiente familiar em diversas culturas. Participam também deste experimento pesquisadores do Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e dos Estados Unidos. No Brasil, foram realizadas em três municípios (Embu, Fortaleza e Maceió) e em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Ceará (UFC) e as secretarias municipais de Saúde dos respectivos municípios.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Determinar a prevalência e fatores associados à violência intrafamiliar contra criança em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza – Ceará - Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os tipos de violência que acometem as crianças;
- identificar as formas de violência física utilizadas pelos pais/responsáveis, incluindo violência física severa;
- conhecer a violência intrafamiliar conjugal que ocorre com as mães das crianças pesquisadas;
- estimar os fatores de risco para violência física contra as crianças, considerando fatores relacionados à criança, pais/responsáveis e à família; e
- estimar os fatores de risco para violência física conjugal contra mãe/responsável.

3 HIPÓTESE

A hipótese central dessa investigação é a de que 70% da população infantil de uma comunidade de periferia, coberta pela Estratégia Saúde da Família, sofra violência intrafamiliar de vários tipos; que seja utilizada a violência física como forma de educar os filhos; que exista violência conjugal com as mães/responsáveis e associação com os fatores de riscos relacionados à criança, pais e à família.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A violência como problema de Saúde Pública

A magnitude do problema que a violência representa e as possíveis consequências desfavoráveis para a saúde do ser humano fazem com que o combate à violência seja considerado, pela Organização Mundial de Saúde, questão prioritária. Como muitos outros problemas de saúde, a violência também apresenta diferenças de acordo com o sexo e a faixa etária (OMS, 2002).

Para Chauí (2006), as várias culturas e sociedades não definiram nem definem a violência da mesma forma. Ao contrário, dão-lhe conteúdos diferentes, segundo os tempos e lugares. Sendo assim, o que uma sociedade ou cultura julga violenta pode não ser avaliada por outra da mesma forma. A autora refere que a violência é percebida como exercício da força física e do constrangimento psíquico para obrigar alguém a agir de modo contrário à sua natureza e ao seu ser, ou contra a sua própria vontade.

O fenômeno violência vem sendo uma preocupação da humanidade, procurando-se a sua essência, a natureza, origens e meios apropriados, com o objetivo de preveni-la e eliminá-la da convivência social.

Desde a década de 1980, a área de saúde pública desempenha importante e crescente papel para combater esse fenômeno, principalmente em tentar compreender as raízes da violência e a sua prevenção (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Sua inclusão como problema de saúde ocorreu em virtude de as mortes e traumas virem aumentando, conforme vários estudos realizados e, mais recentemente, a necessidade de um maior envolvimento da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, em razão de sua importância no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, fundamentais no combate à violência, em especial na família.

Para Schaiber, D'Oliveira e Couto (2006), a violência é reconhecida, no plano internacional e nacional, como questão social e de saúde pública. É considerada mundialmente como violação de direitos, embora com expressões diferentes nos diversos contextos.

As autoras apontam a relevância do movimento de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. O movimento torna público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para as diversas regiões, envolvendo um grande número de agentes importantes nessa discussão, ampliando, além das desigualdades socioeconômicas, outras iniquidades.

A violência não é um problema específico da saúde, no entanto, ela traz sérias consequências para a saúde. Segundo Agudelo (1990) *apud* Minayo (1994, p. 9), “ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou possibilidade próxima”.

A área da saúde aumenta seus esforços para atender as vítimas de violência; embora muito mais presente na área hospitalar e nos serviços especializados, sendo necessário maior investimento na Atenção Primária, uma vez que nesse nível de atendimento a pessoa, em situação de violência, será atendida no seu território, onde pode ser realizado um maior acompanhamento do problema, não somente da pessoa “vitimizada”, mas também em relação à família e ao agressor, com atuação principalmente no campo da prevenção.

Países como os Estados Unidos e o Canadá, há uma década, estão atuando nesta direção, levados pelo reconhecimento de que, na região das Américas, a violência é hoje a principal causa de mortes prematuras, lesões, traumas e incapacitações, com altos custos financeiros e sociais (OPAS, 2004).

Na perspectiva de Minayo e Souza (1993) e Minayo (1994), as causas da violência estão associadas às extremas desigualdades sociais, que se aprofundaram ainda mais na década de 1980, à existência de um Estado omisso e ineficiente em relação às políticas públicas básicas e à ausência de um projeto nacional capaz de integrar os grupos de risco.

Discordando dessa afirmação, Azevedo e Guerra (1989) e Muza (1994) referem que a violência contra a criança costuma ser equivocadamente associada à pobreza, uma vez que se trata de um fenômeno presente, invariavelmente, em todas as classes sociais.

As autoras referem que, nos segmentos mais pobres, a própria configuração física do ambiente familiar (favelas, cortiços e aglomerados familiares)

facilita a exposição e a denúncia de violência contra a criança, uma vez que as fronteiras entre o público e o privado são bem mais diluídas. Já nas classes sociais mais elevadas, as “fronteiras da intimidade” são muito demarcadas e o acesso às mazelas familiares torna-se restrito, controlado e silenciado.

Vale ressaltar que o segmento mais pobre é a clientela que mais frequenta os serviços públicos, como escolas, unidades de saúde, hospitais, conselho tutelar e outros, onde ocorrem essas notificações. Percebe-se que muitos serviços de saúde do setor privado não conhecem a rede de enfrentamento ou desconhecem as questões legais relacionadas à obrigatoriedade da notificação.

Outros estudiosos do tema, onde se incluem Roberto da Matta (1993) e Gilberto Velho (1987), citados pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente, entendem que é necessário compreender a violência em seus aspectos universais e singulares, sem dissociá-los, porquanto somente esse exercício permite análise das suas formas particulares de expressão, como podem ser descritas as relações opressivas e cruéis entre adultos e crianças (CEDECA; EMAÚS, 2001).

A violência, diante de sua complexidade, exige maior integração de esforços, ações intersetoriais, interdisciplinares e multidisciplinares, com organização da sociedade civil, envolvendo efetivamente as comunidades que militam por direitos, cidadania e atendimento dos serviços de saúde, com atenção integral à criança de forma humanizada, na perspectiva da clínica ampliada, principalmente por meio de um projeto terapêutico singular.

Entende-se clínica ampliada, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), como um de seus dispositivos que tem um compromisso radical com o sujeito doente, verificando sua singularidade, assumindo uma responsabilização com o sujeito, buscando a intersetorialidade e a multidisciplinaridade (BRASIL, 2007).

Percebe-se, portanto, a sua importância, principalmente com relação ao fenômeno violência, uma vez que não necessariamente a busca do serviço de saúde ocorre por esse problema diretamente e sim por consequência dele. O problema oculto é detectado pelo serviço de saúde com outra visão diferenciada dos profissionais, pois muitas vezes a família ou a criança, quando chega aos serviços de saúde, não relata esse problema, embora clamem por socorro.

Para que se possa detectar a situação de violência que a criança possa estar vivenciando, torna-se necessário um acolhimento com uma escuta qualificada, bem como atentar para a subjetividade e a singularidade de cada caso. Dessa

forma, evita-se que seja utilizado somente um atendimento voltado para a queixa, pois a criança é frequentemente levada ao atendimento, agendado ou não, em razão de problemas quanto ao seu desenvolvimento, desnutrição, outros problemas agudos ou crônicos, em que podem ser detectados sinais ou situações de violência, se melhor investigado.

4.2 A Família e a criança: velhos modelos e novos arranjos

Para estudar violência intrafamiliar, torna-se necessário conhecer o papel da família e da criança quanto a sua evolução histórica ao longo dos anos, bem como sua influência na temática.

A família, fenômeno mundial historicamente presente em todos os grupos sociais e com características contraditórias, vivencia uma infinidade de situações críticas e vem tentando se organizar de forma nuclear.

Segundo Ariés (1981), somente a partir do século XV, surgiu o sentimento de família, porém, até o século XVII “a vida era vivida em público”. Na Europa, “a civilização medieval havia esquecido a paidéia dos antigos e ainda ignorava a educação dos modernos”. Este é o fato essencial: a família ainda não tinha idéia da educação. Hoje a sociedade depende e sabe que depende do sucesso de seu sistema educacional.

Para o autor, a família era nuclear, monógama e patriarcal. O pai tudo podia em relação aos filhos e à mulher. Era como se a autoridade e o amor estivessem repartidos por ampla rede de parentes e aldeões, e que as relações entre pais e filhos não se caracterizassem por uma relação íntima, afetuosa ou por uma intensidade emocional.

Com a emergência da família burguesa, o padrão emocional é definido pela autoridade restringida aos pais, com profundo amor parental pelos filhos, utiliza-se de ameaças de retirada de amor a título de punição, em vez de castigos físicos (ARIÉS, 1981).

Bruschini (2000) refere que os autores Young e Willmot relatam a história da família em estádios e descrevem a família inglesa a partir do período pré-industrial. No primeiro estágio, homens, mulheres e crianças trabalhavam juntos, tanto na casa quanto no campo, e a unidade familiar era, antes de tudo, uma unidade de produção.

O segundo estágio é definido pela ruptura advinda da Revolução Industrial do século XIX, e a industrialização da venda da força de trabalho. No início do século XX, correspondendo ao terceiro estágio, a unidade da família é restaurada em torno de sua função como unidade de consumo. Portanto, foi desse momento em diante que a vida se tornou mais privatizada, a família extensa cedeu importância à nuclear e, dentro do casamento, os papéis sexuais se tornaram menos segregadas.

Com o surgimento da infância como categoria social, no século XVII, Ariés (1981), ao descrever as formas de intimidade entre pais e filhos e, principalmente, a supervalorização do amor materno, mostrou como a família “moderna” trouxe consigo um novo conjunto de atitudes em relação às crianças. Para o autor, na família emergente, a análise deve ter preocupação não somente com as dimensões dessa instituição, mas também quanto às questões emocionais das relações familiares, remetendo, nesse sentido, para uma teoria psicológica da família.

Esclarece ainda que, na aristocracia francesa dos séculos XVI e XVII, não havia separação rigorosa entre o público e o privado, pois as famílias viviam nas ruas, nas festas e não se isolavam. Era constituída visando apenas à transmissão da vida, à conservação dos bens, à prática de um ofício, à ajuda mútua e à proteção da honra e da vida em caso de crise.

Para o autor, a família, desde o século XVII, deixou de ser uma unidade econômica e tendeu-se a tornar um lugar de refúgio, de afetividade, apresentando relações amorosas e de sentimentos entre o casal e os filhos, assim como um lugar (bom ou mau) de atenção à infância. A família desenvolveu novas funções: absorveu o indivíduo, recolhendo-o e defendendo-o, porém como grupo; a família separou-se mais nitidamente, do que antes, do espaço público.

A família, assim como a sociedade, constitui-se em uma das agregações sociais em constante mudança. Nesse sentido, é reconhecida hoje como fruto de mudanças na história do homem em sociedade (ARIÉS, 1981).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), Minuchin (1982) e outros estudiosos, a família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos: quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. A dinâmica e a organização das famílias baseiam-se na distribuição de afetos, criando no espaço doméstico um complexo dinamismo de competições. As famílias, não preparadas para compreender essa

complexidade, administrar e tolerar seus próprios conflitos, tendem a se tornar violentas. Nesse sentido, é preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica conforme contextos sociais, culturais e históricos (BRASIL, 2002).

Referem ainda que a família é uma estrutura que pode ser modificada de acordo com os diferentes contextos sociais, culturais e históricos. Atualmente está organizada de diversas formas: famílias tradicionais, monoparentais, com casais do mesmo sexo, entre outras.

Minuchin (1982) ressalta que família é um sistema aberto e em constante transformação pela troca de informações com os sistemas extrafamiliares. As ações de cada um de seus membros são orientadas pelas características intrínsecas do próprio sistema familiar, mas podem mudar diante das necessidades e das preocupações externas. A família é a matriz identitária de seus membros, conferindo-lhes um sentido de pertença e possibilitando a vivência da individuação em um movimento dialético.

A estrutura familiar não é uma ilha isolada do contexto histórico, econômico, cultural e social, mas um dos subsistemas em que estão presentes e se enfrentam os poderes estruturados e estruturantes da sociedade. Autoritarismo, machismo, preconceitos e conflitos em geral se articulam com as condições de vida das famílias e as questões de poder manifestam-se nas relações afetivas e na sexualidade (BRASIL, 2002).

Nesse contexto de poder, deve ser analisada e compreendida a violência de adultos contra crianças e adolescentes. A violência familiar é, conforme já relatado, uma forma de relacionamento ancorada na história e na cultura brasileira.

Na literatura, encontram-se diferentes conceitos de família, uma vez que podem variar conforme a dimensão enfatizada, seja ela histórica, sociológica, antropológica, psicológica etc.

As formas como as diferentes disciplinas percebem a definição de família indicam a multiplicidade das dimensões contidas neste grupo social e mostram o seu entendimento de família.

Segundo a Antropologia, a família é um grupo de procriação e de consumo, lugar privilegiado onde ocorre a divisão sexual do trabalho. Essa ciência contribui para pensar a desnaturalização e desuniversalização da família. Sua contribuição mais importante está na discussão sobre o parentesco e a família, pois, para essa ciência, não são iguais. A família é um grupo social concreto e o parentesco uma abstração, uma estrutura formal com três tipos de relações básicas:

a relação de descendência (entre pais e filhos), a de consangüinidade (entre irmãos) e a de afinidade, ocorrentes pelo casamento (BRUSCHINI, 2000).

Para Engels (1891, p. 58):

O termo família é derivado de fâmulos (escravo doméstico) e foi uma expressão inventada pelos romanos para designar um novo organismo social que surgiu entre tribos latinas a serem introduzidas à agricultura e à escravidão legal. Esse novo organismo caracteriza-se pela presença de um chefe que mantinha sob seu poder a mulher e os filhos e certo número de escravos com poder de vida e morte sobre todos eles, o PATERPOTESTA¹. Desde então o termo família tem designado instituições e agrupamentos sociais bastante diferentes entre si do ponto de vista de suas estruturas e funções. Tais grupos e instituições, ao longo da história, não tiveram necessariamente a reprodução quotidiana ou gerencial como função específica ou exclusiva e, em muitos momentos, desempenharam simultânea e prioritariamente funções políticas e econômicas.

Conforme o autor, a evolução da família nos tempos pré-históricos consistiu em uma redução constante do círculo, em cujo seio prevalecia a comunidade conjugal entre os sexos e que abarcava a tribo inteira. Progressivamente, foram excluídos os parentes próximos, os distantes e até mesmo as pessoas vinculadas por aliança, o que na prática não tinha possibilidade de casamento por grupos. Ficou, portanto, somente o casal unido por vínculos ainda frágeis. A origem da monogamia pouco se relacionou com o amor sexual individual.

Faz notar ainda que a família monogâmica foi uma forma de família que se baseou em condições econômicas e que surgiu sob a forma de escravização de um sexo sobre o outro, como proclamação de um conflito entre os sexos que até então não era conhecido na história.

Conforme analisa Mitchell (1982), historicamente, a família, tal qual é vista atualmente, não existiu sempre e não existe da mesma forma em todos os lugares. No imaginário coletivo, estão as expectativas, em relação à família, ainda impregnadas de idealizações das quais a família nuclear (pai, mãe, filhos) com vínculo biológico é um dos símbolos. O casamento, em sua forma clássica, está cada vez mais ameaçado pela liberação das relações pré e pós-conjugais que se manifestam em todas as classes sociais, sendo, evidentemente, o elo mais fraco da cadeia, a estrutura que apresenta as maiores contradições.

Percebe-se que a atual realidade está muito distante desse modelo nuclear ou conjugal da sociedade ocidental moderna. Existem diferentes formas de organização das famílias, sendo variados os modelos familiares atuais - as famílias

monoparentais, chefiadas na grande maioria por mulheres (mães solteiras, separadas e viúvas); as reconstruídas, que agregam elementos procedentes de uniões anteriores; as uniões estáveis; os casais do mesmo sexo; as famílias tradicionais; as famílias somente com o pai ou só com a mãe, várias famílias morando em um só domicílio. Nesse último caso, é muito comum nas áreas cobertas pela Saúde da Família, onde é considerada uma só família para o SIAB, ou seja, um só cadastro.

Carvalho (2000) reforça a necessidade de se terminar com qualquer estigma sobre as diversas formas familiares existentes na sociedade; evitando a naturalização da família, compreendê-la como grupo social, cujos movimentos de organização – desorganização - reorganização mantêm estreita relação com o contexto sociocultural vigente.

Bruschini (2000), referindo-se a Lévi-Strauss (1980), relata que o estudo da família teve um novo impulso na Antropologia. Para o autor, o átomo do parentesco não pode ser pensado com base na unidade biológica, o que leva a introduzir na análise a dimensão cultural: para se formar, a família precisa de dois grupos que se casam fora do próprio grupo.

Relata que o casamento nas sociedades primitivas se originava dos grupos interessados e não dos indivíduos. A proibição do incesto estabelecia uma mútua dependência entre as famílias, portanto, obrigando-as a construir novas famílias. Nesse sentido, o conjunto de regras relativas ao relacionamento sexual, “o tabu do incesto”, era para que as famílias não se fechassem em unidades autosuficientes ou “famílias biológicas”.

No campo da Psicologia, a família desempenha papel fundamental na teoria de Freud. O princípio básico da Psicologia freudiana é o de que a estrutura da mente humana se forma na infância, o que desempenhou papel revolucionário na comunidade científica (BRUSCHINI, 2000).

A autora revela que Freud exerceu valiosa influência sobre a corrente funcionalista, que dele extraiu alguns dos fundamentos do modelo de família nuclear burguesa e das relações de dominação que ela contém. Mostrou que a mente não é algo previamente dado, mas sim uma estrutura formada no período da infância, mediante longa formação da personalidade e de estabelecimento de vínculos afetivos e emocionais, que ocorre dentro da estrutura familiar. Por meio da teoria

¹ Paterpotesta: poder de chefe de família.

desse autor, encontra-se o ponto de partida para a apreensão da família como uma complexa teia de vínculos e de emoções, expressa simultaneamente pelo o ódio e o amor.

Para a autora, depois de Freud, as relações familiares não podem mais ser analisadas sem levar em conta o nível psicológico das vinculações sociais que passam em seu interior.

Andrade (2002), referindo-se a um artigo de Freud, provavelmente de 1908, ressaltou a constituição do sujeito em seu ambiente familiar. Para esse psicanalista, a grande valorização dos pais, segundo a autora, é que se constituem, para a criança pequena, como autoridade única e fonte de todos os conhecimentos. O desejo mais intenso e mais importante da criança nesses primeiros anos é igualar-se aos pais, isto é, ao progenitor do mesmo sexo.

Segundo Freud *apud* Bruschini (2000), o mundo interno do sujeito era considerado como pré-determinado dentro das relações familiares. Dentro deste núcleo, está formada a subjetividade, sobretudo no que diz respeito à autoridade única dos pais como fonte de todos os conhecimentos. Também são vividas as primeiras impressões de hostilidade fraterna ou de rejeição aos pais ou dos pais, o que constitui os grandes mitos da história da família para o sujeito.

Entender todo o processo que ocorre no meio familiar com suporte na complexidade, torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde, entendendo a sua subjetividade, tanto no plano das formulações ideológicas quanto no de seu papel na organização da vida social.

Para Adorno e Horkheimer (1982), a crise da família assume também o aspecto de um acerto de contas, não apenas em face da grosseira opressão que a mulher e os filhos sofreram por parte do **chefe de família** (grifou-se) até o limiar dos novos tempos, mas também diante da injustiça econômica que nela se praticava, da exploração do trabalho doméstico numa sociedade que, no restante, obedecia às leis do mercado. Não haverá emancipação da família sem emancipação da totalidade social.

Para Bastos e Alcântara (2006), na contramão de seu papel, a família aparece, muitas vezes e em variadas condições sociais, como palco privilegiado de uma experiência de violência.

Percebe-se, portanto, que a família que vivencia situação de violência no seu cotidiano, que “vitimiza” seus filhos e filhas, precisa ser ajudada também por uma política pública que atenda não somente a criança “vitimizada”.

Consoante Bastos e Alcântara (2006), para muitas crianças “vitimizadas”, a medida de proteção aplicada pelos operadores do Direito e pelos profissionais da saúde costuma ser a transferência para orfanatos ou famílias substitutas. Para as autoras, no entanto, mesmo que essa medida possa oferecer proteção contra novos episódios, a experiência do trauma vivido não cessa quando as crianças são afastadas do seu lar.

Diante desse cenário de ausência de proteção a que estavam expostas as crianças brasileiras, foi criado, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela lei complementar federal de nº 8.069, de 13/07/1990, completado seus dezoito anos de criação em 2008.

A Constituição Federal e o ECA dispõem sobre a proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de violência, e determina penalidades, tanto para os que são responsáveis pelo ato como também para aqueles que se omitem.

O Estado cria instituições com intuito de reorientar o curso de sua sociedade, onde, por intermédio da luta de grupos organizados em todo o País, juristas e movimentos sociais brasileiros, na década de 1980, levaram à Assembléia Constituinte de 1988 uma proposta, conseguindo, portanto, inserir nesta Constituição Federal a criança e o adolescente como sujeitos de direito

A ampla participação da população brasileira na Carta de 1988 garantiu que, em seu artigo 227, a família, a criança e o adolescente fossem definidos como prioridade para a formulação de políticas públicas de garantia de direitos sociais. Indicou, também, a necessidade de produção de mecanismos que pudessem garantir a participação da sociedade civil na formulação e gerenciamento das políticas públicas.

Em acordo com muitas das proposituras da Carta Magna de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente consagrou em seu texto final, a relevância da participação da sociedade na definição de ações na área, conforme determinam os seus artigos 88 e 131, que tratam da formação de Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares como instrumentos de defesa desses direitos.

O Conselho Tutelar, criado pelo ECA e leis municipais, é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Apesar de o ECA ter sido aprovado em 1990, os conselhos tutelares que ele previa só foram instalados gradativamente, muitos deles ainda funcionam com muitas deficiências, ou não existem. Verifica-se que uma de suas grandes dificuldades é o próprio processo de seleção, pois infelizmente até hoje se vivenciam essas deficiências, como, por exemplo, pouca divulgação, não-envolvimento e participação da sociedade como o todo, um pequeno número de políticos preocupados realmente com a causa da criança e do adolescente.

Percebe-se que, mesmo com todas as deficiências dos conselhos tutelares, sua demanda é crescente, obrigando-os a dar uma melhor resposta, uma vez que é um órgão de referência, e o desafia a novas conquistas para a construção e efetivação de políticas para infância e adolescência no município.

O Conselho Tutelar tem suas atribuições previstas em lei, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através do seu Art.136:

- I - atender às crianças e aos adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;
- II - atender e aconselhar aos pais ou responsável; aplicando as medidas previstas no art.129, I a VII;
- III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:
 - requisitar serviços públicos nas áreas da saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
 - representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;
- IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;
- V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- VI - providenciar medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;
- VII - expedir notificações;

- VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente, quando necessário;
- IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;
- X - representar, em nome da pessoa e da família, contra violação dos direitos previstos no art.220, &39, inciso II da Constituição Federal;
- XI - representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder (BRASIL, 1990, p . 48).

Reavendo as diferentes formas de se ver a criança no decorrer da história, os marcos legais e a atuação dos poderes públicos e da sociedade, no sentido de protegê-la, podem se contextualizar como uma trajetória que, embora tenha alcançado conquistas significativas, ainda tem limites que precisam ser superados por uma rede de proteção integral e da efetivação de políticas públicas com maior compromisso por parte dos gestores em todos os níveis: federal, distrital, estadual e municipal. Devem estar envolvidos também no enfrentamento desse fenômeno os profissionais de saúde, de educação e toda a sociedade.

O processo histórico permite ainda visualizar como crianças e adolescentes foram, ao longo do tempo, envolvidos em relações de agressões, em diferentes tipos de violência e abusados sexualmente por diversas instituições sociais.

Dialogando com Pinheiro (2006) sobre esse ponto, ela evidencia que ainda há muito a ser feito e que, apesar da mobilização da sociedade, “Nem o poder público elegeu a criança e o adolescente como prioridade, nem a população os vê como sujeitos de direitos”.

A autora cita ainda que a concepção de criança e adolescente, como sujeitos de direito, não deveria ficar apenas nos planos das intenções, mas sim que seja materializada, uma vez que é dever ético encarar este segmento populacional em suas especificidades como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e que merecem respeito.

Diante da afirmação da autora, torna-se necessária maior indignação em relação à falta de prioridade para com a criança e o adolescente no País, em que o

orçamento destinado a esse grupo é mínimo. Pode-se referir, por exemplo, o Estado do Ceará, onde foram aprovados, pela lei orçamentária anual de 2007, recursos no valor insignificante de R\$ 49.700,00, para atender seus 184 municípios. Conforme o Fórum DCA, por ocasião de uma audiência pública na Assembleia Legislativa, em 19/05/08, a execução orçamentária foi zero valor no respectivo ano, significando que não houve quaisquer gastos do reduzido orçamento previsto para o combate à exploração sexual de crianças e adolescentes. Segundo o Unicef (2007), esse Estado encontra-se em nono lugar no Brasil em número de pontos de exploração sexual de criança e adolescente nas rodovias federais.

Segundo o Fórum DCA (2008), no ano de 2007, ocorreu um aumento de 80% no número de denúncias feitas no “Disque 100”, conquista da sociedade civil no trabalho de mobilização e sensibilização das pessoas para o fenômeno; no entanto, percebe-se que a destinação de recursos e efetivação das políticas não vêm garantindo respostas satisfatórias, pois, desde a apuração do crime até a responsabilização, a assistência às famílias e às vítimas, assim como o desenvolvimento de ações preventivas, ainda não estão sendo priorizados.

Ao refletir sobre esta questão, impõe-se fazer algumas indagações: será que os governantes não veem que essa falta de prioridade leva a sociedade a perder o rumo? Será que as crianças e os adolescentes são realmente vistas como prioridade ou apenas está no discurso das autoridades e da sociedade que elas são a maior riqueza de um país?

Estas reflexões levam a pensar sobre o futuro que se está formando para o País, diante de tanta violência, impunidade e deficiências na efetivação das políticas públicas. Os governos dizem que as crianças e os adolescentes estão nas suas prioridades, porém, na realidade, não se percebe desta forma, pois não estão contempladas de forma adequada no orçamento ou, quando estão, é de maneira que jamais garantirá seus direitos.

Nesse sentido, percebe-se ser necessário maior envolvimento da sociedade no que se refere à cobrança do Poder Público em relação a efetivar a legislação. A lei existe e é revolucionária, porém, a impunidade é visível até mesmo para os governantes que não garantem o que foi discutido, pactuado e aprovado por eles mesmos. No cotidiano, é percebida a grande dificuldade de integração e de garantia de políticas públicas eficazes e contínuas, independentemente do governo que se encontra, muitas vezes ainda muito voltadas para a vontade de quem está no governo, sendo violado constantemente o que já é de direito.

A luta deverá continuar sempre, porém, infelizmente, a sociedade ainda não se conscientizou da grande dimensão do problema, principalmente quando se apoiam ou votam em pessoas que muitas vezes já têm uma trajetória de vida contraditória e que contribuem para a violação dos direitos humanos, em especial, os da criança e adolescentes.

Outra questão que deve ser refletida é sobre o modelo machista, a cultura adultocêntrica, dominadora e patriarcal, estabelecida na sociedade brasileira. Esse modelo favorece as práticas da violência e também da exploração, onde as relações de poder se articulam pela dominação cultural, política e econômica dos que detêm o poder, promovendo de forma perversa a violação dos direitos humanos com a negação como sujeito de direitos, conforme expresso no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Essa afirmação é fundamentada por Pinheiro (2006), quando refere que a caracterização da vida social no Brasil como adultocêntrica vem desde o período colonial, quando o centro do mundo familiar é um adulto, o senhor. Relata que, para as crianças, parece está reservada a subordinação e, para o pai, o chefe da família.

O Estatuto, portanto, expressa uma mudança de paradigma, que implica a própria concepção de cidadania preconizada na Constituição de 1988. Assim como o Estatuto que, no espaço social contextualiza as ordenações da sociedade nestes quase dezenove anos de vigência, a Constituição passa por processo semelhante, alvo de pressões e de constantes reformas, embora muitas das suas disposições iniciais já tenham sido reformuladas.

A proposição do novo paradigma, postulado pelo ECA, regula-se, principalmente, pelas formulações contextuais de: mudanças da sociedade que se fundamenta na assunção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, que deverão participar dos processos como protagonistas, embora, no cotidiano, ainda seja muito deficiente essa prática.

4.3 Violência contra criança: um pouco da história mundial

A violência contra crianças, por longos períodos da história, foi uma prática habitual justificada e aceita pelas diversas sociedades, conforme a literatura. O processo histórico permite visualizar como as crianças foram, ao longo do tempo,

envolvidas em atos como o infanticídio, a escravidão, o abandono em instituições, a exploração do trabalho infantil e a mutilação de membros, que podem causar compaixão e facilitar a mendicância (ASSIS; DESLANDES, 2006).

Para tentar entender a violência intrafamiliar contra a criança, torna-se necessário conhecer a trajetória da infância no mundo e seus avanços, no Brasil, a partir do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) de 1990.

Santoro (2002) relata sobre a vida de crianças das civilizações grego-romana e hebréia, com presença de violência. Para a criança hebraica, a disciplina era primordial. Uma lei do século XIII a.C instruía os pais sobre como castigar os filhos desobedientes e rebeldes e, quando estes tinham dificuldade na realização desta tarefa, era solicitado um conselho para lidar com o filho considerado problema, punindo-o e apedrejando-o até a morte.

A severidade e a disciplina eram também indispensáveis no lidar com a criança no Império greco-romano. O homicídio infantil era prática habitual, em que o pai decidia se aceitava ou não o recém-nascido que, ao ser rejeitado ou abandonado, dificilmente alguém o assumia e acabava morrendo (ARIÉS, 1992).

Segundo o autor, ainda no Império greco-romano, condenar à morte crianças portadoras de deficiências ou malformações era muito comum, uma vez que acreditavam que não seriam úteis, estando assim justificada a sua eliminação. Além disso, a miséria era uma das principais causas da morte de crianças, estimulando o crime por falta de alimento.

Assim, encontram-se famílias que fundamentalmente “encenam” as diferentes tramas familiares narradas pela mitologia. Pais que, tal qual Cronos, “devoram” seus filhos ao nascer. Mães que, assim como Rheia, num pacto silencioso e perverso com seus maridos, permitem que seus filhos sejam devorados, ou seja, impedidos de crescer e de se individualizar. Filhos que, tal como Édipo, assassinam os pais e se “casam” com suas mães. Irmãos que, assim como Caim e Abel, entraram-se, sem saída, numa rivalidade mortífera (ADAMO, 1999).

Lopes (2000) refere que o relato de Herodes, rei dos judeus, também ilustra a prática generalizada da violência contra crianças. Avisado de que Jesus se tornaria rei dos Judeus, Herodes decidiu matá-lo. Como não sabia onde encontrá-lo, decretou a morte de todos os meninos de menos de dois anos de idade em Belém, levando José e Maria a fugirem com Jesus para o Egito.

Na antiga Cartago, eram frequentes os sacrifícios de crianças aos deuses. Segundo evidências arqueológicas, estas crianças eram queimadas,

imobilizadas antes de serem submetidas a esse procedimento, sendo utilizadas para isso drogas ou mordças. Pesquisando as urnas funerárias com os restos carbonizados destas crianças em Túnis, o arqueólogo estadunidense Lawrence E. Stager, da Universidade de Chicago, levantou a possibilidade de estes sacrifícios terem ocorridos não somente por motivos religiosos, mas também por motivos econômicos (GUERRA, 1984).

Segundo ainda Guerra (1984), em um dado momento, Cartago enfrentou um grande aumento de sua população e as classes proprietárias de terras e de comércio começaram a sacrificar suas crianças, reduzindo assim o número de herdeiros, sendo que as grandes propriedades não se subdividiam tanto, passando de geração a geração.

Outro exemplo de violência praticada contra criança, citado pela autora, foi a brutal exploração do trabalho infantil; ocorrendo com grande intensidade em fins do século XIX, na Inglaterra, onde foram encontradas crianças com apenas quatro anos de idade trabalhando em fábricas e, desde os oito anos, nas minas de carvão, durante 16 horas por dia (GUERRA, 1984).

Segundo Guerra (1984, p. 24), “ainda nesse mesmo período, além da exploração do trabalho infantil, foram registrados grandes números de mortes violentas de criança”. A autora cita Engels, em 1845, que escrevia sobre este último fenômeno:

As mortes por queimaduras graves com água a ferver são especialmente freqüentes, quase uma por semana em Manchester, durante os meses de inverno. Em Londres passa-se o mesmo, mas os jornais não noticiam e em meu poder só tenho neste momento uma informação surgida no **Weekly Dispatch** de 15-12-1844, segundo a qual se verificaram seis casos deste tipo na semana de um a sete de dezembro. Essas pobres crianças que perderam a vida de forma tão horrível são verdadeiramente as vítimas de nossa desordem social. (ENGELS, 1845 *apud* GUERRA, 1984, p. 24).

Para Assis (1999), entre os séculos I e V d.C., a igreja cristã começou a ter uma grande influência sobre os costumes e comportamento das famílias. Nesta época, teve início o reconhecimento do potencial de desenvolvimento das crianças, que passaram a fazer parte da vida familiar. A igreja ressaltou ainda a importância da mãe na criação dos filhos, desestimulando a prática de graves castigos físicos.

Os primeiros relatos sobre criança brasileira datam do século XVI, com a chegada dos Jesuítas ao Brasil. Os índios protegiam seus filhos e não utilizavam castigos físicos como maneira de discipliná-los. Os Jesuítas introduziram os castigos

físicos e ameaças no Brasil Colonial em 1549, sendo atribuída ao padre Luis da Grã (em 1553) a frase: “sem castigo não se fará vida” (GUERRA, 2001, p. 77).

A autora, reportando-se a Freyre (1987), em sua obra *Casa Grande e Senzala*, relata que desde cedo os filhos se acostumavam à imposição da violência física extremamente brutal. Eram utilizados espancamentos com palmatórias, varas de marmelo (com alfinetes de pontas), cipós de goiabeira e outros, tendo como finalidade ensinar as crianças que a obediência aos pais era a única forma de escapar da punição.

Para atender a internação de crianças ilegítimas, foi implantada a “roda”, em que muitos eram filhos de senhores e escravas, filhos de mães solteiras, viúvas ou de extrema pobreza, que eram chamados de “expostos”.

A primeira “roda” foi implantada na Bahia em 1726, e a sua extinção ocorreu nos anos 1950 do século XX. A “roda” era um cilindro oco de madeira que girava em torno do próprio eixo e tinha uma abertura onde eram colocadas as crianças. A mãe que desejava abandonar o filho batia na madeira e girava, avisando ao porteiro da Santa Casa que, do lado de dentro, recolhia o abandonado (RIZZINI, 1993).

A autora refere que, na Casa dos Expostos, havia grande mortalidade; em torno de 90% das crianças morriam por omissão ou falta de condições da própria Santa Casa ou por desinteresse da Corte. Para Rizzini, as crianças enjeitadas e entregues na “roda” poderiam permanecer na instituição somente por um ano e meio. Após esse período, eram entregues às amas-de-leite alugadas ou a famílias que recebiam um pagamento, um valor muito pequeno e utilizavam as crianças para o trabalho doméstico.

Em 1824 foi implantada, na cidade de São Paulo, a “roda” da Santa Casa. Idealizada em Portugal, tinha como objetivo esconder a origem ilegítima da criança e salvar a honra das famílias, para evitar que as crianças fossem devoradas pelos cães, ratos ou porcos, quando abandonadas nas portas das casas (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Para Leme (2002), as estatísticas indicavam que, entre 1903 e 1932, a mortalidade dessas crianças encontrava-se entre 16,7 a 33,1 por mil nascidos.

Na reflexão de Ferriani, Candido e Vieira (2002), a “roda” de expostos foi uma das instituições brasileiras que cumpriu importante papel para a sociedade e, quase por um século e meio, foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil.

Pinheiro (2006), referindo-se ao assunto, relata que, mesmo com o desaparecimento da Casa dos Expostos, em sua versão original, no momento atual, ainda é possível identificar o ato fundante dessa forma de proteção que destaca tanto os orfanatos nos quais as crianças ficam disponíveis para a adoção, assim como a prática de deixar a criança na porta de residências, no geral, crianças com poucos dias de nascimento, para que fossem adotadas.

Para a autora, a criança disponibilizada para adoção também está sendo abandonada, independentemente da razão de quem está abandonando. Para ela, a porta do domicílio está substituindo a “roda” da Casa dos Expostos, pois quem entrega a criança do lado de fora da casa não é identificado por quem está dentro da residência.

Infelizmente muitas das crianças brasileiras ainda vivem em situação de violência, envolvendo a exploração do trabalho infantil, conforme ocorrido no fim do século XIX, na Inglaterra, embora tenha havido uma redução nos últimos anos. O Estado do Ceará ocupa a quinta posição brasileira no *ranking* do trabalho infantil, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2005, onde mostra um agravante com relação a 2004: o crescimento do registro de exploração do trabalho infantil.

Em 1902, o Congresso Nacional discutia a implantação de uma política chamada de “assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes”. A criação do Juizado de Menores foi em 1923 e o Conselho de Assistência e Proteção aos Menores e ao Abrigo de Menores foi em 1924. Em 1927, toda a legislação de assistência e proteção ao menor foi consolidada no primeiro Código de Menores (FALEIROS; FALEIROS, 2006).

Para os autores, com a industrialização, a mão-de-obra escrava foi sendo substituída, a partir de 1860 e de forma mais acentuada no final do século, pela exploração aos imigrantes. Muitas crianças precisavam trabalhar para complementar a renda familiar em virtude do baixo salário dos pais. Para os patrões, estando as crianças trabalhando, evitar-se-ia que ficassem na rua, não se considerando, portanto, exploração. Sendo assim, foram contra o primeiro Código dos Menores, que autorizava o trabalho a partir dos 12 anos, se o menino estivesse frequentando o ensino primário, ou, se não, desde os 14 anos.

Informa os autores que, um novo Código de Menores foi criado em 1979, em que a situação de risco e vulnerabilidade era vista como “doutrina da situação irregular”, o que significava patologia social, ou seja, uma doença, um estado de enfermidade e, também, por estar fora das normas. Nesse código, os direitos da criança só eram protegidos se ela estivesse em situação de risco ou de “doença social”, ou seja, até então, não era considerada sujeito de direitos. O Código não dispensava tratamento diferenciado para menor vítima de violência pela família.

Em termos de violência intrafamiliar, o Código de 1927 tratou desta questão de modo mais contundente. No Código de 1979, a questão se desfez, aparecendo diluída sob a forma de culpa das famílias, mas não como uma demanda própria a ser considerada em sua especificidade.

As políticas sociais efetivadas tinham características compensatórias, assistenciais e centralizadoras, e as práticas de proteção social estruturavam-se por meio da Funabem, Febem, Justiça de Menores, Segurança Pública e programas municipais e comunitários.

O Código de Menores de 1979 consagrou a Política Nacional de Bem-Estar do Menor. Este se tornou alvo de medidas judiciais: caso se encontrasse em “situação irregular” ou envolvido em casos previstos em lei, aplicar-se-iam medidas preventivas e terapêuticas. A doutrina da “situação irregular” tinha o caráter semelhante ao da etapa tutelar, com característica assistencialista e com atribuição do poder arbitrário ao juiz de menores de decidir, em nome da criança, o que seria melhor para ela. Desde modo, a criança e o adolescente tinham a representação de objetos de intervenção jurídica. Este Código vigorou no período de 1979 até 1990, quando foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Diversos movimentos da sociedade civil começaram a elaborar uma série de propostas alternativas, referentes à questão da infância e adolescência, como também a fazer severas críticas que demonstravam que as práticas desenvolvidas em torno do atendimento infância e juventude das camadas mais pobres da população estavam voltadas para a reclusão, isolamento e repressão.

O Brasil começou a construir uma nova história após uma longa ditadura do País, desde esse movimento. A sociedade civil lutava por melhores condições de vida para todas as crianças e adolescentes, desencadeados por pessoas conectadas a trabalhos direcionados ao atendimento desse público-alvo, como o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua – MNMMR, a Pastoral do

Menor, o Unicef, a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, os Movimentos Eclesiais de Base, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, diversas outras e Igrejas e universidades, dentre tantas entidades representativas.

O MNMMR teve uma das expressões mais significativas dessas lutas. Essa terminologia surgiu no contexto da Funabem e passou a ser utilizada principalmente pelas ONGs, que estavam, de algum modo, envolvidas com estes segmentos sociais e questionavam o termo “menor”. Esse movimento ganhou importância e repercussão mediante a extensa participação desses meninos e meninas e também pela articulação com organismos nacionais e internacionais, grupos comunitários, setores da Igreja Católica, universidades, ONGs, entre outros.

Neste contexto, surgiu o Fórum DCA – Fórum Nacional Permanente de Defesa da Criança e do Adolescente –, em 1988, compreendendo, na época, dez entidades não governamentais.

Nesta época, os movimentos sociais estavam muito fortalecidos e unidos, um momento ímpar no contexto sociopolítico brasileiro. Toda essa efervescência de mobilização social e de luta resultou na Constituição de 1988, uma constituição democrática e cidadã, elaborada com a contribuição dos movimentos sociais.

Assim, no mesmo ano da promulgação da Constituição, criou-se um grupo para a redação do ECA, composto de representantes do Fórum DCA, juristas (juízes, promotores, advogados), consultores do Unicef e outros especialistas.

A questão da violência intra e extrafamiliar contra a criança e o adolescente começou a ser tratada sob uma abordagem específica, que recebeu, no Estatuto, um tratamento direcionado a esta demanda. O artigo 5º estabelece que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos direitos fundamentais.” (ECA, 1990).

Com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, toda a estruturação institucional concernente à infância e adolescência tende a ser alterada. A concepção era de mudança do quadro referente às práticas e às políticas sociais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente trouxe a inovação de não só estabelecer em termos da lei a ocorrência da violência intrafamiliar, mas também propor as ações concretas para o atendimento em casos confirmados desta modalidade de violência. No art. 87º, inciso III, o Estatuto determina “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de

negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão”, além de criar o Conselho Tutelar, órgão responsável por zelar pelos direitos da criança e do adolescente em cada município, constituído de pessoas representativas da própria região.

4.4 Violência intrafamiliar contra a criança

A violência intrafamiliar está definida como aquela que “ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa” e inclui, além da violência entre os parceiros íntimos, os abusos contra crianças, adolescentes e idosos (OMS, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde a violência intrafamiliar corresponde a toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade, assim como o desenvolvimento da criança e do adolescente. Esse tipo de violência é cometido dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade e relação de poder à outra (BRASIL, 2002).

Verifica-se, portanto, que esse tipo de violência não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se foram e se efetuam.

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um problema global que ocorre de formas diversas e está relacionada a práticas culturais, econômicas e sociais. Diferentes culturas têm normas próprias, quando se reportam ao poder atribuído aos pais ou responsáveis sobre os filhos, incluindo os limites aceitáveis para punições ou castigos como forma de educação (CEARÁ, 2004).

A conceituação desse tipo de violência é muito complexa, principalmente para a sociedade brasileira, no qual os castigos são relativamente comuns, utilizando-os como uma forma de educar, tornando-se, portanto, difícil definir realmente o que pode ser considerado educativo ou violência.

A violência contra a criança, apesar de ocorrer na esfera das relações privadas, insere-se no âmbito de outras relações vinculadas às crianças, sendo a saúde e a escola essenciais a essa relação, tornando fundamental também se trabalhar esse fenômeno em rede, com articulação de todos os sujeitos implicados na proteção e assistência à criança e ao adolescente, iniciando no seu próprio território. Para Almeida, Santos e Rossi (2006), o emprego da expressão violência intrafamiliar visa a descortinar o rompimento do paradigma de que a violência possui um caráter privado e íntimo.

Para Pires e Miyazaki (2005), a violência intrafamiliar contra criança ou adolescente é o tipo de violência mais frequente que ocorre, na maioria das vezes,

dentro dos lares ou no convívio familiar. Costuma prolongar-se por muito tempo, uma vez que a família, considerada o agente protetor da criança, tende a acobertar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos e/ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador.

Corroborando a autora, Saffioti (1989) refere que o silêncio dos integrantes da família envolve questões de dominação do mais forte sob algum aspecto, evidenciando-se o patriarcado, que legitima a assimetria das relações de gênero, a submissão da mulher ao homem e o poder adultocêntrico com a submissão da criança ao adulto.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), outro motivo muito presente e forte é quanto à necessidade de agüentar essa situação de violência, em razão da dependência financeira, interferindo em outro tipo de ação.

A maior parte desta violência é tolerada em silêncio, é legitimada por leis e costumes, sendo muito justificada na sociedade como “tradição” cultural (BRASIL, 2002).

A violência intrafamiliar distingue-se da doméstica, porquanto esta envolve outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, como empregadas domésticas e agregados (BRASIL, 2002, p. 15).

A dicção violência doméstica, no Brasil, é utilizada comumente para referir-se à agressão física ocorrida em qualquer relação de parentesco.

Para Azevedo e Guerra (1994, p. 10):

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno que se alimenta do silêncio cúmplice: em primeiro lugar da vítima, cuja palavra é confiscada pelo agressor, seja através de ameaças, seja através de sedução; em segundo lugar, dos demais familiares não agressores que costumam não querer enxergar, tentando ignorar o escândalo na estrutura familiar; em terceiro lugar, dos profissionais que - em vez de atuarem como defensores da vítima - acabam encastelando-se numa atitude defensiva: em nome de um pretensio sigilo profissional acabam minimizando ou negando o abuso, agravando a dinâmica traumatogênica do mesmo para a criança ou adolescente [...] por isso mesmo a violência doméstica contra crianças e adolescentes é considerado um CRIME PERFEITO.

Em um debate sobre violência, Gomes (1994) cita o fato de muitos a situarem no campo da criminalidade, empregando até mesmo a expressão “violência” como sinônimo de agressão. Apesar de relacioná-la com a pobreza e a miséria das camadas sociais desfavorecidas economicamente, para o autor, existem várias formas de violência, estando entre elas aquela praticada nos próprios lares, onde se supõe que crianças e adolescentes deveriam estar seguros e protegidos.

O tema violência física contra crianças e adolescentes é destacado pela aceitação e naturalização que ainda possui na sociedade como um todo, apesar do repúdio moral e intelectual desse tipo de violência como método educativo (ASSIS, 2006). Utilizar a violência física como norma educativa durante o crescimento e desenvolvimento infantil, na mentalidade das pessoas de um modo geral, é algo totalmente dissociado do uso de violência física na vida em sociedade.

Para avaliar a intensidade da violência contra criança, a maioria dos autores considera dois importantes critérios, que são: a severidade dos ferimentos e a frequência das ocorrências, tornando-se necessário que o profissional de saúde, durante seu atendimento, atente para esse problema, uma vez que a criança pode estar em situação de risco e não ser detectada pelo serviço de saúde, quando não apresenta um caso mais grave, já que esses visivelmente são reconhecidos.

Estas crianças podem apresentar pequenas evidências de violência física, emocional ou nutricional que, associadas aos achados clínicos, os profissionais podem perceber que existe algo diferente e, assim, realizar maior avaliação com direcionamento voltado para a situação de risco de violência que essa criança possa estar passando (BRASIL, 2002).

A criança, na maioria das vezes, não é escutada ou pouco se dá crédito ao que relata, porém, sua participação é fundamental, já que ela poderá, quando possível e permitido, relatar o que está acontecendo ou expressar-se por atitudes.

Camargo *et al* (2002), estudando lesões por queimaduras em associação com possíveis atos de violência, encontraram um percentual de 11,5% de violência física, 48% de negligência, seguidos de 40,4% de acidentes. Alertam que os profissionais de saúde deverão ser treinados, visando à identificação de lesões que denunciam atos violentos.

As crianças que vivem em situação de risco para a violência, detectadas pelos profissionais de saúde, deverão ter um acompanhamento redobrado, inclusive com discussão do caso em equipe, realização de projeto terapêutico singular, envolvimento e participação de toda a equipe e demais instituições de proteção à criança existente no território, assim como acompanhamento domiciliar mais sistemático.

4.5 Magnitude da violência contra a criança

A violência é um fenômeno mundial que atinge principalmente a criança e o adolescente e se apresenta de várias formas. Desse modo, deve-se pensá-la como multidimensional em suas causas e que está relacionada à forma como vive a sociedade. A criança pequena adquire sua experiência emocional também no meio em que vive. Pela atividade lúdica, é capaz de manifestar sua visão interna do mundo e desenvolvê-la (SOUZA; MELLO JORGE, 2006).

Nos Estados Unidos, em 1874, iniciou-se a preocupação com a violência contra criança, com o caso de Mary Ellen Wilson, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na Guerra Civil, ficou sob os cuidados da madrasta e do marido, que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam. Como não havia, na época, nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade Contra Animais, com base no pressuposto de que, como criança, fazia parte do reino animal (BARRY, 1999 *apud* PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Nesse país, a legislação se fundamentou na doutrina do *parens patriae*, pela qual o Estado assume a autoridade dos pais nos casos em que eles se revelarem não aptos em termos do cuidado e do bem-estar de seus filhos. Estas leis foram formuladas no final do século XVIII, mas os movimentos organizados com o objetivo de dar proteção à criança só se desenvolveram no final do século XIX (GUERRA, 1984).

Ainda nos Estados Unidos, em 1946, Caffey publicou observações de seis crianças com hematoma subdural e alterações radiológicas de ossos longos, dois tipos de lesões sem relação clínica ou patológica. Silverman, um médico radiologista, realizou em 1953 um estudo retrospectivo de crianças com quadros clínicos semelhantes aos citados por Caffey e concluiu que as lesões eram causadas por traumatismos provocados (DIRANI, 1989).

O primeiro artigo médico focalizando o problema de violência contra a criança foi publicado, em 1860, por Ambroise Tardier, que relatou 32 casos de crianças menores de cinco anos vítimas de mortes violentas, chamando a atenção para a provável agressão por parte dos pais. Foram descritas lesões cutâneas, ósseas e cerebrais, que mostravam incompatibilidade e discrepância com a história relatada pelos pais (PIRES; MIYAZAKI, 2005). Ele foi o primeiro profissional da área da saúde a fazer referência à violência infantil, que, após cem anos, seriam batizados por Henry Kempe e F. Silverman como “Síndrome da Criança Espancada”.

No Brasil (no período de 1990 a 2000), ocorreram 211.918 mortes de crianças e adolescentes por acidentes e violências (causas externas), sendo 59.203 crianças de zero a nove anos de idade; 33.512 púberes de dez a 14 anos e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos. Esses números são impressionantes, principalmente quando comparados aos 146.824 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, ocorridos na mesma idade e no mesmo período (SOUZA; MELLO JORGE, 2006).

No País, sobretudo nas duas últimas décadas, não se pode falar de crianças e adolescentes sem que o tema da violência venha à tona, uma vez que esses dois grupos são os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violação de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional.

Estudo realizado nos Estados Unidos revelou que anualmente é estimada a existência de três milhões ou mais de crianças expostas a atos de violência doméstica em seu domicílio. Estas crianças estão em risco e principalmente quando foram expostas aos episódios repetidos da violência doméstica (KOLAR; DAVEY, 2007).

Para esses autores, as manifestações comportamentais múltiplas incluem a ansiedade, depressão e desordem pós-traumática do *stress*, e podem ser associadas com a exposição da violência. Dessa forma, as crianças em situação de riscos devem ter uma avaliação mais completa dos serviços de saúde.

O acompanhamento permanente das crianças em situação de risco pela saúde torna-se de fundamental importância, principalmente pelas equipes da Saúde da Família. Nesse sentido, é necessário um diálogo de toda a Rede de Proteção com os CSF, desde a referência e contrarreferência dessa criança e de sua família ao Centro de Saúde mais próximo do domicílio. Esse procedimento proporciona um maior acompanhamento e monitoramento, uma vez que, após alta hospitalar ou atendimento especializado, deverá ser dada continuidade a esse atendimento.

Em 16 de maio de 2001, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência. Esta última definiu as estratégias e políticas para as quatro instâncias governamentais (federal, distrital, estadual e municipal) e a Portaria de nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, que estabeleceu a ficha de notificação obrigatória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS (BRASIL, 2001).

Segundo Huertas (1997), uma pesquisa realizada em 1992, em trinta países, mostrou que apenas a metade das nações desenvolvidas e um terço dos países em desenvolvimento dispunham de registros centralizados; informando que em países como Estados Unidos, França e Alemanha, a coleta de dados é fragmentada e com escassa comparabilidade.

Para o Laboratório de Estudos de Criança (Lacri), no plano internacional, o Brasil integra o contingente de países com grandes deficiências em estatísticas oficiais sobre casos notificados de violência doméstica contra crianças e adolescentes, assim como não realizam estudos sistemáticos sobre a incidência e prevalência do fenômeno. Essa escassez de dados empíricos pode explicar a veiculação em publicações internacionais de informações questionáveis, como a que considera ser a violência doméstica sexual a mais notificada no País (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2008).

As informações em relação às notificações são muito fragmentadas, não representando a realidade do País, Distrito Federal, estado ou município, mas apenas dados parciais das instituições que atuam nessa área, prejudicando, inclusive, levantamentos estatísticos no plano nacional.

Ainda existe uma grande dificuldade no registro, notificação e compilação das agressões, prejudicando o conhecimento real da problemática do fenômeno violência no mundo, o que é confirmado pelos estudos apresentados.

Para o Cedeca e Emaús, estima-se que uma grande parte da violência contra a criança e adolescente nunca é denunciada, e que, para conhecer a relação entre a violência registrada e a real, torna-se necessária a realização de pesquisas de prevalência nessa área, investigando com grupos representativos a violência sofrida durante um determinado período (CEDECA; EMAÚS, 2001).

Verifica-se que a violência é estudada e investigada por meio da mortalidade, sendo muito precários ou quase inexistentes os sistemas sobre morbidade, em especial e de forma inicial, com relação à criança e à mulher. Tornam-se necessários, portanto, estudos maiores nessa área, uma vez que o número de ocorrências não representa a realidade da violência sofrida por crianças e adolescentes, em virtude da não-implementação e funcionamento do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sípia), da não-inclusão desse fenômeno no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Pesquisa realizada junto às equipes da ESF de Fortaleza revelou que os enfermeiros são os que apresentam maior conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (64,4%), acerca da ficha de notificação (60,5%). Referiu ainda que em sua maioria, os profissionais da SF estão habilitados a lidar adequadamente com situações de violência, exceto os cirurgiões-dentistas que, em sua maioria, não conhecem o ECA nem a ficha de notificação (LUNA, 2007).

A deficiência de informações no Brasil revela que há uma luta de poucos profissionais da área de saúde em termos de “conseguir” os dados com objetivo de provar que o fenômeno é real e muito grave. Torna-se necessário que se tenha um diagnóstico preciso sobre a real situação da violência contra a criança no Município. Portanto, devem-se notificar todos os casos de violência doméstica como um compromisso e corresponsabilização da área da saúde, em especial da Saúde da Família, como forma de contribuir para a transformação da realidade perversa e cruel.

Apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm dificuldade em adotá-las como conduta-padrão, presente o fato da ameaça do agressor aos profissionais representar um grande entrave para a realização de denúncias.

Estudo realizado com pediatras, em Porto Alegre, sobre o conhecimento de casos de violência contra a criança e sua notificação, revelou que os profissionais têm medo de envolver-se legalmente e que apresentaram nível suficiente de conhecimento, no entanto, alegaram baixo grau de confiança nos órgãos de proteção à criança (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Essa dificuldade de notificação também é relatada pelos profissionais dos CSF de Fortaleza, que percebem a identificação da violência como carregada de muitas incertezas, pois, além da dificuldade inicial de se reconhecer os casos, os profissionais não têm a certeza quanto à notificação. Indagam se não representa uma quebra do sigilo profissional, uma vez que se torna obrigatória a notificação aos órgãos competentes, tanto do caso confirmado, como do suspeito. Além disso, desconhecem ainda o fluxo de atendimento e de encaminhamento. Nas redes de proteção existente no Município, estão presentes o medo dos agressores e a descrença na retaguarda, principalmente em relação aos conselhos tutelares.

Segundo Oliveira (1995), a previsão legal de violência contra criança e adolescente constitui justa causa para quebra do sigilo médico, conforme o artigo 154 do Código Penal: “revelar a alguém sem justa causa, segredo, de que tem

ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem”.

O Código de Ética Médica, Artigo 103, refere:

Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2000).

Quanto ao Código de Ética dos Psicólogos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1987), embora recomende a privacidade e assegure o sigilo (Art. 3), prevê que o sigilo seja colocado a serviço do menor impúbere ou interdito, permitindo sua quebra quando se tratar de situações que impliquem consequências graves para o próprio atendido ou ainda para terceiros (Art. 26 e 27).

Revedo o Código de Ética da Enfermagem, é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000).

Quanto à descrença da retaguarda citada pelos profissionais da ESF como um dos motivos da não-notificação, constata-se essa mesma queixa pelos conselhos tutelares na pesquisa realizada, em 2007, pela Associação Batista Beneficente e Missionária (ABBEM) sobre os conselhos tutelares de Fortaleza. O nível de dificuldade de atuação dos conselhos foi considerado alto pela maioria dos conselheiros, em relação às questões: uso de drogas em adolescentes (89,7%), inclusão em programas e serviços comunitários ou oficiais (79,3%), pobreza, fome e miséria (82,8%) e integração com os demais serviços da Rede, referindo também à falta de retaguardas - 65,5% (ABBEM, 2007).

No Município de Fortaleza, em razão da necessidade de maior sensibilização junto aos profissionais e gestores dos CSF, no que se refere à importância da notificação, tanto na proteção da criança como na implementação de políticas públicas voltadas para esse problema, a Célula da Atenção Básica (CAB) vem discutindo, por meio das rodas de conversa, oficinas e encontros com esses agentes e atrizes sobre a corresponsabilização e compromisso da saúde na atuação desse problema.

Essas oficinas integraram, em alguns momentos, as várias instituições, principalmente a escola, com o objetivo de maior desenvolvimento de ações preventivas, maior articulação entre as redes, conhecimento de seu papel,

otimização de recursos e elaboração de um plano integrado e coletivo de intervenção para os casos específicos.

Szymanski (2001) *apud* Almeida, Santos e Rossi (2006), acentua que, depois da família, a escola é o lugar onde se decodificam linguagens (marcas no corpo, comportamentos agressivos e outros) e que, além disso, como instituição, quer pública ou privada, é responsável pela prática concreta de seus agentes, na qual implica uma rede de interações complexas de professor com aluno, envolvendo várias dimensões, inclusive a da violência intrafamiliar.

Diante da afirmação do autor, torna-se necessário um investimento em capacitações também dos professores. Embora já iniciada por meio do “Escola que Protege”, porém, ainda é necessária maior implementação e melhor acompanhamento desse processo, principalmente para o conhecimento, fortalecimento e integração da rede de proteção existente no Município, assim como da obrigatoriedade da notificação da suspeita ou da confirmação de casos de violência contra criança e adolescente, conforme prevê o artigo 13 do ECA e a Lei Estadual nº 13.230/02 (CEARÁ, 2002).

Essa Lei foi instituída no Ceará, com o objetivo da criação de comissões de maus-tratos nas escolas da rede pública e privada do Estado, e a Lei nº 12.242/93, para implantação obrigatória das comissões de atendimento e prevenção aos maus-tratos nos hospitais com serviços de urgência que atendem crianças e adolescentes, justificando, dessa forma, a magnitude do problema (CEARÁ, 2003).

Para o Ministério da Saúde, por meio do guia de notificação de maus-tratos contra criança e adolescente, a ameaça do agressor aos profissionais é um argumento invocado, com certa frequência, para justificar a não-notificação dos casos de violência (BRASIL, 2002).

Segundo Pascolat *et al* (2001), a subnotificação da violência ainda é uma realidade no Brasil: estima-se que, para cada caso notificado, deixam de ser identificados de dez a 20.

A identificação de casos de violência nos serviços de saúde ainda é muito incipiente. Para Ramalho (2003), não existe no Brasil o estabelecimento de normas técnicas e rotinas - suspeita clínica, diagnóstico, registro e notificação - para orientação dos profissionais de saúde no atendimento às crianças vítimas de violência, estando esta prática muito relacionada e dependente da sensibilização de cada profissional ao problema em foco.

Em virtude da grande necessidade da introdução de uma sistematização no atendimento da criança quanto à investigação de violência contra a criança, foi incorporado recentemente conteúdo do fenômeno na estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), atualmente considerada como principal estratégia para melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança, tanto nas unidades de saúde como na comunidade e no lar (OPAS/OMS, 2006).

Segundo estudo realizado por Amaral *et al* (2008), a maioria das mortes em crianças é evitável. Para o autor, a expansão da estratégia ocorreu em 1998, sendo que atualmente todos os estados do Brasil têm profissionais capacitados, porém sua consolidação ocorre de forma desigual em diferentes áreas geográficas. Relata ainda que a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância pretende reduzir a mortalidade infantil por meio de ações para melhorar o desempenho dos profissionais, a organização do sistema de saúde e as práticas da família e comunidade.

A AIDPI vem sendo desenvolvida na Atenção Básica em todo o País. Ao ser incorporado esse novo componente (violência), contribuirá com a detecção e intervenção desse fenômeno na atenção voltada para criança no serviço de saúde e no domicílio, principalmente pelas equipes da Saúde da Família.

Em Fortaleza, desde o início da atual gestão municipal, iniciada em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde adotou essa estratégia para a reorganização da assistência prestada à criança menor de cinco anos de idade, registrando-se melhora considerável na qualidade e a resolubilidade da assistência prestada a esse grupo, cuja melhora é refletida nos indicadores, em especial, a redução da mortalidade infantil. Já foram capacitados em torno de 60% dos profissionais da rede básica (médicos generalistas, enfermeiros e pediatras). Essa estratégia foi inserida na residência de medicina e família e comunidade, assim como na residência multiprofissional do Saúde da Família para as enfermeiras residentes. No entanto, a introdução do componente violência ainda não foi inserida nesta estratégia no Município de Fortaleza, cuja inclusão está prevista para ocorrer até o final do ano de 2009 (FORTALEZA, 2008).

Torna-se necessário ainda abordar essa temática nos currículos da graduação e pós-graduação dos diversos cursos da área da saúde e de outros, principalmente nas disciplinas voltadas para a saúde da criança. É necessária também a capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação, além de introduzir o conteúdo do ECA nos concursos públicos, em especial os da saúde e

educação, proposta esta já muito solicitada nas conferências municipais e estaduais da criança e adolescente.

Está em processo de implantação, pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, um diálogo mensal, com toda rede de enfrentamento à violência, com representação da Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Educação, Assistência Social, Conselho Tutelar, entre outros. O objetivo é incentivar as equipes a realizarem o mesmo movimento em cada território coberto pela ESF, bem como efetuar maior entrosamento dessas instituições para que se possa dar continuidade desse atendimento na Atenção Básica quando a criança for atendida em outro nível de assistência, garantindo a referência e contrarreferência de forma adequada para a criança e sua família.

Verifica-se, portanto, a necessidade de maior articulação e integração das redes de proteção à criança, bem como da capacitação permanente, envolvendo todos os parceiros que atuam nessa área, assim como a importância de acompanhamento dos casos de forma integrada, garantindo maior resolubilidade.

Conforme Gohn (2003), as redes são estruturas da sociedade contemporânea globalizada e informatizada. Elas se referem a um tipo de relação social, atuam segundo objetivos estratégicos e produzem articulações com resultados importantes e de grande relevância para os movimentos sociais e para sociedade em geral.

O trabalho em redes de proteção tem como grande estratégia a consolidação de parcerias, sendo que o sistema de saúde atua como agente indispensável ao cenário dessa articulação, principalmente as equipes da Saúde da Família, pelo vínculo que exercem com as famílias de sua responsabilização e de atuarem no território.

Historicamente, as redes de proteção na área da criança e do adolescente se configuram como “teias sociais” de sustentação de importantes trabalhos, com o protagonismo das organizações não governamentais e movimentos sociais, com o reconhecimento da necessidade de ampla atuação, contínua e integrada, que possibilite ações de apoio e de defesa de direitos, sobretudo dos que estão em maior risco e vulnerabilidade, em decorrência de exclusão social, pobreza e violência (OLIVEIRA, 2006).

Para Ferriani (2002), o que contribui para o aumento do quadro da violência no contexto familiar pode estar relacionado ao intenso crescimento e

desenvolvimento populacional dentro de uma sociedade capitalista mal estruturada, envolvendo problemas sociais de grande complexidade.

A experiência de violência intrafamiliar traz um grande impacto para a criança, porém, não necessariamente, se pode afirmar que essas experiências irão causar desordens afetivas, sexuais e/ou comportamentais. Devem-se levar em conta as diversas possibilidades e capacidades que a pessoa tem para vencer e enfrentar obstáculos e conflitos em sua vida, superando, portanto, os efeitos nocivos das situações difíceis, a chamada resiliência (RAMALHO, 2003).

Hawley, Dehaan e Rutter *apud* De Antoni e Koller (2000) exprimem que, frequentemente, a família colabora como fator de proteção para a resiliência individual, assim como serve também de proteção para seus membros, e que, se alguns fatores estiverem presentes, como, por exemplo, a confrontação proativa dos problemas, serve como risco quando há conflitos e desavenças. Menciona ainda que os indicadores de proteção para a família são: o afeto, a coesão e a estabilidade.

Consoante Koller (1999), a consciência sobre a história da violência vivida por seus antecedentes poderá ser um indicador de proteção, pois poderá evitar violência, e assim poderá proporcionar o rompimento do ciclo da transmissão intergeracional da violência.

A violência intrafamiliar compreende todas as formas de violência (sexual, física, psicológica, abandono e negligência) e “todas as configurações possíveis (entre pais e filhos, casal, irmãos e filhos para com os pais).” (KOLLER; DE ANTONI, 2004). Nesta perspectiva, a violência no contexto familiar passa a ser encarada como um fenômeno de domínio público e não mais privado.

Brito *et al* (2005) assinalam que essas modalidades podem ocorrer na forma pura, quando se tratar de modalidade única de violência, ou associada, quando em um mesmo caso são identificadas duas ou mais modalidades.

Apesar da existência de vários tipos de violência intrafamiliar contra a criança, o que ocorre na realidade é a presença de vários tipos em um mesmo caso, o que contribui para o agravamento de sequelas.

A ocorrência de violência intrafamiliar pode ser guardada como um segredo, o que revela a coesão doentia desse grupo, necessitando, assim, de ajuda toda a família.

Para Pires (1999), algumas consequências da violência não podem ser imediatamente observadas – trata-se de consequências de longo-prazo, como: risco de drogadição, prostituição, problemas de aprendizado, promiscuidade e queixas

somáticas, distúrbios na sexualidade, depressão, suicídio e dificuldades de relacionamento.

Para a autora, nem sempre é possível verificar quando estes fatores estarão ou não presentes, tornando necessário fornecer apoio, na tentativa de amenizar os danos que porventura possam afetar a criança. Algumas providências devem ser tomadas, entre elas: atendimento imediato em caso de emergência; alteração na atitude de denúncias e aumento da atenção aos indicadores de violência e trabalho no sentido de coibir seu aparecimento ou deter sua existência. O simples fato de se permitir à criança falar sobre si mesma, posicionar-se sobre sua experiência e contar sua história, favorece o seu prognóstico.

Serão descritos, a seguir, os tipos e as definições de violência contra crianças, utilizadas neste estudo, segundo Guerra (1984; 2001), Azevedo e Guerra (1989) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001): Negligência e Abandono, Violência Física, Síndrome do bebê sacudido e da criança espancada, Síndrome de Munchausem por Procuração, Psicológica e Sexual.

Existem ainda outros tipos de violência, como: a violência institucional, a violência simbólica, a violência estrutural, a exploração econômica, que, no entanto, não serão abordadas neste estudo (FALEIROS; FALEIROS, 2006).

Este ensaio utiliza a terminologia “violência” como sinônimo de maus-tratos, abuso, castigos e punição.

4.5.1 Negligência e abandono

A negligência, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2001), é um dos tipos de violência mais frequentes e aparece muitas vezes associada às outras formas. É a omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento ou sobrevivência (privação de alimentação, de medicamentos e outros cuidados de saúde, higiene, condições para frequência à escola).

A negligência, portanto, é a negação e a falta de compromisso em relação às responsabilidades familiar, social e comunitária. Relaciona ainda a falta de proteção e de cuidado da criança, a inexistência de uma relação de amor, de respeito às suas necessidades, de reconhecimento e de valorização da criança como sujeito de direito, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Para caracterizar a situação de negligência, são necessários dois critérios: a cronicidade (ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso de negligência) e a omissão, em que um responsável deixa de satisfazer alguma necessidade da criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Ramalho (2003) esclarece que a negligência aparece nos serviços de saúde como segundo tipo de abuso mais cometido. Crianças negligenciadas significam presença constante nos serviços públicos. Para a autora, os profissionais precisam estar sensibilizados e ter condições de discernir entre prática abusiva, ignorância ou miséria.

A autora cita como exemplo, quando os pais ou responsáveis não levam a criança às suas consultas necessárias ou agendadas: vacinações, solicitações de alta hospitalar contra determinações médicas sem motivos justos e outras situações que venham a prejudicar a criança.

A negligência representa o início das demais formas de violência praticadas contra crianças. As consequências e sequelas físicas, psicológicas e sociais são graves, prejudicando um ser em plena fase de desenvolvimento.

Para Faleiros e Faleiros (2006), o abandono é a forma extrema de negligência, como, por exemplo: crianças “pingue-pongue”, que circulam de “mão em mão” e “não são de ninguém”, crianças que assumem responsabilidades de adulto (cuidam de si próprios ou de irmãos pequenos, assumem todas as tarefas

domésticas, contribuem para a renda familiar, sustentam-se da mendicância, do trabalho infantil e da prostituição); meninos e meninas em situação de rua, crianças que são largadas em lixeiras ou matagais ou “esquecidas” em hospitais.

Constata-se, então, que o abandono e outras formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes estão inseridos em uma trama social do mundo moderno e contemporâneo, marcados por um modelo neoliberal de concentração desigual de renda e, conseqüentemente, de poder, exclusão social e interferência destes fatores no seio familiar.

4.5.2 Violência física

A violência física é o uso da força física de forma intencional, não acidental, cometida por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, podendo ou não deixar marcas evidentes (DESLANDES, 1994).

Zamataro (2001) refere que o local mais atingido na violência física é a pele, podendo apresentar lesões específicas. Normalmente o agressor utiliza: cinto, mão, beliscão, mordida humana, entre outras. Quanto às lesões inespecíficas, têm-se as queimaduras por respingamento, imersão ou contato.

Para a autora, o segundo local mais frequente ocorre nos ossos: por impacto de grande intensidade, por torções ou por encurvamento. Seguem-se as lesões do sistema nervoso central, principal causa de morte em crianças vítimas de violência. As lesões abdominais aparecem como causa de morte nas crianças “vitimizadas”, sendo a alta mortalidade vinculada ao não-reconhecimento do trauma fechado.

Safiotti (1989) diferencia a criança “vitimizada” da criança vitimada. As crianças “vitimadas” são as que vivem em situação de riscos, tendo uma probabilidade maior de serem violados os seus direitos humanos, como, por exemplo, aquelas que vivem em situação de exclusão, sem escola, lazer, segurança, exposição contínua de doenças, fome, moradia ausente ou precária, entre tantas outras situações agravantes para a vida de um ser humano, principalmente em fase de desenvolvimento. Quanto à “vitimização”, apresenta-se de forma mais concreta, em que os autores são conhecidos, como é o caso da mãe que maltrata seu filho ou o abandona, e do pai que abusa sexualmente das filhas.

Para Azevedo e Guerra (1989), as situações de “vitimização” física de crianças assumem as formas de violência física (as distintas modalidades de castigos físicos, os cruéis e pouco usuais), exemplo do cárcere privado e também das punições que deixam lesões muito grandes, como os ferimentos provocados por objetos contundentes.

Esse problema não leva em consideração as fronteiras econômicas e as classes sociais, sendo necessário desconstruir a associação entre violência, pobreza, criminalidade e violação dos direitos.

Segundo Bazon *et al* (2003), o fenômeno “vitimização” é compreendido numa perspectiva “psicopatologizante”, buscando-se estabelecer uma associação linear entre o ato da violência e uma problemática nos pais. Para os autores, é interessante encarar as famílias de um modo mais integrado, levando-se em conta também seus recursos.

Para muitos autores, violência física é acompanhada pelo medo, pavor, terror, pela submissão, pelo espanto, pelo sofrimento psíquico, constituindo-se ao mesmo tempo violência psicológica.

A violência física é acobertada pelo silêncio, por negação ou mentiras, e, nos casos de referência a serviços de saúde, suas marcas são muitas vezes justificadas como se tivessem sido causadas por acidentes.

Diante dessa situação, torna-se necessária maior investigação, pois muitas vezes a criança que é atendida em um serviço de saúde com problemas em razão de suposta queda relatada pelos pais ou acompanhante, pode, na realidade, ter sido vítima de violência física.

Para Ferreira e Schramm (2000), a questão moralmente relevante é se a agressão física contra a criança, mesmo nos casos em que foi utilizada “para o seu bem”, não deva ser considerada como uma violência moralmente reprovável, por vir carregada da intenção do adulto em causar dor e sofrimento. Muitas vezes, o aspecto é levantado pelo profissional, porém, a família não recorre como um problema.

A violência física praticada contra crianças e adolescentes é uma violação dos direitos humanos universais e dos direitos peculiares à pessoa em desenvolvimento, assegurados na Constituição Brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Normativa Internacional. O Código Penal, em seu Artigo 129, prevê como crimes as lesões corporais dolosas e culposas (BRASIL, 1940).

Esse tipo de violência tem sido encontrado no âmbito da violência familiar ou em outros ambientes comunitários e sociais. A expressão violência física é usada na descrição de atos que produzem dores e danos ao corpo por pais ou responsáveis, educadores e policiais. Esse termo se vincula ao conceito de agressividade, noção que tem origem no enfoque biológico e comportamental dos seres humanos e animais (ASSIS; DESLANDES, 2006).

Estudo realizado por Pascolat e colaboradores, na cidade de Curitiba, indicou meninos com idades entre cinco e onze anos como as principais vítimas de violência física, tendo a mãe como principal agressora. O instrumento mais usado foi a mão, seguida do cinto. A lesão mais encontrada foi o hematoma, e o motivo referido para a violência física era o de educar e colocar limites (PASCOLAT *et al*, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência física, psíquica ou sexual atinge crianças de todas as faixas etárias e condições socioeconômicas. São cometidas por pais biológicos, substitutos, adotivos e outros membros da família. Esclarece ainda que, como os padrões que determinam o comportamento de pais e cuidadores variam segundo fatores culturais, o que caracteriza a violência infantil em determinada população pode ser considerado aceitável em outra (OMS, 2002).

A violência física é um método educativo frequentemente utilizado em várias regiões do mundo, com sérias consequências na saúde mental das crianças, conforme Gershoff (2002); Mosby (2003); WHO (2002), *apud* Bordin; Paula; Fernandes (2001).

Weinberg (2006), referindo-se a uma pesquisa nacional conduzida pelo Laboratório de Estudos da Criança (Lacri), da Universidade de São Paulo, relata que pela primeira vez um velho problema brasileiro foi dimensionado: o da violência praticada contra criança no ambiente domiciliar. Segundo a autora, o estudo referiu que 60% dos brasileiros afirmaram ter sido vítimas de violência física na infância, de punições leves a surras, que levaram a sequelas físicas de natureza grave. São dois os argumentos mais usados pelos pais brasileiros para justificar o hábito de bater nos filhos. O primeiro é o de que a violência física “tem função educativa”. O segundo sugere que ela é uma forma de castigo “merecida” em situações na qual a criança ultrapassa os limites estipulados em casa.

No ano de 1995, a deputada Maria do Rosário (PT/RS) apresentou no Congresso Nacional o projeto de Lei da Palmada (nº 2.654/2003), que tinha como objetivo proibir qualquer tipo de castigo contra criança e adolescente. O referido

projeto ainda tramita no Senado. A repercussão de modo geral não foi tão bem aceita pela sociedade e pelos meios de comunicação, que questionaram os direitos dos pais de educarem seus filhos.

Verifica-se que a mobilização e a sensibilização da sociedade não foram intensificadas nem suficientes. Não foi realizada ainda, na mídia, campanha sistematizada sobre os prejuízos causados ao desenvolvimento da criança pela aplicação da violência como método educativo. Uma campanha dessas ajudaria a sensibilizar os pais e a sociedade sobre aspectos importantes que devem ser levados em consideração na educação dos filhos, como: amor, carinho, diálogo, entre outros.

Dessa forma, é necessário maior envolvimento do Estado e da sociedade civil, em especial das que estão diretamente ligadas à defesa da criança, na realização de programas educativos e campanhas permanentes, enfatizando a importância do diálogo, da melhoria da relação entre pais e filhos, o que contribuirá para a redução da violência na família.

Pinheiro (2007a) refere que os governos têm a obrigação pedagógica de proteger as crianças e ensinar os pais a tratarem os filhos de maneira respeitosa.

Vários países alteraram sua legislação, tendo em vista o respeito pelos direitos da criança e a abolição dos castigos corporais.

Atualmente, 19 países têm legislação que permite a proteção total das crianças contra os castigos corporais, incluindo os que ocorrem na própria família, o que representa 2,3 por cento da população infantil mundial (PINHEIRO, 2007a).

O autor informa que o primeiro país a tomar esta iniciativa foi a Suécia, em 1979, e que Portugal, Nova Zelândia e Holanda foram os últimos a incluir, em suas legislações, artigos que punem claramente os castigos corporais em casa, seguindo-se a Grécia, no ano de 2006.

Verifica-se que existe uma ignorância generalizada sobre essa questão, pois os pais acham que, como foram criados dessa forma e estão “vivos” e sem nenhum “problema”, essa é a melhor forma de educar. Nesse sentido, ainda acreditam que os filhos, em especial as crianças, são de sua propriedade, podendo fazer o que quiserem e que ninguém tem que dar palpites.

Os estudos relatam que as consequências da palmada são desastrosas tanto psicológica quanto fisicamente, uma vez que normalmente se começa com uma palmada e depois é difícil parar.

Para Weber, Viezzer e Brandenburg (2004), se o comportamento físico de punir é reforçador tanto para os pais quanto para os filhos, forma-se um círculo vicioso. Este círculo perpetua-se pela falta de conhecimento dos efeitos deste método e de outros que possam substituir a punição corporal, como também dos próprios efeitos que reforçam o comportamento de quem pune e, portanto, ajudam a manter tal comportamento. Para muitos pais, bater é considerada a melhor forma de disciplinar os filhos.

A violência física, segundo Bordin, Paula e Fernandes (2001), é classificada como grave e não grave. Conforme as autoras, a grave violência física é definida como chutar, esganar, colocando as mãos/outra coisa em volta do pescoço, sufocar com as mãos ou com o travesseiro, bater nas nádegas com objeto, queimar com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente e/ou espancar.

A Secretaria de Estado da Saúde do Ceará refere que as formas mais leves ou moderadas (dar tapas e beliscões, torcer a orelha, puxar o cabelo ou sacudir a criança) é social e legalmente aceita em vários países, sendo que em muitos é um evento frequente também em escolas. Apesar desta aceitação, este comportamento é danoso e deve ser repudiado, uma vez que a cultura da punição favorece a manutenção da violência (CEARÁ, 2004).

Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física (BRASIL, 2002).

No Brasil, a utilização da força física como medida disciplinar é parte integrante dos costumes pedagógicos, transmitidos nas famílias e repassadas nas gerações. O limite entre disciplina e violência é definido pelos padrões da comunidade de tolerância ao uso da força física contra crianças (DAVOLI *et al*, 1994).

O debate sobre o enfrentamento da violência física intrafamiliar no Brasil tem avançado, notando-se uma tendência de responsabilização da família ante a violência, em detrimento da mera culpabilização.

O questionamento e a inquietação sobre a naturalização pela cultura da violência física também vem evoluindo, colocando-se em xeque a prática de “bater” como forma justificada de disciplina. Nesse sentido, o Laboratório de Estudos da Criança do Hospital das Clínicas da USP (Lacri) desenvolveu importante campanha nacional, intitulada “palmada deseduca”, colocando na pauta pública o debate sobre o assunto.

Para Guerra (2001), a mania de bater em crianças é arraigada na família brasileira. Segundo a autora, é possível discernir, embora com nuances tão sutis, a noção de disciplina e castigo. A primeira está relacionada ao uso da agressão física por parte de pais ou responsáveis com o intuito de ensinar, existindo, portanto, uma concepção preventiva a novos erros; a segunda tem como origem a ideia de punição por erros e falhas cometidas.

Para Pinheiro (2007b), as crianças estão cansadas de apanhar, não aguentam mais ficar apanhando de adulto. As crianças vivem mal essas contradições, elas são o amor de seus pais, mas apanham muito deles. Essa contradição tem que acabar no século XXI.

Pinheiro (2007b) cita ainda que em todas as consultas regionais para o estudo mundial sobre violência contra criança, a questão do castigo corporal emergiu fortemente, embora existam outras coisas, como a discriminação, o desprezo, o silêncio por parte dos pais e situações de abuso sexual nas famílias.

O estudo mundial mostra ainda que a violência familiar é um problema de importantes dimensões, já que 41% dos pais e mães batem em seus filhos como castigo para corrigi-los. Algumas das causas que explicam este problema são: o autoritarismo familiar, o predomínio de imposição e a falta de diálogo, assim como a falta de consciência das necessidades de respeito e consideração aos filhos.

4.5.3 Síndrome do Bebê Sacudido e Síndrome da Criança Espancada

Síndrome do Bebê Sacudido é expressão utilizada para denominar uma forma de violência frequentemente praticada e que não deixa marcas. O agressor é geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses. Consiste em sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido ântero-posterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e até a morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retinianas e subdurais (CARDOSO *et al*, 2003).

Para os autores, o indício mais fácil de notar é a hemorragia da conjuntiva, mancha de sangue no branco do olho. Além disso, a SBS é

caracterizada também por lesões cervicais e edemas cerebrais. As sequelas interferem principalmente no desenvolvimento motor da criança.

Aponta ainda que as estatísticas são mascaradas porque tais acidentes são ocultados pelos próprios autores da violência, perdendo-se assim o controle da agressão e da própria violência. Nas escolas, os orientadores educacionais e psicólogos escolares deverão se aprofundar nos casos de dificuldade de aprendizagem, por meio das anamneses para avaliar se a criança não sofreu a Síndrome do Bebê Sacudido.

A Síndrome da Criança Espancada diz respeito, de ordinário, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc., ocorridos em diferentes épocas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequadas ou inconsistentemente explicadas pelos pais (AZEVEDO; GUERRA, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

Essa síndrome é caracterizada pela presença de várias lesões causadas por golpes, injúrias e traumatismos, determinando a morte em 25% dos casos. Soma-se a isso o fato de que 15% a 27% das crianças vítimas de violência vão a óbito (KING; MACKAY; SIRNICK, 2003).

4.5.4 Síndrome de Munchausem por Procuração

Para Pires e Molle (1999), este é um tipo de violência na infância definida como uma desordem psiquiátrica, em que o perpetrador exagera, falsifica ou produz histórias clínicas e evidências laboratoriais, causando lesões físicas e induzindo atendimento hospitalar com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001), a maioria dos casos é perpetrada pela mãe da criança. Pode ser produzida por dois mecanismos diferentes: a simulação de sinais, como no caso de falsificação de amostras (por exemplo, é colocado sangue menstrual ou açúcar na urina da criança) e a produção de sinais, como no caso de administrar medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões. Outro exemplo é o caso da mãe que passa carbono nos lábios da criança, deixando-os cianosados.

Autores como Lieder, Irving e Graf (2005) concluem que é um agravo difícil de ser diagnosticado. Provavelmente por isso seus registros na literatura são escassos.

4.5.5 Violência psicológica

A violência psicológica se desenvolve como um processo silencioso que progride sem ser identificado, deixando marcas em todos os envolvidos. Pela sua característica, a violência psicológica no interior da família, geralmente evolui e eclode na forma da violência física. É o tipo de violência mais difícil de ser detectado em sua forma isolada. Por outro lado, costuma estar presente concomitantemente nos demais tipos de violência (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Para Guerra (2001), a violência psicológica, também designada como tortura psicológica, ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de autoaceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Inclui ameaças, humilhações, chantagem e exploração. Dentre as modalidades de violência, é a mais difícil de ser identificada. Apesar de ser muito frequente, pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo (BRASIL, 2002; FALEIROS; FALEIROS, 2006).

Esse tipo de violência não deixa traços visíveis no corpo, porém destrói a autoestima do violentado e se manifesta no comportamento da criança. Provoca traumas psicológicos, prejudicando sua capacidade de interagir socialmente de acordo com sua idade.

Silva, Coelho e Caponi (2007) destacam que a violência psicológica não afeta somente a vítima de forma direta. Ela atinge a todos que presenciam ou que convivem com a situação de violência.

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2001), pode ocorrer em qualquer nível socioeconômico e, embora não haja um perfil psicológico específico para agressores, tem-se encontrado algumas características comuns nas famílias que cometem esse tipo de violência, embora nem todas as famílias com essas características “vitimizem” seus filhos:

- Número elevado de filhos, filhos não desejados, mães adolescentes sem suporte psicossocial, falta de apoio familiar e de recursos;
- falta de experiência e ignorância para cuidar dos filhos, sem conhecimento de suas necessidades afetivas;
- história de violência familiar na família e ruptura familiar;
- isolamento social, antecedentes psiquiátricos e toxicomanias.

Para Silva, Coelho e Caponi (2007), a violência intrafamiliar psicológica deve ser considerada como categoria de violência que é negligenciada. Esta afirmação tem como base dois pilares. O primeiro refere-se ao que é denunciado nas manchetes dos jornais, que destacam a violência intrafamiliar somente quando essa se manifesta de forma aguda, ou seja, quando ocorrem danos físicos importantes ou, mesmo, quando a vítima vai a óbito. O segundo, que é reiterado pela mídia, é o de que a violência urbana é superior à violência intrafamiliar em quantidade e gravidade.

Esse tipo de violência inicia-se de uma forma lenta e silenciosa, que progride em intensidade e consequências. O autor da violência, em suas primeiras manifestações, não lança mão de agressões físicas, mas parte para o cerceamento da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Com a publicidade dos primeiros sinais de manifestação da violência psicológica, a sociedade, de um modo geral, pode passar a ter uma visão diferenciada, podendo identificá-la e refreá-la, tão logo se manifeste, evitando, assim, que se agrave ou se transforme em violência física.

O diagnóstico, a prevenção e a compreensão das consequências da violência psicológica estão no fato de que impedem significativamente o desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente. Afeta também o desenvolvimento da autoestima, do autoconceito, da competência social e da capacidade da criança e do adolescente estabelecerem relações interpessoais. A convivência com esse tipo de violência dificulta a criação de um ego “firme e flexível o bastante para conciliar as contradições da organização humana, para integrar as diferenças individuais e emergir da infância com um senso de identidade e integridade” (GARBARINO; GUTTMAN; SEELEY, 1986).

Conforme esses autores, poucos estudos são realizados sobre esse tipo de violência. Nos Estados Unidos, constatou-se que existem 2,2 crianças (em cada mil) sofrendo violência emocional com agressão verbal, ameaças e confinamento.

4.5.6 Violência sexual

A violência sexual exerce grande impacto sobre a saúde. As consequências biopsicossociais produzidas por esse tipo de violência são mais difíceis de mensurar, embora afetem a maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, sendo na maioria das vezes irreparáveis. Nas crianças, o impacto pode produzir uma importante condição futura de vulnerabilidade, facilitando novos episódios de abuso sexual na adolescência ou na vida adulta (DREZETT, 2000).

Para Seabra (1997), a violência sexual ocorre quando a vítima, criança ou adolescente, tem desenvolvimento psicossocial inferior ao do agressor, que a expõe aos estímulos sexuais impróprios para sua idade ou a utiliza para sua satisfação sexual ou de outra pessoa.

Azevedo e Guerra (1989, p. 42) definem violência sexual:

É todo ato ou jogo sexual, relação hétero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa.

Para Gabel (1997), a violência sexual supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido por quem é mais forte sobre o pequeno que é mais fraco; a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor) e o uso de forma delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem em relação ao seu próprio corpo.

A violência sexual, conforme Faleiros e Faleiros (2006) é classificada como abuso sexual e exploração sexual comercial, sendo que o abuso sexual pode ser intra e extrafamiliar, enquanto a exploração sexual consiste na prostituição, pornografia, turismo sexual e no tráfico de pessoas para fins sexuais, principalmente quando envolve crianças e adolescentes.

A violência sexual pode acontecer de várias formas: por contato físico, ou seja, carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou objetos, masturbação forçada, dentre outras; e sem contato físico, por exposição obrigatória

a material pornográfico, exibicionismo e uso de linguagem erotizada em situação inadequada (SANTORO, 2002).

Na situação de violência sexual, a criança ou adolescente é usada para gratificação de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder, incluindo desde manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência (ABRÁPIA, 1992).

A violência sexual contra crianças e adolescentes, além de ilegal, é inaceitável. Ela fere a ética e transgride os tabus e as regras sociais e familiares de convivência mútua e de responsabilidade dos adultos para com as crianças. Essa violência fere os direitos humanos conquistados pela civilização e aceitos em todo o mundo.

A violência é presumida sempre que a vítima for menor de 14 anos de idade. A pedofilia se traduz pelo desvio da conduta sexual em que o adulto tem atração sexual por crianças. A atração pode ser hétero ou homossexual (neste último caso, chama-se pederastia). O incesto se caracteriza pela relação sexual entre um adulto e uma criança com laços de parentesco (SANTORO, 1997).

O fenômeno da violência contra crianças e adolescentes no Brasil foi incluído na agenda da sociedade civil como questão relacionada à luta nacional e internacional pelos direitos humanos de crianças e adolescentes, conforme preconizado na Constituição Federal Brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90) e na Convenção Internacional dos Direitos da Criança.

A realidade do Brasil mostra que, dentre as situações mais graves de exclusão (risco social e vulnerabilidade) em que estão envolvidos crianças e adolescentes, encontram-se as situações de exploração sexual comercial e de abuso sexual.

Em junho de 2000, foi elaborado no Brasil, após ampla mobilização da sociedade e do Estado brasileiro, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Nesse ano, também foi implantado o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR) em algumas capitais. Atualmente o PAIR está implantado, no Ceará. Além da Capital, está presente nos municípios de Sobral, Caucaia e Aracati.

Segundo Kassir *et al* (2006), o PAIR tem como objetivo integrar políticas para a elaboração de uma agenda de trabalho envolvendo governos, sociedade civil e organismos internacionais, visando ao desenvolvimento de ações de prevenção e

atendimento a crianças e adolescentes em situação de riscos e de vulnerabilidades, como também vítimas de exploração sexual e de tráfico para outros fins.

No Município de Fortaleza, o PAIR foi implantado em 2005. Esse programa vem sendo secretariado atualmente pelo Comdica, pela resolução nº 20/2008. Encontra-se, no momento, em reorganização e revisão do plano municipal com o objetivo de elaborar indicadores voltados para o acompanhamento e monitoramento das ações previstas, uma vez que não foram contemplados quando de sua elaboração.

Nos últimos anos, o País alcançou muitos avanços em relação ao combate à exploração e à violência sexual. Verifica-se que, mesmo com esses avanços, tornam-se necessários maior implementação e um acompanhamento das ações, como a realização de campanhas permanentes, principalmente junto às redes de hotéis, taxistas e aeroportos. Essas ações devem envolver as Secretarias de Educação, Saúde, Turismo, Transporte, Cultura, Lazer, entre outras, bem como a sociedade civil, no intuito de sensibilizar e divulgar a real situação em que se encontram as crianças e adolescentes “vitimizadas” por essa forma de violência tão danosa para suas vidas.

Percebe-se que ainda é muito pouco divulgado na mídia o problema da exploração sexual no Brasil. As campanhas estão mais presentes nos meses de fevereiro e maio, por ocasião do carnaval e no dia 18 de maio, data em que se comemora o dia nacional de combate à violência e exploração sexual de criança e adolescente. Na realidade, deveria ser o ano todo e de forma bem mais intensificada e permanente, envolvendo todo o governo e a sociedade. Quando se trata das demais violências, essas é que não são referendadas, portanto, não sensibilizando a sociedade, como um todo, acerca da magnitude do fenômeno.

No contexto da violência sexual, encontra-se o incesto, considerado como a violência sexual de maior complexidade, pois envolve, além das questões inerentes à própria violência, as que são próprias do contexto familiar, como cumplicidade, silêncio, vergonha, medo, entre outras.

Consoante Santoro (1997), estudos revelam que 75% dos casos de incesto ocorrem entre pai e filha. A violência sexual por estranhos não é tão comum. A pornografia infantil consiste na utilização de crianças em filmes, vídeos, fotografias eróticas e outros, enquanto a exploração sexual infantil ocorre quando a criança é explorada no comércio do sexo.

Drezett *et al* (2001) informam que os principais agressores são os seus responsáveis, os quais deveriam proteger essa criança. Segundo o autor, os pais biológicos, padrastos, tios, avôs e outros parentes encabeçam a relação dos principais perpetradores em toda parte do mundo.

O silêncio da criança é a maior arma que o agressor tem para garantir a continuidade do ato abusivo e a sua não responsabilização (BRASIL, 2002).

Segundo Ramalho e Amaral (2006), existe um aspecto a ser levado em consideração: quando o abuso é em crianças, muitas vezes não é admitido que sua palavra tenha a mesma credibilidade da do agressor. Os relatos das crianças tendem a ser considerados fantasiosos e achá-los incapazes de diferenciar o lúdico do real, protegendo, incompreensivelmente, o perpetrador.

Na avaliação do *National Center for Abused and Neglected Child*, cerca de 200 mil novos casos de abuso sexual ocorram entre crianças estadunidenses, a cada ano (MRAZEK, 1980).

Para Pfeiffer e Salvagni (2005), esse tipo de violência tem um impacto muito grande na saúde física e mental da criança e do adolescente, deixando marcas em seu desenvolvimento, com danos que podem persistir por toda a vida. Para as autoras, muitas dessas vítimas, se abandonadas à sua sorte, vão levar essa criança ferida dentro de si e todas as suas dores e seqüelas para toda a vida.

Ribeiro, Ferriani e Reis (2004) explicam que “a violência sexual adquiriu um caráter endêmico, convertendo-se num complexo problema de saúde pública, cujo enfrentamento torna-se um grande desafio para a sociedade”. Percebe-se, portanto, que, além das lesões físicas sofridas, as vítimas tornam-se mais vulneráveis a distúrbios sexuais, uso de álcool e ou de outras drogas, exploração sexual, depressão e suicídio, assim como maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez indesejada, decorrente de estupro.

De acordo com o Código Penal, Artigo 213, legislação em vigor, considera-se estupro toda relação sexual vaginal em que ocorra penetração pênis/vagina, com uso de violência ou grave ameaça com ou sem ruptura himeral, com ou sem emissão de sêmen ou presença de gravidez (OLIVEIRA, 1995).

A vítima deve ser sempre do sexo feminino e o perpetrador sempre do sexo masculino, porém, quanto ao atentado violento ao pudor, tanto a vítima quanto o perpetrador podem ser do sexo feminino ou masculino e são considerados os atos libidinosos, como: carícias íntimas, masturbação, sexo oral e anal e uso de objetos. É definido como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça,

a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Pena: reclusão de 6 a 10 anos”, conforme código penal, Artigo 219 (BRASIL, 1940).

A única maneira que a criança e ou o adolescente tem para que realmente se rompa o ciclo da violência é contar a alguém de confiança o que está acontecendo, uma vez que essa pessoa pode dar conhecimento do fato aos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, além de poder encaminhar a vítima para um acompanhamento psicológico, pois a maioria delas precisa de algum tipo de apoio especializado.

Vale salientar que o rompimento do pacto de silêncio proporciona um ganho mensurável na história de vida da criança, além da quebra da impunidade tão pretendida por todos que participam da rede de proteção à criança e adolescente.

Para Vecina *et al* (2002), independentemente de sua forma de expressão, toda e qualquer forma de violência traz indignação e solicita medidas de intervenção. Deverá ser encarada como um sintoma produzido por gerador de momentos de grande tensão, mostrando uma estrutura social e/ou familiar insatisfatória, decorrente, em grande parte, da perda de referências e valores estruturais.

Em maio de 2008, a Câmara aprovou punição mais rigorosa para crimes sexuais, por meio do projeto de lei nº4.850/05, de autoria da comissão da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito). A proposta seguiu para o Senado, onde altera o Código Penal e a Lei de Crimes Hediondos para tipificar e ampliar a definição de crimes como estupro, tráfico de pessoas, prostituição e outras formas de exploração sexual. Além disso, o projeto prevê penas mais rigorosas para quem comete ou facilita a violência sexual infantil. As mudanças representam um avanço no sentido de coibir a pedofilia. Esta Lei, portanto, estará mais clara para proteger as pessoas e punir quem comete esse tipo de ilícito.

Analisando situações concretas, verifica-se que as diferentes formas de violências não são excludentes, mas sim cumulativas. Como exemplo, tem-se a violência sexual como elemento que envolve a violência física e psicológica; portanto, a violência física, sempre é também psicológica. A exploração sexual comercial contempla a exploração econômica, a violência estrutural, física, psicológica, moral e social. Dessa forma, a violência simbólica estimula todas as formas de violência (FALEIROS; FALEIROS, 2006).

O fenômeno violência sexual voltou a ser palco de discussões, com maior intensidade, no III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de

Crianças e Adolescentes, realizado na cidade do Rio de Janeiro (25 a 28/11/2008). O evento, ocorrido pela primeira vez em um país em desenvolvimento, foi organizado pela Secretaria de Direitos Humanos, com a participação de 114 países.

A presença do protagonismo juvenil foi representativa e muito importante, uma vez que, participaram do evento 282 delegados (de 12 a 17 anos), os quais se integraram em todas as atividades realizadas. Destes, 150 eram brasileiros e 132 representantes de outros 96 países.

Na abertura do Congresso, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou projeto de lei que considera crime o armazenamento de material pornográfico (envolvendo crianças e adolescente) em computadores, pois atualmente representa um dos maiores desafios das autoridades no combate à exploração sexual de crianças e adolescentes.

Conforme o Presidente, o Brasil efetivou um acordo com os países do Mercosul (Uruguai, Paraguai e Argentina) para intensificar o combate nas chamadas "cidades gêmeas", próximas a fronteiras desses países. A expectativa é a de que, cada vez mais, os países, em especial o Brasil, consigam enfrentar esse problema tão sério e frequente na população infanto-juvenil do mundo.

4.6 Síntese de estudos nacionais e internacionais

Estudos realizados em diversos países, acerca da prevalência da violência contra crianças e adolescentes, revelam situações que evidenciam estado de vulnerabilidade a que estão expostos esses seres.

Os tópicos a seguir apresentados sintetizam resultados de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados Lilacs, Medline e PsychoInfo. As pesquisas mediram a dimensão do fenômeno da violência em diferentes cidades e países. Inicialmente serão apresentados estudos sobre a prevalência de violência física contra a criança no plano internacional e, em seguida, nacional.

Pesquisas Internacionais

- **Inglaterra** – estudo retrospectivo realizado com uma amostra aleatória de 2.869 jovens com idade entre 18 e 24 anos. A ocorrência de violência na infância foi investigada por meio de entrevistas individuais. O resultado obtido foi de que 16% dos entrevistados haviam sofrido algum tipo de

violência, 7% eram casos de violência física grave, 6% violência psicológica, 11% negligência (6% falta de cuidado e 5% de supervisão) e 11% violência sexual (HOBBS, 2005).

- **Estados Unidos** – estudo retrospectivo que teve como objetivo estimar a predominância de conflitos violentos relatados nos domicílios de crianças nos Estados Unidos e avaliar diferenças da predominância da raça, etnia, residência e stress dos pais. Os dados foram selecionados em 2003 e obtiveram-se como resultados: 10.3% das crianças vivem em domicílios com conflitos violentos. Estes conflitos eram os mais predominantes entre famílias de cor preta (15.1%). Os pais que relataram *stress* tiveram probabilidade mais elevada de conflito violento em relação aos que tiveram menos *stress*. A investigação revelou que os fatores demográficos e culturais podem também influenciar no estilo do conflito e que as áreas urbanas tiveram uma prevalência de violência mais elevada (10,7%) do que as rurais (8,3% - 9,9%), assim como os pais que experimentaram conflitos e dificuldades com seus pais, na infância, constituem uma população de alto risco (MOORE *et al*, 2007).
- **Portugal** – estudo retrospectivo que teve como objetivo medir a prevalência de violência física e sexual na infância, a partir de uma sondagem junto a uma amostra de 1.000 pais de crianças que freqüentavam escolas públicas. Os entrevistados foram convidados a responder a uma versão portuguesa do Childhood History Questionnaire. A prevalência encontrada foi de 73%, sendo a prevalência de violência severa com seqüelas e machucados de 9,5%. Revelou que a maioria dos casos de violência aconteceu antes dos 13 anos. Quanto à prevalência da violência sexual, foi considerada baixa (2,6%), não tendo sido denotado a diferença de gênero. As taxas encontradas em Portugal foram menores que as da Espanha e EUA, utilizando os mesmos instrumentos (FIGUEIREDO *et al*, 2004).
- **Chile** – estudo realizado na cidade de Temuco, envolvendo 422 famílias, por meio da escala CTS (Conflict Tatic Scale), constatou que 45% das famílias utilizavam a violência física e 17% a psicológica na resolução de conflitos com seus filhos. Os fatores de risco mais associados à violência foram problemas de saúde mental, uso excessivo de álcool, baixa

escolaridade e pais com história de abuso na infância (VIZCARRA *et al*, 2001).

Pesquisas Nacionais

- **Rio de Janeiro** – estudo retrospectivo, realizado no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Teve como objetivo contrastar a magnitude da violência contra a criança, em um ambulatório de pediatria, aferida espontaneamente. Foram realizadas 245 entrevistas entre abril e junho de 2001, utilizando-se as *Conflict Tactics Scales: Parent-Child Version* (CTSPC) e a *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) para aferir os eventos violentos. Como resultado encontrou-se uma elevada prevalência de violência física entre o casal, com eventos graves ocorrendo em 17% das famílias. Em relação à criança, agressões físicas foram referidas em 46% das famílias, sendo 9,9% da forma grave. A prevalência identificada espontaneamente foi de 3,3% (MOURA; REICHENHEIM, 2005).
- **Campinas** – estudo transversal com objetivo de estimar a prevalência da violência física contra crianças de zero a 13 anos, como método disciplinar, em pacientes do Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 1990, junto a 130 acompanhantes de crianças de 0 a 13 anos de idade. A prevalência de crianças agredidas foi de 10,8%. O critério adotado considerou como agredidas as crianças, cujos responsáveis relataram o uso da força física, batendo em menores de 1 ano, ou crianças com mais de 1 ano que apresentaram lesões após a agressão física (DAVOLI *et al*, 1994).
- **Duque de Caxias** – estudo realizado em 1990, tendo como objetivo conhecer a distribuição da violência física sofrida por jovens. Foram investigados 826 estudantes de escolas municipais e revelou que 31% dos entrevistados referiram ter vivenciado algum tipo de violência física, sendo que 12% relataram ter sofrido punição ou castigos severos. Os casos tiveram concentração nas idades de 11 a 13 anos (ASSIS, 1991).

- **Embu** – estudo transversal, realizado no Município de Embu (SP), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Municipal de Saúde do município. Este trabalho foi um estudo piloto brasileiro, em que foi avaliada uma amostra probabilística de conglomerados, incluindo todos os domicílios elegíveis (mulheres de 15 a 49 anos e filhos menores de 18 anos). A amostra foi de 89 duplas mãe/filho. Os resultados encontrados revelaram que a prevalência da punição física grave contra a criança e/ou adolescente, no ambiente doméstico, foi de 10,1%. Identificou dois fatores associados à violência física grave: experiência materna de punição severa na infância e problemas de saúde mental na criança/adolescente (BORDIN *et al*, 2006).
- **Fortaleza** – estudo transversal, realizado pelo Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade (Iprede) e o Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância Cesar Victora, da Faculdade de Medicina da UFC, em colaboração com o grupo de saúde mental da Universidade Federal de São Paulo e Universidade Mackenzie. A amostra foi composta por 908 mães ou responsáveis de criança desnutridas atendidas na instituição, tendo sido realizado mapeamento das condições de saúde e socioeconômicas das famílias. Entre os resultados, a pesquisa mostrou que a maioria das mães ou responsável pela criança apresentava algum grau de sofrimento emocional, sendo ainda 98% das mães praticantes de violência não grave contra seus filhos. Observou-se que 12% das mães disseram que praticavam violência física de natureza grave e dos pais, 6%. Sacudir a criança menor de dois anos foi a atitude violenta mais comum de ambos os pais. A maioria dos responsáveis praticava violência física não grave (98,1%) e a maioria dos pais fazia uso de bebida alcoólica ou drogas ilícitas. A pesquisa mostrou que a maioria das mães apresentava algum grau de sofrimento emocional: 36,6% das mulheres exibiam humor depressivo; 3,2% estavam com sintomas de depressão (LEITE *et al*, 2008).

As tabelas seguintes sintetizam os resultados de alguns dos estudos referidos há pouco.

TABELA – 3 Síntese de alguns dados encontrados nos estudos epidemiológicos internacionais quanto à prevalência da violência física contra a criança.

TIPO ESTUDO/AUTOR	LOCAL	RESULTADO PRINCIPAL	COMENTÁRIOS
Retrospectivo (HOBBS, 2005)	Inglaterra	Casos de violência física de forma grave – 7%. Abuso sexual – 11%.	Amostra aleatória de 2.869 pessoas com 18 a 24 anos que sofreram abuso quando criança.
Retrospectiva (VIZCARRA <i>et al.</i> , 2001)	Chile	45% das famílias empregavam violência física e 17% psicológica na resolução de conflitos com filhos.	Amostra de 422 famílias com fatores de riscos associados: saúde mental, uso excessivo de álcool e pais vítimas de abuso na infância.
Retrospectivo (FIGUEIREDO <i>et al.</i> , 2004)	Portugal	Prevalência com 73% de violência física, 9,3% tipo severa com sequelas.	Amostra de 1000 adultos, pais de escolares.
Retrospectivo (MOORE, <i>et al.</i> , 2007)	Estados Unidos (2003)	Prevalência de conflitos violentos nos domicílios de crianças- 10,3% Urbana/ Rural	Avaliar diferenças por raça/ etnia.

TABELA – 4 Síntese dos dados encontrados nos estudos epidemiológicos nacionais quanto à prevalência da violência física contra a criança.

TIPO ESTUDO/AUTOR	LOCAL	RESULTADO PRINCIPAL	COMENTÁRIOS
Retrospectivo (MOURA & REICHENHEIM, 2005)	Rio de Janeiro (2001)	Prevalência de abuso físico leve foi de 46%, tendo a grave com 9,9%.	Avaliar práticas educativas, com amostra de 245 entrevistas.
Transversal (DAVOLI, <i>et al</i> , 1994)	Campinas (1990)	Prevalência de violência física grave enquanto medida disciplinar-10,8%.	Estudo com 130 mães de crianças até 13 anos.
Retrospectivo (ASSIS, 1991)	Duque de Caxias (1990).	Prevalência de punição física 31,5% e 12,5% de forma severa.	Estudo realizado com 826 estudantes de escolas municipais.
Transversal (BORDIN <i>et al</i> , 2006)	Embu-São Paulo (1999-2000)	Prevalência de 10,1% de punição física grave	Estimar prevalência de punição física grave de crianças e adolescentes.
Transversal (LEITE <i>et al</i> 2008)	Fortaleza (2008)	Prevalência de violência física grave de 12% pelas mães e 6% pelos pais.	Estudo realizado em crianças desnutridas atendidas no IPREDE

4.7 Fatores de riscos para violência contra criança

Segundo Guerra (1984), a Medicina foi aos poucos incorporando conhecimentos de outras áreas no estudo deste fenômeno, ao mesmo tempo em que se integrou em trabalhos interdisciplinares.

A compreensão dessa violência, de acordo com vários estudos, leva a refletir sobre vários fatores de risco que, quando associados, principalmente com o abuso de álcool e de outras drogas, além do desemprego, provocam conflitos familiares, desencadeando um descontrole e conseqüente agressão contra criança, principalmente.

Mrazek e Haggerly (1994) definem fatores de risco como:

Características, variáveis ou riscos que, se presente para um dado indivíduo, tornam mais provável que ele, mais do que outro qualquer, desenvolva um distúrbio (ou problema). Para qualificar um fator de risco, no entanto, a variável deve estar profundamente associada ao distúrbio e precisa ser antecedente ao mesmo.

Os autores referem ainda que as variáveis que podem ser fatores de risco em um estágio da vida podem colocar ou não um indivíduo em risco em outro estágio do desenvolvimento. Alguns fatores de risco têm papel causal, enquanto outros marcam ou identificam o potencial para o distúrbio.

Alguns fatores de riscos talvez sejam específicos para determinado tipo de violência, no entanto, geralmente há fatores de risco comuns. Normas culturais predominantes, como pobreza, isolamento social, e fatores, como o abuso de álcool e de outras drogas, e o acesso a armas de fogo, são fatores de risco de mais de um tipo de violência (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Segundo Tavares (2006), o isolamento social é considerado fator de risco para a violência familiar contra qualquer pessoa da família, assim como as relações estabelecidas com vizinhos, amigos, parentes e instituições próximas conforma uma rede de apoio social que os protege.

Para alguns autores, quanto mais fatores de risco uma família apresenta, maior a probabilidade de a criança vir a sofrer algum tipo de violência. Brown *et al* (1998), referindo a essa questão, expressam que, se a taxa de abuso de crianças for de 3% na ausência de fatores de risco, esta sobe para 24%, quando quatro ou mais fatores de risco estão presentes.

Conforme Kipper (1999, p. 2), os fatores de risco infantis para a violência incluem: crianças não planejadas; sexo diferente do desejado; crianças “diferentes”, recém-nascidos prematuros, malformados, de baixo peso ao nascer, com algum tipo de deficiência física ou mental, com doenças frequentes ou graves; crianças “difíceis”, hiperativas, apáticas, irritadiças e com distúrbios da alimentação e do sono.

Esclarece ainda que criança que está em fase difícil de desenvolvimento (cólicas do lactente, choro noturno ou treinamento dos esfíncteres); meninos (mais que meninas) até a adolescência, crianças adotadas ou sob guarda, crianças separadas da mãe ao nascer ou com falta de vínculo parental nos primeiros dias de vida, também estão incluídas em fatores de risco.

Souza e Mello Jorge (2006) referem que o consumo de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e outras) e o uso de armas de fogo têm relação de mão dupla com a violência que ocorre com crianças e jovens.

Bringiotti (2000) expressa que, para que a violência ocorra, torna-se necessária a presença de fatores de risco específicos à violência e vulnerabilidade, podendo-se, portanto, compreender por que em muitos casos os fatores de risco estão presentes e a violência não ocorre. Verifica-se que famílias vulneráveis podem ser protegidas por políticas sociais adequadas, prevenindo a violência.

A autora classifica os principais fatores de riscos conforme o nível em que se situam:

- **Fatores individuais - concernentes aos pais** – história de violência na infância, agressividade, baixa tolerância à frustração, expectativas inapropriadas a respeito da idade dos filhos, imaturidade emocional, baixa auto-estima, pobres habilidades interpessoais, falta de capacidade empática, desordens psicológicas, baixa tolerância ao estresse e baixo coeficiente intelectual.
- **Fatores individuais - concernentes aos filhos** – nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, problemas físicos ou psíquicos, hiperatividade, temperamento difícil, passividade, enfermidades freqüentes e severas, problemas de sono e alimentação.
- **Interação familiar** – envolvendo a relação familiar e filhos: agressividade física e verbal, técnicas de disciplina coercitivas e/ou negligentes, ciclo ascendente de conflito e agressão, problemas de comunicação.
- **Fatores sociais** – desemprego, problemas econômicos, insatisfação com o trabalho, tensão no trabalho, isolamento social, falta de apoio social, condições de moradia inadequada, escassez de oportunidades educativas e vizinhança de alto risco (violência no bairro).
- **Fatores culturais** – aceitação do castigo corporal dos filhos, valores e atitudes negativas à infância e à maternidade/paternidade, aprovação cultural do uso de violência.

Para a OMS (2006), os fatores de risco que contribuem para a violência resultam na interação entre a qualidade dos relacionamentos familiares e o estresse ou pressão de fatores externos sobre a família, ou características dos membros da família.

Para essa organização, os fatores relacionados à criança são: idade, gênero e outras características, como, por exemplo, crianças portadoras de deficiência. Em relação à família, cita as condições socioeconômicas dos pais, estresse e isolamento social, perda ou separação dos pais e exposição à violência do parceiro íntimo dentro do lar. Quanto aos fatores sociais e culturais, refere o autoritarismo, atitudes patriarcais e o fato de pertencer a grupos de minoria étnica ou indígenas.

A violência familiar é percebida, portanto, como resultado de características individuais, contextuais e ambientais que, se presentes, aumentam os riscos.

Pires (1999) acrescenta outros fatores, como gravidez na adolescência, promiscuidade dos pais, falta de apego e multigeracionalidade.

A multigeracionalidade, segundo Caminha (1999), é um fenômeno pelo qual crianças expostas à violência doméstica, de modo repetitivo e intencional, se tornam adultos que submeterão crianças às mesmas experiências pelas quais já passaram.

A multigeracionalidade é de grande preocupação, principalmente para um país como o Brasil, onde a realidade social, incluindo a falta de assistência para crianças e famílias “vitimizadas” ou que vivem em situação de violência, o baixo nível de qualidade de vida de grande parte da população e o alto índice de violência urbana, principalmente nas grandes cidades, contribuem para o desencadeamento de tal fator.

5 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 Enfrentamento da violência intrafamiliar contra a criança

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em todo o País como importante modelo de atenção para reordenação da assistência. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Para Andrade *et al* (2006), a Saúde da Família (SF) é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), peculiar do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em equipes multidisciplinares, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias residentes em um território com limites geográficos definidos.

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Destes, a longitudinalidade tem maior relevância por compreender o vínculo do usuário com o serviço de saúde e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos.

A longitudinalidade, ainda para a autora, está fortemente relacionada à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, à continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência.

A ESF é uma estratégia prioritária na operacionalização dos princípios da APS e é capaz de resolver cerca de até 90% das demandas dos serviços de saúde de uma comunidade (ANDRADE *et al*, 2006).

Dessa forma, a ESF é um projeto revolucionário do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão dos gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciada em 1994, apresenta um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto,

ser sustentada por um processo que permita a substituição da rede básica de serviços tradicionais, além de maior qualificação e monitoramento no âmbito dos municípios, visando à melhoria nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população coberta.

Segundo o Ministério da Saúde, até 2008, essa estratégia estava implantada em 5.220 municípios brasileiros, com 29.057 equipes, com cobertura de 46,6% da população brasileira, atendendo mais de 87,7 milhões de pessoas. No Estado do Ceará há uma cobertura de mais de 64,8%, com 1.632 equipes implantadas em todos os 184 municípios cearenses (BRASIL, 2009).

O Município de Fortaleza, desde 2005, implementou essa estratégia como modelo estruturante da Atenção Básica, finalizando o ano de 2008 com 318 equipes e cobertura de 43,44% da população (FORTALEZA, 2006).

Em 2006, foi realizado processo de territorialização em toda a cidade, após o concurso estadual da Estratégia Saúde da Família, com base local. Utilizaram-se os princípios da equidade para selecionar as microáreas que seriam cobertas inicialmente pela ESF, sendo priorizadas as de risco 1, já que o Município não tem uma cobertura de 100% da população (FORTALEZA, 2006, 2007b). A cobertura pela ESF foi definida de acordo com a classificação de risco adotada pela Defesa Civil e SMS, conforme abaixo:

- Risco 1: risco maior, sem infraestrutura urbana e risco social muito alto.
- Risco 2: risco alto, mas com alguma infraestrutura urbana.
- Risco 3: risco social moderado com infraestrutura presente.
- Risco 4: ausência de risco.

Ayres (2002) conceitua risco como chances probabilísticas de susceptibilidades, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função de agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico.

Para Sanchez e Bertolozzi (2007), vulnerabilidade refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recolocam na perspectiva da dupla face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo.

Segundo Ayres (1997), a vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado agravo é determinada por uma série de circunstâncias que podem ser vistas em três ordens de fatores: 1) aqueles fatores que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento do indivíduo, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; 2) aqueles fatores que dizem respeito às ações comandadas pelo Poder Público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, no sentido de reduzir as chances de ocorrência do agravo, e 3) um conjunto de fatores sociais, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão etc.

Portanto, o conceito de vulnerabilidade vai além do caráter individual e probabilístico do conceito clássico de “risco”, uma vez que abrange aspectos coletivos e contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos.

Esse processo de territorialização e priorização inicial da cobertura da SF, de acordo com o risco e vulnerabilidade, foi muito importante, pois além da participação efetiva da população, foram priorizados os que vivem em situação de maior risco e vulnerabilidade, com maior acompanhamento e monitoramento por parte dos profissionais da Saúde da Família. Esses critérios ajudam a melhorar os indicadores daquela área, favorecem um maior vínculo e uma maior relação entre profissional de saúde, unidade e comunidade.

As equipes são formadas por um médico generalista, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e até seis agentes comunitários de saúde.

Atualmente, encontram-se em implantação os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios. Essa proposta foi aderida pelo Município de Fortaleza, que tem como objetivo dar suporte às equipes da SF nas demais profissões, como Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e outras que atuarão como equipe matricial, conforme Portaria Ministerial GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

Com a implantação do NASF, os profissionais terão maior retaguarda na atenção prestada à criança vitimizada e sua família. Possibilitará também maior contribuição na implantação de grupos de autoajuda para os profissionais que atendem esses casos, e para um maior fortalecimento da rede de proteção à criança e adolescente no Município, inclusive junto aos CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

A Estratégia Saúde da Família faz parte de movimento que busca uma atenção integral à saúde, e voltado para uma visão humanizada, numa perspectiva interdisciplinar, privilegiando uma relação mais profunda do profissional de saúde com base em sua responsabilização com a população. Portanto, essa estratégia deve ser compreendida como um processo que conduz os indivíduos e grupos a assumirem ou a ajudarem na melhoria da qualidade de vida. Isso depende também da participação da população, por meio de conhecimentos, compreensão, motivação e adoção de práticas saudáveis.

Para Cavalcanti (1999), a abordagem da família e o fortalecimento dos laços entre profissionais de saúde e a população atendida constituem importantes estratégias que podem contribuir para a prevenção, a identificação e a intervenção em situações de violência familiar. Portanto, as equipes se encontram estrategicamente favoráveis para intervir nas relações interpessoais familiares.

A ESF, para Deslandes, Assis e Santos (2005), referindo Cavalcanti (2002), é uma importante estratégia existente no País, que promete ser muito efetiva no enfrentamento da violência durante a infância. Essa proposta toma a família, e não o indivíduo, como referência para as práticas de saúde, intervindo preventivamente num enfoque comunitário.

Com relação à referência dessa autora, torna-se evidente, diante da gravidade do fenômeno, a necessidade de maior aproximação e acompanhamento dos profissionais da ESF e dos familiares das crianças “vitimizadas”, considerando o sofrimento causado pela perplexidade, indignação e conflitos resultantes dessa vivência. A ESF, portanto, deve desenvolver um cuidado diferenciado para com essas famílias, como também procurar desenvolver ações articuladas com toda rede de atenção e proteção existente dentro e, se necessário, fora do território de sua atuação, proporcionando melhoria na qualidade de vida da família e, conseqüentemente, da criança.

Kairys *et al* (2002) *apud* Ferreira (2005), citam que a atenção desenvolvida por profissionais que atuam diretamente nas comunidades e nas unidades básicas de saúde, por meio das visitas domiciliares realizadas pelas equipes da SF, mostra-se eficaz para provocar mudanças de comportamento de pais/família em risco de perpetrar violência.

A equipe da Saúde da Família, juntamente com a comunidade, deverá desenvolver uma política de prevenção no nível local, dar maior visibilidade ao problema, desconstruindo o que foi construído ao longo dos anos em relação à

violência. Este fenômeno é algo que faz parte da natureza, reforçando o conceito de que ele seja cultural, portanto, podendo ser eliminado da convivência social.

O desenvolvimento de atividades comunitárias, enfocando orientações gerais e específicas sobre os cuidados com a criança, pode fortalecer o vínculo entre família, cuidadores ou responsáveis e equipe de saúde ao mesmo tempo. Podem também prevenir e detectar precocemente situações de violência, reforçando orientações individuais e em grupo e, sempre que possível, ser articuladas com as escolas e creches do território do Centro de Saúde da Família.

Percebe-se que, embora as equipes da Saúde da Família tenham um contato muito próximo com as famílias, existindo maior vínculo em relação aos profissionais que atuam no modelo tradicional, ainda há muitas dificuldades para lidar com a violência nesse âmbito, exigindo-se uma formação orientada e permanente para esse problema.

As equipes da Saúde da Família, ao perceberem a violência contra a criança, poderão melhorar a eficácia das ações voltadas para esse grupo, principalmente as que procuram o serviço por problemas recorrentes. Deve-se fortalecer, portanto, a capacidade dos profissionais de superar a violência, uma vez que a identificação precoce da violência infantil é fundamental na prevenção de sequelas.

Toda violência é injustificável e prevenível, ou seja, pode ser evitada antes de ocorrer, se houver maior sensibilização da sociedade, detecção precoce e medidas de intervenção adequada do Poder Público e da sociedade. A prevenção é indispensável para combater esse fenômeno, por isso as políticas públicas devem priorizar tal aspecto, buscando as causas que ensejam as diversas formas de violência que atingem a população infantil.

A violência, portanto, pode ser evitada e amenizada, assim como foram prevenidas e reduzidas, em todo o mundo, as complicações relacionadas com várias doenças, como a hipertensão arterial, doenças infectocontagiosas, diarreias e muitas outras.

O conhecimento a respeito da violência contra criança e adolescente ainda está em elaboração, em virtude da complexidade do tema e da necessidade de envolvimento de profissionais de variados campos de atuação, sendo necessária maior mobilização de vários setores do governo (em todos os níveis) e da sociedade.

6 METODOLOGIA

6.1 Delimitação do estudo

Estudo transversal.

6.2 Área estudada

O estudo foi realizado no bairro Vicente Pinzon, situado no Município de Fortaleza.

6.3 Caracterização da área estudada

O Município de Fortaleza é constituído por uma área territorial de 313,8 km² e está localizado no litoral norte do Estado do Ceará. Limita-se ao norte e ao leste com o oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga; e ao oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (Anexo C).

Com uma população de 2.458.545 habitantes, Fortaleza é hoje a quarta maior cidade do País. Desta população, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de zero a 19 anos. Apesar de ter população predominantemente jovem, essa situação vem mudando com o aumento progressivo da população idosa, que corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2007b).

Para Vasconcelos (1998), Fortaleza continua com um crescimento urbano intenso, caracterizado pela verticalização e ocupação de novos bairros. Observa-se aprofundamento da desigualdade social, em que as classes pobres convivem com as classes médias e a pequena riqueza, de modo, ao mesmo tempo, disperso e complementar.

O retrato de Fortaleza é o de uma cidade com grande crescimento econômico, sem que, com isso, não haja grandes desigualdades sociais. Semelhantemente a outras cidades do Brasil, observa-se imensa desigualdade de renda, visto que a população pobre, carente de necessidades sociais básicas, representa 44,84% da população total da região metropolitana (FARIAS, 2009).

Em razão do elevado crescimento demográfico e a da extensa ocupação de seu território, o Município de Fortaleza foi dividido administrativamente em seis secretarias executivas regionais – SERs.

As secretarias executivas regionais - SERs (Anexo 4) funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Para tanto, cada SER apresenta uma organização em distritos que executam as macropolíticas definidas pela estrutura municipal (FORTALEZA, 2007b).

O bairro objeto do estudo está localizado na Secretaria Executiva Regional II (SER II), que representa 14,6% da população geral do Município de Fortaleza, comportando uma população de 358.028 habitantes. A SER II possui extensão territorial em torno de 4.933,90 hectares, englobando 20 bairros: Centro, Praia de Iracema, Meireles, Aldeota, Mucuripe, Varjota, Vicente Pinzon, Cais do Porto, Papicu, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Joaquim Távora, Dionísio Torres, Cocó, Cidade 2000, Dunas, São João do Tauape, Salinas, Guararapes e Engenheiro Luciano Cavalcante (Anexo E).

A SER II caracteriza-se como um território com maior concentração de renda do Município de Fortaleza. Possui um complexo turístico com grandes hotéis de luxo e restaurantes, redes de farmácias, supermercados, praias, o centro

comercial da cidade, cinemas, teatros e os *shoppings* mais frequentados, distribuídos pelos bairros.

Essa Secretaria está dividida em 291 microáreas, que foram classificadas pela Defesa Civil e SMS, quanto ao risco, em: 18% de Risco 1; 37% de Risco 2; 35% de Risco 3 e 10% de Risco 4. Dessa forma, as microáreas consideradas mais vulneráveis em termos ambientais e de infraestrutura representam 50% do total da SER II e 41% da população (FORTALEZA, 2006).

Observando os indicadores sociais, a SER II detém os bairros de Fortaleza com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)² considerado alto. Dos 20 bairros da “Regional”, sete possuem IDH alto, variando de 0,735 a 0,916; nove possuem IDH considerado médio, variando de 0,479 a 0,684, enquanto apenas três bairros possuem IDH baixo, variando de 0,386 a 0,404 (FORTALEZA, 2007).

Quanto à renda média *per capita*, os dados do IBGE (2000) indicam que a SER II concentra a maior renda média mensal do chefe de família. Ainda de acordo com esses dados, dos dez bairros com maiores rendas *per capita* de Fortaleza, nove se encontram na SER II.

Embora tenha essa característica de maior concentração de renda do Município, vivencia também uma grande contradição: ao lado de grandes condomínios e áreas turísticas com grandes e luxuosos hotéis e restaurantes, depara-se com áreas de extrema miséria, com pessoas vivendo em condições desumanas.

Percebem-se, dessa forma, grandes desigualdades entre os bairros da SER II, tanto demográficas, como sociais. Nesta “Regional”, encontram-se 42 favelas inseridas entre os bairros, sendo o Vicente Pinzon e o Papicu os que possuem o maior número de favelas. O bairro Dunas, por exemplo, é composto por apenas 1.798 habitantes, enquanto o bairro Vicente Pinzon responde por 39.551 habitantes, sendo 20.408 do sexo feminino e 19.143 do masculino (IBGE, 2000). Ao analisar o IDH, são atingidos valores que variam do mais baixo (0,386), no Cais do Porto, ao mais alto (0,916), no Meireles.

O bairro Vicente Pinzon, localizado na faixa de mar próximo ao porto do Mucuripe, abriga o antigo farol, e por essa razão é conhecido como “Farol Velho”.

² IDH - O IDH é um índice usado pela ONU para medir o desempenho dos países em três áreas: saúde, educação e padrão de vida. O índice é composto por estatísticas de expectativa de vida, alfabetização adulta, quantidade de alunos na escola e na universidade e o produto interno bruto (PIB) *per capita*.

Geograficamente está limitado ao leste, pelo mar, e ao oeste pelos gasodutos da Nacional Gás. O bairro foi escolhido para a realização do estudo em razão das características da comunidade (violência, presença de tráfico de drogas, baixa renda, área de praia, presença da exploração sexual) e implantação, desde 1998, da Estratégia Saúde da Família.

Em matéria do *Diário do Nordeste*, de 20 de outubro de 2008, foram elencados 13 bairros periféricos de Fortaleza, apontados como redutos de criminalidade, conforme o quadro seguinte. Esses bairros, que vivem sob a sombra da violência, foram mapeados, pelas autoridades de segurança pública, como aqueles de maior incidência de crimes, em que a ação ostensiva da polícia tem se tornado cada vez mais presente, sem, no entanto, inibir a ação de traficantes, ladrões e “ganguinhos” (RIBEIRO, 2008).

VIOLÊNCIA – 2008		
SER	BAIRRO	Nº DE HOMICÍDIOS – Até 15/10/2008
VI	Messejana	24
V	Bom Jardim	23
VI	Conjunto Jereissati	17
VI	São Miguel	17
I	Pirambu	15
II	Vicente Pinzon	13
VI	Barroso	12
I	Vila Velha	11
VI	Palmeiras	09
VI	Jangurussu	07
I	Barra do Ceará	07
II	Centro	07
V	Planalto Ayrton Senna	05

QUADRO – 1 Bairros mais violentos de Fortaleza e números de homicídios. Fortaleza, 2008.

Fonte: Ribeiro (2008)

O IDH do bairro, quanto à média de anos de estudo do chefe de família, é baixo (0,400); em relação à taxa de alfabetização, é alto (0,847); a renda média do chefe de família (em salários mínimos) é baixa (0,191), representando, portanto, 0,479 do IDH geral (FORTALEZA, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza iniciou, no ano de 2005, um processo de (re) territorialização de toda a Cidade, delimitando áreas³ e microáreas⁴

³ Área - É um conjunto de microáreas cobertas por uma equipe da Saúde da Família, responsável pelo atendimento de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território com limites geográficos definidos (BRASIL, 2000a).

de cada equipe da Saúde da Família. Nessa delimitação, cada agente de saúde foi lotado no território onde morava.

O bairro Vicente Pinzon possui população de 39.551 habitantes (IBGE, 2000), em torno de 10.689 famílias. Com a territorialização, o bairro foi dividido para atendimento em três centros de Saúde da Família, existentes no bairro.

Este estudo foi realizado em uma dessas unidades, denominada Aida Santos, cujo atendimento da ESF abrange 65% da população (25.707 habitantes), correspondendo a 6.948 famílias. Os demais são atendidos pelo CSF Flávio Marcílio (10%) e pelo CSF Odorico de Moraes (25%).

O cadastramento realizado pelos ACS, em 2008, envolveu somente famílias de 29 microáreas, totalizando 4.117 famílias (excluídos os domicílios desocupados).

O CSF Aida Santos está dividido em cinco áreas e 41 microáreas, sendo que apenas 19 estão cobertas pelos agentes comunitários de saúde. O estudo abrangeu 29 microáreas, sendo 19 acompanhadas pelos ACS e dez não, distribuídas pelas cinco áreas, o que representa 59,3% da população coberta por essa Unidade.

O Centro Saúde da Família Aida Santos foi escolhido para o desenvolvimento da pesquisa em virtude de ser a referência no serviço de saúde para 65% da população do bairro, de ter maior tempo de implantação da ESF naquele bairro e o fato de muitos dos profissionais trabalharem na unidade desde o início da implantação da Saúde da Família. Vale ressaltar que a coordenação atual desse Centro foi indicação das lideranças da área, uma vez que a profissional era uma das enfermeiras da equipe e vinha desenvolvendo suas atividades na localidade há, aproximadamente, oito anos.

6.4 População do estudo

A população do presente estudo foi obtida com base nos dados do último cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF da área do Vicente Pinzon, concluído em novembro de 2008.

⁴ Microáreas - Espaço geográfico delimitado onde habitam entre 400 a 750 pessoas, correspondendo ao espaço geográfico de cobertura de um agente comunitário de saúde (BRASIL, 2000a).

Das 6.635 famílias previstas nas 41 microáreas, o estudo abrangeu 4.117 famílias (62%), distribuídas em 29 microáreas (71%) que, por sua vez, estão distribuídas nas cinco áreas.

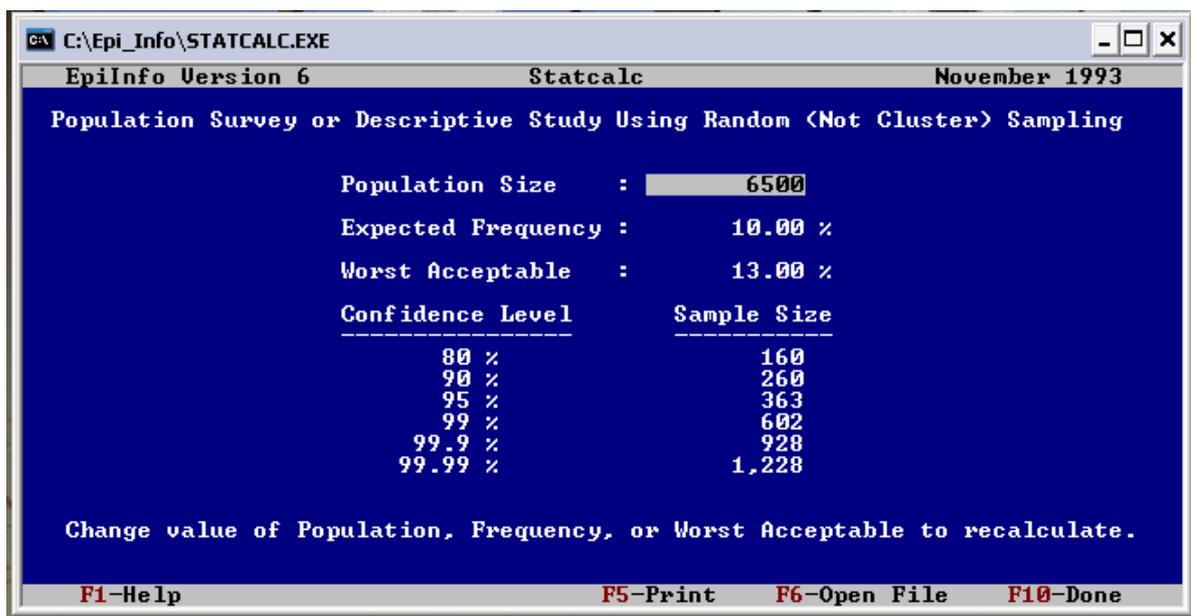
O plano de seleção da amostra compreendeu todos os domicílios elegíveis das famílias cadastradas, ou seja, aqueles domicílios, em cujos residentes incluísse, pelo menos, uma mãe/responsável com idade entre 15 a 49 anos e que tivesse, no mínimo, uma criança na idade de zero a 12 anos, em novembro de 2008 (mês de início da coleta dos dados). Nos casos em que foram encontradas mais de uma mãe/responsável e/ou mais de um filho nas faixas etárias pré-estabelecidas num mesmo domicílio, foi sorteada pela pesquisadora principal uma delas, para fazer parte do estudo, que foi designada como “mãe-índice” e “criança-índice”.

Quanto à idade da criança, foi observada a faixa etária entre zero a 12 anos no momento da entrevista. As crianças com doze anos completos na data da entrevista foram excluídas do estudo. Nesse momento, a entrevistadora verificava se nesta família sorteada havia outras crianças que atendessem ao critério da faixa etária para um novo sorteio. Se negativo, agradecia a presença da mãe/responsável e realizava um novo sorteio. Caso positivo, fazia o mesmo procedimento descrito. A idade da mãe obedeceu ao mesmo critério de sorteio, devendo estar na faixa etária entre 15 e 49 anos. Em relação aos domicílios elegíveis e que foram desocupados antes que a mãe-índice fosse entrevistada, por ocasião da visita do ACS, foram substituídos por outro com famílias ocupadas, ou por um novo após três tentativas de verificação da ocupação.

6.4.1 Tamanho e composição da amostra

O cálculo amostral foi realizado com base na estimativa de proporções com um determinado grau de precisão (Quadro 2). Adotando a prevalência de violência física de natureza grave contra criança, baseada em literatura que é em torno de 10% (DAVOLI, 1994; FIGUEIREDO *et al*, 2004) a 20% (BORDIN *et al*, 2006) e determinada a precisão relativa como 20% (intervalo de confiança de p entre 8% e 12%), obteve-se um tamanho da amostra estatística de 363 famílias, calculada pelo programa Epi-Info - versão 6.0 4b (1994). Essa amostra foi acrescida de 20%, em virtude das possíveis perdas, totalizando 436 famílias. A

amostra por microárea foi distribuída de forma proporcional à quantidade de famílias elegíveis.



QUADRO 2 - Tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência p com intervalo de confiança de 95% e precisão relativa e^* .

Foram realizadas 412 entrevistas. Deste total, foram identificadas e retiradas dez entrevistas que não atendiam aos critérios estabelecidos, como, por exemplo, criança-índice com 12 anos completos (dois casos), mãe/responsável que foi entrevistada duas vezes, em horários e entrevistadoras diferentes (um caso), mães/responsáveis que tinham mais de 49 anos (dois casos) e cinco casos que haviam substituído mães/responsáveis, inicialmente sorteadas, que não compareceram às entrevistas, uma vez que estas mães/responsáveis foram entrevistadas posteriormente. Nesta situação, optou-se pelas mães do primeiro sorteio.

A amostra final do presente estudo totalizou 402 mães/responsáveis, composta por 223 crianças do sexo feminino e 179 do masculino, demonstrada na tabela a seguir.

TABELA – 5 Amostra final segundo sexo e faixa etária das crianças (N=402).

Faixa etária (meses)	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5 – 23	21	58,3	15	41,7	36	9,0
24 – 71	66	54,5	55	45,5	121	30,1
72 – 143	136	55,5	109	44,5	245	60,9
Total	223	55,5	179	44,5	402	100,0

Vale ressaltar que, das 436 famílias sorteadas, 51 famílias não foram entrevistadas, devido a: (1) recusas (N=2) e (2) mais de três faltas em entrevistas previamente agendadas (N=49). Destas, 17 famílias foram substituídas por outras de acordo com os critérios estabelecidos, e 34 deixaram de ser entrevistadas em virtude de já ter sido atingido o total de 402 entrevistas, quantidade superior à amostra calculada de 363 famílias (9% a mais).

No momento da pesquisa, observaram-se muitas mudanças das famílias sorteadas: desapropriação de suas residências e grande mobilidade na comunidade, situação comum em população de baixa renda.

Foi adotado, em todos os testes estatísticos, o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Inicialmente foram selecionados todos os domicílios elegíveis, pertencentes a todas as microáreas cadastradas da área coberta pelo CSF Aida Santos, através da Ficha A - ficha de cadastramento das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (Anexo F).

As fichas foram armazenadas de forma sistemática, separando as elegíveis e as não elegíveis. Com tal organização, selecionou-se o primeiro cadastro elegível da primeira microárea, sempre observando se estava de acordo com os critérios previamente estabelecidos pelo estudo.

Com origem nessa família inicial, prosseguiu-se com a seleção das demais, contando, subsequentemente, de cinco em cinco cadastros, e assim sucessivamente, até completar o número necessário para obtenção da amostra de cada microárea.

Nos casos em que foi detectada, na seleção, família que não atendia aos critérios estabelecidos, como, por exemplo, existência de criança morando somente com o pai, selecionou-se a família do cadastro vizinho do lado direito que atendia aos critérios.

6.4.2 Treinamento das entrevistadoras

A coordenadora da pesquisa participou de capacitação, com carga horária de 4 horas, na cidade de São Paulo, ministrada pela pesquisadora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que atuou na coordenação da pesquisa WORLDSAFE de Embu. Nesse treinamento, foi discutido todo o

instrumental, o qual já havia sido objeto de estudo prévio pela pesquisadora principal, o que facilitou o processo.

Durante o treinamento foram discutidas as dúvidas que ainda existiam, seguindo cuidadosamente todos os instrumentos e questões. Foi aproveitado o momento para discussão da metodologia, além de alguns conceitos e definições utilizados no estudo.

Em Fortaleza, a pesquisadora principal repassou esse treinamento para as duas profissionais designadas para atuar na pesquisa, discutindo passo a passo os instrumentos com essas entrevistadoras. Essa discussão resultou na elaboração de um manual para o entrevistador, que trata das questões com maiores questionamentos, além de procedimentos operacionais.

Foi realizado um teste-piloto da aplicação dos questionários de pesquisa, como exercício prático, em que foram entrevistadas 20 mães/responsáveis de um Centro de Saúde da Família de outra “Regional”. Estas entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e pelas entrevistadoras contratadas sob o acompanhamento da pesquisadora principal.

Após cada entrevista desse teste, foram realizadas discussões para esclarecimento das dúvidas porventura apresentadas pelas pesquisadoras contratadas, e efetuados os ajustes necessários.

6.4.3 Coleta de dados

A coordenadora/pesquisadora principal do estudo, antes de iniciar a pesquisa de campo, realizou várias visitas à unidade onde foram realizadas as entrevistas, CSF Aida Santos, uma delas com o orientador. Esta visita teve como intuito conhecer a realidade local e discutir com os ACS e coordenação da Unidade a territorialização realizada no bairro. Buscou-se também detectar possíveis problemas que pudessem interferir no estudo.

A pesquisadora principal apresentou na roda⁵ da unidade, com a participação do conselho local, a pesquisa, seus objetivos e metodologia. Na ocasião, foi pactuada com os profissionais e coordenação a disponibilização de atendimento às mulheres entrevistadas e respectivas crianças, caso fosse

⁵ Roda – É o método de cogestão de coletivos, que se apresenta no contexto das práticas da gestão pública como proposta de democratização das relações de poder entre as pessoas (CAMPOS, 2000).

detectado algum problema que necessitasse de atenção mais específica. Esse processo foi discutido também com o distrito de saúde da SER II e a Coordenação Regional da Saúde Mental, pois muitas das mães/responsáveis entrevistadas necessitavam de encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principalmente CAPS de álcool e de outras drogas da SER II.

Foi realizada, também, reunião com todos os agentes comunitários de Saúde do CSF Aida Santos, ocasião em que foram apresentados os critérios de seleção, a importância das visitas e do trabalho a ser realizado por eles, para a concretização do estudo. Para essa estratégia de sistematização do trabalho de campo com os ACS, foi confeccionado convite para formalizar a solicitação da participação das mães/responsáveis. As visitas realizadas pelos ACS foram acompanhadas pela coordenadora da pesquisa.

Esse convite foi confeccionado em duas vias, sendo um entregue no domicílio e o outro devolvido à pesquisadora principal, com assinatura de recebimento e número de telefone das mulheres. Essa estratégia ajudou a pesquisadora nos contatos diários para maiores esclarecimentos sobre a importância da participação das mães/responsáveis na pesquisa. Nesses contatos, também eram realizados ajustes em datas e horários, de acordo com a disponibilidade das mães. O convite era entregue à mãe/responsável ou a alguém da família, quando essa não se encontrava.

A pesquisa de campo ocorreu no período de 28/11/2008 a 16/01/2009, perfazendo um total de 46 dias (todos os dias da semana, incluindo os sábados e feriados). Nos dias úteis, as entrevistas foram realizadas por duas entrevistadoras, além da pesquisadora principal (uma enfermeira, com conhecimento na área de saúde mental, e uma assistente social, com experiência na área de violência contra criança).

Para realização das entrevistas, foram garantidos privacidade e ambiente adequado, livre de barulho e sem interrupção.

Por ocasião das visitas, as mães/responsáveis foram esclarecidas sobre a pesquisa, informando-se tratar-se de um estudo acerca da saúde da mulher e da criança (sem especificar os detalhes), com o objetivo de evitar qualquer suscetibilidade que produzisse viés de informação, uma vez que se trata de uma temática de abordagem difícil e que produz constrangimento ao discutir sobre o assunto. Foi mencionado também que as entrevistas seriam realizadas com base em um questionário com perguntas abertas e fechadas, com duração média de 50

minutos, realizadas no CSF Aida Santos. Após esse contato e aceitação de sua participação, as entrevistas eram agendadas em data e horário de sua escolha.

As famílias sorteadas foram visitadas pelo ACS da microárea de sua responsabilidade. As que residiam nas microáreas descobertas foram visitadas pelos ACS que cobriam a área vizinha ou, em alguns momentos, por mais de um ACS, dependendo da microárea, uma vez que muitas delas eram distantes da unidade ou consideradas muito violentas.

Para que fosse obtido o número previsto de mães identificadas e evitar perdas para o estudo, caso o domicílio selecionado estivesse fechado durante a visita do ACS, foram realizadas novas buscas na mesma casa, com apresentação de novo convite, até três visitas, em dias úteis, para cada domicílio. Algumas vezes as tentativas de contato ocorriam à noite e em finais de semana, até conseguir o agendamento e comparecimento na entrevista.

Quando a mãe/responsável não compareceu à entrevista, a pesquisadora principal providenciou a sua substituição pelo cadastro vizinho, de acordo com os critérios estabelecidos. No total, foram substituídas 91 famílias, finalizando a pesquisa com 402 entrevistas.

O trabalho desenvolvido pelos ACS foi de fundamental importância para o êxito da pesquisa. A participação, o envolvimento e o compromisso de todos ajudaram na agilidade do processo de captação dessas mães. O fato de serem moradores da comunidade (conhecidos por grande parte da comunidade) foi determinante para garantir livre acesso às famílias, como também para minimizar os riscos relacionados à situação de violência e tráfico de drogas, presentes nesse bairro.

Quanto ao acolhimento das crianças e como forma de assegurar tranquilidade às mães nas entrevistas, foi implantada uma brinquedoteca em local reservado, com a presença de uma profissional responsável por essa atividade, onde foram oferecidos lanches para crianças e mães. Esse local era também utilizado para acolhimento de mãe/responsável, que aguardava sua vez de participar da entrevista.

Outra questão considerada importante para esse processo foi o apoio dado em relação ao transporte, uma vez que, em alguns momentos, se tornou necessário ir apanhar e deixar a mãe/responsável em casa.

6.5 Critérios de diagnósticos e de exposição

6.5.1 Variável dependente

Foi considerada como variável dependente “algum tipo de violência física” (grave e/ou não grave) contra a criança no ambiente domiciliar nos últimos 12 meses, sendo a mãe/responsável e/ou o pai/companheiro da mãe os possíveis agressores.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
Violência Física Grave	Definição baseada no consenso do WorldSAFE conduzido por membros do comitê, incluindo comportamento considerado severo no Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos, como sacudir a criança, se de idade ≤ 2 anos, chutar, esganar, sufocar, bater nas nádegas com objeto, queimar, espancar e ameaçar com faca ou revólver, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (BORDIN, <i>et al</i> , 2004).	Categórica
Violência Física Não Grave	Definida como sacudir a criança se de idade ≥ 3 anos, dar palmadas nas nádegas, puxar a orelha, puxar o cabelo, beliscar, dar croque na cabeça, dar tapa na cara ou atrás da cabeça e ajoelhar ou ficar de pé com castigo adicional, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (BORDIN, <i>et al</i> , 2004).	Categórica

QUADRO – 3 Violência física de natureza grave e/ou não grave contra criança no ambiente doméstico nos últimos 12 meses.

6.5.2 Variáveis independentes

Foram examinados quatro grupos de fatores, possivelmente associados a algum tipo de violência física (grave e/ou não grave), contra a criança no ambiente doméstico, relacionados à criança, mãe/responsável, marido/companheiro da mãe e família, respectivamente.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
RELACIONADO À CRIANÇA		
Sexo	Sexo feminino ou masculino.	Categórica
Idade	Idade da criança em dia/mês/ano.	Numérica/ contínua
Frequenta ou Frequentou a Escola	Criança que está na escola, tendo sido considerada a partir da primeira série.	Dicotômica (Si / No)
Atraso Escolar	Considerou atraso escolar se fosse encontrado pelo menos um ano de atraso em relação à série que deveria estar cursando, segundo a idade cronológica.	Categórica
Problemas de Saúde Física	Foram considerados problemas de saúde física, quando encontrado pelo menos um dos itens: mau estado geral de saúde, problema permanente de audição/fala/visão, defeito físico ou incapacidade física e permanente.	Categórica
RELACIONADO À MÃE		
Escolaridade	Série que a mãe concluiu.	Categórica
Sem Trabalho Remunerado	Foi considerado quando a mãe não recebia nenhum tipo de remuneração.	Dicotômica (Si/No)
Estado Geral de Saúde Física Materna	Definida de acordo como a mãe, considerava sua saúde: excelente, muito boa, na média/boa ou ruim.	Categórica
Problema De Saúde Mental Materna	Foi definido de acordo com os problemas apresentados (escores acima do ponto de corte no SRQ-20), escore ≥ 7 .	Dicotômica (Si/No)
Uso de Bebida Alcoólica nos Últimos 12 Meses	Definida se ingeriu bebida alcoólica como cerveja, vodka, cachaça e outros, nos últimos 12 meses, independente da quantidade.	Dicotômica (Si/No)
Embriaguez nos Últimos 12 Meses	Definida como embriaguez nos últimos 12 meses, independente da quantidade ingerida.	Dicotômica (Si/No)
Uso de Drogas Ilícitas nos Últimos 12 Meses	Fez uso de maconha, crack, cocaína ou outras drogas ilícitas nos últimos 12 meses, independente da quantidade.	Dicotômica (Si/No)
Antecedentes de Violência Física Severa na Infância	Violência Física severa sofrida na infância por pais ou responsáveis, pelo menos uma vez.	Dicotômica (Si/No)
Violência Conjugal Física nos Últimos 12 Meses	Definida como a presença de, pelo menos, um dos seguintes itens: chutes, soco, espancamento e uso ou ameaça com arma nos últimos 12 meses.	Categórica
Violência Conjugal Física ao Longo da Vida	Definida como a presença de violência conjugal física grave ao longo de sua vida, baseado no CTS, instrumento utilizado para identificar violência entre casais (MORAES <i>et al</i> , 2002).	Dicotômica (Si/No)
RELACIONADO AO MARIDO/COMPANHEIRO		
Escolaridade	Refere-se à série completa que estudou.	Categórica
Sem Trabalho Remunerado	Definido quando o marido/companheiro não recebeu nenhum tipo de remuneração	Dicotômica (Si/No)
Uso de Bebida Alcoólica nos últimos 12 Meses	Definida se ingeriu bebida alcoólica como cerveja, vodka, cachaça e outros, nos últimos 12 meses, independente da quantidade.	Dicotômica (Si/No)
Embriaguez nos últimos 12 Meses	Definida como embriaguez nos últimos 12 meses, independente da quantidade ingerida.	Dicotômica (Si/No)

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
Uso de Drogas Ilícitas nos últimos 12 Meses	Uso de maconha, crack, cocaína ou outras drogas ilícitas nos últimos 12 meses, independente da quantidade.	Dicotômica (Si/No)
RELACIONADO À FAMÍLIA		
Nível Sócio-Econômico	Definida como condições sócio-econômicas segundo o poder de consumo da família, poder econômico para adquirir bens.	Numérica

QUADRO – 4 Fatores de risco para violência física de natureza grave e não grave contra a criança no ambiente doméstico nos últimos 12 meses e ao longo da vida.

6.6 Instrumentos

Instrumentos de pesquisa que foram utilizados para coleta dos dados (Anexo 7):

- Questionário (CORE) – instrumento padronizado desenvolvido pelo Comitê Diretor do WorldSAFE para avaliação da violência intrafamiliar e fatores associados;
- Questionário de Rastreamento para Problemas de Saúde Mental em Adultos (SRQ) – instrumento de triagem com 20 itens para identificar problemas de saúde mental em adultos da comunidade;
- Questionário de Classificação Econômica Familiar (ABEP) – desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (1997) para a determinação de classes econômicas, segundo o poder de consumo da família.

Estes instrumentos são descritos a seguir.

6.6.1 Questionário específico do WorldSAFE (CORE)

O *Questionnaire on domestic violence* (CORE questionnaire) é um instrumento padronizado, desenvolvido, desde 1998, pelo comitê diretor do WorldSAFE para avaliar a violência doméstica e outros fatores. Esse comitê diretor é composto por Sadowiski L, Hunter W, Runyan D, Bangdiwala SI (Estados Unidos), Bordin IAS (Brasil), Munhoz S (Chile), Jain D (Índia), Jeyassen L, Ramiro L (Filipinas) e Hasson F (Egito). A versão brasileira do instrumento foi traduzida e retro

traduzida por Isabel AS Bordin e Cristiane S. de Paula em 1998 e engloba inúmeros dados familiares, entre eles, punição física contra criança/adolescente. A seção relativa à punição física contra criança/adolescente é parcialmente baseada no instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* com permissão dos autores (STRAUS *et al*, 1998)

O *Core questionnaire* é composto por sete questões objetivas e subjetivas que incluem características sociodemográficas, violência contra a criança, violência conjugal, uso de álcool e outras drogas pela mãe/responsável e pelos pais/companheiro da mãe/responsável nos últimos 12 meses (BORDIN *et al*, 2004).

No presente estudo, utilizou-se uma versão reduzida do Core Questionnaire incluindo além de dados relativos à punição física contra a criança, a mulher, sociodemográficos familiares, dados relativos à saúde física da criança, da mulher, informações sobre a saúde mental da mulher e sobre uso de álcool e outras drogas dos pais.

6.6.2 Questionário de Rastreamento para Problemas de Saúde Mental em Adultos (SRQ).

Instrumento constituído por 20 questões com respostas objetivas (sim/não) que rastreiam morbidade psiquiátrica não-psicótica. Pontuações iguais ou superiores a oito, numa escala de zero a 20, são utilizadas como indicativas de morbidade psiquiátrica. A partir da estrutura fatorial do SRQ-20 proposta por Iacoponi e Mari (1988), foram criadas quatro novas variáveis: “falta de energia”, “sintomas somáticos”, “estado depressivo” e “pensamentos depressivos”, conforme o quadro abaixo.

FALTA DE ENERGIA
Questões do SRQ-20
8) Tem dificuldades de pensar com clareza?
11) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
12) Tem dificuldades em tomar decisões?
13) Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
18) Sente-se cansado o tempo todo?
20) Você se cansa com facilidade?
SINTOMAS SOMÁTICOS
Questões do SRQ-20

1) Tem dores de cabeça freqüentes?
2) Tem falta de apetite?
7) Tem má digestão?
19) Tem sensações desagradáveis no estômago?
HUMOR DEPRESSIVO
Questões do SRQ-20
6) Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?
9) Tem se sentido triste ultimamente?
10) Tem chorado mais do que de costume?
PENSAMENTOS DEPRESSIVOS
Questões do SRQ-20
14) Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
15) Tem perdido o interesse pelas coisas?
16) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
17) Tem tido a idéia de acabar com a vida?

QUADRO –5 Estrutura fatorial do SRQ-20

Para a Organização Mundial de Saúde (1994) *apud* Bordin *et al* (2004), esse instrumento é utilizado para identificar problemas de saúde mental em adultos da comunidade, especialmente aqueles de países em desenvolvimento. Neste estudo, o *Self-Report Questionnaire* (SRQ) foi utilizado para avaliar a saúde mental das mães.

6.6.3 Questionário de Classificação Econômica Familiar (ABEP)

Questionário desenvolvido pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa-ANEP (1997) *apud* Bordin *et al* (2004), para a determinação de classes econômicas, segundo o poder de consumo da família. O instrumento inclui uma combinação de itens para identificar a classe social da família: escolaridade do chefe da família, poder econômico familiar para aquisição de bens de consumo (eletrodomésticos e veículos), número de banheiros no domicílio e número de empregados mensalistas. Cinco classes sociais foram estabelecidas segundo o escore total obtido: A (25-34), B(17-24), C(11-16), D(6-10), E (0-5). Quanto menor o escore, mais baixo será o poder de compra da família.

6.7 Controle de qualidade

Os trabalhos das ACS e das entrevistadoras da pesquisa foram supervisionados e acompanhados pela coordenadora/pesquisadora principal do estudo, com apoio da coordenação da unidade.

A maioria das mães recebeu uma ligação da pesquisadora principal para confirmar sua participação na pesquisa. Todas as mães/responsáveis que faltavam às entrevistas eram contactadas pelos ACS (três vezes cada família), cujo controle dos contatos era realizado pela pesquisadora principal, mediante o arquivo da segunda via do convite, assinada pela mãe/responsável. As ligações para confirmação da participação nas entrevistas serviam também para ratificar o recebimento dos convites pelas mães/responsáveis.

Para aferir a qualidade dos trabalhos realizados pelas entrevistadoras, foi extraída amostra de 5% das entrevistas, cujas mães foram submetidas novamente a uma rápida entrevista com a pesquisadora principal, ocasião em que era aplicada uma questão aleatória de cada instrumento da pesquisa, para formar convicção sobre a correta aplicação dos questionários. Essa amostra foi distribuída por todo o período da pesquisa, sendo que as verificações eram realizadas semanalmente.

Outro procedimento de aferição adotado foi revisão diária dos questionários pela pesquisadora principal. Esse procedimento contribuiu para deixar as entrevistas o mais claro possível e evitar qualquer problema na digitação. No final da pesquisa de campo e, antes de serem encaminhados para digitação, foi feita nova avaliação de todos os questionários respondidos. Inicialmente, foi realizado um teste-piloto de digitação dupla com 20 questionários; uma realizada pela pesquisadora principal e a outra por um dos digitadores da pesquisa. Após esse processo, foram colocados os dois bancos em uma planilha de Excel e verificada a sua consistência.

6.8 Facilidades e dificuldades encontradas

As situações consideradas como facilitadoras e dificultadoras para a realização da pesquisa serão descritas a seguir.

6.8.1 Facilidades

- Participação da coordenadora/pesquisadora principal também como entrevistadora durante todo o período da pesquisa;
- conhecimento da coordenadora/pesquisadora principal da maioria dos profissionais e das lideranças locais;
- conhecimento e envolvimento das entrevistadoras na temática;
- revisão diária dos questionários;
- apoio da Secretaria Municipal de Saúde/Sistema Municipal de Saúde Escola;
- apoio da Secretaria Executiva Regional, Distrito de Saúde/Célula da Atenção Básica/Coordenação da Saúde Mental da SER II;
- apoio da coordenação do Centro de Saúde da Família Aida Santos e de seus profissionais;
- apoio dos agentes comunitários de saúde durante toda a pesquisa, inclusive em outras microáreas;
- apoio do Conselho Local e Regional de Saúde;
- acesso à linha telefônica/celular por um grande número de famílias selecionadas;
- apoio financeiro e de recursos materiais de vários parceiros – Sistema Municipal de Saúde Escola, Fundação da Criança e Família Cidadã (FUNCI), Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Empresa Big Gyn, Atenção Básica das SER IV, V, apoio de familiares e amigos.

6.8.2 Dificuldades

- Demora na liberação de recursos pela FUNCAP, o que provocou atraso no início do estudo;
- tamanho da amostra, diante do tempo disponibilizado, recurso e complexidade da metodologia;
- agendamento com a maioria das mães, por não terem disponibilidades de tempo, nem mesmo aos sábados;
- violência no bairro, prejudicando a realização das visitas em alguns horários;

- presença de medo das entrevistadoras para realização das entrevistas, principalmente em horários de não-funcionamento da Unidade;
- localização da unidade (local onde ocorrem muitos assaltos ou passagem dos assaltantes);
- período da realização da pesquisa (final de ano e férias);
- muitas microáreas descobertas no território, dificultando a visita dos ACS, em especial às famílias que moravam nas microáreas mais distantes;
- inexistência de cadastramento de todas as famílias do território estudado;
- e
- não-cobertura total da população pela Estratégia Saúde da Família.

6.9 Digitação dos dados

A elaboração dos bancos de dados relativos aos questionários aplicados (CORE, SRQ, ABEP) mostrou-se bastante complexa, exigindo total dedicação da pesquisadora principal para que o manejo dos dados fosse realizado com o máximo de rigor, para garantir qualidade ao estudo.

Todos os questionários foram digitados duas vezes (por pessoas e em momentos diferentes), como forma de reduzir possíveis falhas operacionais e erros no programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 1998) e no programa EPIINFO 6.04 (DEAN *et al*, 1994).

6.9.1 Análise estatística

A análise estatística foi realizada com a utilização de tabelas de frequência simples (análise descritiva); inferencial (análise bivariada), tabelas de contingência, intervalo de confiança de 95% e teste do qui-quadrado, com a finalidade de identificar associações entre as variáveis categóricas. Em todas as análises, foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Protocolo COMEPE N° 72/08), conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que rege a ética da pesquisa em seres humanos. Foram obedecidos os princípios da tomada de decisão consciente: esclarecimento aos participantes dos objetivos da pesquisa, respeito à recusa e ao consentimento livre e expresso por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Nesses instrumentos, foram contidas todas as informações sobre a pesquisa: solicitação da participação voluntária no estudo, esclarecimento sobre a garantia de sigilo e de privacidade das informações, tendo sido assegurado que esse material seria usado exclusivamente para fins de pesquisa.

O termo de consentimento foi lido inicialmente e disponibilizada cópia para cada participante, após sua aprovação (Apêndice B).

A pesquisa de campo no bairro Vicente Pinzon foi desenvolvida após prévia autorização concedida pelo Sistema Municipal de Saúde Escola, pela Coordenadoria Especial da Atenção Básica, pela Chefia do Distrito de Saúde da SER II e pela Coordenadora do CSF Aida Santos (APÊNDICE A).

Conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), a pesquisa não ofereceu riscos aos participantes, em razão da sua natureza, cujos preceitos foram seguidos.

8 RESULTADOS

Foram estudadas 402 mães/responsáveis de crianças entre zero a 12 anos; 223 (55,5%) eram meninas e 179 (44,5%) meninos; 157 (39%) eram menores de seis anos de idade e 245 (60,9%) estavam nas idades de seis a doze anos.

Com relação às meninas, 21 (9,4%) eram menores de 24 meses, 66 (29,6%) estavam entre 24 a 71, e 136 (61%) na faixa etária de 72 a 143 meses. Quanto aos meninos, 15 (8,3%) eram menores de 24 meses, 55 (30,7%) estavam entre 24 a 71 meses, e 109 (61%) na faixa etária de 72 a 143 meses.

Os resultados serão apresentados em quatro tópicos: (1) prevalência da violência física intrafamiliar contra a criança; (2) análise descritiva (características das crianças, mãe/responsável, marido/companheiro da mãe/responsável e familiares); (3) fatores de risco para algum tipo de violência física contra a criança (análise bivariada); (4) fatores de risco para violência física conjugal contra mãe/responsável (análise bivariada).

8.1 Prevalência da violência física intrafamiliar contra a criança

A prevalência de algum tipo de violência física contra a criança (grave e não grave) no ambiente familiar foi de 81,8%, IC [78-84]. As mães/responsáveis participaram em 79,6% das agressões e os pais/responsáveis em 34,2%. A seguir serão apresentados os tipos de violência, a violência física grave (Tabela 6A), a violência física não grave (Tabela 6B) e os métodos verbais, ameaças e outros (Tabela 6C).

Na Tabela 6A é apresentada a prevalência da violência física **grave**, que foi de 23,6%, IC [20-26], em que 95 crianças sofreram tal tipo de violência. A maior parte das agressões foi praticada pelas mães/responsáveis (21,6%), seguido pelo marido/companheiro da mãe (7,8%), sendo que 18 crianças (4,5%) foram vitimizadas de forma grave por ambos.

Bater nas nádegas com algum objeto, como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto, foi o tipo de violência física **grave** mais freqüente, praticado por ambos os pais, e correspondeu a 14,9%.

Em todos os tipos de violência, a mãe/responsável foi quem mais vitimizou a criança. Sacudir e/ou chacoalhar crianças menores de dois anos de idade (violência física grave) alcançou 17,1%. O tipo sufocar não foi encontrado na pesquisa.

TABELA – 6A Distribuição do número de crianças segundo métodos educativos utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar, caracterizando violência física grave contra a criança nos últimos 12 meses (N= 402).

Violência física grave	Mãe*	Pai **	Por ambos***
	N (%)	N (%)	N (%)
Sacudir, chacoalhar criança de 0-2 anos (N=35)	6 (17,1)	3 (8,6)	5 (14,3)
Chutar	5 (1,2)	2 (0,5)	–
Esganar	1 (0,2)	–	–
Queimar	1 (0,2)	1 (0,2)	–
Espancar	40 (9,9)	11 (2,7)	7 (1,7)
Bater nas nádegas com algum objeto	46 (11,4)	14 (3,5)	9 (2,2)
Ameaçar com faca ou revólver	1 (0,2)	–	–

*mãe/responsável; ** pai/responsável; *** pelo menos um dos métodos acima por ambos.

A prevalência de violência física **não grave** foi de 81,6% IC [78-84]. Do total de crianças estudadas, 319 (79,4%) sofreram agressões por parte das mães/responsáveis, e 109, pelos pais (32,7%). A “vitimização” por ambos os pais alcançou 97 crianças (24,1%).

O tipo de violência física **não grave** utilizado com mais frequência, pela mãe/responsável e pelo pai/responsável, foi o de dar palmadas nas nádegas, representando 60,9% e 18,4%, respectivamente.

Bater nas nádegas com chinelo, puxar na orelha e sacudir e chacoalhar crianças entre três a doze anos, foram também utilizados com grande frequência por ambos.

TABELA – 6B Distribuição do número de crianças segundo métodos educativos utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar, caracterizando violência física não grave contra a criança nos últimos 12 meses.

Violência física não grave	Mãe*	Pai **	Por ambos***
	N (%)	N (%)	N (%)
Dar palmadas nas nádegas	245 (60,9)	74 (18,4)	63 (15,7)
Puxar na orelha	142 (35,3)	25 (6,2)	16 (4,0)
Forçar a ajoelhar/em pé com outro castigo	24 (6,0)	7 (1,7)	6 (1,5)
Sacudir, chacoalhar criança 3-12 anos	70 (17,4)	10(2,5)	6 (1,5)
Beliscar	57 (14,2)	6 (1,5)	3 (0,7)
Dar croque na cabeça	55 (13,7)	10 (2,5)	4 (1,0)
Puxar o cabelo	45 (11,2)	6 (1,5)	1 (0,2)
Dar tapa na cara ou atrás da cabeça	45 (11,2)	13 (3,2)	5 (1,2)
Bater c/objeto em outras partes (não nas nádegas)	36 (9,0)	13 (3,2)	8 (2,0)
Bater nas nádegas com chinelo	208 (51,7)	53 (13,2)	48 (11,9)

*mãe/responsável; ** pai/responsável; *** pelo menos um dos métodos acima por ambos.

Entre os métodos educativos, caracterizados como violência **não grave**, os verbais foram os de maior prevalência, em que as mães/responsáveis apresentaram maior freqüência, que os pais/responsáveis, na utilização desses métodos.

Constatou-se que os atos de gritar ou berrar foram também mais utilizados pelas mães/responsáveis (84%) do que pelos pais/responsáveis (41,1%).

Outros métodos que apresentaram destaque, como o de ameaçar ir embora ou abandonar a criança, mencionar coisas ruins (depreciativas) e xingar com palavrão, as mães tiveram também maior utilização em relação aos pais. Outro tipo de violência, como colocar pimenta na boca, foi utilizado somente por duas mães (Tabela 6C).

TABELA – 6C Distribuição do número de crianças segundo outros métodos educativos utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar nos últimos 12 meses.

Outros métodos educativos	Mãe* N (%)	Pai ** N (%)	Por ambos*** N (%)
Gritar ou berrar	338 (84)	165 (41,1)	159 (39,5)
Chamar por fantasmas, espírito do mal ou pessoas ruins	58 (14,4)	18 (4,5)	13 (3,2)
Xingar com palavrão	96 (23,9)	29 (7,2)	16 (4,0)
Ameaçar ir embora ou abandonar	125 (31,1)	25 (6,2)	13 (3,2)
Ameaçar expulsá-lo de casa ou mandá-lo embora	58 (14,4)	12 (3,0)	7 (1,7)
Trancar fora de casa	3 (0,7)	1 (0,2)	-
Chamar coisas ruins (depreciativas)	110 (27,3)	24 (6,0)	17 (4,2)
Recusar-se falar com ela	61 (15,2)	20 (5,0)	9 (2,2)
Deixar sem comida	5 (1,2)	4 (1,0)	1 (0,2)
Colocar pimenta na boca	2 (0,5)	-	-

*mãe ou substituta; ** pai ou substituto; *** pelo menos um dos métodos acima por ambos.

8.2 Análise descritiva

8.2.1 Perfil das crianças

8.2.1.1 Sociodemográfico

Foram consideradas somente as crianças em idade escolar, que estavam cursando, no mínimo, a 1ª série do ensino fundamental, não tendo sido avaliadas as que estavam no pré-escolar ou creche.

Das crianças na faixa etária de seis a 12 anos, 237 (96%) frequentavam a escola. Com relação à repetência, 35 (14,8%) repetiram alguma série, sendo que, deste total, 33 (94,3%), repetiram entre uma e duas vezes e 2 (5,7%), por 3 vezes ou mais.

A maioria das crianças estudadas (82,9%) era criada pelo casal (pai/companheiro e mãe). O pai biológico estava presente em 66,2% dessas famílias (Tabela 7).

TABELA – 7 Características sócio-demográficas da amostra de crianças (N= 402).

Características sócio-demográficas	N (%)
Sexo	
Feminino	223 (55,5)
Masculino	179 (44,5)
Idade (meses)	
5 - 23	35 (8,7)
24 - 71	120 (29,9)
72 – 143	247 (61,4)
Freqüente a escola atualmente (a partir da primeira série – N=247)	
Sim	237 (96,0)
Não	10 (4,0)
Já freqüentou a escola e parou (a partir da primeira série - N=10)	
Sim	1 (10,0)
Nunca freqüentou (a partir da primeira série/ 6 a 12 anos)	
Sim	9 (90,0)
Séries que completou (a partir da primeira série/ 6 a 12 anos - N=237)	
Cursando a 1ª série	34 (14,4)
1-4	184 (77,6)
5-9	19 (8,0)
Repetiu alguma série escolar (subamostra 6-12 anos – N=237)	
Sim	35 (14,8)
Não	202 (85,2)
Número de vezes que repetiu (subamostra 6-12 anos) N=35	
1-2 vezes	33 (94,3)
3 ou mais vezes	2 (5,7)
Atraso escolar* (subamostra 6-12 anos) (N=237)	
Atraso (repetência)	35 (14,8)
Sem atraso	202 (85,2)
Estrutura Familiar (últimos 12 meses)	
Mãe/responsável e marido/companheiro (pai biológico)	266 (66,2)
Mãe/responsável e marido/companheiro (outro)	67 (16,7)
Mãe/responsável sem parceiro	69 (17,1)

*pelo menos um ano de atraso em relação à série que deveria estar cursando segundo a idade cronológica.

8.2.1.2 Condições gerais de saúde da criança

Quanto às condições gerais de saúde física das crianças, relatadas pelas mães/responsáveis, 44 (10,9%) das mulheres consideraram o estado geral de saúde física da criança como ruim/mau. Em relação a problemas crônicos de saúde, 88 crianças (21,9%) apresentaram algum problema. Destes, 76 (86,4%) estavam relacionados à alergia, rinite e asma.

Problemas de saúde permanentes foram verificados em 108 (26,9%) crianças, enquanto que o problema emocional ou de comportamento, foi identificado em 171 (42,5%).

Da amostra total, 362 (90%) crianças foram amamentadas. Destas, 224 (55,7%) foram amamentadas por mais de seis meses, e seis (1,5%) por menos de um mês.

TABELA – 8 Condições gerais de saúde da amostra de criança (N=402).

Condições gerais de saúde da criança*	N (%)
Estado geral de saúde física	
Excelente/muito boa	90 (22,4)
Na média/bom	268 (66,7)
Ruim/má	44 (10,9)
Problemas crônicos de saúde	
Sim	88 (21,9)
Não	314 (78,1)
Problemas permanente audição, fala e visão	
Sim	108 (26,9)
Não	294 (73,1)
Problema permanente (N=108)	
Audição	16 (14,8)
Fala	49 (45,0)
Visão	53 (48,0)
Defeito físico ou incapacidade física permanente	
Sim	21 (5,2)
Não	381 (94,8)
Retardo mental	
Sim	1 (0,2)
Não	401 (99,8)
Atraso no desenvolvimento em relação aos da mesma idade	
Sim	63 (15,7)
Não	339 (84,3)
Problema emocional ou de comportamento	
Sim	171 (42,5)
Não	231 (57,5)
Criança tem outro problema de saúde	

Condições gerais de saúde da criança*	N (%)
Sim	94 (23,4)
Não	308 (76,6)
Criança foi amamentada	
Sim	362 (90,0)
Não	36 (9,0)
Não soube informar	4 (1,0)
Tempo de amamentação (N=362)	
Menos de 1 mês	6 (1,5)
1 a 4 meses	67 (16,7)
Até 6 meses	65 (16,2)
Mais de 6 meses	224 (55,7)

*Segundo opinião da mãe ou substituta.

8.2.2 Mãe/responsável

8.2.2.1 Perfil sociodemográfico

Quanto à escolaridade, 30 (7,5%) mães eram analfabetas; 102 (25,4%) completaram alguma série entre a 1ª e a 4ª; 150 (37,3%) concluíram algum período entre a 5ª e a 8ª, e 120 (29,8%), entre a 9ª e a 15ª.

Com relação à ocupação, 218 (54,2%) tinham trabalho remunerado e 184 (45,8%) não trabalharam nos últimos doze meses.

Dessa amostra, 374 (93%) eram mães biológicas, sendo que 333 (82,8%) moravam com o marido ou companheiro nos últimos doze meses (Tabela 9).

TABELA – 9 Frequência das variáveis sócio-demográficas relacionadas às mães/responsáveis (N=402).

Variáveis sócio-demográficas	N (%)
Escolaridade	
Nunca estudou	30 (7,5)
Completo alguma série entre a 1ª e a 4ª série do ensino fundamental	102 (25,4)
Completo alguma série entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental	150 (37,3)
Completo alguma série entre a 9ª e a 15ª	120 (29,8)
Trabalho remunerado	
Sim	218 (54,2)
Não	184 (45,8)
Marido/companheiro residindo no domicílio nos últimos 12 meses	
Sim	333 (82,8)
Não	69 (17,2)

Variáveis sócio-demográficas	N (%)
Mãe biológica	
Sim	374 (93,0)
Não	28 (7,0)

8.2.2.2 Saúde física e mental atual da mãe/responsável (N=402)

O estado geral de saúde das mulheres foi considerado ruim, por 99 (24,6%) delas. Os principais problemas apontados foram cefaléia, hipertensão, depressão, nervosismo, dores no corpo, alergia e asma. Encontrou-se um caso de mãe com problema crônico de audição, em razão da violência conjugal sofrida.

Quanto à saúde mental, 181 (45%) apresentaram problemas psiquiátricos, 100 (24,9%) pensaram em suicídio e 42 (10,4 %) tentaram se matar. Observou-se frequência muito alta de queixas em relação à grande maioria dos itens pesquisados por intermédio do SRQ-20, principalmente aqueles que se referem às condições emocionais ou de auto-estima. Da amostra total, 108 (26,9%) mulheres revelaram ter perdido o interesse pelas coisas (item 15).

Observou-se 124 (30,8%) mulheres com humor depressivo (itens 6, 9 e 10 - SRQ positivo) e 15 (3,7%) com sintomas depressivos – itens 14, 15, 16, 17 e 18 – SRQ positivos (Tabela 10), de acordo com Iacoponi e Mari (1988).

TABELA – 10 Saúde física e mental atual da mãe/responsável (N=402).

Saúde física e mental atual da mãe/responsável	N (%)
Estado geral de saúde física	
Excelente/ boa/na média	303 (75,4)
Ruim/mau	99 (24,6)
Problemas de saúde mental (SRQ-20)	
Sim (escore>7)	181 (45,0)
Média (escore>7)	7,2
Idéias de suicídio	
Sim	100 (24,9)
Não	302 (75,1)
Tentativas de suicídio	
Sim	42 (10,4)
Não	360 (89,6)

8.2.2.3 Antecedentes de violência física na infância, relatados pela mãe/responsável (N=402)

A ocorrência de violência física sofrida na infância envolveu 294 (73,1%) mulheres, que relataram ter sido “vitimizadas”, pelos pais responsáveis, por, pelo menos, uma vez. Os tipos de violência, mais freqüentes, relatados pelas mães/responsáveis foram os do tipo grave, como: “violência com tesoura, faca, chute, surra com corda, cipó, mangueira, pau, vassoura, cinto, corrente, cano, fio elétrico, foice, quebrar prato na cabeça e enforçar”, perfazendo um total de 242 mulheres vitimizadas com esses tipos de violência grave, o que representa 82,3% das mães/responsáveis agredidas na infância.

Os tipos de violência não grave: “bater com chinelo, com palmatória, palmadas nas nádegas e tapa na cara”, correspondeu a 52 casos (17,7%), sendo a mãe citada como a responsável pela grande maioria das agressões.

Quanto à ocorrência de violência física entre seus pais, quando criança, 143 (37,6%) mulheres referiram ter presenciado pelo menos uma vez (Tabela 11).

TABELA – 11 Mãe/responsável que vivenciou violência física entre seus pais no período de sua infância (N=402).

Antecedentes de agressão física	N (%)
Violência na infância	
Sim	294 (73,1)
Não	106 (26,4)
Não soube informar	2 (0,5)
Tipos de violência física (N=294)	
Violência grave	242 (82,3)
Violência não grave	52 (17,7)
Presenciado agressão física entre os pais	
Ausente	237 (59,0)
Presente 1 ou 2 vezes	32 (8,0)
Presente 3 ou mais vezes	111 (27,6)
Não se aplica	21 (5,2)
Item sem resposta	1 (0,2)

8.2.2.4 Violência conjugal física sofrida pela mãe/responsável nos últimos 12 meses e ao longo da vida (N=333)

Setenta mulheres (21%) informaram ter sofrido violência conjugal física nos últimos doze meses. Destas, 59 (84,3%) foram agredidas por tapas, 33 (47,1%) por chutes, 32 (45,7%) com socos, 27 (38,6%) por meio de espancamentos e 26 (37,1%) pelo uso/ameaça com arma, sendo possível a ocorrência de agressões múltiplas, em que as mulheres podem ter sofrido mais de um desses eventos. A frequência da violência grave superou a não grave, correspondendo a 71,4% e 28,6%, respectivamente.

A maioria das mulheres vitimizadas procurou ajuda de seus familiares (41,4%) e de parentes do marido/companheiro (28,9%). As que nunca procuraram algum tipo de ajuda alcançaram 35,7%.

Das mães/responsáveis vitimizadas nos últimos doze meses, 38 (54,3%) largaram seu marido/companheiro. Durante a separação, 14 (36,8%) delas foram morar com seus parentes, e 21 (55,3%) informaram que o marido/companheiro é quem saiu de casa.

Em relação a receber cuidados médicos, 7 (10%) das mães/responsáveis informaram ter recebido esses cuidados, enquanto que 15 (21,4%) não procuraram, mesmo necessitando, em razão de se sentirem envergonhadas, não confiar em ninguém ou por acharem que melhorariam com o uso de plantas medicinais. Onze (15,7%) delas ficaram impedidas de desenvolverem suas tarefas domésticas devido às lesões.

Do total de entrevistadas, 131 (32,6%) sofreram violência conjugal do marido/companheiro ao longo da vida, cujas agressões foram presenciadas pelos filhos. Vale ressaltar, ainda, que um grande número de mulheres alegou ter sofrido esse tipo de violência, no entanto, não foi presenciado por nenhum de seus filhos. Relataram também a presença de outros tipos de violência, principalmente a psicológica que, para muitas, é tão cruel e dolorosa quanto a física (Tabela 12).

TABELA – 12 Prevalência de violência conjugal física vivenciada pela mãe/responsável nos últimos 12 meses (N=333).

Violência conjugal física nos últimos 12 meses	N (%)
Violência conjugal nos últimos 12 meses	
Sim	70 (21,0)
Não	263 (79,0)
Tipo de violência sofrida (N=70)	
Tapa com mão aberta	59 (84,3)
Chute	33 (47,1)
Soco	32 (45,7)
Espancamento	27 (38,6)
Uso ou ameaça de uso de arma	26 (37,1)
Violência conjugal (N=70)	
Grave	50 (71,4)
Não grave	20 (28,6)
Procura de ajuda	
Alguém de sua família	29 (41,4)
Alguém da família do marido/companheiro	16 (28,9)
Amigos	16 (28,9)
Religioso (a) como padre, pastor, curandeiro, pai de santo e benzedeira	17 (30,0)
Organizações de proteção à mulher/ abrigos, centro de saúde, hospital, pronto socorro e ambulatório de saúde mental	6 (8,6)
Polícia ou delegacia	19 (27,0)
Líder comunitário	2 (2,9)
Alguma outra pessoa	4 (5,7)
Não procurou ninguém	25 (35,7)
Nº de vezes que largou o marido (N=38)	
1	14 (36,8)
2	6 (15,8)
3	9 (23,7)
4 ou mais	9 (23,7)
Local de moradia da mãe/responsável após separação (N=38)	
Parentes dela	14 (36,8)
Amigos dela	2 (5,3)
Foi morar na rua	1 (2,6)
Ele quem saiu	21 (55,3)
Filhos já viram ou ouviram agressão física ao longo da vida	
Sim	131 (32,6)
Não	268 (66,7)
Não se aplica	3 (0,7)

8.2.2.5 Uso de álcool e outras drogas nos doze últimos meses pelas mães/responsáveis

Foi evidenciado o uso de álcool por 143 (35,6%) mães/responsáveis. A frequência de uso e a ocorrência de embriaguez, pela maioria das mulheres, foi de menos de uma vez por mês. Quanto ao uso de drogas ilícitas, apenas três (0,7%) informaram ter usado essas drogas (Tabela 13).

TABELA – 13 Uso de álcool e drogas ilícitas pela mãe/responsável nos últimos doze meses (N=402).

Uso de álcool e drogas ilícitas nos últimos 12 meses pela mãe/responsável	N (%)
Uso de bebida alcoólica	
Sim	143 (35,6)
Não	259 (64,4)
Frequência do uso de bebida alcoólica (N=143)	
Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)	1 (0,7)
3-4 dias/semana	2 (1,4)
1-2 dias/semana	14 (9,8)
1-3 dias/mês	37 (25,9)
Menos de uma vez no mês	89 (62,2)
Embriaguez	
Sim	37 (25,9)
Não	106 (74,1)
Frequência de embriaguez (N=37)	
Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)	1 (2,7)
1-2 dias/s	2 (5,4)
1-3 dias/mês	12 (32,4)
Menos de uma vez no mês	22 (59,5)
Uso de drogas ilícitas	
Sim	3 (0,7)
Não	399 (99,3)
Frequência de uso de drogas ilícitas (N=3)	
Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)	1 (33,3)
1-2 dias/semana	1 (33,3)
1-3 dias/mês	–
Menos de uma vez no mês	1 (33,3)

8.2.3 Marido ou companheiro atual da mãe/responsável (N=333)

8.2.3.1 Perfil sociodemográfico

Quanto à escolaridade, 39 (11,7%) eram analfabetos, 77 (23,1%) fizeram alguma série entre a 1ª e a 4ª, 97 (29,1%) completaram alguma série entre a 5ª e a 8ª, e 103 (30,9%) concluíram alguma série entre a 9ª e a 15ª. Em relação à ocupação, 265 (79,6%) maridos/companheiros estavam trabalhando quando das entrevistas. Dos 68 (20,4%) desempregados, 32 (47%) havia trabalhado, por algum período, nos últimos doze meses (Tabela 14).

TABELA – 14 Características sócio-demográficas referentes ao marido/companheiro atual da mãe/ substituta (N=333).

Características do marido/companheiro atual	N(%)
Escolaridade	
Nunca estudou	39 (11,7)
Completo alguma série entre a 1ª e a 4ª série do ensino fundamental	77 (23,1)
Completo alguma série entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental	97 (29,1)
Completo alguma série entre a 9ª e a 15ª série	103 (30,9)
Não sabe	17 (5,1)
Trabalho remunerado	
Sim	265 (79,6)
Não	68 (20,4)

8.2.3.2 Uso de álcool e outras drogas pelo marido/companheiro atual da mãe/responsável nos doze últimos meses (N= 333).

Foi revelado o uso de álcool por 228 (68,5%) maridos/companheiros. Desse total, 26 (11,4%) usavam diariamente, 95 (41,6%) usavam entre 1 a 4 dias por semana, e 150 (65%) chegavam à embriaguez. A maior parte dos homens (53%) fazia uso semanal do álcool, enquanto que 71 (47,4%) ficavam embriagados pelo menos uma vez por semana.

Quanto ao uso de drogas ilícitas nos últimos doze meses, 46 (13,8%) usavam esse tipo de droga. Verificou-se um percentual muito grande de consumo semanal de drogas ilícitas (80,4%), sendo 22 (47,8%) consumidores diários e 15 (32,6%) que consomem entre 1 a 4 dias por semana. Vale ressaltar que grande número de mães/responsáveis referiu o uso de drogas ilícitas por seu

marido/companheiro em algum momento de suas vidas, por um longo período, inclusive com a utilização pelo casal (Tabela 15).

TABELA – 15 Uso de álcool e drogas ilícitas pelo marido/companheiro atual da mãe/ substituta (N=333).

Uso de álcool e drogas ilícitas nos últimos 12 meses pelo marido/companheiro	N (%)
Uso de bebida alcoólica	
Sim	228 (68,5)
Não	105 (31,5)
Frequência do uso de bebida alcoólica (N=228)	
Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)	26 (11,4)
3-4 dias/semana	15 (6,5)
1-2 dias/semana	80 (35,1)
1-3 dias/mês	61 (26,8)
Menos de uma vez no mês	46 (20,2)
Embriaguez	
Sim	150 (65,8)
Não	78 (34,2)
Frequência de embriaguez (N=150)	
Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)	16 (10,7)
3-4 dias/semana	16 (10,7)
1-2 dias/semana	39 (26,0)
1-3 dias/mês	22 (14,7)
Menos de uma vez no mês	57 (38,0)
Uso de drogas ilícitas	
Sim	46 (13,8)
Não	287 (86,2)
Frequência de uso de drogas ilícitas (N=46)	
Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)	22 (47,8)
3-4 dias/semana	7 (15,2)
1-2 dias/semana	8 (17,4)
1-3 dias/mês	6 (13,0)
Menos de uma vez no mês	3 (6,5)

8.2.4 Família

8.2.4.1 Perfil sociodemográfico

Observou-se que 211 (52,5%) domicílios contavam com três a quatro residentes, e 183 (45%), com cinco ou mais. As famílias geralmente eram compostas por uma mulher, um homem, duas ou três crianças ou adolescentes. A maior densidade domiciliar encontrada foi de quatro residentes por cômodo (não

incluindo banheiros), situação vivenciada por 37 (9,2%) famílias, cujas residências só tinham um cômodo. A densidade domiciliar predominante foi a de um residente por cômodo, situação encontrada em 51,5% dessas famílias.

A maioria das famílias não tinha despesas com aluguel, 249 (61,9%) residiam em domicílio próprio ou estavam pagando prestações, enquanto que 59 (14,7%) moravam em área de ocupação.

Embora tenha sido apresentado elevado percentual de domicílio próprio, muitos deles são barracos, em péssimas condições estruturais, segundo informações das entrevistadas.

Quanto à classe social, as classes D e E (235 famílias) representaram 58,5% das famílias entrevistadas, uma das características do bairro estudado, conforme abordado anteriormente.

TABELA – 16 Variáveis sócio-demográficas relacionadas à família (N=402).

Variáveis sócio-demográficas	N (%)
Número total de residentes no domicílio	
2	8 (2,0)
3	104 (25,9)
4	107 (26,6)
5 e mais	183 (45,5)
Número de mulheres > ou = 18 anos residentes no domicílio	
1	321 (79,9)
2	64 (15,9)
3	12 (3,0)
4 ou mais	5 (1,2)
Número de homens > ou = 18 anos residentes no domicílio	
0	58 (14,4)
1	285 (70,9)
2	44 (10,9)
3	9 (2,3)
4 ou mais	6 (1,5)
Número de crianças e adolescentes < 18 anos residentes no domicílio	
1	123 (30,6)
2	141 (35,1)
3	78 (19,4)
4 ou mais	60 (14,9)
Número de filhos da MI	
1 filho	126 (31,3)
2 filhos	135 (33,6)
3 ou mais	140 (34,8)
Nenhum filho	1 (0,2)

Variáveis sócio-demográficas	N (%)
Número de cômodos (exceto banheiro)	
1	38 (9,4)
2	61 (15,2)
3	93 (23,1)
4	105 (26,1)
5	57 (14,2)
6	26 (6,5)
7 ou mais	22 (5,5)
Densidade domiciliar (número de moradores por cômodo)	
1	4 (9,20)
2	2 (15,7)
3	2 (23,6)
4	1 (25,9)
5 ou mais	1 (25,6)
Tipo de domicílio	
Próprio ou pagando prestação	249 (61,9)
Alugado	37 (9,2)
Ocupação ou não paga para morar	59 (14,7)
Terreno da família	25 (6,2)
Outros	32 (8,0)
Nível socioeconômico (classe social)*	
A	1 (0,2%)
B	15 (3,7)
C e D	352 (87,6)
E	34 (8,5)

*segundo critérios de classificação econômica da associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP, 1997).

Das famílias estudadas, 218 (54,2%) mães/responsáveis tinham trabalho remunerado, 333 (82,8%) possuíam maridos/companheiros, dos quais, 265 (79,6%) estavam trabalhando. Entre as famílias estudadas, 30 (7,5%) apontaram como chefe de família pessoa diferente da mãe/responsável e do marido/companheiro. Observou-se também que duas (0,8%) crianças-índice e nove (3,6%) não-índice estavam trabalhando. Nesse sentido, percebe-se que pode ter ocorrido uma subinformação em relação a essa questão, pois muitas mães referiram que alguns de seus filhos acompanhavam seus pais/responsáveis no trabalho informal, como, por exemplo, o de ambulante e feirante.

Com relação aos membros da família que exercem trabalho remunerado, encontrou-se 122 (36,6%) famílias com a presença do casal trabalhando (Tabela 17).

TABELA – 17 Membros da família que exerce atualmente trabalho remunerado (N=402).

Familiares com trabalho remunerado	N (%)
Mãe/responsável e marido/companheiro (N=333)	122 (36,6)
Marido/companheiro	265 (65,9)
Mãe/responsável	218 (54,2)
Chefe da casa (diferente da MI e MC)	30 (7,5)
Criança índice > 6 anos	2 (0,8)
Outro adulto >= 18 anos	45 (11,2)
Outras crianças >6 anos	9 (3,6)

8.3 Fatores de risco para algum tipo de violência física contra criança

Foram examinados quatro grupos de fatores de risco para algum tipo de violência física intrafamiliar contra a criança (pais ou responsáveis como possíveis agressores), relacionados à criança, à mãe/responsável, ao marido/companheiro da mãe e à família.

Encontrou-se associação da violência física com o sexo masculino, onde ser menino apresentou risco de 1,19 vez maior (RP: 1,19; IC: 1,09 - 1,29; p 0,00) de ser vitimizado do que a menina. Ter mais de dois anos representa também maior risco de sofrer violência, 1,36 vez mais do que a criança com idade inferior (RP 1,36; IC: 1,03 - 1,79; p 0,00). Revelou que ser do sexo masculino e maior de dois anos, o risco de sofrer violência grave pela mãe foi de 1,94 vezes mais (RP 1,94; IC: 1,32 - 2,85; p<0,00) e, pelo pai, de 2,76 vezes maior (RP 2,76 IC: 1,23 - 6,17 p < 0,00). Não foi encontrada nenhuma associação de algum tipo de violência com problema emocional ou de comportamento (RP: 1,06 IC: 0,97 - 1,16; p 0,23), ou relacionada a problema crônico de saúde (RP: 1,03 IC: 0,94 - 1,14 p 0,65). Quanto ao atraso escolar, constituiu-se em fator de proteção para essa variável, em que se encontrou uma razão de prevalência (RP: 0,94 IC: 0,79 - 1,12; p 0,57) (Tabela 18).

TABELA – 18 Fatores relacionados à criança associados a algum tipo de violência física contra a criança, por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=402).

Fatores relacionados à criança	Sim N(%)	Não N(%)	p	RP (IC 95%)
Amostra total (N=402)	334 (83,1)	68 (16,9)		
Sexo				
Masculino	163 (91,1)	16 (8,9)	0,00	1,19 (1,09- 1,29)
Feminino	171 (76,7)	52 (23,3)		
Idade (meses)				
5 - 23	23 (65,7)	12 (34,0)	0,00	1,29 (1,01-1,64)
24 - 71	102 (85,0)	18 (15,0)		
72 - 143	209 (84,6)	38 (15,4)		
Atraso escolar (72-143 meses)				
Sim	28 (80,0)	7 (20,0)	0,57	0,94 (0,79-1,12)
Não	181 (85,4)	31 (14,6)		
Problema emocional ou de comportamento				
Sim	147 (86,0)	24 (14,0)		
Não	187 (81,0)	44 (19,0)	0,18	1,06 (0,97-1,16)
Problemas crônicos de saúde				
Sim	75 (85,2)	13 (14,8)	0,54	1,03 (0,94-1,14)
Não	259 (82,5)	55 (17,5)		

8.3.1 Fatores de risco relacionados aos pais/responsáveis associados a algum tipo de violência física contra a criança

Os fatores relacionados à mãe/responsável e associados a algum tipo de violência física contra a criança, por parte dos pais/responsáveis, revelaram associação com problemas de saúde mental, quando positivo (score > 7 conforme SRQ). Apresentou risco 1,10 vezes maior de a mãe vitimizar a criança, quando com algum distúrbio emocional (RP 1,10: IC 1,00-1,20: p 0,04). Por outro lado, não foi encontrado resultado estatisticamente significativo, ao associar à presença de humor depressivo (RP 1,09: IC 1,00 - 1,81: p 0,08).

Em relação a associação à presença de violência física sofrida pela mãe na infância (RP 1,13: IC 1,01 - 1,27: p 0,02), verificou-se tendência maior em vitimizar seus filhos. Resultado similar foi encontrado em relação a ter sofrido violência conjugal física nos últimos doze meses (RP 1,19: IC: 1,10-1,29: p 0,00), apresentando 1,19 vezes maior o risco de agressão contra criança. Diferentemente do resultado encontrado em relação a ser mãe biológica (RP 1,18: IC 0,93 - 1,49: p 0,08), não encontrando nenhuma associação.

Quando associada à escolaridade da mãe/responsável (RP 1,01: IC 0,92-1,11: p 0,83), à violência conjugal física ao longo da vida (RP 1,04: IC 0,95-1,14: p 0,47), ao uso de álcool (RP 1,07: IC: 0,98- 1,17: p 0,19) e embriaguez (RP 1,00 IC: 0,83-1,19: p 0,95), nos últimos doze meses, não foi encontrada nenhuma relação.

Ao relacionar algum tipo de violência contra a criança à mãe que tem trabalho remunerado, não foi encontrada nenhuma associação (RP 1,01: IC 0,93-1,11: p 0,76), conforme tabela 19.

TABELA – 19 Fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física contra a criança por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=334).

Fatores relacionados à mãe	Violência N(%)	Ausência de violência N(%)	p	RP (IC 95%)
Escolaridade da mãe/responsável				
De 0 a 4ª série	109 (82,6)	23 (17,4)	0,83	1,01 (0,92-1,11)
Completou alguma série entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental	126 (84)	24 (16)		
Completou alguma série entre a 9ª e a 15ª série	99 (82,5)	21 (17,5)		
Trabalho remunerado				
Sim	180 (82,6)	38 (17,4)	0,76	1,01 (0,93-1,11)
Não	154 (83,7)	30 (16,3)		
Problemas de saúde mental (SRQ)				
Sim (score > 7)	158 (87,3)	23 (12,7)	0,04	1,10 (1,00-1,20)
Não	176 (79,6)	45 (20,4)		
Humor depressivo				
Sim	109 (87,9)	15 (12,1)	0,08	1,09 (1,00-1,18)
Não	225 (81,0)	53 (19,0)		
Sintomas depressivos				
Sim	15	----	–	–
Não	319	68		
Violência física na infância				
Sim	252 (85,7)	42 (14,3)	0,02	1,13 (1,01-1,27)
Não	82 (77,4)	26 (24,5)		
Violência conjugal física nos últimos 12 meses				
Sim	67 (95,7)	3 (4,3)	0,00	1,19 (1,10-1,29)
Não	211 (80,0)	52 (20,0)		
Violência conjugal física ao longo da vida (N=131)				
Sim	112 (85,5)	19 (14,5)	0,41	1,04 (0,95-1,14)
Não	223 (82,3)	48 (17,7)		
Uso de álcool nos últimos 12 meses (N=143)				
Sim	124 (86,7)	19 (13,3)	0,14	1,07 (0,98-1,17)
Não	210 (81,16)	49 (18,9)		

Fatores relacionados à mãe	Violência N(%)	Ausência de violência N(%)	p	RP (IC 95%)
Uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses				
Sim	3 (100)	—	—	—
Não	331 (83,0)	68 (17,0)		
Embriaguez nos últimos 12 meses				
Sim	30 (81)	7 (19)	0,95	1,00 (0,83-1,19)
Não	88 (81,5)	20 (18,5)		
Mãe biológica				
Sim	314 (84,0)	60 (16,0)	0,08	1,85 (0,67-1,08)
Não	20 (71,4)	8 (28,6)		

A associação entre algum tipo de violência física contra a criança, por parte de pais/responsáveis, em relação à escolaridade e ao trabalho remunerado, não revelou nenhuma relação nesta pesquisa (RP 1,10: IC 0,79-1,54: p 0,57) e (RP 0,93: IC 0,64-1,36: p 0,71), respectivamente. Da mesma forma, o fato de ser pai biológico também não revelou associação (RP 0,47: IC 0,27-0,80: p 0,00).

Nenhuma relação foi encontrada também quanto ao uso de álcool (RP 1,05: IC 0,94- 1,16), drogas ilícitas (RP 1,17: IC 0,79-1,74) e embriaguez (RP 1,14 IC: 0,84-1,53), nos doze últimos meses (Tabela 20).

TABELA – 20 Fatores relacionados ao marido/companheiro atual da mãe, associados a algum tipo de violência física contra a criança, segundo a razão de prevalência (N=114).

Fatores relacionados ao marido/companheiro	Sim N(%)	Não N(%)	p	RP (IC 95%)
Escolaridade do marido/companheiro				
De 0 a 4ª série do ensino fundamental	36 (31,6)	71 (32,4)	0,57	1,1 (0,79-1,54)
Completo alguma série entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental	36 (31,6)	61 (27,8)		
Completo alguma série entre a 9ª e a 15ª série	33 (29)	70 (32)		
Não sabe	9 (7,8)	17 (7,8)		
Trabalho remunerado				
Sim	92 (34,7)	173 (65,3)	0,71	0,93 (0,64-1,36)
Não	22 (32,3)	46 (67,7)		
Uso de álcool nos últimos 12 meses (N=228)				
Sim	42 (18,4)	186 (81,6)	0,00	0,27 (0,20-0,36)
Não	72 (68,6)	33 (31,4)		
Embriaguez nos últimos 12 meses (N=150)-marido				
Sim	55 (36,7)	95 (63,3)	0,39	1,14 (0,84-1,53)

Fatores relacionados ao marido/companheiro	Sim N(%)	Não N(%)	p	RP (IC 95%)
Não	59 (32,2)	124 (67,8)		
Uso de drogas ilícitas/marido				
Sim	18 (39,1)	28 (60,9)	0,45	1,17 (0,79-1,74)
Não	96 (33,4)	191 (66,6)		
Pai biológico				
Sim	102 (38,3)	164 (61,7)	0,00	0,47 (0,27-0,80)
Não	12 (17,9)	55 (82,1)		

A tabela 21 demonstra fatores relacionados à família, quanto ao nível sócio econômico, associados a algum tipo de violência física contra a criança, por parte dos pais/responsáveis, em que não foi encontrada nenhuma relação com a classe social (RP 1,17: IC 1,17: p 0,17).

TABELA – 21 Fatores relacionados à família associados a algum tipo de violência física contra a criança, por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=402).

Fatores relacionados à família	Sim N(%)	Não N(%)	p	RP (IC 95%)
Nível socioeconômico				
A, B e C	144 (86,2)	23 (13,8)	0,15	0,94 (0,86-1,02)
De E	190 (80,8)	45(19,2)		

8.4 Fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física conjugal

A tabela 22 mostra os fatores relacionados à mãe/responsável, associados a algum tipo de violência física conjugal por parte do marido/companheiro.

Não foi encontrada nenhuma associação da violência conjugal com a escolaridade da mãe/responsável (RP 1,07: IC 0,67 - 1,71: p 0,7), em relação ao uso de álcool (RP 1,16: IC 0,76 - 1,77: p: 0,49), ao fato de ficar embriagada (RP: 1,18: IC 0,56 - 2,49: p 0,66), nem ter sintomas depressivos (RP 1,75: IC 0,84 - 3,66: p 0,16). A pesquisa revelou que, independentemente do nível de escolaridade, de ter trabalho remunerado, de fazer uso de bebida alcoólica, de ficar embriagada ou de ter sintomas depressivos, sofreu violência conjugal.

Quanto ao uso de álcool, à presença de embriaguez e ao uso de drogas ilícitas, pelo marido/companheiro da mãe/responsável, o estudo revelou relação com a presença de violência conjugal e apresentou resultado significativo ($p < 0,05$). O uso de drogas ilícitas apresentou maior razão de prevalência da violência conjugal, risco 3,05 vezes maior de a mãe vir a ser “vitimizada” (RP 3,05: IC 2,07- 4,51: $p < 0,00$). O uso de álcool apresentou razão de prevalência de 1,84 (RP 1,84: IC 1,08- 3,16: $p < 0,01$) e a embriaguez de 1,91 vezes maior de a mãe vir a sofrer violência conjugal (RP 1,91: IC 1,07- 3,39: $p < 0,02$).

Outros achados significativos referem-se a fatores de associação à violência conjugal, como a presença de humor depressivo, que apresentou razão de prevalência de 2,08 vezes maior de a mãe vir a sofrer violência conjugal (RP 2,08: IC: 1,38- 3,50: $p < 0,00$), a tentativa de suicídio pela mãe, de 2,20 vezes maior (RP 2,20: IC 1,38- 3,50: $p < 0,00$) e, quando pertencente à classe social D e E, de 2,32 vezes maior (RP 2,32: IC 1,40- 3,83: $p < 0,00$).

TABELA – 22 Fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física conjugal por parte do marido/companheiro, segundo a razão de prevalência (N=333).

Fatores relacionados à mãe/responsável	Violência conjugal N(%)	Não violência conjugal N(%)	p	RP (IC 95%)
Escolaridade da mãe/responsável				
De 0 a 4ª série	16 (14,8)	92 (85,2)	0,77	1,07 (0,67-1,71)
Completou alguma série entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental	35 (26,9)	95 (73,1)		
Completou alguma série entre a 9ª e a 15ª série	19 (20)	76 (80)		
Trabalho remunerado				
Sim	35 (21,1)	131 (78,9)	0,97	1,01 (0,66-1,53)
Não	35 (21)	132 (79)		
Uso de álcool da mãe				
Sim	27 (23,1)	90 (76,9)	0,49	1,16 (0,76-1,77)
Não	43 (19,9)	173 (80,1)		
Embriaguez da mãe				
Sim	7 (25,9)	20 (74,1)	0,66	1,18 (0,56-2,49)
Não	20 (22)	71 (78)		
Uso de álcool/companheiro				
Sim	56 (24,6)	172 (75,4)	0,01	1,84 (1,08-3,16)
Não	14 (13,3)	91 (86,7)		
Embriaguez do marido				
Sim	44 (29,3)	106 (70,7)	0,02	1,91 (1,07-3,39)
Não	12 (15,4)	66 (84,6)		
Uso de drogas ilícitas do marido				

Fatores relacionados à mãe/responsável	Violência conjugal N(%)	Não violência conjugal N(%)	p	RP (IC 95%)
Sim	23 (50)	23 (50)	0,00	3,05 (2,07-4,51)
Não	47 (16,4)	240 (83,6)		
Humor depressivo				
Sim	33 (33)	67 (67)	0,00	2,08 (1,38-3,50)
Não	37 (15,9)	196 (84,1)		
Sintomas de depressão				
Sim	5 (35,7)	9 (64,3)	0,16	1,75 (0,84-3,66)
Não	65 (20,4)	254 (79,6)		
Tentativa de suicídio				
Sim	14 (41,2)	20 (58,8)	0,00	2,20 (1,38-3,50)
Não	56 (18,7)	243 (81,3)		
Nível sócio-econômico				
A, B, C	17 (12)	125 (88)		
D e E	53 (27,7)	138 (72,3)	0,00	2,32 (1,40-3,85)

9 DISCUSSÃO

Os estudos sobre violência intrafamiliar contra crianças despertam cada vez mais o interesse de pesquisadores da área da saúde em estudar esse fenômeno, em razão do grande impacto individual e social na vida desse grupo e de seus familiares.

O presente estudo, composto por uma amostra de 402 crianças entre zero a 12 anos, representa a primeira pesquisa, realizada no Município de Fortaleza, direcionada para determinar a prevalência e fatores associados à violência intrafamiliar contra criança em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família.

A prevalência de algum tipo de violência física contra criança (grave e não grave) foi de 81,8% e teve seus pais/responsáveis como agressores. O resultado revelou 79,6% realizados pelas mães/responsáveis; 34,2% pelos pais/responsáveis e 24,8% por ambos. Essa prevalência supera a da hipótese deste estudo, que foi de 70%.

Esse percentual é superior ao do estudo de Bordin *et al* (2004) e inferior ao de Leite *et al* (2008), que revelaram prevalência de algum tipo de violência física de 70,2% e 98,1%, respectivamente.

O ensaio de Bordin *et al* (2004), realizado no Município de Embu (SP), utilizou estudo, população e amostra populacional similares aos dessa pesquisa (bairro violento, presença de tráfico etc.). No de Leite *et al* (2008), embora ocorrido no Município de Fortaleza, a população estudada era composta por crianças com problemas crônicos, envolvendo famílias que residiam também em outros municípios, cujos atendimentos eram realizados por instituição especializada. Percebe-se que, relacionando o resultado desses estudos com a referida pesquisa, a situação de violência física vivenciada por essas crianças é preocupante e que ações emergenciais são necessárias não somente quanto à intervenção, mas também quanto à promoção e prevenção da violência junto a seus pais.

A violência física de natureza grave, embora encontrada em menor frequência do que a não grave (23,6% *versus* 81,8%), representa uma grande ameaça ao desenvolvimento saudável da criança, principalmente pelas possíveis graves consequências na adolescência e vida adulta.

Percebe-se que a violência contra a criança encontrada na comunidade estudada representa somente a “ponta do *iceberg*”, pois um número muito grande de crianças desse bairro vive em situação de violência dentro de seu lar, sem receber atenção por parte de seus pais/responsáveis, encontrando-se desprotegidas e no anonimato.

Na saúde, esse tipo de violência física tende a ocupar o primeiro lugar entre as formas mais atendidas pelos serviços, em relação a encaminhamentos de crianças em situação de violência. É nesse contexto que os casos mais graves ou com sequelas físicas aparentes, prontamente associadas à violência, normalmente convergem para a saúde (BAZON, 2008).

A violência física de forma grave apresentou prevalência de 23,6% e foi praticada pelas mães/responsáveis (21,6%) e pelos pais/responsáveis (7,8%). O resultado foi superior ao das pesquisas realizadas por Bordin *et al* (2006), Leite *et al* (2008) e Davoli *et al* (1994), que foram de 10,1%, 12%, 10,8%, respectivamente. Acredita-se que essa diferença decorra do fato da inclusão, nesse estudo, da violência física “bater na bunda com algum objeto” como violência grave, conforme caracterizada no estudo de Bordin, *et al* (2009). Ressalta-se que a pesquisa realizada por Davoli *et al* (1994) utilizou instrumentos diferentes das demais.

A prevalência da violência física não grave contra criança foi de 81,6%, sendo 79,4% praticada pela mãe/responsável, e 34,2% pelo pai/responsável.

A pesquisa evidenciou a mãe como principal agressora, resultado similar aos da maioria dos estudos sobre esse assunto (BORDIN *et al*, 2004; PASCOLAT *et al*, 2001; WEBER *et al*, 2004; SOUZA, 2005; LEITE *et al*, 2008; BRITO *et al*; 2005). Revelou resultados diferentes quanto à prevalência da violência física com filhos biológicos, comparando-se com a pesquisa de Pascolat *et al* (2001), que apontou as crianças legítimas como as mais “vitimizadas”.

A hipótese do resultado dessa pesquisa é a de que a amostra de crianças com mães/responsáveis não biológicas representou um percentual muito pequeno, o que pode ter interferido no resultado.

Para Pascolat *et al* (2001), frequentemente é a mãe que mais tempo passa junto aos filhos, responsável, portanto, por pequenas decisões cotidianas e pela maior convivência doméstica. Essa permanência no lar, muitas vezes, acarreta frustrações para a mulher em virtude de precisar cuidar dos filhos pequenos ou por determinação do companheiro, deixar seus horizontes de realização pessoal,

restringindo-se à vida doméstica. Afirmam ainda que, uma vez igualado o tempo de permanência junto aos filhos, o pai se configura como agressor mais frequente.

O estudo mostrou que as mães/responsáveis, que não trabalhavam fora, referiram a necessidade de trabalho remunerado. Muitas delas relataram a dificuldade de realizar esse tipo de trabalho em razão de não terem acesso a creches nem com quem deixar seus filhos. Vale ressaltar que, no momento da pesquisa, as creches do bairro estavam sem funcionamento, em virtude do processo de municipalização.

Em relação a esse assunto, Weber *et al* (2002) referem que “a negligência também é um problema social que tem raízes nas diretrizes políticas do Poder Público e na profunda desigualdade social existente no Brasil”. Em muitas famílias de baixa renda, cujos pais trabalham o dia todo, estes podem não ter com quem deixar seus filhos, pois o Governo não disponibiliza vagas suficientes em creches municipais para atender essa demanda.

A pesquisa revelou que as mães/responsáveis “vitimizavam” seus filhos independentemente de terem ou não trabalho remunerado, não tendo sido identificada nenhuma associação estatisticamente significativa. Apontou também o grande número de mulheres com trabalho remunerado na comunidade, correspondendo a mais da metade das mães/responsáveis entrevistadas (54,2%). Muitas delas trabalhavam com faxina, serviços domésticos, garçomete nas barracas de praia e em *buffets*. Em muitos casos, para que elas pudessem trabalhar fora, as crianças ficavam com vizinhos, marido/companheiro desempregado, familiares ou sozinhas.

Uma hipótese para justificar a violência contra criança, por parte das mulheres com trabalho remunerado, poderá estar relacionada ao fato de recair sobre elas a maior responsabilidade de atender as necessidades das crianças. Nas entrevistas, muitas delas relataram dificuldades no seu trabalho, referindo muitas vezes ser exaustivo e que lhe traz sofrimento. O retorno ao lar representa a vivência de um terceiro turno de trabalho, com muitos afazeres e, na maioria das vezes, sem apoio do marido/companheiro, prejudicando a relação afetiva com seus filhos, em virtude de seu cansaço, estresse, conflitos conjugais e outros que poderão interferir e levar a um distanciamento na relação mãe/filho.

Lisboa e Kooler (2000) acentuam que em muitas atitudes dos pais existe um distanciamento emocional e uma limitação na capacidade de dar atenção, carinho e amor, demonstrando deficiência no vínculo pais/filhos. Estudo realizado

nos Estados Unidos confirma que pais que vivem em situação de conflitos e presença de estresses apresentaram maior probabilidade de provocar conflito violento com seus filhos (MOORE *et al*, 2007).

Nesse sentido, Solymos (2006) explica que conhecer a experiência vivida de uma pessoa implica compreender como ela percebe, como interpreta, atribui significado e dá importância aos fatos enfrentados no seu cotidiano. A autora sugere, como proposta de intervenção eficaz para a questão, considerar as condições adversas vividas por essas pessoas e o modo como incidem sobre a experiência que fazem da realidade, ajudando-as a reconhecer e a viver experiências positivas.

Vale destacar o fato de que muitas mães, mesmo sem terem sido indagadas, referiram que o ato de bater nos filhos era uma forma de educar e impor limites. Foram observadas, entretanto, outras formas de violência do tipo grave que, por si, jamais justificariam essa prática, como, por exemplo, sacudir uma criança menor de dois anos, queimar, espancar, esganar e ameaçar a criança com arma, situação encontrada nessas famílias estudadas.

Weber *et al* (2002) constataram que os pais que “vitimizam” seus filhos pensam estar educando e corrigindo o comportamento da criança. Para os autores, é necessário que os pais conheçam outras práticas educativas, mais eficientes em criar e manter um repertório de comportamentos adequados que incluam o desenvolvimento de habilidades sociais e a sustentação de uma dinâmica familiar afetuosa e comprometida.

Com relação ao gênero e à violência física, o presente estudo revelou que os meninos são mais “vitimizados” do que as meninas (91,1% *versus* 76,7%), e que o instrumento mais utilizado foi a mão, seguido por outros objetos como chinelo, cinto e pau. Isto pode estar ligado ao fato de os meninos serem mais agitados, agressivos e desobedientes, o que provoca impaciência nos pais.

Resultados similares foram encontrados por Weber, Viezzer e Brandenburg (2004), referindo que as mãos foram o meio mais utilizado para bater, e que esse comportamento dos agressores, geralmente, é emitido em situações em que os pais sentem raiva pelo comportamento da criança e não conseguem manter autocontrole. Revelaram ainda que o cinto e o chinelo foram também muito utilizados, provavelmente por serem objetos que estão mais próximos da pessoa que “vitimiza”.

O estudo revelou que as crianças maiores de dois anos e as do sexo masculino foram as mais “vitimizadas” e apresentaram associações significativas. As crianças maiores de dois anos apresentaram o risco de sofrer violência de 1,36 vez maior, cerca de 36% a mais. O fato de ser do sexo masculino também representou maior risco de ser vitimizada, 1,19 vez.

Outros estudos mostraram dados similares (PASCOLAT *et al*, 2001; BORDIN *et al*, 2001; SOUZA, 2005; BRITO *et al*, 2005; VITOLO *et al*, 2005). Em relação à idade, entretanto, Pascolat *et al* (2001) e Vitolo *et al* (2005) encontraram prevalência na faixa etária de cinco a 11 anos, diferentemente do revelado por Bordin, Paula e Fernandes (2001), que referiram crianças menores de cinco anos de idade.

Krug *et al* (2002) referiram, sobre o assunto, que as crianças mais jovens estão mais expostas à violência física (75% nas Filipinas, 47% nos Estados Unidos), conforme relato dos pais.

Segundo Weber *et al* (2002), Carmo e Harada (2006), a violência contra a criança, principalmente meninos, pode apoiar-se nos fatores culturais, nos quais é utilizada a violência física como uma medida de disciplina, sendo justificada como uma maneira de protegê-los e prepará-los para as adversidades do mundo externo.

Para Weber *et al* (2004), se o comportamento de “vitimizar” é reforçador tanto para os pais quanto para os filhos, forma-se um círculo vicioso. Este círculo ocorre pela falta de conhecimento dos efeitos deste método e de outros que possam substituir a violência física, como também dos próprios efeitos que reforçam o comportamento de quem “vitimiza”.

A história da educação e da infância no Brasil explica a amplitude da aceitação e da prática da violência física no País. Comungando com essa questão, Guerra (2001) expressa que a mania de bater em crianças é arraigada na família brasileira, enquanto Pinheiro (2006) refere-se à vida social no Brasil como adultocêntrica, que vem desde o período colonial.

O estudo revelou ainda que, entre outros métodos educativos investigados, os verbais foram os mais frequentes, pois gritar ou berrar foi utilizado por 84% das mães. Resultado similar foi encontrado por Bordin *et al* (2004), em que foi utilizado por 75,9% dos pais.

Estudo realizado por Benvegnú *et al* (2005) revelou as consequências dessas práticas. Para os autores, crianças e adolescentes com mães que gritam excessivamente, batem, espancam ou punem severamente, dentre outras reações

inadequadas, têm o dobro de chances de vir a apresentar problemas de saúde mental do que os não expostos a estas práticas.

Sobre essa questão, Assis *et al* (2007) revelaram que ser vítima de violência física severa do pai para problemas externalizantes, o risco relativo é 3,8 vezes; e para problemas da atenção, 2,9 vezes (crianças limítrofes foram agregadas às clínicas). Ser “vitimizada” de forma grave pela mãe também aumenta o risco de distúrbios mentais: 1,6 vez para problemas externalizantes e 1,8 vez para os internalizantes.

Resultados similares foram encontrados por Paula *et al* (2008), em que adolescentes expostos a violência intrafamiliar e urbana mostraram ter duas vezes mais problemas de saúde mental. Revelaram também que os adolescentes expostos a violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas do que os expostos à violência urbana, indicando a importância das relações familiares para a saúde mental do indivíduo.

Ao investigar sobre o atraso escolar, nas crianças de seis a doze anos, e a presença de problemas crônicos existentes em relação a algum tipo de violência física, não foi encontrada nenhuma associação, pois a violência ocorreu independentemente da presença de qualquer um desses problemas.

Quanto ao atraso no desenvolvimento, em comparação a outras crianças da mesma idade e a problemas emocionais ou de comportamento, encontrou-se um percentual elevado de criança com esses problemas (15,7% e 42,5%, respectivamente). O resultado foi muito superior ao encontrado na pesquisa realizada por Bordin *et al* (2004), 7,3% para atraso no desenvolvimento e 19,6% em relação a problema emocional ou de comportamento. Ao serem ligados esses problemas com a presença de violência contra a criança, não foi encontrada nenhuma associação, porém acredita-se que seria necessária a utilização de outras medidas para maior avaliação, bem como a realização de estudos longitudinais e/ou outros com metodologia qualitativa.

Diferentemente desse resultado, Assis *et al* (2009) referem que, dos poucos trabalhos publicados, sobressaem os estudos seccionais, que avaliam a associação entre os problemas, sem capacidade de aferir causalidade. Para os autores, todos os trabalhos apontam na direção da associação entre sofrer violência e apresentar problemas emocionais e comportamentais.

Similar resultado foi referido por Weber *et al* (2004), em que pesquisas realizadas por Larzelere *et al* (1990) revelaram que, ao relacionar violência física

com alguma variável comportamental da criança, detectaram prejuízos para o desenvolvimento infantil, encontrando autoestima mais baixa da criança.

Nesse sentido, Ferreira e Schramm (2000) apontam como consequência de violência física, além dos danos físicos e de desenvolvimento (social e cognitivo), também danos psicológicos (baixa autoestima e desordens psíquicas) e comportamentais (pode-se encontrar desde as dificuldades de relacionamento até atos suicidas e criminosos).

Para muitas mães/responsáveis entrevistadas, são comuns situações de violência vivenciada pelos filhos também na comunidade, uma vez que presenciam, no seu cotidiano, tiroteios, assaltos, ação de bandidos armados, entre outros, pois se trata de bairro com população de baixa renda, presença de exploração sexual contra criança e adolescente, forte interferência do tráfico de drogas, considerado um dos mais violentos de Fortaleza, conforme explicitado na introdução deste estudo. Dessa forma, além dos conflitos e violência familiar, esses outros fatores podem também interferir nesses problemas emocionais e comportamentais da criança e trazer sérias conseqüências para seu desenvolvimento.

Com relação a essa hipótese, Assis, *et al* (2009) afirmaram que, para a criança e o adolescente, tanto o testemunho quanto a real “vitimização” de situações violentas podem afetar suas emoções e afetos, seus comportamentos e as percepções do mundo em que vivem, podendo abalar alicerces para o desenvolvimento mais saudável, com repercussões prováveis até na vida adulta.

As autoras citam que o conhecimento das consequências da violência na saúde das crianças e adolescentes ainda é muito incipiente, no Brasil, e que pode estar relacionado ao absenteísmo e ao abandono da escola, ao baixo rendimento na aprendizagem, à ideação suicida e até mesmo a comportamentos violentos.

Esta pesquisa mostrou que o grau de escolaridade dos pais/responsáveis não influenciou na aplicação da violência física, pois, independentemente do grau de instrução, pais e mães praticaram violência física contra seus filhos. Resultados similares foram encontrados nos estudos realizados por Weber *et al* (2004) e Morris (2006). Estes resultados diferem dos achados no estudo realizado por Bordin, Paula e Fernandes (2001), cujo fator escolaridade apresentou associação com a violência.

Quanto a problemas de saúde mental da mãe/responsável, verificou-se que 45% delas apresentaram escore positivo (escore >7), segundo a aplicação do instrumento *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), que rastreia problemas de saúde

mental em adultos, com avaliação de 20 itens. Esse resultado foi superior aos de Embu (30,1%), conforme Bordin *et al* (2004).

Ao associar problemas de saúde mental da mãe/responsável à presença da violência física contra a criança, encontrou-se risco de 1,10 vezes maior de ocorrência de violência, com resultado estatisticamente significativo ($p < 0,04$).

A pesquisa revelou que um grande número de mães/responsáveis (85,7%) sofreu violência física do tipo grave na infância. Observou-se que, quando a mãe sofreu violência na infância, o risco de praticar violência física foi de 1,13 vez maior, apresentando resultado estatisticamente significativo ($p < 0,02$).

Estudos realizados por Simons *et al* (1991) demonstraram resultado similar ao da pesquisa: pais que experimentaram, na infância, violência grave, utilizam práticas abusivas com seus próprios filhos, confirmando um ciclo de violência.

Nesse sentido, Weber *et al* (2004), referindo Murphy-Cowan e Stringer (1999), relataram que pais punem fisicamente seus filhos na mesma medida em que foram punidos na infância.

Outro resultado similar foi encontrado por Moore *et al* (2007), quando referiu que os pais que experimentaram conflitos e dificuldades na relação com seus pais, na infância, constituem uma população de alto risco. Estudo realizado por Reichenheim, Dias e Moraes (2006) aponta a história pregressa de brutalidade durante a infância como um dos fatores de risco para ocorrer a violência.

Segundo a Unicef (2005), crianças que presenciam violência entre pais/responsáveis em seus lares correm o risco de sofrerem violência e de desenvolverem distúrbios psicológicos e emocionais. Nesses casos, sem uma intervenção adequada, elas poderão tornar-se agressoras ou vítimas de violência.

Percebe-se que essa transferência do modelo de uma geração para a outra é uma das razões para que a violência contra a criança, em especial a física, fosse mantida, ao longo de tantos séculos, como modo de educar a criança (em alguns momentos), o que forma um círculo vicioso muito complexo para solucionar.

Caminha (1999) refere essa questão à multigeracionalidade, que é um fenômeno pelo qual crianças expostas à violência doméstica, de modo repetitivo e intencional, tornam-se adultos que submeterão outras crianças às mesmas experiências pelas quais já passaram.

Diferentemente desses autores, Sinclair (1985) explica que nem todas as crianças que foram expostas à violência na infância estão destinadas a repetir os

mesmos padrões comportamentais dos pais. Algumas, ao contrário, rejeitam completamente o uso de violência quando se tornam adultos, tentando quebrar esse ciclo.

Nesses casos, considerados exceções por Sinclair (1985) e outros estudiosos, as pesquisas enfocam a resiliência na criança, no adolescente e no adulto, em circunstâncias diversas. Corroborando o assunto, Master e Coatsworth (1998) esclareceram que a resiliência é identificada no indivíduo que tenha vivido num contexto de alto risco ou que tenha vivenciado ou sido expostos a traumas severos e que, apesar disso, apresentaram boa adaptação. Neste contexto de alto risco, citam-se eventos estressantes severos e mais duradouros, como separação dos pais, violência intrafamiliar, perda de parentes, entre outros. Dessa forma, a resiliência é entendida como um processo não linear e não rígido, que rompe com a noção de que o sujeito se vê em situação sem saída.

Muitas mães revelaram o uso de álcool e a embriaguez (35,6% e 25,9%, respectivamente), enquanto o emprego de drogas ilícitas se mostrou baixo (0,7%). Além disso, foi relatado pelas entrevistadas que essa prática foi frequente, se considerada ao longo da vida. Acredita-se que nesses achados possa ter ocorrido subinformação, por tratar-se de um assunto que, além de trazer constrangimento nessa revelação, aborda um problema grave existente em muitas famílias dessa comunidade – o tráfico de drogas.

Quanto ao marido/companheiro, expressivos contingentes usavam de bebida alcoólica, com frequência diária de 11,4%. O percentual de embriaguês também se mostrou elevado, em que 10,7% ficavam embriagados diariamente e 36,7% de um a quatro dias por semana. Em relação à utilização de drogas ilícitas, 13,8% fizeram uso nos últimos 12 meses. Destes, 6,3% utilizaram quase que diariamente. Acredita-se que, para as entrevistadas, tenha sido mais fácil revelar essa prática em relação ao marido/companheiro do que a elas mesmas, embora também possa ter ocorrido subinformação.

O estudo revelou que, independentemente de os pais/responsáveis utilizarem álcool ou outras drogas e de ficarem embriagados, a prática de violência física contra a criança foi igual, sem nenhuma associação. Acredita-se que a pouca participação do pai/responsável na criação dos filhos, conforme relato das mães/responsáveis, possa ser uma das explicações para a não-relação. Os resultados diferem dos da pesquisa de Bordin, Paula e Fernandes (2004), em que a

embriaguez nos últimos 12 meses apresentou resultado estatisticamente significativo.

Outra investigação acerca do fenômeno violência intrafamiliar foi realizada em 2004 e envolveu 27 municípios do Estado de São Paulo. Desenvolvida por meio de visita domiciliar, revelou que 52,7% dos domicílios mencionaram situação de violência envolvendo embriaguez; e 9,7% intoxicação por outro tipo droga. Apresentou predominância de violência entre o casal, embora se estendesse, com frequência, a outros moradores da casa (NOTO, 2004).

Foram observadas também diversas situações de violência conjugal sofrida pelas mães/responsáveis. A violência contra a mulher é um problema grave, generalizado, subnotificado e presente nas famílias em todo o mundo.

A presente pesquisa revelou violência física contra as entrevistadas nos últimos 12 meses, sendo 21% relacionados a algum tipo de violência conjugal – grave e não grave – que corresponderam a 71,4% e 28,6%, respectivamente. Revelou também que, ao longo da vida e na presença de algum dos filhos, a prevalência foi de 32,6%. Muitas mulheres não “vitimizadas” pelos maridos/companheiros relataram ter sofrido outros tipos de violência, como a sexual e a psicológica. Esta última é considerada, por elas, tão grave quanto a física, pois muitas vivenciam situações de humilhação, indiferença e desprezo. Para elas, muitas vezes as “palavras maltratavam mais que a agressão em si”.

Pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 35 países, comprovou que entre 10% a 52% das mulheres haviam sofrido violência física por parte de seus companheiros em algum momento de suas vidas (WHO, 2005).

Quanto à violência sofrida ao longo da vida, o presente estudo referiu-se apenas à ocorrida na presença de um dos filhos, não representando, portanto, o total real das mães/responsáveis que foram “vitimizadas” nesse período. Revelou um percentual alto, aproximadamente o dobro do outro período, correspondendo a 32,6%, tendo sido relatadas pelas entrevistadas situações graves, como: chute, espancamento, uso de objetos como faca e tesoura, agressões constantes e outras, trazendo problemas de saúde e prejudicando seu trabalho doméstico e remunerado.

Dados semelhantes foram encontrados por Bordin *et al*; Schraiber *et al*; Bruschi *et al* e Moura *et al* (2004, 2002, 2006, 2005, respectivamente), cujos resultados foram de 25,1%, 34,1%, 33,7% e 32,4%, respectivamente. Segundo Bruschi *et al* (2006), o resultado de estudos realizados em países da América Latina

sobre a prevalência da violência conjugal física ao longo da vida, variou de 19,1% a 47% para algum tipo de violência.

Das mães/responsáveis que sofreram violência conjugal, 41,4% procuraram sua família. Encontrou-se pouca referência em relação à procura aos serviços de saúde e ambulatório de saúde mental, representando apenas 4,3% e 1,4%, respectivamente. Esses resultados foram semelhantes aos achados do estudo de Bruschi, Paula e Bordin (2006), ao revelar que as mulheres que vivem em situação de violência procuraram mais ajuda de pessoas do que das instituições.

Acredita-se que as taxas de prevalência de violência conjugal nos últimos doze meses e ao longo da vida, na presença dos filhos, apontadas neste estudo, possam estar subestimadas, em razão de viés de informações das mulheres, que receiam revelar que sofreram violência conjugal, mesmo tendo sido garantido a privacidade no momento da entrevista e de ter sido realizada apenas por mulheres. A revelação de sua privacidade pode ter favorecido o surgimento de constrangimento em falar sobre o assunto, assim como omitir as agressões menos graves, por não considerá-las como violência, ser comum na relação com seus maridos/companheiros.

A violência conjugal nos últimos doze meses apresentou-se, neste estudo, como fator de risco para violência contra a criança, revelando resultado estatisticamente significativo ($p < 0,00$). Quanto à prevalência da violência conjugal ao longo da vida, na presença de filhos, a violência contra criança ocorreu independentemente da mãe/responsável ter sofrido esse tipo de violência.

Estudo realizado por Bordin *et al* (2004), apresentou resultado diferente, com associação significativa para a violência física grave ao longo da vida. Vale ressaltar que, diferentemente do estudo dessas autoras, a presente pesquisa avaliou a violência conjugal ao longo da vida, somente na presença de filhos.

Ao associar algum tipo de violência com o nível socioeconômico das famílias, foi verificado que a violência intrafamiliar contra a criança esteve presente em todas as classes sociais, não tendo sido encontrada nenhuma diferença. A maior concentração dessa população está nas classes sociais D e E (58,5% da amostra total), evidenciando, portanto, homogeneidade da amostra. Similar resultado foi encontrado no estudo realizado por Bordin *et al* (2004). O resultado sugere a intensa presença de raízes culturais, como, por exemplo, acreditar que bater é necessário para educar, ensinar uma lição às crianças, fazê-las alterar seu comportamento,

impor limites e demonstrar o poder dos pais reforçam o modelo adultocêntrico que desconsidera a criança na qualidade de sujeito.

As condições de pobreza material em que vivem essas famílias proporcionam experiências de vida de pouca ou nenhuma dignidade, esperança e capacidade de resistência; a vida “nervosa”, de poucas experiências humanas válidas, solidárias, empobrece a mente e os vínculos afetivos, o que também fortalece a cultura de violência no ambiente familiar.

Outras pesquisas apresentaram resultados diferentes. A de Weber *et al* (2004) revelou que as crianças que nunca haviam sofrido violência física e castigos eram de escolas com menor poder aquisitivo, diferentemente dos achados de Azevedo e Guerra (2001) *apud* Weber *et al* (2004), que encontraram maior percentual de crianças que nunca apanharam em classes mais favorecidas.

Nesse sentido, alguns estudos indicam que não são as regiões mais miseráveis do país aquelas que concentram maior índice de violência, pois esta pode partir de qualquer um, de qualquer classe social e contra qualquer indivíduo.

Gomes, Silva e Njaine (1999) referem a necessidade de desconstrução da associação mecânica entre violência, pobreza, criminalidade e violação dos direitos, predominante no senso comum.

Comungando com esses autores, Rocha (2004), explica que a violência é gerada pela desestruturação urbana, desestruturação das sociedades e das comunidades, em relação ao que elas esperam e veem. Cita que não existe “vinculação “entre pobreza e violência e que o estudo da Organização dos Estados Ibero-Americanos para Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), mostrou não existir, no mapa da violência no Brasil, uma correlação estatística entre mais pobreza e mais violência, ou menos pobreza e menos violência. O estudo afirma que o que existe é a confirmação do profundo e arraigado preconceito que as elites brasileiras sempre tiveram em relação à pobreza. Os pobres sempre foram culpados pelo subdesenvolvimento do País, pela explosão demográfica, pela favelização das metrópoles, por terem filhos demais, enfim, pela sua própria pobreza. Verifica-se que essa afirmação é uma visão primária, simplista, que nega toda a injustiça social e a concentração de riqueza.

Ao verificar os fatores relacionados à mãe/responsável associados a algum tipo de violência física conjugal, não foi encontrada nenhuma associação em relação à escolaridade, a ter trabalho remunerado, ao uso de álcool e à presença de embriaguez; diferentemente do marido/companheiro que revelou resultado

estatisticamente significativo em relação ao uso de álcool, embriaguez e utilização de drogas ilícitas (p 0,01, p 0,02, 0,00 respectivamente).

Zilberman e Sheila (2005) referem que as drogas ilícitas, como cocaína, *crack* e anfetaminas, estão frequentemente envolvidas em episódios de violência doméstica, pelo fato de reduzirem a capacidade de controle de impulsos e por aumentar as sensações de persecutoriedade.

Outros resultados significativos encontrados neste estudo foram em relação à violência conjugal associada ao humor depressivo das mulheres, revelando o risco de 2,08 vezes maior quando presente. Similar resultado foi encontrado em relação à tentativa de suicídio, com o risco 1,75 vez. Com relação à classe social, as classes D e E apresentaram risco de 2,32 vezes maior para ocorrer violência conjugal.

Resultados similares foram encontrados também em outras pesquisas com relação ao nível socioeconômico. Estudos realizados por Coker *et al* (2000); Elisberg *et al* (1999); Subramaniam *et al* (2001) *apud* Bruschi, Paula e Bordin (2006) revelaram associação entre baixa renda e violência conjugal física.

Embora nessas pesquisas a violência conjugal tenha uma associação significativa com a classe social menos favorecida, torna-se necessário ressaltar que, mesmo com todo o constrangimento e subnotificação existente, a procura por atendimento para esse problema ocorre principalmente nos serviços públicos. Portanto, não revelada a real situação desse fenômeno nas demais classes sociais, pois o problema da violência conjugal deixa de ser mantido em segredo no mundo privado e passa a ganhar espaço público, o mesmo não ocorrendo com as classes mais favorecidas.

Ao finalizar essas discussões, verificou-se que alguns aspectos podem ter influenciado nos achados, tanto no sentido de garantir a sua qualidade, quanto no de limitar generalizações ou mesmo apresentar vieses. Na qualidade do estudo, destacam-se: a importância da participação da pesquisadora principal também como entrevistadora, acompanhamento frequente no desenvolvimento de toda a pesquisa, o fato de as entrevistadoras terem sido mulheres, sensíveis ao fenômeno e treinadas. Outra questão muito fortalecedora foi o fato de as entrevistas terem sido realizadas de forma individual, reservada e em um Centro de Saúde da Família, reduzindo o risco da subinformação, mas não eliminando, vez que se trata de uma temática privada e silenciosa para muitas famílias. Apresentou-se também como

outra potencialidade o instrumento utilizado, que foi previamente adaptado para a utilização no País.

10 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelaram elevadas taxas de prevalência de violência física intrafamiliar contra a criança e violência conjugal em qualquer de suas modalidades. A violência física contra a criança, encontrada na pesquisa, sugere a combinação de várias condições de riscos associados e que estão presentes na estrutura familiar. Os fatores associados ao fenômeno violência foram idade e sexo da criança; os relacionados à mãe/responsável referem-se a problemas de saúde mental, violência física sofrida na infância, violência conjugal física nos últimos doze meses, presença de humor depressivo, tentativa de suicídio, nível socioeconômico, uso de álcool e/ou de outras drogas, e embriaguez do marido/companheiro.

O tipo de violência mais frequente foi a violência física não grave. A violência física de natureza grave, que representa forte ameaça ao desenvolvimento da criança, podendo provocar graves consequências de saúde física e mental, apresentou resultados superiores aos de outras pesquisas. Dessa forma, ficou evidenciada a necessidade de maiores preocupações e reflexões acerca dos riscos a que estão expostas essas crianças e familiares.

Com relação ao gênero e à violência física, revelou-se que o menino é mais “vitimizado” do que a menina, e que os instrumentos mais utilizados foram a mão, chinelo, cinto e o pau.

Com relação aos métodos educativos investigados, os verbais foram os mais frequentes, representados pelos atos de berrar e gritar.

A violência contra a criança esteve presente em todas as classes sociais e níveis de escolaridade de ambos os pais, não tendo sido identificada qualquer relação com a prevalência do fenômeno. Ressalta-se que a maioria das famílias pertence às classes D e E, o que contribuiu para a homogeneidade da amostra.

O contexto contribui para que a descarga dos problemas enfrentados pelas mulheres se materialize pela prática de violência contra seus filhos, evidenciando as condições alienantes de vida e de trabalho como forte determinante para a ocorrência de violência intrafamiliar. O estudo apontou a mãe/responsável como principal agressora, resultado similar ao de outros ensaios.

As famílias que utilizaram violência física como um meio de tentar educar e corrigir a criança, provavelmente, desconhecem os efeitos benéficos da utilização

do afeto, diálogo e do carinho como métodos educativos, ou, pelo menos, não percebem dessa forma.

A presença de situações estressantes, a sobrecarga de afazeres diários (sem apoio do marido/companheiro ou de outros) e a vivência de sofrimento com relação ao trabalho remunerado sem vínculo empregatício e/ou doméstico, também foram reveladas nesse ensaio. Embora muitas mulheres tenham trabalho remunerado, a maioria não tem seus direitos trabalhistas assegurados, como é o caso das diaristas.

A prática de violência física é considerada, pelas mães/responsáveis, como uma situação comum e presente em suas vidas. Muitas delas relataram ter sofrido violência na infância. Essa percepção da violência contribui para a banalização desse fenômeno e, conseqüentemente, de suas implicações na saúde física e mental do indivíduo. Percebe-se que esses métodos são incorporados à dinâmica familiar e, fatalmente, ensinam e induzem as crianças a os utilizarem em outros ambientes, como, por exemplo, o da escola e, mais tarde, com seus filhos, perpetuando, dessa forma, o problema. Em conformidade com esse contexto, o estudo observou que a maioria das mães, que sofreu algum tipo de violência física na infância, praticou violência contra seus filhos.

O estudo revelou também alta prevalência da violência conjugal nos últimos 12 meses (tipo grave mais freqüente) e ao longo da vida na presença dos filhos. Com base no histórico de vida das mães, as que sofreram violência conjugal física nos últimos doze meses e/ou que apresentaram problemas de saúde mental têm maior tendência em “vitimizar” seus filhos. Além disso, nas famílias cujo marido/companheiro fazia uso álcool e/ou outras drogas e apresentou embriaguez, mostrou-se também maior disposição para agressão às mulheres/companheiras.

Algumas mães, “vitimizadas” pela violência conjugal, relataram tentativa de suicídio e o fato de terem tido humor depressivo, necessitando de maior investigação quanto ao conhecimento das relações de causa e consequência.

As famílias com nível socioeconômico menos favorecido apresentaram maior frequência de violência conjugal. A relação conjugal conflituosa ou violenta, caracterizadas pelo desemprego, subemprego, uso de álcool e outras drogas, estresses, deficiente afetividade, e o não-fortalecimento das atitudes positivas dessas famílias, revelaram-se como fatores que contribuíram para a situação de sofrimento e de risco presentes nos domicílios.

As conclusões comungam com o fato de o bairro Vicente Pinzon ser um dos mais violentos de Fortaleza, com população predominantemente de famílias de baixa renda, que necessita de maiores investimentos em relação à prevenção da violência intrafamiliar. Estudos no plano nacional e internacional mostram associação da violência contra criança com a desigualdade social e com o fato de as pessoas morarem em área violenta, características do bairro.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários autores debatem e estudam sobre qual a melhor maneira de educar o filho na atualidade, em que o diálogo, a paciência, a tolerância, o amor, a disciplina e a compreensão devem alicerçar o modo de agir dos pais, como forma de eliminar a violência contra a criança. O estudo apontou a necessidade de elaboração de projeto terapêutico singular para as famílias que vivem em situação de violência, envolvendo toda a rede de proteção à criança existente no território, como forma de mudar o relacionamento dos pais com seus filhos, uma vez que a saúde sozinha jamais conseguirá resolver.

A maioria das políticas públicas, voltadas para a questão da violência contra a criança, pouco investem na atenção à família. Estudos realizados sobre a violência intrafamiliar contra a criança revelam que, por trás de cada criança que vive em situação de violência, está uma família que precisa de ajuda. Nesse contexto, os profissionais precisam estar atentos, ir além das questões isoladas, para perceber a presença desse fenômeno numa visão mais ampliada, que é o grupo familiar.

Esses desafios necessitam ser mais intensificados pelos governos, profissionais e sociedade civil, porquanto é urgente e de suma importância a implementação de projetos e políticas públicas com grandes potencialidades para ajudar essas famílias de forma universalizante.

Os profissionais da Saúde da Família são importantes aliados, capazes de desenvolver ações de promoção e prevenção junto à comunidade, com articulação das organizações governamentais e não governamentais, para atenção de toda a família, fortalecendo a rede de apoio e proteção à criança. Políticas de práticas integrativas e complementares⁶, projetos Cirandas da Vida⁷ e projetos da Fundação da Criança e Família Cidadã (FUNCI) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) potencializam essas ações.

⁶ Constituem campo de saberes e cuidados em saúde que desenha um quadro complexo, múltiplo e sincrético articulando um número crescente de práticas diagnóstico/terapêuticas, tais como terapia comunitária, massoterapia, dentre diversas opções (BARROS, 2006).

⁷ Projeto desenvolvido em Fortaleza que visa a desenhar uma proposta de educação popular em saúde com interface de agentes populares e institucionais. Descreve-se o enfrentamento da violência a partir de uma abordagem multirreferencial que reconstitui a história de luta e resistência das comunidades, buscando organizar processos de trabalho sob a perspectiva popular, no dialogismo dos grupos. (DANTAS *et al*, 2007).

Torna-se necessário, portanto, a articulação intra e intersetorial, de forma eficaz, com monitoramento permanente da sociedade civil junto às políticas públicas. É inaceitável que a sociedade ainda conviva com esse fenômeno, não se envolva e não cobre do governo ações efetivas e emergenciais para mudança da cruel realidade vivenciada por essas crianças.

Compete à equipe da Saúde da Família, portanto, o papel de educador, propondo para a família outro modelo de educar seus filhos, eliminando essa maneira violenta e pensar em métodos diferentes de disciplinar, conscientizando-as sobre as consequências maléficas da violência na saúde da criança, principalmente para a saúde mental. Vale ressaltar que esses profissionais precisam estar cientes de que o ECA define legalmente as normas de conduta, tornando obrigatória a notificação de casos de violência contra a criança e o adolescente, o que ainda é deficiente no Brasil.

Trabalhar com este tema representa um desafio para os profissionais de saúde, principalmente em razão da deficiência de informações técnicas e científicas. Poucos estudam o tema da violência na graduação. Há necessidade urgente de se incluir o assunto nos currículos de graduação e pós-graduação, bem como na capacitação dos profissionais de saúde (sob a óptica da educação permanente), com base na aprendizagem significativa, mudanças em sua práxis e implicação como sujeito de transformação.

Os resultados encontrados revelam necessidade de maior investimento em política pública de saúde mental na atenção básica, principalmente no que se refere às crianças e familiares que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social. Nesse sentido, há necessidade de capacitação dos profissionais da saúde, com relação ao emprego de instrumentos de triagem, como o SRQ (Questionário de Rastreamento para Problemas de Saúde Mental em Adultos da comunidade), para detecção precoce dos problemas. A inclusão de interconsulta, como forma de ação da supervisão na saúde mental no PSF, garantiria tanto ações terapêuticas integrais como a prevenção primária e promoção da saúde.

Dessa forma, a contribuição dessa política junto às equipes da Saúde da Família garantiria atendimento interdisciplinar, mais resolutivo, de forma integral e no próprio território, o que reforça a necessidade da implantação dos núcleos de apoio

ao Saúde da Família (NASF) e do apoio matricial⁸. Com relação ao assunto, o estudo aponta para a necessidade da implementação de acolhimento com avaliação de risco e de vulnerabilidade na ESF, com uma escuta qualificada que garanta atenção integral e resolutive, tanto no atendimento ambulatorial como no domiciliar. Essa atenção deverá ir além da queixa principal referida aos profissionais de saúde, vendo-as com base em um contexto familiar e comunitário, levando em consideração a singularidade de cada família, pois muitas dessas mulheres e crianças são atendidas nos serviços de saúde, onde esses problemas passam despercebidos.

Considerando que os dados deste estudo se referem a uma amostra restrita à população do bairro Vicente Pinzon, sugere-se que sejam realizadas pesquisas em outros bairros de Fortaleza para determinar a prevalência da violência, com amostra que viabilize generalizações acerca da prevalência do fenômeno no Município, e que sejam utilizadas abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas para aprofundar o objeto de estudo.

Recomenda-se pesquisar a prevalência de outros tipos de violência (sexual, psicológica e por negligência) contra a criança nas áreas cobertas pela ESF, que são cruéis e prejudiciais tanto quanto o tipo de violência investigado e que venham a instrumentalizar as famílias, em relação a ações educativas para minimizar o efeito da violência, e aos profissionais de saúde, acerca da importância de se intensificar ações voltadas para a promoção, prevenção e atenção integral à criança e família.

Por fim, torna-se necessário maior engajamento e responsabilização dos profissionais da Saúde da Família, a fim de contribuir para a transformação dessa realidade, repensando o seu papel, não somente como profissional da saúde, mas também como cidadão em busca de uma realidade mais justa, democrática e solidária.

⁸ Consiste na retaguarda assistencial, em que o especialista se integra organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado, com intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões (CAMPOS, *et al*, 2007).

REFERÊNCIAS

ADAMO, V. L. C. L. Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 153-159, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7138.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2007.

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. Sociologia da Família. *In*: CANEVACCI, M. (Org.). **Dialética da família**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 213-222.

ALMEIDA, S.F.C.; SANTOS, M. C. A. B; ROSSI, T. M. F. Representações sociais de professores do ensino fundamental sobre violência intrafamiliar. *Psicol. Teor. Pesqui.*, v. 22, n. 3, p. 277-286, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2007.

AMARAL, J. J. F.; VICTORA, C. G.; LEITE, A. J. M.; CUNHA, A. J. L. A. Implementação de estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 598-606, aug. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 15 maio 2009.

ANDRADE, G. N. **Bases da privacidade**. 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/mestcii/regina1.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A estratégia saúde da família. *In*: DUNCAN, **B. B.**; **SCHMIDT**, M. I.; **GIUGLIANI**, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ÁRIÈS, P.; DUBY, G. **História da vida privada do império romano ao ano mil**. São Paulo: Cia. das letras, 1992.

ASSIS, S. G. **Quando crescer é um desafio social: estudo sócio-epidemiológico sobre violência em escolares em duque de caxias**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

_____. **Crianças e adolescentes violentadas: presente e perspectiva para o futuro**. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-134, 1994.

_____. **O Percurso da violência na sociedade ocidental:** infância e saúde. Horizontes, v. 17, p. 11-77, 1999.

_____. Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF, 2006. p. 39-45.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF, 2006. p. 59-67.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; OLIVEIRA, R. V. C.; FURTADO, L. X. **A violência familiar produzindo reversos:** problemas de comportamento em crianças escolares [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz, 2007.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF, 2006. p. 47-57.

ASSOCIAÇÃO BATISTA BENEFICIENTE E MISSIONÁRIA (ABBEM). **Pesquisa Sobre os Conselhos Tutelares de Fortaleza:** relatório final, setembro de 2007. Fortaleza, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Maus tratos contra crianças e adolescentes:** proteção e prevenção - Guia de orientação para profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 1992.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco:** para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico**, ano 15, n. 3, p. 2-4, dez. 1997.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Crianças vitimizadas:** a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Infância e violência doméstica:** perguntelho - o que os profissionais querem saber. São Paulo: IPUSP/LACRI, 1994.

_____. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/04.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

BASTOS, A. C. S.; ALCÂNTARA, M. A. R. Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2006. p. 87-101.

BAZON, M. R.; DACANAL, J. N.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Vitimização doméstica de crianças e adolescentes: análise de um serviço de acompanhamento familiar. **Psico**, v. 34, n. 1, p. 7-22, jan./jun. 2003.

BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 323-332, 2008.

BENVEGNÚ, L. A.; [FASSA, A. G.](#); [FACCHINI, L. A.](#); [WEGMAN, D. H.](#); [DALL'AGNOL, M. M.](#) Work and behavioural problems in children and adolescents. **Int. J. Epidemiol.**, v. 34, n. 6, p. 1417- 1424, 2005.

BERGER, P. **O dossel sagrado**. São Paulo: Paulinas, 1985.

BONNER, B. L. **Child abuse and neglect: an over**. [S.l.]: Center on Child Abuse and Neglect. University of Oklaloma Health Sciences Center, 2003.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S.; FERNANDES, M. Saúde mental e violência doméstica. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 21., Recife, 2001. **Resumo...** Recife, 2001. p. 299.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; ABREU, S. R.; DUARTE, C. S. **Estudo brasileiro de violência doméstica contra a criança e o adolescente**. São Paulo: Fapesp, 2004.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; DUARTE, C. S. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 4, p. 290-296, 2006.

BORDIN, I. A. S.; **DUARTE, C. S.**; **PERES, C. A.**; **NASCIMENTO, R.**; **CURTO, B. M.**; **PAULA, C. S.** Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bull. World Health Organ.**, v. 87, n. 5, p. 336-344, 2009.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Decreto- lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro, 11^a da independência e 52^a da República, 1940. Disponível em: <www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil: Lei 8.069/90**, de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências**: portaria MS/GM nº737, de 16 de maio 2001. Brasília, DF, 2001.

_____. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Caderno de Atenção Básica, n. 8).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005.

_____. **Clínica ampliada**: equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 3 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio ao Saúde da Família**: portaria MS/GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF , 2008.

BRINGIOTTI, M. Inês. **La escuela ante los niños maltratados**. 1. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BROWN, J.; COHEN, P.; JOHNSON, J. G.; SALZINGER, S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 - year prospective study of officially recorded and self - reported child abuse and neglect. **Child Abuse Neglect**, v. 22, n. 11, p.1065-1078, 1998.

BRUSCHI, A.; PAULA, C.S.; BORDIN, I. A. Prevalência e procura de ajuda conjugal física ao longo da vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 256-264, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a13.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2008.

BRUSCHINI, C. Teoria clínica da família. *In*: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 2000. p. 49-77.

CAMARGO, C. L.; SAMPAIO, A. L.; XAVIER, E. A.; SANTOS, L. T. Lesões por queimaduras: o reflexo da violência de crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum**, v. 12, n. 2, p. 52-58, jul./dez. 2002.

CAMINHA, R. M. Violência e seus danos à criança e ao adolescente. *In*: FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Violência doméstica**. Porto Alegre, 1999. p. 43-60.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARDOSO, A. C. A.; COELHO, H. M.; HARADA, M. J. C. S.; HIRSCHEIMER, M. R.; GIKAS, R. M. C.; WAKSMAN, R. D.; LOPEZ, R. M. D. A.; LERNER, T.

Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). **Ped. Mod.**, v. 39, n. 9, p. 354-362, 2003.

CARMO, C. J.; HARADA, M. J. C. S. **Violência Física como Prática Educativa**. Rev. Latino AM Enfermagem 2006, novembro-dezembro; 14 (6).

CARVALHO, M. C. B. O lugar da família na política social. *In*: CARVALHO, M. C. B. *et al* (Org). **A Família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p.45.

CAVALCANTE, L. I. C. Violência Doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Belém. *In*: HAZEU, M.; FONSECA, S. **Violência contra crianças e adolescentes na região metropolitana de belém: 1998 e 1999**. Belém, 2001. p. 18-22.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 193-200, 1999.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Protocolo de atenção a pessoas em situação de violência**. Fortaleza, 2004.

_____. **Não violência**: um desafio constante: guia para implantação das comissões de prevenção aos maus-tratos contra criança e adolescentes. Fortaleza, 2003.

_____. Governo do Estado do Ceará. **Lei nº 13.230/02, de 27 de junho de 2002**. Criação de comissões de atendimento, notificação e prevenção à violência doméstica contra criança e adolescente nas escolas de rede pública e privada do estado do ceará. Fortaleza, 2002.

CENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO CEARÁ; MOVIMENTO REPÚBLICA DE EMAÚS. Violência contra crianças e adolescentes na região metropolitana de belém: 1998 e 1999. Belém, 2001.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1999. Disponível em <<http://www.cnbb.org.br/>>. Acesso: 10 set. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética de enfermagem: Resolução Cofen nº 240/2000**. Disponível em:

<<http://www.soleis.adv.br/codigoeticaenfermagem.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. 5. ed. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética**: Resolução CFP nº 002/87, de 15 de agosto de 1987. Brasília, DF, 1987.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Encontros de articulação do conanda com os conselhos tutelares**. Brasília, DF, 2000.

CRUZ, M. S. Homicídios contra crianças e adolescentes. In: HAZEU, M.; FONSECA, S. **Violência contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Belém: 1998 & 1999**. Belém, 2001. p. 16-21.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violence a global public health problem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, supl., p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n2/30417.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

DANTAS, V. L. A.; LINHARES, A. M. B.; ANDRADE, L. O. M.; PORTO, T. C. A violência como situação limite nas rodas das cirandas da vida em Fortaleza, Ceará. **Divulg. Saúde Debate**, v. 39, p. 68- 81, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgl-br>>. Acesso em: 19 maio 2009.

DAVOLI, A.; PALHARES, F. A. B.; CORRÊA-FILHO, H. R.; DIAS, A. L. V.; ANTUNES, A. B.; SERPA, J. F.; SCHINCARIOL, P. Prevalência de violência física relatada contra criança em uma população de ambulatório pediátrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 92-98, jan./mar. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2007.

DEAN, A. G. *et al* **Epi-Info, Version 6.4**: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, U. S. A.: Centers for disease Control and Prevention, 1994.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Est. Psicol.**, v. 5, n. 2, p. 347-381, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n2/a04v05n2.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2007.

DE MAUSE, L. The history of childhood. In: _____. **The New psychohistory**. New York: the Psychohistory Press, 1975.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994. 39 p.

_____. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p.177-187, 1994. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a13.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2007.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005.

DIRANI, M.; FONSECA, N.; DIRANI, C. C. Maus-tratos na infância: análise de 122 casos. **Rev. Med. Sta. Casa**, v. 1, n. 1, p. 84-88, 1989.

DREZETT, J. **Contracepção de emergência e violência sexual**. 2000. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/CLAE.doc>>. Acesso em: 10 out. 2007.

DREZETT, J.; CABALLERO MARCELO, J. Y.; PRIETO, E. T.; MARQUES, J. A.; FERNANDES, C. E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 413-419, 2001.

ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. *In*: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. São Paulo: Editora Alfa-Ômega, 1891.

FALEIROS, V. P. Redes de exploração e abuso sexual e redes de proteção. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1998, Brasília. **Anais...**Brasília, 1998. p. 9.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. **Formação de educadores (as)**: subsídios para atuar no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: MEC/ SECAD; Florianópolis: UFSC/ SEAD, 2006.

FERREIRA, A. L. **Acompanhamento de crianças vítimas de violência**: desafios para o pediatra. *J. Pediatr* (Rio J). 2005; 81 (5 Supl): S173-S180.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000600016>. Acesso em: 25 ago. 2007.

FERRIANI, M. G. C.; CANDIDO, G. T.; VIEIRA, D. Caracterização do centro de atendimento da criança e do adolescente vitimizados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 36-44, 2002.

FIGUEIREDO, B.; BIFULCO, A.; PAIVA, C.; MAIA, A.; FERNANDES, E.; MATOS, R. History of childhood abuse in portuguese parents. Child Abuse Negl., v. 28, n. 6, p. 671-684, June 2004.

FLITCRAFT, A. **Physicans and domestic violence**: challanges for prevention. Rio de Janeiro: Health Afflairs, 1993.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2005**. Fortaleza, 2006.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Índice de desenvolvimento humano do município-IDH-M**. Fortaleza, 2007.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Célula da Atenção Básica. **O papel da saúde no enfrentamento da violência contra criança e adolescente**. Fortaleza, 2007a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde **Relatório de gestão do ano de 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Educação. **Capacitação dos professores municipais no enfrentamento da violência contra criança e adolescente**. Fortaleza, 2007.

_____. Prefeitura Municipal. Fundação da Criança e Família Cidadã. **Projeto sentinela**. Fortaleza, 2009.

FORTIN, A.; CHAMBERLAND, C. Preventing the psychologist maltreatment of children. **J. Interpersonal Violence**, v. 10, n. 3, p. 275-295, 1995.

FÓRUM ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Audiência pública realizada na assembléia legislativa**. Fortaleza, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA **Primeiro estudo sobre violência contra criança apresentado as nações unidas**. 2007. Disponível em: <<http://www.unicef.org/mozambique>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

GARBARINO, J.; GUTTMAN, E.; SEELEY, J. W. **The psychologically battered child**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1986.

GOHN, M. G. (Org.). Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: _____. **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis: vozes, 2003.

GOIÂNIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Cartilha da rede de atenção a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência**. Goiânia, 2003.

GOMES, R.; SILVA, C.M. F.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 171-181, 1999.

GOMES, R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl., p. 156-167, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a11.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2007.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

GRAHAM-BERMANN, S. A. **The kids club: an intervention group for children exposed to domestic violence**. [S.l.]: University of Michigan, 1992.

GUERRA, V. N. **A violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas**. São Paulo: Cortez, 1984.

GUERRA, V. N. **A Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

HOBBS, C. The prevalence of child maltreatment in the United Kingdom. **Child Abuse Negl.**, v. 29, n. 9, p. 949-951, 2005.

HUERTAS, J. A. D. Epidemiologia. *In*: FLORES, J. C.; HUERTAS, J. A. D.; GONZALEZ, C. M. (Org.). **Niños Maltratados**. Madrid: Diaz de Santos, 1997. p.15-25,

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 1997. V.6.

_____. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.

_____. **Trabalho Infantil - 2001**. Rio de Janeiro, 2003.

KASSAR, M. M; ROSA, C. P.; AMORIM, S. F. ; CONTINI, M. L. J. Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil - PAIR. **Curso para o enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente**. Belo Horizonte: Creia/UFMG, 2006.

KING, W. J.; MACKAY, M.; SIRNICK, A. **Shaken Baby Syndrome in Canada: Clinical Characteristics and Outcomes of Hospital Cases**. **CMAJ**, v. 168, n. 2, p. 155-159, jan. 2003.

KIPPER, D. J. Síndrome da criança espancada. **Medicina: Conselho Federal**, v. 14, n.102, p. 2-3, fev.1999.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. *In*: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.125-149.

KOLAR, K. R.; DAVEY, D. Silent victims: children exposed to family violence. **J. Sch. Nurs.**, v. 23, n. 2, p. 86-91, Apr. 2007.

KOLLER, S. H. Violência doméstica: Uma visão ecológica. *In*: FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Violência doméstica**. Brasília, 1999. p. 32-42.

KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. A. Pesquisa ecológica sobre violência no microsistema familiar. *In*: KOLLER, S. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 311-336.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. editors. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEME, P. L. S. A roda e os expostos da Santa Casa de São Paulo. **Ser Médico**, v. 19, p. 40-44, 2002.

LEITE, A. J. M. et al. **Violência doméstica e saúde mental materna** - relação com a desnutrição de crianças no nordeste do Brasil. In: resumos do I simpósio internacional de violência e saúde mental. O impacto da violência na saúde mental da população brasileira. São Paulo, 2008.p. 14.

LIEDER, H. S.; IRVING, S. Y.; GRAF, J. M. Munchausen syndrome by proxy: a case report. **Clinical Issues**, v. 16, n. 2, p. 178- 184, Apr./June, 2005.

LISBOA, C. S. M.; KOLLER, S. H. Questões de ética na pesquisa com crianças e adolescentes. **Aletheia**, v. 11, p. 59-70, 2000.

LOPES, M. V. G.; TAVARES, P. A. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. **Pediatr. Mod.**, v. 36, n. 10, p. 684-688, 2000.

LUNA, G. L. M. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

MACÊDO, A. C. *et al* Desigualdades sociais e mortes violentas em crianças e adolescentes da cidade de Salvador. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 10, n. 4, p. 115-121, mar. 2001.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

MASI, D. Violência sexual. **Pediatr.** (Asunción), v. 32, n. 2, p. 5-6, 2005.

MASTEN, A. S.; COATSWORTH, J. D. The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. **Am. Psychol.**, v. 53, n. 2, p. 205-220, 1998.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2007.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 58-63, jun. 1993.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, 1993.

_____. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

_____. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINUCHIN, S. **Famílias**: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MITCHELL, J. Modelos familiares. *In*: CANEVACCI, M. (Org.). **Dialética da família**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 257-273.

MOORE, C. G.; PROBST, J. C.; TOMPKINS, M.; CUFFE, S.; MARTIN, A. B. The prevalence of violent disagreements in US families: effects of residence, race / ethnicity, and parental stress. **Pediatrics**, v. 119, suppl. 1, p. 568-576, Feb. 2007.

MORRIS, J. D. The normative influence of social network members on mothers attitudes toward corporal punishment. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**, v. 57, n. 1-B, p. 0765, 1996.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? a experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul./ago. 2005.

MOURA, R.; ROSA, S. Violência Doméstica Fatal. *In*: VIOLÊNCIA contra crianças e adolescentes de Belém: 1998 & 1999. Belém: Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Emaús (Cedeca), 2001. p. 23-26.

MRAZEK, P. B. Sexual abuse of children. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v. 21, p. 348-349, 1980.

MRAZEK, P. B.; HUGGERTY, R. J. **Reducing risks for mental disorders**: frontiers for preventive intervention. Washington, DC: National Academic Press, 1994.

MUZA, G. M. A Criança abusada e Negligenciada. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n.1, p. 56-60, jan./fev.1994.

NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; SILVA, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F. Violência domiciliar associada ao consumo de álcool e outras drogas um levantamento no estado de São Paulo. **J. Bras. Depend. Quím.**, v. 5, n. 1, p. 9-17, 2004.

NÚCLEO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS ADOLESCENTES. **Banco de dados do período de janeiro de 2006 a fevereiro de 2008**. Fortaleza, 2008.

NUNAN, D. **Research methods in language learning cambridge**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

OLIVEIRA, J. **Código Penal**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

OLIVEIRA, M. L. M. Atenção a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência: Redes de Atenção. A Experiência de Goiânia. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2006. p. 151-161.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Um problema mundial de saúde pública. *In*: _____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. p. 1-22.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório mundial sobre violência contra criança**. Genebra, 2006. Disponível em: <<http://www.violencestudy.org>>. Acesso em: 19 dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação mundial infância, 2007**. Disponível em: <www.unicef.org/brasil/smi/cap.2-dest> 1. Acesso em jan.2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolución XIX, violencia y salud**. Washington, DC, 1993.

_____. **Salud y violencia: Plan de Acción Regional**. Washington, DC, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Deteção e prevenção de maus-tratos na infância no marco da atenção integrada às doenças prevalentes da infância – AIDPI**. Brasília, 2006.

PAULA, C. S. et al. **Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 524-528. Epub Apr 25, 2008. ISSN 0034-8910.

PASCCOLAT, G.; SANTOS, C. F. L.; CAMPOS, E. C. R.; VALDEZ, L. C. O.; BUSATO, D.; MARINHO, D. H. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **J. Pediatr.**, v. 77, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2001.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, supl., p. S197-S204, 2005.

PINHEIRO, Â. A. A. **Criança e adolescente no Brasil: porque o abismo entre a lei e a realidade.** Fortaleza: Editora UFC, 2006.

PINHEIRO, P. S. **Entrevista sobre o relatório mundial da violência contra as crianças.** Disponível em: <<http://www.violencestudy.org>>. Acesso em: 28 dez. 2007a.

_____. **Entrevista sobre o relatório mundial da violência contra as crianças.** Disponível em: <<http://www.andi.org.br>>. Acesso em: 28 dez. 2007b.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde (FAMERP)**, v. 12, p. 42-49, 2005. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf900/maus-tratos-crianca/maus-tratos-crianca.shtml>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

PIRES, J. M. A. Violência na Infância: aspectos clínicos. In: FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Violência doméstica: violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre**. São Leopoldo, 1999. p. 61-70.

PIRES, J. M. A.; GOLDANI, M. Z.; VIEIRA, E. M.; NAVA, T. R.; FELDENS, L.; CASTILHOS, K.; SIMAS, V.; FRANZON, N. S. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, jan./mar., 2005.

PIRES, J. M. A.; MOLLE, L. D. Síndrome de munchausen por procuração: relato de dois casos. **J. Pediatr.**, v. 72, n. 4, p. 281-286, jul./ago. 1999.

RAMALHO, A. L. A. **Maus-tratos em crianças: compreensão da violência doméstica**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2003.

RAMALHO, A. L. R.; AMARAL, J. J. F. As faces da violência contra crianças. **Rev. Pediatr. Ceará**, v. 7, n. 1, p. 6-13, jan./jun. 2006.

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA. **Manual de atendimento**. Curitiba: [s. n.], 2002.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5342.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7134.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2007.

REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Anos potenciais de vida perdidos no rio de janeiro, 1990: as mortes violentas em questão. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. 188-198, 1994.

RIBEIRO, F. Bairros Periféricos da RMP são redutos da criminalidade. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 20 de out. 2008. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp>>. Acesso em: 21 out. 2008.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 456-464, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2007.

RIZZINI, Irmã. **Assistência à infância no brasil**: uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: USU, 1993.

SAFFIOTI, H. I. B. A Síndrome do Pequeno Poder. *In*: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (orgs). **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989. p. 13-21.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

SANCHEZ, R. N. O enfrentamento da Violência no campo: dos direitos de crianças e adolescentes. *In*: GOMIDE, D.; SILVA, J.F.; SILVA, M.J.P. **Pacto pela paz**: uma construção possível "Subsídios à V Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente". São Paulo: Peirópolis, 2003.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2006. p. 29-38.

SANTORO, M. J. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatr. Mod.**, v. 6, n. 38, p. 279-283, 2002.

SANTORO JR., M. Crianças e adolescentes vitimizados. **PRONAP - SBP**, v. 2, n. 3, p. 63-103, 1997.

SANTOS, M. E. B. Acabar com a violência contra as crianças - já. Conselho Nacional de Educação. **Jornal de Letras**, dez. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 112-120, 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30630.pdf>>. Acesso em 15 ago.2007.

SEABRA, A. S.; NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. **Pediatria Atual**, v. 6, n. 3, p. 372-382, 1997.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S. C.; CAPONI, S. N. C. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2007.

SIMONS, R. L.; WHITBECK, L. B.; CONGER, R. D.; WU, C. Intergenerational transmission of harsh parenting. **Developmental Psychology**, v. 27, n. 1, p. 159-171, 1991.

SINCLAIR, D. **Unnderstanding wife assault**. Toronto: Publications Ontário, 1985.

SMITH, J. W. Additicion medicine and domestic violence. **J. Subst. Abuse Treat.** v. 19, n. 4, p. 329-338, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. **Est. Avançados**, v. 20, n. 58, p. 111-122, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n58/11a.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2009.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2006. p. 23-28.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRAUS, M. A; HAMBY, S. L.; FINKELHOR, D.; MOORE, D. W, RUNYAN, D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: **development and psychometric data for a national sample of American parents**. **Child Abuse Negl**, v.22, n.4, Apr, p.249-70. 1998.

TAVARES, A. L. Abordagem da Violência Intrafamiliar no Programa Saúde da Família. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2006. p. 205-217.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Laboratório de Estudos. **Quadro de Violência doméstica notificada**. 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratórios/Lacri/>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

VASCONCELOS, A. C.; SOUZA, M. B. As noções de educação e disciplina em pais que agridem seus filhos. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2006.

VECINA, T. C. C.; CAIS, A. C. F. S. Infância e adolescência: uma realidade que precisa de intervenção. *In*: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T.C.C. (Org.) **O fim do silêncio na violência familiar**. 2. ed. São Paulo: Ágora, 2002. p. 57-70.

VITOLO, Y. L. C.; FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R.; BORDIN, I. A. S. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 716-724, out. 2005. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26290.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2007.

VIZCARRA, M. B. L.; CORTÉS, J.; BUSTOS, L.; ALARCÓN, M.; MUÑOZ, S. Maltrato infantil en la ciudad de temuco: estudio de prevalencia y factores asociados. **Rev. Méd. Chile**, v. 129, n. 12, p. 1425-1432, 2001.

WEBER, L. N.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J.; ZOCHE, C. R. E. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. **Psico-USF**, v. 7, n. 2, p.163-173, jul./dez. 2002.

WEBER, L. N.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Est. Psicol. (UFRN)**, v. 9, n. 2, p. 227- 237. 2004.

WEINBERG, M. **Violência doméstica**. Revista Veja, São Paulo, 15 mar. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health Violence: a public health priority**. Geneva, 1996. (Document WHO/EHA/SPI.POA.2).
_____. **Multi-country study on womens` health and domestic violence against women**. Genebra, 2005.

ZAMATARO, T. M. Z. Síndrome de maus-tratos e abuso infantil. *In*: GRISI, S.; ESCOBAR, A. M. U. **Prática pediátrica**. São Paulo: Ateneu, 2001.

ZILBERMAN, M. L.; SHEILA, B. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev.Bras. Psiquiatr.** , v. 27, supl. 2, p. S51-55, 2005.

**APÊNDICE A – Termo de Ciência do Responsável pela Política de Educação
Permanente**



**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ
REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Maria Rocineide Ferreira da Silva conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **“PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** desenvolvida por Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Assessora Técnica da Célula da Atenção Básica, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Fortaleza, 02 de abril de 2008

Atenciosamente,

Maria Rocineide Ferreira da Silva
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

APÊNDICE B – Termo de Ciência do Responsável pela Célula de Atenção Básica



TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Lídia Dias Costa conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **“PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** desenvolvida por Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Assessora Técnica da Célula da Atenção Básica, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Fortaleza, 02 de abril de 2008

Atenciosamente,

Lídia Dias Costa
Coordenadora Especial de Gestão da Célula de Atenção Básica à Saúde/SMS

APÊNDICE C – Termo de Ciência do Responsável pelo Distrito de Saúde SER II**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ
REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Amanda Frota Cavalcante conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **“PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** desenvolvida por Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Assessora Técnica da Célula da Atenção Básica, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Fortaleza, 02 de abril de 2008.

Atenciosamente,

Amanda Frota Cavalcante
Chefe de Distrito de Saúde da SER II

**APÊNDICE D – Termo de Ciência do Responsável pelo Centro de Saúde da
Família Aida Santos**



**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ
REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Maria Rosilânia Magalhães Chaves conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **“PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA EM UMA ÁREA ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** desenvolvida por Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Assessora Técnica da Célula da Atenção Básica, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Fortaleza, 10 de abril de 2008

Atenciosamente,

Maria Rosilânia Magalhães Chaves
Coordenadora do Centro Saúde da Família Aida Santos

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - FACULDADE DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Sou Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, portadora do CPF: 232522603-44, aluna do Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Você está sendo convidada a participar de uma de pesquisa que contribuirá para melhoria da assistência prestada a saúde da mulher e da criança do município de Fortaleza. A sua participação é através de uma entrevista com questões abertas e fechadas e durará em torno de 40 minutos.

É importante você entender que não é obrigada a sua participação no estudo e que todos os seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo, de maneira confidencial, ficando sua identidade inteiramente protegida e a qualquer fase você poderá ter acesso às informações e conclusão do presente estudo, bem como ao resultado dessas análises.

Saiba que a qualquer momento você poderá pedir para sair da pesquisa. Em caso de dúvida posterior, poderá procurar o pesquisador para esclarecê-la. Se decidir participar, assine o formulário e mantenha uma cópia deste documento para sua informação. Agradecemos sua colaboração.

Nome do Pesquisador Responsável: **Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante**

Endereço do (s, as) responsável (eis) pela pesquisa:
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE
Endereço: Rua Joaquim Nabuco, nº 500 - Apto 1002 Me irelles - CEP; 60125-120. Cidade: Fortaleza-CE
Telefones p/contato: (85) 3261-72-85(residência); 3452-69-66 (trabalho)

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. - Telefone: 3366.8338 **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA**

PESSOA COMO SUJEITO ou DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE:

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, de _____ de 2008

Participante Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____

Endereço do (a) participante-voluntário (a)
Domicílio: (rua, praça, conjunto):
Bloco: Nº: Complemento:

APÊNDICE F – Instituições colaboradoras da pesquisa

RELAÇÃO DE INSTITUIÇÕES QUE COLABORARAM COM A PESQUISA

- Secretaria Municipal de Saúde/Sistema Municipal de Saúde Escola do Município de Fortaleza;
- Secretaria Executiva da Regional II/Distrito de Saúde/Atenção Básica/Centro de Saúde da Família Aida Santos;
- Universidade Federal do Ceará (UFC);
- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
- Fundação da Criança e Família Cidadã- FUNCI;
- Refrigerantes Big Gyn;
- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP

APÊNDICE G – Cronograma de atividades

Atividades	Ano 2007				Ano 2008				Ano 2009	
	1º trim	2º trim	3º trim	4º trim	1º trim	2º trim	3º trim	4º trim	1º trim	2º trim
Levantamento da bibliografia referente ao projeto										
Defesa do objeto										
Encaminhamento para o Comitê de Ética										
Participação em congressos e outros										
Qualificação										
Seleção e treinamento das pesquisadoras										
Pesquisa de campo										
Digitação										
Análise dos dados										
Defesa da dissertação do mestrado										

APÊNDICE H – Envio de artigo original para publicação**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA**

Fortaleza, 16 de agosto de 2010

De: Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Para: Revista de Saúde Pública

Assunto: Envio de artigo original para publicação

Sr. Editor,

Estamos encaminhando o **artigo original** “Prevalência da violência intrafamiliar contra crianças, em um bairro assistido pela Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, Nordeste do Brasil”, para ser submetido à apreciação dos pareceristas desse conceituado periódico, com vista à publicação. Informamos que se trata de um artigo original e não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Saúde Pública. Declaramos que todos os autores participaram do processo de elaboração, planejamento e confecção do presente artigo.

Atenciosamente,

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
(Autor Principal)

APÊNDICE I – Artigo

Prevalência da violência intrafamiliar contra crianças em um bairro assistido pela Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, Nordeste do Brasil

Prevalence of domestic violence against children in a neighborhood with the assistance for the family's health strategy, Fortaleza, Northeast Brazil

**Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante^I
 Álvaro Jorge Madeiro Leite^{II}
 Márcia Maria Tavares Machado^{III}
 Ângela de Alencar Araripe Pinheiro^{IV}
 Nádia Maria Girão Saraiva Almeida^V**

^ICoordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - apcrbrilhante@gmail.com.

^{II}Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará- alvaromadeiro@gmail.com.

^{III}Professora Adjunta. Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará- marciamachado@ufc.br.

^{IV}Professora Associada da Universidade Federal do Ceará - a3pinheiro@terra.com.br.

^VPesquisadora e Coordenadora do Comitê de Pesquisa da [Escola de Saúde Pública do Ceará- nadiagirao@gmail.com](mailto:nadiagirao@gmail.com).

Correspondência | Correspondence

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
 Rua do Rosário, 283
 Bairro:Centro
 CEP: 60055090
 E-mail: apcrbrilhante@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Determinar a prevalência da violência intrafamiliar contra a criança e descrever os tipos de violência física utilizados pelos pais e/ou responsáveis.

MÉTODO: Estudo transversal, realizado no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009. Utilizou-se uma amostra populacional de crianças <12 anos e suas mães (15-49 anos), residentes num bairro de baixa renda, assistido pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza, Nordeste do Brasil. O instrumento CORE

questionnaire (WorldSAFE) foi aplicado por entrevistadoras treinadas, para avaliar a violência intrafamiliar. O desfecho clínico principal foi a existência de algum tipo de violência física (grave e não grave) contra crianças cometida por pais e/ou responsáveis. A violência física grave incluiu: sacudir a criança, chutar, esganar, sufocar, bater nas nádegas com objeto, queimar, espancar e ameaçar com faca ou revólver, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Foi efetuado exame estatístico descritivo para variáveis categóricas.

RESULTADOS: Foram estudadas 402 mães/responsáveis por crianças entre zero a 12 anos. A prevalência de algum tipo de violência física contra a criança (grave ou não grave) foi de 81,8%, IC 95% [78 - 84]. Do total de crianças estudadas, 319 (79,4%) sofreram agressões por parte das mães/responsáveis, e 109 pelos pais (32,7%). A “vitimização” por ambos os pais alcançou 97 crianças (24,1%). Os tipos de violência foram: não grave (81,6%) e violência grave (23,6%), sendo a mãe a principal agressora (79,4%).

CONCLUSÃO: Foi constatada elevada prevalência de violência contra crianças em uma comunidade de baixa renda, assistida pela ESF. Mecanismos apropriados para identificação e abordagem da violência intrafamiliar são necessários, especialmente na atenção primária.

Descritores: Criança. Violência. Violência Intrafamiliar. Violência Doméstica.
Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the prevalence of domestic violence against children and describe the types physical violence used by parents/guardians.

METHOD: Transversal study was carried through, from November 2008 to January 2010. It was used a population sample of children <12 years old and their mothers (15-49 years old), that lived in low-income neighborhood, and that were attended by the Family's Health Strategy in Fortaleza, Northeast of Brazil. The standardized instruments CORE QUESTIONNAIRE (WorldSAFE) was administered by trained interviewers, to assess domestic violence. Descriptive statistical examination per categorical variable was effected.

RESULT: The researchers studied 402 mothers/guardians of children from 0 to 12 years old. The main clinical conclusion was the existence of some kind of physical violence (not severe violence

and severe violence) against children committed by parents/guardians. The Severe physical violence included: to shake the child (under 2 years old), to kick, to strangle, to suffocate, to beat with objects, to burn, to spank and to threaten with knife or gun. These facts happened at least once in the last 12 months. The prevalence of some type of physical violence against the child (not severe violence and severe violence) was of 81,8%, IC 95% [78 - 84]. It was observed that 319 (79.4%) of the children studied had already suffered some kind of violence from the mothers/guardians, and 109 (32.7%) from the fathers. The abuse by both the parents reached 97 (24.1%) of the children. The most common types of violence were: not severe (81.6%) and severe violence (23.6%), being the mother the main aggressor (79.4%).

CONCLUSION: It was evidenced a big increase of violence against children in low income communities attended by family's health strategy. It is necessary to create appropriate mechanisms to identify and to intervene in this cases of intrafamiliar violence, especially in the primary attention.

Keywords: Child. Violence. Intrafamiliar Violence. Domestic Violence. Family's Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência tem grande importância para a saúde pública em razão da sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva em todo o mundo^{14,23}. A Organização Mundial de Saúde define a violência como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em dano psicológico, sofrimento, morte, prejuízo ao desenvolvimento ou privação¹⁴.

Verifica-se a abrangência dessa definição, em que se associa a intencionalidade do ato, independentemente do que vier a ocorrer, e resulta de uma relação de poder desigual, como, por exemplo, o uso de ameaças, humilhação, constrangimento e intimidação, entre outros.

A cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida, no mundo, e várias sofrem ferimentos não fatais, resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva de, cujas ocorrências, muitas vezes, não se têm nem registro ou conhecimento⁶. Estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos, em todo o mundo⁶.

A violência praticada contra crianças e adolescentes têm raízes históricas, econômicas e culturais. Não deve ser entendida como ato isolado, “psicologizado” pelo descontrole, pela patologia, mas como um desencadeador de relações que envolvem a cultura, o imaginário, as normas, a educação e o processo civilizatório de um povo¹⁰.

Estudo revela que nenhuma estratégia para o combate à violência pode deixar de abordar as raízes culturais desses abusos, além, evidentemente, de atender às necessidades imediatas das vítimas¹.

Atualmente, a violência intrafamiliar representa grande preocupação para o setor saúde, uma vez que causa mortes, incapacidades e graves implicações sobre o incremento da violência,^{12,17} bem como consequências de ordem emocional, social ou cultural. Crianças, adolescentes, mulheres e idosos são os que apresentam maior risco e mais vulnerabilidade.

Dados do Núcleo Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes do Ceará revelam que, em 2006, foram realizadas 3.686 notificações. Destas, 27% referem-se à violência física; 16% à negligência; 8% à violência sexual; 4% à exploração sexual; 2% à violência psicológica; e 43% a outras

formas de violência, tais como: situação de risco; abandono; desvio de conduta; privacidade dos direitos paternos e maternos; fuga do lar; violência fatal; rapto; solicitação de serviço de abrigo ou de creche; cárcere privado e tráfico de seres humanos¹⁸.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental como: prevenir e detectar precocemente a violência às crianças, todas elas de responsabilidade sanitária, em virtude da existência de vínculo com as famílias e de maior integração dos profissionais no território.

Em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, a partir de 2006 foram implantadas várias ações na atenção básica voltadas à prevenção e ao atendimento à criança que vive em situação de violência. O desenvolvimento dessas ações foi iniciado com a participação da Secretaria Municipal de Saúde, na Comissão do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Infantojuvenil no Território Brasileiro (PAIR) implantado em vários municípios do estado do Ceará, dentre os quais, Fortaleza, capital do Ceará, com a participação de organizações governamentais e não governamentais.

Por intermédio de oficinas de trabalho realizadas com os profissionais da Estratégia Saúde da Família surgiram várias reflexões, inquietações e questionamentos: *qual a prevalência e os tipos de violência intrafamiliar contra criança em uma comunidade da periferia de Fortaleza, assistida pela Estratégia Saúde da Família?*

O Município de Fortaleza apresenta uma deficiência na detecção precoce em relação à violência contra a criança e notificação dos casos, prejudicando o conhecimento epidemiológico da dimensão do risco e vulnerabilidade em que vivem essas crianças e suas famílias.

Este estudo foi realizado, pois, com o objetivo de determinar a prevalência da violência intrafamiliar contra a criança e descrever os tipos de violência física utilizados pelos pais e responsáveis, pretendendo assim, subsidiar os serviços de saúde para detecção precoce de violência intrafamiliar contra a criança.

MÉTODO

Nesta pesquisa utilizou-se o instrumento *Core Questionnaire*. Este instrumento padronizado foi desenvolvido pelo comitê de pesquisadores de todos os países participantes do WorldSAFE. O WORLDSAFE ou “Estudo Mundial de Violência Doméstica” teve como principal objetivo examinar a magnitude e a natureza da violência no ambiente familiar em diversas culturas. Este estudo multicêntrico contou com análises de dados do Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e dos Estados Unidos. Especificamente no Brasil, o estudo foi realizado no município do Embu, Estado de São Paulo ^{4,5,20}.

O *Core Questionnaire* foi traduzido e retro-traduzido para o português por Isabel Bordin e Cristiane S. de Paula em 1998 e engloba inúmeros dados familiares, entre eles, punição física contra criança/adolescente. A seção relativa à punição física contra criança/adolescente é parcialmente baseada no instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* ²³ com permissão dos autores.

No presente estudo, utilizou-se uma versão reduzida do *Core Questionnaire* incluindo além de dados relativos à punição física contra a criança, a mulher, sociodemográficos familiares, dados relativos à saúde física da criança, da mulher, informações sobre a saúde mental da mulher e sobre uso de álcool e outras drogas dos pais.

Trata-se de um estudo transversal, com aplicação de questionários às mães de crianças pertencentes a famílias cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBASF), no bairro Vicente Pinzon, em Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. Esse bairro possui uma população de 39.551 habitantes, tendo como característica social, elevados índices de violência ^{13,21}.

O plano de seleção amostral compreendeu todos os domicílios elegíveis das famílias cadastradas, ou seja, aqueles em cujos residentes fosse incluída pelo menos, uma mãe/responsável com idade entre 15 a 49 anos e que tivesse, no mínimo, uma criança na idade de zero a 12 anos. As entrevistas foram realizadas no período de 28 de novembro de 2008 a 16 de janeiro de 2009. O cálculo amostral foi realizado com base na estimativa de proporções das prevalências e testes bivariados para estimativas de riscos, considerando “algum tipo de violência física” (grave e/ ou não grave) contra a criança no ambiente familiar nos últimos 12 meses como variáveis dependentes, e fatores possivelmente associados a algum tipo de violência física (grave e /ou não grave, relacionados à criança, mãe/responsável, marido/companheiro da mãe e família como variáveis independentes. Adotando a

prevalência de violência física de natureza grave contra criança, baseada em torno de 10%^{7,11,4} e determinada a precisão relativa como 20% (intervalo de confiança entre 8% e 12%), obteve-se um tamanho da amostra de 363 famílias, calculada pelo programa Epi-Info versão 6.0 4. Essa amostra foi acrescida de 20%, em virtude das possíveis perdas, totalizando 436 famílias.

Inicialmente foram selecionados todos os domicílios elegíveis, pertencentes às microáreas cobertas pela UBASF Aida Santos no bairro Vicente Pinzon, com base na ficha A (instrumento de cadastramento das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB).

A primeira família foi selecionada por meio de sorteio. Com suporte nesse referencial, prosseguiu-se com a seleção das demais, contando, subsequentemente, de cinco em cinco cadastros, e assim sucessivamente, até completar o número necessário para obtenção da amostra de cada microárea.

As famílias sorteadas foram visitadas pelo ACS da microárea de sua responsabilidade, com o objetivo de convidá-las e esclarecê-las sobre a pesquisa, informando-as de que se trata de um estudo acerca da saúde da mulher e da criança (sem especificar os detalhes), para evitar qualquer suscetibilidade que produzisse viés de informação, uma vez que se trata de uma temática de abordagem difícil e que produz constrangimento, quando se a discute. Foi mencionado também que as entrevistas seriam realizadas com base em um questionário com perguntas abertas e fechadas, com duração média de 50 minutos. As famílias que residiam nas microáreas descobertas foram visitadas pelos ACS que cobriam a área vizinha ou, em alguns momentos, por mais de um ACS, dependendo da microárea, uma vez que muitas delas eram distantes da unidade ou consideradas muito violentas.

As entrevistas foram realizadas por duas entrevistadoras selecionadas e treinadas, além da pesquisadora principal.

Para a realização das entrevistas, foram garantidas privacidade e ambiente adequado, livre de barulho e sem interrupção. Para isso, foi reservado um consultório na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do bairro.

Por se tratar de uma temática na qual os envolvidos estão em situação de vulnerabilidade, foram apresentados os objetivos e a metodologia da pesquisa a todos os profissionais de saúde e conselho local da unidade. Na ocasião, foi acordado com os profissionais e a coordenação da unidade de saúde a

disponibilização de atendimento e outros encaminhamentos, em caso de necessidade.

Realizou-se um estudo-piloto em outubro de 2008, em outro Centro de Saúde da Família de uma Secretaria Executiva Regional, para melhor conhecimento e discussão acerca da linguagem e compreensão das perguntas.

Para avaliação da punição física contra a criança, utilizou-se a versão reduzida do Core Questionnaire. Considerou-se como variável dependente “algum tipo de violência física” (grave e/ ou não grave) contra a criança no ambiente domiciliar nos últimos 12 meses, sendo a mãe/responsável e/ou o pai/companheiro da mãe os possíveis agressores.

A definição dessas variáveis foi produzida por consenso pelos membros do comitê do estudo WorldSAFE, tendo sido definidos os comportamentos considerados graves e os não graves no Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos. *Violência física de natureza grave* incluiu os seguintes comportamentos: sacudir a criança, se idade ≤ 2 anos, chutar, esganar, sufocar, bater nas nádegas com objeto, queimar, espancar e ameaçar com faca ou revólver, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. *Violência física não grave*: sacudir a criança se de idade ≥ 3 anos, dar palmadas nas nádegas, puxar a orelha, puxar o cabelo, beliscar, dar croque na cabeça, dar tapa na cara ou atrás da cabeça e ajoelhar ou ficar de pé com castigo adicional, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses^{4,5}. Para aferir a fidedignidade dos dados obtidos pelas entrevistadoras, semanalmente a pesquisadora principal conferia aleatoriamente 5% das entrevistas e aplicava novamente o questionário a essas mães. Foi realizada análise estatística descritiva para variáveis categóricas. Para análise inferencial, calculou-se razão de prevalência com respectivos intervalos de confiança de 95%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Protocolo COMEPE Nº. 72/08), conforme determina a Resolução 196/96 que rege a ética da pesquisa com seres humanos⁷.

RESULTADOS

Foram estudadas 402 mães/responsáveis por crianças entre zero a 12 anos, destas 223 (55,5%) eram meninas e 179 (44,5%) meninos; 157 (39%) eram menores de seis anos de idade e 245 (60,9%) estavam nas idades de seis a doze anos.

A prevalência de algum tipo de violência física contra a criança (grave ou não grave) no ambiente familiar foi de 81,8%, IC 95% [78 - 84]. Do total de crianças estudadas, 319 (79,4%) sofreram agressões por parte das mães/responsáveis, e 109 pelos pais (32,7%). A “vitimização” por ambos os pais alcançou 97 crianças (24,1%).

Destacam-se, entre os tipos de violência, a violência física de natureza grave (Tabela 1), a violência física não grave (Tabela 2) e os métodos verbais, ameaças e outros (Tabela 3).

A prevalência da violência física de teor grave (Tabela 1) foi de 23,6%, IC 95% [20 - 26]. A maior parte das agressões foi praticada pelas mães/responsáveis (21,6%), seguida pelo marido/companheiro da mãe (7,8%), sendo que 18 crianças (4,5%) foram “vitimizados” de forma grave por ambos.

Bater nas nádegas com algum objeto, como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto, foi o tipo de violência física de conteúdo grave mais frequente, praticado por ambos os pais, e correspondeu a 14,9%. Em todos os tipos de violência, a mãe/responsável foi quem mais vitimizou a criança.

A prevalência de violência física não grave foi de 81,6%; IC 95% [78 - 84] (Tabela 2).

Entre os métodos educativos, caracterizados como violência não grave, os verbais foram os de maior prevalência e praticados pelas mães/responsáveis em maiores proporções.

DISCUSSÃO

Os estudos sobre violência intrafamiliar contra crianças despertam cada vez mais o interesse de pesquisadores da área da saúde em relação ao fenômeno, em razão do grande impacto individual e social na vida desse grupo e de componentes familiares. Este estudo, composto por uma amostra de 402 crianças

entre zero a 12 anos, representa a primeira pesquisa, realizada no Município de Fortaleza, direcionada para determinar a prevalência da violência intrafamiliar contra criança em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família.

A prevalência de algum tipo de violência física contra a criança (grave e não grave) mostrou-se superior ao estudo realizado em Embu (SP)⁵ e inferior ao realizado em Fortaleza⁸, que revelaram prevalência de algum tipo de violência física de 70,2% e 98,1%, respectivamente.

A pesquisa realizada no Município de Embu (SP)⁵ utilizou estudo, população e amostra populacional, similares a essa pesquisa realizada em Fortaleza (bairro violento, presença de tráfico etc.). Reforça-se que, embora desenvolvida em Fortaleza, utilizou-se uma população composta por crianças com problemas nutricionais crônicos, envolvendo famílias que residiam também em outros municípios, cujos atendimentos eram realizados por instituição especializada.

A violência física de natureza grave, embora encontrada em menor frequência do que a não grave (23,6% *versus* 81,8%), pode representar uma grande ameaça ao desenvolvimento saudável da criança, principalmente pelas possíveis consequências na adolescência e vida adulta.

Percebe-se que a violência contra a criança encontrada na comunidade estudada representa somente a “ponta do *iceberg*”. Esse fato pode ser constatado em razão do número grande de crianças do bairro que vive em situação de violência dentro de seu lar, sem receber atenção por parte de seus pais/responsáveis, encontrando-se desprotegidas e no anonimato.

Na saúde, a violência física não grave tende a ocupar o primeiro lugar entre as formas mais atendidas pelos serviços, em relação aos encaminhamentos de crianças em situação de violência. É nesse contexto que os casos mais graves ou com sequelas físicas aparentes, prontamente associadas à violência, normalmente convergem para os serviços de saúde¹. A prevalência de violência física de teor grave foi superior ao de outras pesquisas^{4,8,7}, que mostraram 10,1%, 12%, 10,8%, respectivamente. Uma possível explicação é que essa diferença decorra do fato e a inclusão do conceito ou significado, nesse estudo, da violência física “bater na bunda com algum objeto”, ser caracterizado como violência grave⁴

A pesquisa evidenciou a mãe como a principal agressora, resultado similar ao da maioria dos estudos sobre esse assunto^{4,19}.

Para alguns autores¹⁹ frequentemente, é a mãe que mais tempo passa junto aos filhos, responsável, portanto, por pequenas decisões cotidianas e pela

maior convivência doméstica. Essa permanência no lar, muitas vezes, acarreta frustrações para a mulher, em virtude de precisar cuidar dos filhos pequenos ou por determinação do companheiro, deixar seus horizontes de realização pessoal, restringindo-se à vida doméstica. Assinalam ainda que, uma vez igualado o tempo de permanência junto aos filhos, o pai se configura como agressor mais frequente.

Outros pesquisadores ressaltaram que, em muitas atitudes dos pais existe um distanciamento emocional e uma limitação na capacidade de dar atenção, carinho e amor, demonstrando deficiência no vínculo pais/filhos¹⁵.

Vale destacar o fato de que muitas mães, mesmo sem terem sido indagadas, referiram que o ato de bater nos filhos era uma forma de educar e impor limites. Foram observadas, entretanto, outras formas de violência do tipo grave, por exemplo, sacudir uma criança menor de dois anos, queimar, espancar, esganar e ameaçar a criança com arma, situação encontrada nas famílias estudadas.

Pesquisadores constataram que os pais que “vitimizam” seus filhos pensam estar educando e corrigindo o comportamento da criança²⁴. Para esses autores, é necessário que os pais conheçam outras práticas educativas, mais eficientes, para criar e manter um repertório de comportamentos adequados, que incluam o desenvolvimento de habilidades sociais e a sustentação de uma dinâmica familiar afetuosa e comprometida.

Estudo revelou que, se o comportamento de “vitimizar” é reforçador tanto para os pais quanto para os filhos, forma-se um círculo vicioso. Este círculo ocorre pela falta de conhecimento dos efeitos deste método e de outros que possam substituir a violência física, como também dos próprios efeitos que reforçam o comportamento de quem “vitimiza”²⁴. Para os autores, entre os métodos educativos investigados, os verbais foram os mais frequentes, pois gritar ou “berrar” foi utilizado por 84% das mães. Resultado similar foi encontrado por outro estudo, quando essa prática foi utilizada por 75,9% dos pais⁴.

Estudo revelou as consequências dessas práticas. Crianças e adolescentes que convivem com mães que gritam excessivamente, batem, espancam ou punem severamente, dentre outras reações inadequadas, têm o dobro de chances de vir a apresentar problemas de saúde mental do que os não expostos a estas práticas².

Resultados similares foram encontrados em outra pesquisa realizada no ano de 2008, quando adolescentes expostos a violência intrafamiliar e urbana mostraram ter duas vezes mais problemas de saúde mental²⁰. Revelaram também

que os adolescentes expostos à violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas, do que os expostos à violência urbana, indicando a importância das relações familiares para a saúde mental do indivíduo.

Embora o problema da violência seja complexo, assim como atuar na sua resolubilidade, é de fundamental importância dar visibilidade ao fenômeno. Algumas medidas são propostas para reduzir sua invisibilidade, como a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, principalmente da ESF, para que sejam capazes de reconhecer e abordar a violência por meio da visita domiciliar, acolhimento com escuta qualificada, aceitar a criança como sujeito de direitos, reconhecer as situações de risco e vulnerabilidade que essa criança e família vivem e articular com toda a rede de apoio e proteção à criança existente no território e no Município.

Ressalta-se, como reflexão, que alguns aspectos podem ter influenciado nos achados em razão de possibilidade de apresentar vieses, por exemplo, subinformação, vez que se trata de temática privada e silenciosa para muitas famílias, bem como limitar generalizações.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelaram elevadas taxas de violência física intrafamiliar contra a criança.

O tipo de violência mais frequente foi à violência física não grave. A violência física de natureza grave, que representa forte ameaça ao desenvolvimento da criança, podendo provocar graves consequências de saúde física e mental, apresentou resultados superiores aos de outras pesquisas. Dessa forma, ficou evidenciada a necessidade de medidas de promoção e prevenção acerca dos riscos e vulnerabilidade a que estão expostas essas crianças e componentes familiares.

Com relação aos instrumentos mais utilizados pelos pais/responsáveis para “vitimizar” seus filhos, foram; agressão com a mão, chinelo, cinto e o pau. Quanto aos métodos educativos investigados; os verbais foram os mais frequentes, representados pelos atos de “berrar (gritar descontroladamente)” e gritar.

As famílias que utilizaram violência física como um meio de tentar educar e corrigir a criança devem ser seguidas, para que se possa compreender, com profundidade, o fenômeno da violência às crianças nesse bairro. Não se pode prejudicar a idéia de que o ato de agredir o filho seja reflexo apenas da falta de

reconhecimento da importância de se oferecer carinho e atenção. Os problemas sociais, de grandes desigualdades entre essa população, devem ser aprofundados, para que não seja simplificado como um fator isolado de altos índices de violência intrafamiliar.

Estudos no plano nacional e internacional mostram associação da violência contra a criança com a desigualdade social e com o fato de as pessoas morarem em área violenta, características do bairro.

Conclui-se, portanto, que os casos de violência intrafamiliar contra a criança cometida por pais/responsáveis é freqüente ou prevalente na comunidade estudada.

Vale ressaltar que essa comunidade apresenta inúmeros conflitos sociais, com a exclusão de muitos pescadores da orla marítima e, antes habitantes nativos, para uma região com problemas geográficos, com falta de saneamento e expostos a diversos problemas de saúde. Com a perda da identidade desse povo, conflitos emergiram nos últimos anos, além do aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas utilizadas, gerando situações de violência e abandono no local onde habitam.

O conhecimento disponível já demonstra a necessidade de considerar urgente a implantação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas dirigidas especialmente à violência praticada por pais/responsáveis. Recomenda-se que sejam realizados estudos de seguimento, além de intervenção, como forma preventiva.

AGRADECIMENTOS

Às entrevistadoras Arisa Nara, Janilce Rodrigues por todo compromisso e seriedade no desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

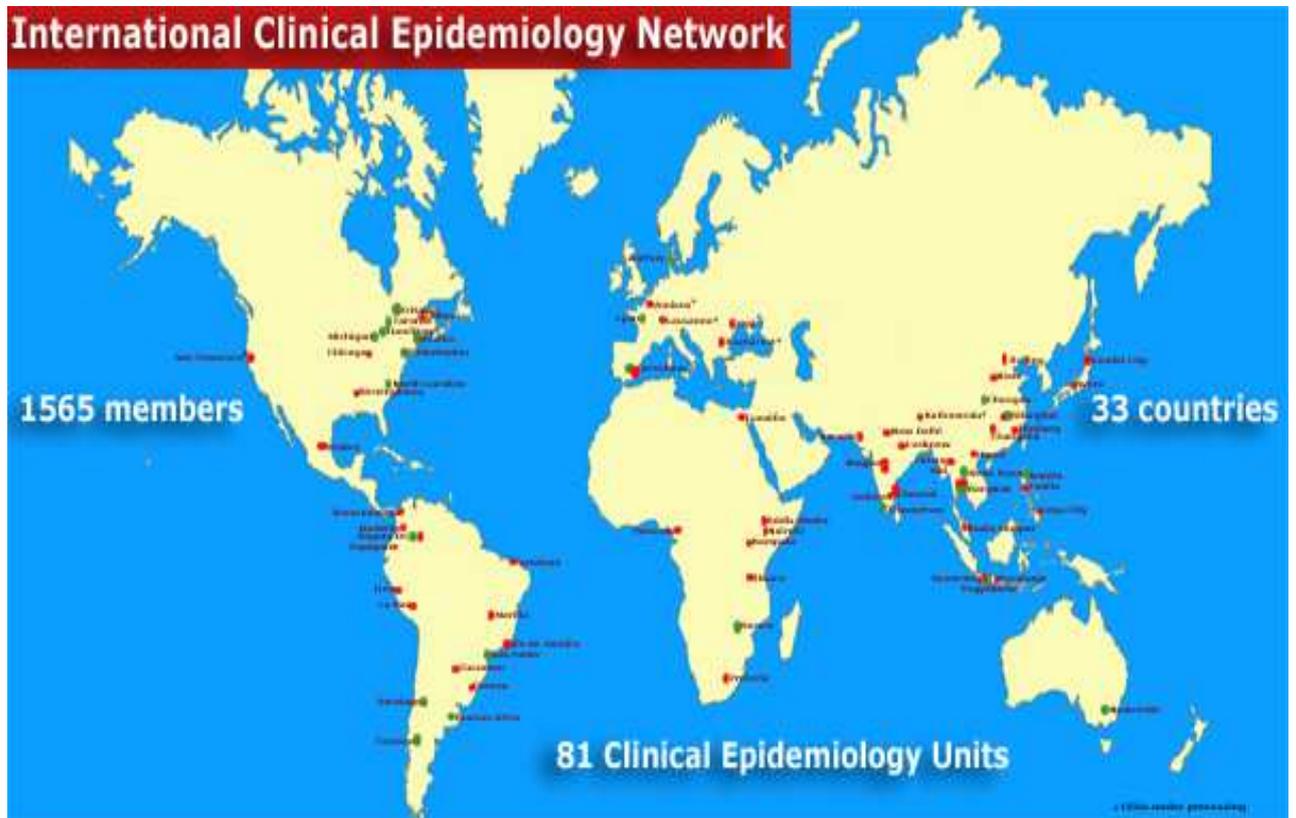
1. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pèrez-Escamila, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (5): 877-85.
2. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24 (2): 323-32.
3. Benvegnú LA, [Fassa AG](#), [Facchini LA](#), [Wegman DH](#), [Dall'Agnol MM](#). Work and behavioural problems in children and adolescents. *Int J Epidemiol*. 2005; 34 (6): 1417- 24.
4. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. *Rio Bras Psiquiatr*. 2006; 28(4): 290-96
5. Bordin IAS, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2009; 87(5): 336-44.
6. Dahlberg LL, Krug EG. Violence a global public health problem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (Supl): 1163-78.
7. Davoli A, Palhares FAB, Corrêa-Filho HR, Dias ALV, Antunes AB, Serpa JF et al. Prevalência de violência física relatada contra criança em uma população de ambulatório pediátrico. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (1): 92-8.
8. Leite AJM et al. Violência doméstica e saúde mental materna- Relação com a desnutrição de crianças no nordeste do Brasil.I Simpósio Internacional de Violência e Saúde Mental. O Impacto da Violência na Saúde Mental da População Brasileiro: Resumos. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília; 1996.
10. Faleiros VP. Redes de exploração e abuso sexual e redes de proteção. In: *Congresso Nacional de Assistentes Sociais*; 1998; Brasília. *Anais...* Brasília; 1998. p. 9.
11. Figueiredo, B, Bifulco A, Paiva C, Maia A, Fernandes E, Matos R. History of childhood abuse in portuguese parents. *Child Abuse Negl*. 2004; 28 (6): 671-84.
12. Flitcraft A. Physicans and domestic violence: challenges for prevention. Rio de Janeiro: Health Affairs; 1993.
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro; 2001.

14. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
15. Lisboa CSM, Koller SH. Questões de ética na pesquisa com crianças e adolescentes. *Aletheia*. 2000; (11): 59-70.
16. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
17. Minayo MCS. A violência social sob perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18, 1994.
18. Núcleo Estadual de Enfrentamento à Violência Contra Crianças Adolescentes. Banco de dados do período de janeiro de 2006 a fevereiro de 2008. Fortaleza; 2008.
19. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr*. 2001; 77 (1): 35-40.
20. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42 (3): 524-28.
21. Ribeiro F. Bairros Periféricos da RMP são redutos da criminalidade. *Diário do Nordeste*. 20 out 2008.
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40: 112-20.
23. Straus MA, Hamby SL., *et al.* Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl*, v.22, n.4, Apr, p.249-70. 1998.
24. Weber LN, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF*. 2002; 7 (2): 163-73.
25. Weber, LN; Viezzer AP.; Brandenburg O.J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Est. Psicol. (UFRN)*, v. 9, n. 2, p. 227- 237. 2004.

Pesquisa realizada como produto da dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva, concluído no ano de 2009 do curso de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Realizada em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Ceará

(UFC) e Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza. Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, Edital PPSUS/2006, processo nº 044/07.

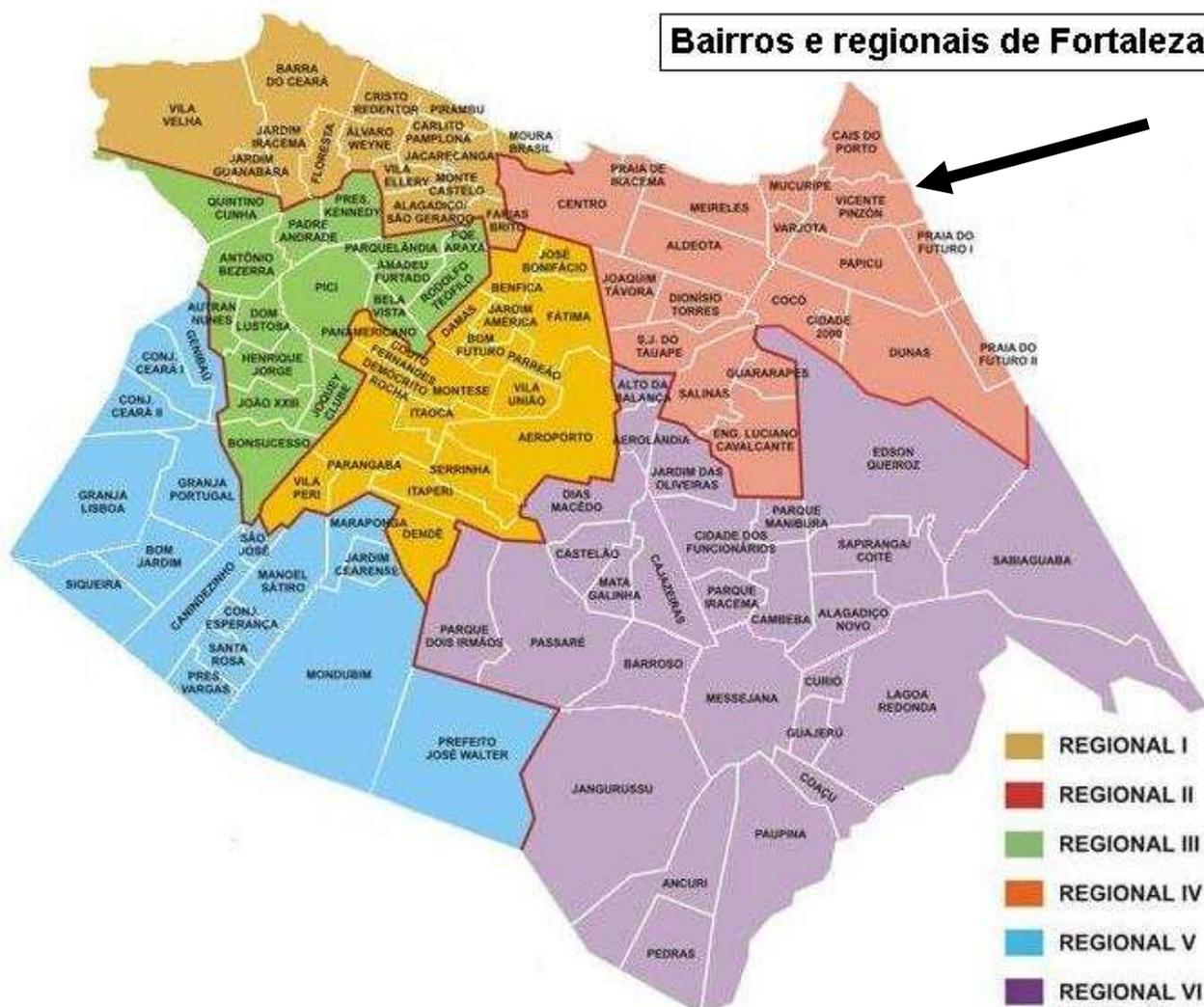
ANEXO A – Mapa dos países do WORLDSAFE



ANEXO B – Mapa da América do Sul



ANEXO D – Mapa dos Bairros e Regionais de Fortaleza



ANEXO F – Ficha A – Cadastro das Famílias



Prefeitura de
Fortaleza



FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				UF	
		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					
ENDEREÇO			NÚMERO 	BAIRRO		CEP - 	
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 		DATA - -	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

OBS: Óbito na família em < 5 anos nos últimos 3 anos.

<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>		
<i>TI - Trabalho Infantil</i>	<i>AT - Acidente de Trabalho</i>	<i>OI - Óbito Infantil na família em < 5 anos</i>
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>TME - Transtorno Mental</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>VIO - Situação de Violência Domiciliar</i>
<i>DEF - Deficiência /Tipo</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	<i>RM - Retardo Mental (Deficiência Mental)</i>
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	<i>AVC - Acidente Vascular Cerebral</i>
<i>PRE - Problema Renal</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>	<i>PAC - Pessoa Acamada</i>

B.6. Vou perguntar agora sobre alguns problemas de saúde comuns entre as crianças:
Ele/ela tem...Não

	Sim	Não	Sei	
B.6a. Problema crônico de saúde – algo que é um problema contínuo como asma ou tuberculose? (Descreva:_____)		2	8	
B.6b. Problema permanente de audição, fala ou visão? (Descreva:_____)	1	2		8
B.6c. Defeito físico ou incapacidade física permanente? (Descreva:_____)	1	2		8
B.6d1. Problema de aprendizado (escolar)? 1		2		8
B.6d2. Retardo mental? (se sim, pule para B.6e) (Descreva:_____)	1	2		8
B.6d3. É mais atrasado(a) que as outras crianças?			1	2 8
B.6e. Problema emocional ou de comportamento?	1	2		8
B.6f. Algum outro problema? (Descreva:_____)	1	2		8
B.6g- Seu filho/ filha foi amamentado(a)? 1		2		8
Se Sim: Menos de 4 meses ()				
Até 6 meses ()				
Mais de 6 meses ()				

Todos os adultos usam certos métodos para ensinar as crianças a se comportar bem ou para lidar com problemas de comportamento. Eu vou ler vários métodos que podem ser usados e gostaria que você me contasse quantas vezes você (MI) ou (nome do M/C nos últimos 12 meses) usaram cada um deles com o/a (nome da criança) de ... para cá (últimos 12 meses): nunca, uma ou duas vezes, três vezes ou mais:

Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA
Explicou que o que ele estava fazendo era errado	B8a.MI B8b.M/C	1 1	2 2	3 3		
Disse para ele/ela parar de fazer aquilo ou disse para ele/ela fazer outra coisa (<i>atitude positiva</i>)	B9a.MI B9b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Mandou-o ficar de castigo num determinado lugar Qual: _____	B10a.MI B10b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Sacudiu-o, chacoalhou-o	B11a.MI B11b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Bateu na bunda com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto.	B12a.MI B12b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Bateu em qualquer outra parte (não na bunda) com um objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto.	B13a.MI B13b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu alguma outra coisa para ele/ela fazer	B14a.MI B14b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9

Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA
Puxou a orelha dele/dela	B15a.MI B15b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu um "croque" na cabeça dele/dela	B16a.MI B16b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Puxou o cabelo dele/dela	B17a.MI B17b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou ir embora ou abandoná-lo	B18a.MI B18b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Gritou ou berrou com ele/ela	B19a.MI B19b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou chamar fantasmas, espíritos do mal ou pessoas ruins para pegá-lo	B20a.MI B20b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Chutou-o	B21a.MI B21b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Colocou pimenta na boca dele/dela	B22a.MI B22b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Forçou-o a ajoelhar ou ficar em pé parado em algum lugar com mais algum castigo (no calor ou segurando um objeto pesado)	B23a.MI B23b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Xingou-o com palavrão	B24a.MI B24b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu palmada(s) na bunda dele/dela	B25a.MI B25b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Esganou-o colocando as mãos (ou alguma outra coisa) em volta do pescoço dele/dela	B26a.MI B26b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou expulsá-lo de casa ou mandá-lo embora	B27a.MI B27b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Trancou-o para fora de casa	B28a.MI B28b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Proibiu-o de fazer alguma coisa que ele gosta (<i>tirar privilégios</i>) Qual: _____	B29a.MI B29b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Chamou-o de coisas ruins como burro, idiota, desgraçado, estúpido, ou disse que ele não servia para nada	B30a.MI B30b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Beliscou-o	B31a.MI B31b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu tapa na cara	B32a.MI B32b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu tapa atrás da cabeça	B32a1.MI B32b1.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9

Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA
Recusou-se a falar com ele/ela	B33a.MI B33b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deixou-o sem comida	B34a.MI B34b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Sufocou-o com as mãos ou com o travesseiro	B35a.MI B35b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Queimou-o com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente	B36a.MI B36b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Espancou-o (bateu repetidamente com algum objeto ou punho)	B37a.MI B37b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou-o com uma faca ou revólver	B38a.MI B38b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deixou-o amarrado em algum lugar	B39a.MI B39b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Bateu na bunda com chinelo	B40a.MI B40b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9

Seção C: Companheiro nos últimos 12 meses

(Se não houver companheiro masculino nos últimos 12 meses, pule para D22, pg 8)

Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial e ninguém saberá suas respostas. Agora pensando no último ano, eu gostaria de perguntar como você foi tratada por seu marido/companheiro (M/C) de ... para cá (*últimos 12 meses*).

De ... para cá (*últimos 12 meses*), quantas vezes ele...

	Nunca	1-2 vezes	3+ vezes
D.10. Deu tapa em você (mão aberta)	1	2	3
D.11. Chutou você	1	2	3
D.12. Deu soco em você	1	2	3
D.13. Espancou você (bateu repetidamente)	1	2	3
D.14. Usou ou ameaçou usar arma contra você	1	2	3

*(Entrevistador: Se a resposta a todas as questões D10-D14 foi **NUNCA**, pule para C15, página 7)*

Quando ele fez isso/essas coisas com você

C.13. Alguma vez você teve que procurar ajuda de alguma das seguintes pessoas ou lugares? *(Leia a lista e marque todas as respostas possíveis)*

- C.13a. Alguém da sua família
 C.13b. Alguém da família de seu marido/companheiro
 C.13c. Amigos
 C.13d. Religioso(a) como um padre, pastor, freira, etc.
 C.13e. Organizações de proteção à mulher/abrigos
 C.13f. Polícia ou delegacia
 C.13g. Centro de saúde (hospital, pronto socorro)
 C.13h. Ambulatório de saúde mental (psicóloga, assistente social, psiquiatra)
 C.13i. Líder comunitário
 C.13j. Curandeiro, pai de santo, benzedeira.
 C.13k. Alguma outra pessoa ou local. Quem/qual? _____
 C.13l. Nunca procurou ninguém
- C.16. Alguma vez você já largou seu M/C por causa dessas agressões (*violência física*)?
- 1 Sim ⇒ C.16a. Quantas vezes? /__ __/ vezes
 - 2 Não ⇒ Vá para C.20
- C.17. Para onde você foi? (*Não leia a lista; marque todas as respostas possíveis*)
- C17a. Parentes dela
 C17b. Parentes dele
 C17c. Amigos dela
 C17d. Hotel/Motel/Pensão
 C17e. Abrigos
 C17f. Igreja/Templo
 C17g. Centro comunitário
 C17h. Outros locais. (C17i. Especifique: _____)
- C.20. Quantas vezes você foi agredida (fisicamente) o suficiente para pensar que precisava de cuidados médicos, mesmo que você não tenha procurado por estes cuidados?
- /__ __/ __ __/ vezes (*se NUNCA, marque 00; vá para C.24*)
- C.21. Nas vezes que você pensou que precisava de cuidados médicos, você de fato recebeu cuidados médicos?
- 1 Sim, todas as vezes (*vá para C.23*)
 - 2 Sim, às vezes
 - 3 Não
- C.22. Porque você não recebeu assistência médica? (*Não leia a lista; marque todas as respostas possíveis*)
- C22a. Não sabia aonde ir
 C22b. Sentiu-se envergonhada ou constrangida
 C22c. Era muito longe
 C22d. Não tinha transporte
 C22e. Não tinha como pagar
 C22f. Seu marido/companheiro ou família não a deixaram ir
 C22g. Medo de represália
 C22h. Polícia podia descobrir
 C22i. Risco para a reputação familiar

- ___ C22j. Recebeu atendimento em casa
- ___ C22k. Achou que o serviço de saúde não poderia ajudar
- ___ C22l. Não podia pagar o transporte para ir até lá
- ___ C22m. Outra razão ⇒ Qual? C.22n. _____
- C.23. Você já foi hospitalizada por esses machucados devidos a agressão de seu marido/companheiro?
- 1 Sim ⇒ C.23a. Quantas vezes? /___/___/ vezes
 - 2 Não
- C.24. Alguma vez você ficou tão machucada devido a essas agressões de seu Marido / companheiro, que você não pode fazer suas tarefas domésticas do dia a dia?
- 1 Sim ⇒ C.24a. Por quantos dias? /___/ dias
(Tente obter a melhor a resposta)
 - 2 Não
- C.25. Alguma vez você ficou tão machucada devido a essas agressões do seu Marido /companheiro que não pode trabalhar (trabalho remunerado)?
- 1 Sim ⇒ C.25a. Por quantos dias? /___/ dias
 - 2 Não
 - 9 Não se aplica (não tinha trabalho remunerado na ocasião)
- C.15. Seus filhos alguma vez (ao longo da vida) viram ou ouviram você sendo agredida fisicamente ou ameaçada pelo seu companheiro?
- 1 Sim
 - 2 Não
 - 8 Não Sei
- C.16. Você sofreu algum tipo de agressão física pelos seus pais, quando era criança?
- 1 Sim ⇒ C.17. Citar tipo de violência sofrida

- 2 Não
 - 9 Não Sei
- C.18. Você presenciou algum tipo de agressão física entre seus pais, quando era criança?
- 1 Ausente
 - 2 Presente 1 ou 2 vezes
 - 3 Presente 3 ou mais vezes
 - 9 Não se aplica (ausência de um dos pais)
 - 10 Item sem resposta

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre bebidas alcoólicas e drogas.

- D.15. O (nome do M/C) já tomou bebida alcoólica?
- 2 Não (pule para D19)
 - 1 Sim ⇒ D.16. Quantas vezes ele costuma beber (nos últimos 12 meses)?
 - 1 Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)
 - 2 3-4 dias/semana
 - 3 1-2 dias/semana
 - 4 1-3 dias/mês
 - 5 Menos de uma vez por mês

- D.17. O (*nome do M/C*) ficou embriagado alguma vez de ... para cá (*últimos 12 meses*)?
 2 Não (*pule para D19*)
 1 Sim ⇒ D.18. Quantas vezes ele fica/ficava bêbado?
 1 Diariamente ou quase (*5-7 dias/semana*)
 2 3-4 dias/semana
 3 1-2 dias/semana
 4 1-3 dias/mês
 5 Menos de uma vez por mês
- D.19. O (*nome do M/C*) já usou maconha, cocaína, crack ou outras drogas, nos últimos 12 meses?
 2 Não (*pule para a D22*)
 1 Sim ⇒ D.20. Quantas vezes ele usa/usou esta(s) droga(s) de ... para cá (*últimos 12 meses*)?
 1 Diariamente ou quase (*5-7 dias por semana*)
 2 3-4 dias por semana
 3 1-2 dias por semana
 4 1-3 dias por mês
 5 Menos de uma vez por mês
- D.22. Você tomou bebida alcoólica nos últimos 12 meses?
 2 Não (*pule para a Seção F*)
 1 Sim ⇒ D.23. Quantas vezes você costuma beber (nos últimos 12 meses)?
 1 Diariamente ou quase (*5-7 dias/semana*)- ()
 2 3-4 dias/semana
 3 1-2 dias/semana
 4 1-3 dias/mês
 5 Menos de uma vez por mês
- D.24. Você ficou embriagada alguma vez de ... para cá (*últimos 12 meses*)?
 2 Não (*pule para a Seção F*)
 1 Sim ⇒ D.25. Quantas vezes você fica/ficava embriagada?
 1 Diariamente ou quase (*5-7 dias/semana*)
 2 3-4 dias/semana
 3 1-2 dias/semana
 4 1-3 dias/mês
 5 Menos de uma vez por mês
- D.25. Você já usou maconha, cocaína, crack ou outras drogas, nos últimos 12 meses?
 2 Não (*pule para a D22*)
 1 Sim ⇒ D.20. Quantas vezes você usa/usou esta(s) droga(s) de ... para cá (*últimos 12 meses*)?
 1 Diariamente ou quase (*5-7 dias por semana*)
 2 3-4 dias por semana
 3 1-2 dias por semana
 4 1-3 dias por mês
 5 Menos de uma vez por mês

Seção F: Saúde Física e Mental da Mulher (SRQ20 = F.2- F.21)

- F.1. No geral, você diria que sua saúde é...
- 1 Excelente/Muito Boa na média/ boa
- 2 Ruim/Má (*Descreva: _____*)

Questões	Sim	Não
F.2. Tem dores de cabeça freqüentes?	1	2
F.3. Tem falta de apetite?	1	2
F.4. Dorme mal?	1	2
F.5. Assusta-se com facilidade?	1	2
F.6. Tem tremores na mão?	1	2
F.7. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	1	2
F.8. Tem má digestão?	1	2
F.9. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
F.10. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
F.11. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
F.12. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
F.13. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
F.14. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1	2
F.15. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1	2
F.16. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
F.17. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
F.18. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
F.19. Sente-se cansada o tempo todo?	1	2
F.20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
F.21. Você se cansa com facilidade?	1	2
F.22. Alguma vez você já pensou em se matar?	1	2
F.23. Alguma vez você já tentou se matar?	1	2

Seção H. Características do Domicílio.

Agora eu gostaria de perguntar um pouco sobre sua casa e seu trabalho.

H.4. A casa em que você mora é sua? Você é o proprietário ou está comprando a casa a prestação? Você aluga? Ou você não paga nada pelo lugar onde você e sua família moram? (*Marque apenas um*).

- 1 Próprio ou pagando prestações
- 2 Alugado (pagamento monetário ou não monetário)
- 3 Ocupação ou não paga nada
- 2 Outros _____
- 3 Terreno da família (*não paga nada*)

H.6. Quantos cômodos existem na sua casa, sem contar os banheiros?
/ _ / / _ / cômodos

Quadro ABEP

Preencher com o que a pessoa possui em casa (considerar itens quebrados há menos 6 meses)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Geladeira					
Televisão em cores					
Rádio (tudo que toca música, exceto rádio do carro)					
Banheiro (privativo do domicílio)					
Automóvel (sem uso profissional)					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar (se mencionar tanquinho, considerar)					
Videocassete					
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)					

H.9. Na sua casa, quem está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?
(*Não leia a lista. Marque todas as respostas possíveis*)

- H.9a. MI
- H.9b. M/C dos últimos 12 meses
- H.9c. Chefe da casa (marque somente se diferente da MI ou M/C)
- H.9d. Criança/Adolescente Índice
- H.9e. Outro(s) adulto(s) (≥ 18 anos)
- H.9f. Outra(s) criança(s) ou adolescente(s) (< 18 anos)

Perguntas para MI se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.10c. Você esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) \Rightarrow Pule para H.11c.
- 2 Não \Rightarrow H.10d. Você recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício (*bolsa família, renda mínima, etc*)?
 - 1 Sim (*Qual:* _____)
 - 2 Não

Perguntas para M/C se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.11c. O M/C dos últimos 12 meses esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*Trabalho Remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) \Rightarrow Pule para H.18c.

- 2 Não ⇒ H.11d. Ele recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício?
- 1 Sim (*Qual:* _____)
- 2 Não

Perguntas sobre Criança índice se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.18c. A criança índice está trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho Remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____)⇒ Pule para H.18c.
- 2 Não

Perguntar se a Criança índice estiver trabalhando atualmente ou se já trabalhou nos últimos 12 meses

24.e Quais os motivos que a/o levaram a trabalhar?

H.14. Até que série você estudou (séries completas)?
(*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)
/___/ série(s)

Se tiver M/C nos últimos 12 meses

H.13. Até que série seu marido/companheiro estudou (séries completas)?
(*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)
/___/ série(s)

8 Não sabe

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Por favor, em cada item responda como melhor pode ser descrito seu filho/ filha. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe pareça estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

NÚMERO DO CADASTRO DA FAMÍLIA: _____

		Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
1	Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando nas coisas, quebrando as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou de enjôo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Freqüentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	É solitário, prefere brincar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Freqüentemente briga com outras criança ou as amedronta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Em geral é querido por outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Facilmente perde a concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez. Facilmente perde a confiança em si mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	É gentil com criança mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Freqüentemente engana ou mente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Outras crianças "pegam no pé" ou atormentam-no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, Professores, outras crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Pensa nas coisas antes de fazê-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se dá melhor com adultos do que com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tem muitos medos, assusta-as facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vire a página. Há mais perguntas no outro lado.

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/filha tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com as outras pessoas.

Não	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldade s graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se a resposta for “sim”, perguntar às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1 a 5 meses	6 a 12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/filha?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amizades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer (passeios, esportes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado pela sua colaboração

Seção J. Dados sócio-demográficos referentes ao domicílio

Preencher após o fim da entrevista utilizando os dados do cadastro do domiciliar.

1. Número total de residentes no domicílio: ____
2. Número total de adultos \geq de 18 anos (I + II + III): ____
 - 2.a. Número total de mulheres adultas \geq de 18 anos: ____
 - 2.b. Número total de homens adultos \geq de 18 anos: ____
3. Número total de crianças e jovens < de 18 anos (IV + V) = ____
- 5.a. Números de filhos/criança da MI (IV)? ____
- 5.b. A CI é filha biológica da MI?
 - 1 Sim
 - 2 Não
- 5.c. A CI é filha biológica do M/C (dos últimos 12 meses)?
 - 1 Sim
 - 2 Não
 - 9 Não se aplica (quando não há M/C nos últimos 12 meses)

J.9. Quadro ABEP (somar os pontos do Quadro ABEP, página 10)

Total de pontos da página 19	
------------------------------	--

J. 10. Grau de Instrução do chefe de família (COPIAR item 5.1 do censo)

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior Completo	5

J. 11. Marcar CLASSE, somando pontos J.9 + J.10

TOTAL	PONTOS	Classe
	25-34	A
	17-24	B
	11-16	C
	6-10	D
	0-5	E